

Guía de Gestión por Resultados para las Redes de Servicios de Salud con Gestión Descentralizada de la Provisión.

[Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Reforma]

[Enero 2013]

Palabras Clave:

[Descentralización; Gestión; Resultados; Salud; Provisión; Redes de Servicios; Niveles; Operadores; Auditoria Social; Participación; Proveedores; Población; Implementación; Gobiernos Locales; Mancomunidades; Funciones; Rectoría; Provisión; Financiamiento; Financiamiento; Provisión; Monitoreo; Evaluación.]

Key words:

[decentralization, management, results, health, provision, service networks, levels, operations, social audits, participation, service providers, population, implementation, local governments, associations, stewardship, provision, financing, monitoring, evaluation.]

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

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



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

ULAT
Unidad Local de Apoyo Técnico
para Salud - HONDURAS

GUIA DE GESTIÓN POR RESULTADOS PARA LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD CON GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE LA PROVISIÓN

HONDURAS

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

TABLA DE CONTENIDOS

I.- PRESENTACIÓN	1
II.- INTRODUCCIÓN	2
III.- ANTECEDENTES.....	4
IV.- MARCO POLÍTICO Y LEGAL.....	7
V.- MARCO DE LA GESTIÓN POR RESULTADOS.....	11
VI. GESTIÓN POR RESULTADOS Y NIVELES DE GESTIÓN	16
VII.- PRODUCCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE SALUD.....	26
VIII.- ARMONIZACIÓN OPERATIVA DE LA PROVISIÓN	31
IX.- GESTIÓN DE LAS REDES	33
X.- DEFINICIÓN DE PRODUCTOS.....	35
XI.- COSTOS.....	38
XII.-OPERADORES DE REDES CON GESTIÓN DESCENTRALIZADA	40
XIII.- PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y AUDITORIA SOCIAL	42
XIV.- PAUTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	44
ANEXOS	46
Población con Proveedores Descentralizados	47
MNS Niveles de Gestión	51
Tabla Condiciones de Implementación	52
Atributos Esenciales de la Red Integrada de Servicios de Salud.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	55

I.- PRESENTACIÓN

La modernización de la administración pública demanda la introducción de nuevas formas de gestión lo que a su vez implica la reorganización de los procesos de producción de aquellos bienes y servicios de salud que son de interés social y sanitario.

El presente documento desarrollo una propuesta de identificación y reorganización de los actuales procesos de gestión para la consecución de una modalidad que permita el relacionar directamente las inversiones de recursos con los resultados en salud.

En el contenido se especifican las funciones necesarias a desarrollar en los diferentes niveles de gestión, cuales son exclusivas y aquellas que son compartidas, se detalla también la instrumentalización necesaria para operativizar la planificación estratégica y operativa.

Muy especialmente se presta atención al posible desarrollo necesario a realizar en las Regiones Sanitarias Departamentales para que estas asuman, vía delegación y desconcentración, la gestión operativa de la Rectoría.

Otro tópico de interés es la posible forma de organización que tomarían los proveedores y aquellas previsiones del Modelo Nacional de Salud con respecto de la organización de la provisión, especialmente en lo que atañe a la organización de las Redes Integradas de Servicios de salud.

Todos los planteamientos preferentemente toman en consideración los procesos de descentralización de la gestión de la provisión a través de relacionamientos con actores sociales o públicos.

La propuesta se armoniza dentro del marco jurídico legal vigente y en consideración de futuros escenarios congruentes con la Reforma del Sistema de Salud.

El planteamiento estratégico se sitúa en la consideración de un escenario transicional en que si bien no se realiza la separación de las funciones de la Rectoría, la Provisión de Servicios de Salud y su Financiamiento, se preparan las condiciones para profundizar la reasignación de la provisión a agentes que desarrollen una gestión descentralizada.

No se aborda el tema del financiamiento por no tener aún un referente el cual será establecido en el desarrollo del Modelo Nacional de Salud.

II.- INTRODUCCIÓN

Las modalidades de gestión descentralizada plausibles, aunque pudiesen sufrir modificaciones de acuerdo a las circunstancias específicas de un territorio, básicamente las constituyen el tipo público-público, el público social y el público privado.

La modalidad tipo público - social establece la reasignación de las funciones de gestión de la provisión de servicios de salud de la SESAL en una determina área con una red de servicios delimitada para atender a una población definida, a favor de un ente constituido y operando de acuerdo a la ley, a saber: municipio, mancomunidad, ONG, asociación y fundación de base comunitaria.

Por su parte la modalidad tipo público – público implica el dotar de algún grado de descentrañización hasta la autonomía de la gestión a una unidad perteneciente a la SESAL la cual por delegación le competará asumir la responsabilidad de la provisión de servicios de una red definida de unidades de salud¹, debiendo establecerse una nueva forma y lógica de relacionamiento entre las partes.

La modalidad tipo público - privado establece una modalidad de reasignación, en un marco de competencia regulada, de las funciones de la SESAL de gestión de la provisión de servicios de salud, en una determina área con una red de servicios delimitada para atender a una población definida, a favor de un ente privado con fines de lucro constituido y operando dentro de la normativa del Rector y de acuerdo a ley.²

En todos los casos para el pago por resultados es necesario establecer, formalizar un compromiso entre la SESAL en su calidad de contratista (principal) con una contraparte (agente) ad-hoc, constituida de acuerdo a ley o jerárquicamente dependientes de la Secretaría, la cual puede tomar el nombre de gestor/operador.

El acuerdo pactado por las partes se materializa en un instrumento de intermediación para la gestión descentralizada de servicios de salud el cual establece, sin necesariamente ser exhaustivos ni guardando orden de prelación: el/los productos, formas de pago, los compromisos de los firmantes, las condiciones, el marco de operaciones tanto como los procedimientos que habrán de guardarse.

El gestor/operador o agente y la Secretaría de Salud o principal adquieren compromisos uno con el otro y desarrollan una transacción para la producción de ciertos ítems o unidades de producción catalogados como productos a los cuales se les establece un proceso de producción (normativa), unos estándares de calidad, una meta de producción y un valor unitario; el agente deberá operar - en unidades de salud

¹ Cuando en un territorio una unidad de provisión de servicios tiene calidad única y su complejidad lo amerita ésta podría tener su gestor/operador independiente, caso posible de las unidades hospitalarias que ofertan servicios a varias redes de servicios de salud o centros especializados de apoyo diagnóstico o centros de rehabilitación, etc.

² Ley de Promoción de la Alianza Público Privada. Decreto legislativo No. 143-2010. Publicado en La Gaceta NUM. 32,317 del día jueves 16 de Septiembre del 2010. TÍTULO III REGIMÉN DE PARTICIPACIÓN PÚBLICO PRIVADA, ARTÍCULO 4. MODALIDADES, Numeral 3.- Prestación total o parcial de un servicio público, precedido o no de la ejecución de una obra pública.

propias o de la SESAL – de acuerdo al proceso productivo normado y velará por la calidad y cantidad pactada de unidades de producción abonando el principal, previo establecimiento de conformidad, las sumas correspondientes de acuerdo a modalidades de entero previamente convenidas.

Además de lo ya dicho se considera como producto un algo (cosa) que puede ser inequívocamente definido, delimitado y reconocido, que de forma comprobada contribuye a los objetivos del sistema de salud, es conocido que impacta sobre el estado de salud de los/las residentes de un territorio determinado en aquellos indicadores que han sido definidos como prioritarios por el Rector y por los cuales la SESAL está preparada para erogar una suma establecida por cada unidad producida hasta un total pactado.

La mencionada transacción puede definirse como la intención del agente para convertirse, por delegación o reasignación, en un gestor/operador descentralizado de servicios de salud reconociendo los estándares de calidad, normativas, protocolos y lineamientos oficiales de la SESAL así como los procesos productivos normados a seguir y para ello establecerá un estructura administrativa razonable que además de gestionar los servicios de salud podría desarrollar funciones de coordinación intra e inter sectorial para armonizar, alinear, gestionar y complementar los recursos facilitados por la SESAL. El principal o SESAL, por su parte, entregará un monto fijo al agente por cada unidad de producción recibida que reúna los estándares de calidad establecidos, hasta el máximo pactado respetando las formas de entero preestablecidas.

La Secretaría se compromete a no interferir en los procesos de trabajo del gestor/operador, exceptuando el reforzamiento del cumplimiento del marco regulatorio sanitario; todos los agentes se someten sin restricciones al marco jurídico normativo de la República de Honduras.

Los productos no son per se los resultados, éstos se obtienen cuando, como efecto de haber generado una masa crítica, se modifican positivamente las mediciones de daño a la salud y/o se revierte la cuenta de una condición mórbida específica y/o disminuye la exposición a algún riesgo y/o mejora la calidad de vida de la población.

Se considera que hay pago por resultados cuando los productos, por los cuales se erogan los recursos, impactan - a un costo beneficio razonable - en la calidad de vida de la población y contribuyen a los objetivos del sistema; en este caso, en aquellos indicadores del estado de salud de la población que las políticas nacionales de salud han definido como prioritarios, para los cuales la planificación estratégica sectorial o institucional ha establecido los abordajes, los tiempos y las metas y en el POA Presupuesto se precisan los montos comprometidos.

III.- ANTECEDENTES

A partir del año 2004 se han venido desarrollando e incrementado el número de convenios para la provisión de servicios de salud del primer nivel de atención a través de gestores de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión, de suerte que la población cubierta en sus necesidades de salud en el primer nivel de atención por esta modalidad se va acercando paulatinamente al millón de habitantes.

Los servicios de salud están siendo gestionados en la modalidad público-social por Organizaciones de Base Comunitaria o en la modalidad público-público por Gobiernos Locales (independientemente como alcaldías o en asociación en mancomunidades) o en la modalidad público-privado sin fines de lucro cuando la gestión ha sido reasignada a Organizaciones No Gubernamentales (ONG). Actualmente una nueva legislación posibilita relacionamientos público-privado con fines de lucro para la prestación de servicios públicos.³

Desde la experiencia de limitarse a la provisión de servicios de salud del primer nivel de atención por un gestor local (Fundación La Caridad, Clínica Asistencial La Caridad, en la comunidad de El Guante, Municipio de Cedros en el Departamento de Francisco Morazán) pasando por el impacto que MANCORSARIC en el Departamento de Copán imprime al desarrollar una gestión territorial, los resultados de las experiencias de la gestión descentralizada de la provisión de servicios de salud han sido promisorios, comprobables y sostenidos.

Los acuerdos para la gestión descentralizada de servicios de salud han sido muy variados enriqueciendo la experiencia institucional, como ejemplos se citan algunas de las experiencias desarrolladas: con el Hospital San Francisco de Asís de la ciudad de Juticalpa el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) hace mucho tiempo firmo un acuerdo de atención a los asegurados(as) y sus beneficiarios(as), el Hospital Escuela en Tegucigalpa tiene en su haber experiencias de compra de servicios de imagenología y diálisis, el Hospital San Felipe de Tegucigalpa incorpora algunas particularidades en su gestión, el IHSS y la SESAL han establecido acuerdos de uso conjunto de servicios de alta complejidad; la CLIPER de la ciudad de Villanueva es gestionada por el IHSS, su financiamiento es compartido con la SESAL y atiende a la totalidad de la población de su área de influencia, etc.

El cambio de paradigma es desarrollar la gestión descentralizada de la provisión de servicios de salud llevada a cabo por entes externos a la Secretaría de Salud como regla general de la gestión de la provisión de los servicios públicos permitiendo una gestión más flexible, eficiente y exitosa.

Los diferentes estudios de evaluación llevados a cabo (SESAL/MEASURE, BM, ASDI) develan menos vicios que virtudes y en general coinciden en que los indicadores de salud han mejorado ostensiblemente.

³ LEY DE PROMOCIÓN DE LA ALIANZA PÚBLICO PRIVADA. Decreto Legislativo 143-2010. Publicado en La Gaceta No. 32,317 del 26 de Septiembre del 2010.

En marzo 2007 el Banco Mundial⁴ publicó una evaluación de los servicios descentralizados contraponiéndolos a los servicios centralizados, fueron considerados tres componentes centrales, a saber: características de los servicios, calidad y cobertura y finalmente costos.

La conclusión en cuanto a características de los servicios se centra en que en la mayoría de los centros de salud descentralizados se constató una mayor capacidad instalada y mayor satisfacción por parte del usuario⁵; asimismo los parámetros de calidad y uso del servicio considerados fueron mejor evaluados en el caso de los descentralizados⁶.

La investigación también destaca que es necesario desarrollar formas más eficientes para la captación y manejo de fuentes de financiamiento disponible a nivel local otros que los recursos fiscales.

Unos meses más tarde ASDI (Agencia Sueca de Desarrollo Internacional) publica su estudio⁷ donde se evalúan elementos y funciones del así llamado nuevo modelo de gestión, es decir: marco institucional, políticas, capacidad institucional, situación de salud, provisión de servicios, participación ciudadana, calidad y acceso.

Como resultado del estudio se concluye que el proceso de descentralización sobre la base del “nuevo modelo” debe ser fortalecido, incluyendo que para ello deben de fortalecerse las capacidades institucionales de la SESAL a nivel de las Regiones Sanitarias Departamentales, en especial aquellas relacionadas con la planificación y el apoyo directo a los proveedores de servicios.

El estudio de ASDI recomienda que el modelo debe ser regularizado incorporando los financiamientos a los canales regulares de asignación presupuestaria.

Posteriormente la evaluación llevada a cabo por la SESAL con asistencia técnica de MEASURE Evaluation (Marzo 2009, con fondos USAID) consideró las variables de producción y cobertura de servicios, costo eficiencia, costo efectividad, calidad y equidad concluyendo que “el modelo descentralizado demuestra un mejor desempeño en términos de cobertura, eficiencia y en algunas medidas de calidad. Los resultados en términos de producción de servicios, cobertura de programas priorizados, uso de recursos humanos, materiales, financieros y calidad en el uso de las normas nacionales demuestran que la provisión de los servicios de salud es válida desde la gestión descentralizada y bajo estos criterios, podría ser una mejor inversión de recursos públicos por parte del gobierno de Honduras”⁸.

⁴ Estudio sobre las diferencias en calidad, cobertura y costo entre unidades de salud centralizadas (USC) y descentralizadas (USD) de la Secretaría de Salud de Honduras. BM, Marzo 2007.

⁵ Idem, pp 124.

⁶ Ibidem pp125-127

⁷ Mapeo y Documento Base de Discusión sobre el Nuevo Modelo de Gestión para la Atención Primaria en Honduras, SIDA, Junio 2007

⁸ ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL MODELO DESCENTRALIZADO Y EL MODELO CENTRALIZADO EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN HONDURAS. SESAL/MEASURE Evaluation, Marzo 2009. Pp XV.

Éste último estudio recomienda el considerar la necesidad de que tanto el modelo descentralizado como el centralizado requieren de asistencia técnica continua incorporando monitoreo externo para minimizar posibles vicios administrativos.

Como regla los gestores de los servicios con gestión descentralizada de la provisión han sido capaces de alinear recursos adicionales o complementarios a los proporcionados por la SESAL y se han desarrollado dinámicas muy positivas con la población que atienden.

La calidad de su gestión y los resultados obtenidos - lo cual ha generado credibilidad- son atribuibles a la introducción de una nueva forma de gestión, más flexible, dirigida a los productos, que ha agilizado los procesos administrativos con una disponibilidad más oportuna de los insumos, que incluye incentivos a la producción, que orienta los servicios a las necesidades de los/las usuarias(os) y que se sujeta a la monitoria y evaluación por parte de la SESAL y de la auditoría social.

Desde el inicio en el desarrollo de los convenios hubo una visión de ligar financiamiento con resultados y tales gestores muestran una tendencia a evolucionar a una forma de manejo de las finanzas sobre la base del costo de los servicios utilizando diversas formas de contratación y pago que estimulan la productividad.

Actualmente la UECF (Unidad de Extensión de la Cobertura y Financiamiento)⁹ y la Unidad de Gestión Descentralizada (UGD)¹⁰ dan seguimiento a los proyectos y procesos relativos a los proyectos de extensión de cobertura de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión.

Las Direcciones Sanitarias Departamentales han jugado un muy importante papel en el desarrollo y construcción de proyectos de descentralización que han cristalizado en la mayoría de los casos en nuevas redes con gestión descentralizada de la provisión de servicios de salud. Otro rol de la RS es la de evaluadores de la calidad de los servicios dentro de lo establecido en los convenios firmados.

⁹ Creada bajo Decreto Ejecutivo en Consejo de Ministros número **PCM-014-2005** del 10 de junio 2005, publicado en La Gaceta No, 30,740 del 5 de Julio del 2005. “Es responsable de normar, gestionar, implementar y evaluar el proceso de contratación de servicios de Salud como estrategia para la extensión de cobertura y armonizar la ejecución de los recursos de cooperación externa alineados con los programas financiados con fondos nacionales”

¹⁰ Creada para los proyectos adscritos a GESALUD y adscrita a la Sub-Secretaría de Redes de Servicios de Salud.

IV.- MARCO POLÍTICO Y LEGAL

La Constitución de la República de Honduras reconoce dos niveles de gobierno, el Gobierno Nacional y el Gobierno Municipal y es con la aprobación de la Ley de Municipalidades (Octubre, 1990) y su Reglamento (Febrero, 2003) que se establece el rol de los gobiernos locales constituyéndose en el instrumento jurídico para “desarrollar los principios constitucionales referentes al Departamento; a la creación, autonomía, organización, funcionamiento y fusión de los Municipios.”¹¹

La Ley de Municipalidades también contempla que la autonomía municipal se base entre otros en “La planificación, organización y administración de los servicios públicos municipales;”¹² , permite su ampliación en consideración de “Las demás que en el ejercicio de sus atribuciones le corresponda por ley a las municipalidades”¹³ y que en el caso de salud deberá realizarlo ejerciendo la “Coordinación de las medidas y acciones que tiendan a asegurar la salud y bienestar general, en lo que al efecto impone el Código Sanitario, con las autoridades de Salud Pública;”¹⁴

En cuanto a los Gobernadores Departamentales¹⁵, que es “... el representante del Poder Ejecutivo en su jurisdicción”¹⁶ éste tiene entre sus atribuciones “Supervisar las dependencias públicas en el departamento tales como centros de enseñanza, salud, penitenciarias y reclusorios, servicios públicos, e informar a la correspondiente Secretaría de Estado;”¹⁷ .

En lo referente a la modernización del estado, la primera referencia cercana la establece la Comisión Presidencial de Modernización del Estado¹⁸ (1992) que establece dos niveles de acción, el primero se relaciona con el papel del estado de gestionar, promover y crear condiciones para la modernización de la sociedad y sus organizaciones y el segundo como la necesidad de introducir en el estado nuevas formas más flexibles de gestión que permitan avances tecnológicos y fomenten cambios actitudinales.

¹¹ Decreto Legislativo 124-90, LEY DE MUNICIPALIDADES, Octubre 1990. Título I OBJETO, DEFINICIÓN Y TERRITORIO, Artículo 1.

¹² Idem. TÍTULO III DE LOS MUNICIPIOS, CAPÍTULO ÚNICO, DE LA AUTONOMIA MUNICIPAL, ARTÍCULO 12.- , numeral 5.

¹³ Idem. TÍTULO III DE LOS MUNICIPIOS, CAPÍTULO ÚNICO, DE LA AUTONOMIA MUNICIPAL, ARTÍCULO 12.- , numeral 7.

¹⁴ Ibidem TÍTULO III DE LOS MUNICIPIOS, CAPÍTULO ÚNICO, DE LA AUTONOMIA MUNICIPAL, ARTÍCULO 13, numeral 16.

¹⁵ De libre nombramiento y remoción del Ejecutivo.

¹⁶ Ibidem TÍTULO II DEL GOBERNADOR DEPARTAMENTAL, ARTÍCULO 6.

¹⁷ Ibidem TÍTULO II DEL GOBERNADOR DEPARTAMENTAL, ARTÍCULO 7, numeral 2.

¹⁸ Creada de acuerdo a la LEY PARA LA MODERNIZACIÓN DEL ESTADO, Decreto Legislativo 190-91, del 11 de Diciembre de 1991, publicado en La Gaceta No. 26,636 del 7 de Enero de 1992, ARTICULO 2. Derogada por la Ley de Visión de País Plan de Nación. Aunque la Ley que la genera fue derogada la Comisión Presidencial de Modernización del Estado sigue funcionando.

Más recientemente, los lineamientos estratégicos de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP, 2001) establecen la necesidad de la reducción sostenible de la pobreza priorizando acciones en las poblaciones con mayor postergación y niveles de exclusión social favoreciendo la participación de la sociedad, fortaleciendo la gobernabilidad y disminuyendo la vulnerabilidad ambiental y social.

Un poco más tarde la Ley de Ordenamiento Territorial (2003)¹⁹ se convierte en el referente o marco normativo en materia de ordenamiento territorial y taxativamente se establece como el “... marco administrativo por medio del cual el Estado ejercerá sus atribuciones de regulador, gestor, garante, articulador y facilitador para identificar, organizar, normar, determinar uso y asignación de recursos en áreas territoriales, aplicando políticas y estrategias que respeten el interés social y promuevan el logro de los objetivos del ordenamiento territorial ...”²⁰

Por su parte el documento del Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud (2009) recoge y resalta la necesidad de cambiar el paradigma de la gestión a una gestión por resultados en un proceso paulatino y sostenible de descentralización de la gestión de la provisión de los servicios de salud.

En Enero 2010 a través de la Ley de Visión de País 2010-2038; Plan de Nación 2010-2022 establece como su primer de cuatro objetivos nacionales “Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social” planteando en su “Meta 1.4: Alcanzar 95% de cobertura de salud en todos los niveles del sistema”. Los consensos políticos construidos alrededor de la presente ley mandan el desarrollo de un anteproyecto para la formulación de un Sistema Nacional de Planificación.

La misma Ley establece la creación de las Mesas Regionales de Planificación con las cuales, al inicio de cada administración, el estado central negociará las metas e inversiones de financiamiento y desarrollo.

También el Plan Nacional de Salud 2010-2014 recoge la necesidad de desarrollar la administración a una gestión por resultados, más ágil y eficiente que las formas actuales.

Otras fuentes recogen también la necesidad de implementar y acelerar un proceso de descentralización de la gestión de la provisión de servicios de salud.²¹

Dentro de las Comisiones Departamentales de Ordenamiento Territorial o la Comisiones Departamentales de Desarrollo²², se establece que la Región Sanitaria, como “cabeza de sector” en un

¹⁹ LEY DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL, Decreto Legislativo No. 180-2003 del 30 de Octubre del 2003, publicado en La Gaceta del 30 de Diciembre del 2003.

²⁰ Ley de Ordenamiento Territorial, Decreto Legislativo No. 180-2003, Noviembre 2003. Publicado en La Gaceta del 30 Diciembre 2003.

²¹ Plan Nacional de Salud 2010-2014.

²² Coordinadas por el Gobernador Departamental y adscritas a la Secretaría del Interior y Población (anteriormente Gobernación y Justicia), Dirección de Ordenamiento Territorial.

territorio, debe liderar el proceso de planificación de la mesa de salud departamental que sería el equivalente territorial de la planificación sectorial.²³

A nivel local o municipal lo especificado es el que hay comisiones de planificación tanto a nivel de los gobiernos municipales como de mancomunidad, teniendo ambas instancias representatividad ante las autoridades responsables de la planificación regional (cuencas hídricas).²⁴

La Ley de Ordenamiento Territorial define el marco de referencia de la Planificación Institucional y Sectorial de la SESAL en la figura de un PLAN MAESTRO SECTORIAL - del cual deberá haber uno por cada definición sectorial - para continuar con la PLANIFICACIÓN SECTORIAL que implica desarrollar una "... gestión aplicable a un campo en el cual se integran intereses, problemas, oportunidades de similar especialidad, condición o tratamiento, y de alcance integral y estratégico para toda la Nación."²⁵

Particularmente se define un "...PLAN ESTRATÉGICO LOCAL:" como un "Instrumento técnico de planificación aplicado en una demarcación territorial específica y en el cual se prevén objetivos estratégicos y los planes de potenciación, de mezcla y aplicación de recursos para alcanzarlos; así como la vinculación con los marcos sectoriales para obtener resultados integrales de desarrollo."²⁶

En esta última definición se enmarcan tanto la Planificación Territorial de las Regiones Sanitarias como la Planificación Operativa, en el nivel de las Redes para la provisión de bienes y servicios de salud.

También en la misma Ley se establecen como "instrumentos primarios" de planificación, EL PLAN DE NACIÓN (PDN), los PLANES MAESTROS SECTORIALES (PSM) y los PLANES ESTRATÉGICOS MUNICIPALES (PEM).²⁷

²³ Ley Para el Establecimiento de una Visión de País y la Adopción de un Plan De Nación para HONDURAS, Decreto Legislativo No. 286-2009; Enero 2010. Publicada en La Gaceta No. 32,129 del 2 de Febrero del 2010.

²⁴ Idem.

²⁵ Opus citatus.

²⁶ Ibidem, ARTÍCULO 3, numerales 1); 21) y 22).

²⁷ Ibidem, ARTÍCULO 40, segundos numerales 1); 2) y 3).

INSTANCIAS E INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN



Otro hito importante es la aprobación de la Política de Descentralización para el Desarrollo considerada como un medio para que “... el Estado cuente con un diseño de política pública capaz de lograr transformaciones cualitativas importantes en el bienestar de las comunidades, en mejorar la calidad y transparencia de las decisiones públicas y en reducir las brechas en el desarrollo de los municipios.”²⁸, donde también se establece que “El objetivo de esta Política de Descentralización es profundizar en la modernización del Estado a través del fortalecimiento y desarrollo de los gobiernos municipales; la mejora del marco regulatorio del Estado y sus entidades descentralizadas y desconcentradas, las reformas del marco legal, institucional y político en ambos niveles de gobierno y la mejora de la gobernabilidad, transparencia y participación de la ciudadanía.”²⁹

²⁸ POLÍTICA DE DESCENTRALIZACIÓN PARA EL DESARROLLO, DECRETO EJECUTIVO NÚMERO PCM 021-2012 del 3 de Julio del 2012. Publicado en La Gaceta No. 32,895 del 10 de Agosto del 2012.

²⁹ Idem

V.- MARCO DE LA GESTIÓN POR RESULTADOS

Se define como gestión por resultados el desarrollar funciones de planificación, organización, dirección, coordinación y control sobre un sistema de producción de bienes y servicios de salud donde es posible vincular el financiamiento con los cambios en el perfil de salud enfermedad de una población determinada.

Se concretiza en un ambiente (Redes) en el cual se desarrollan procesos organizados en una cadena de valor donde los insumos (RRHH, insumos materiales, equipos y métodos de trabajo) se convierten en un producto concreto, medible, posible de financiar y que eventualmente de forma comprobada incide sobre un resultado de interés.

Resultados, por su parte, son aquellos cambios positivos que se quieren lograr en la salud de la población y que se aprecian por la modificación de los indicadores de daño o de acciones de protección de la salud que se ha establecido miden el nivel de riesgo, la carga de enfermedad o el estado de salud-enfermedad de una población determinada.

Los resultados son logrados a mediano y largo plazo, en lo inmediato se definen una serie de productos que de forma comprobada - en dependencia de su número, concentración y tiempo de aplicación – generan una masa crítica que conduce a la obtención de los resultados deseados. Todos los productos incorporan criterios de productividad, costo y calidad esperada tanto como estándares y metas de producción.

A corto, mediano y largo plazo los resultados se harán visibles en los cambios positivos de los indicadores de daño y riesgo de la salud de la población y en el incremento de aquellos que registran estilos y condiciones saludables de vida y protección de la salud.

El desarrollo de la gestión por resultados en las redes con gestión descentralizada de la provisión de servicios cursa por un muy complejo marco regulatorio de actuación puesto que debe desarrollarse en los ámbitos presupuestario y organizativo del Estado en general y de la Secretaría de Salud en particular.

En términos generales la gestión por resultados implica cambios de procesos, normas, procedimientos y formas organizativas en varios estamentos estatales y de gestión de la Secretaría de Salud, la armonización de su quehacer involucra consensos nacionales y sectoriales y para ello se adjunta una tabla resumen donde muy informalmente se destacan varios documentos oficiales y leyes que tienen algo que decir en éste tema.

En aspectos específicos implica una definición precisa de la desconcentración y delegación de funciones de la rectoría a las Regiones Sanitarias y de desarrollar en éstas últimas capacidades para la toma de decisiones y dotarlas de los instrumentos necesarios para sustentarlas.

A nivel local involucra la participación de actores sociales y de los Gobiernos Locales en dinámicas de planificación regional, departamental y municipal que implican locación de recursos y entrecruce de ámbitos de autoridad.

OBJETO, DEFINICIÓN Y TERRITORIO

ARTICULO 1.—Esta ley tiene como objetivo desarrollar los principios constitucionales referentes al Departamento; a la creación, autonomía, organización, funcionamiento y fusión de los Municipios.

Marco de Actuación de la Gestión por Resultados		
Instrumento	Propósito	Institución
Decreto Legislativo 124-90, LEY DE MUNICIPALIDADES, Octubre 1990.	ARTÍCULO 1.- Esta ley tiene como objetivo desarrollar los principios constitucionales referentes al Departamento; a la creación, autonomía, organización y fusión de los Municipios.	Gobiernos Municipales
Decreto Legislativo 146-86, Ley General de la Administración Pública. Publicado en La Gaceta No. 25,088 del 29 de Noviembre de 2006.	Normas que ordenen con sentido moderno los órganos y entidades de la Administración Pública y, que a su vez, prevea, los mecanismos que hagan viables y efectivas las decisiones políticas. CONSIDERANDO	Presidencia de la República
Ley de Ordenamiento Territorial, Decreto Legislativo No. 180-2003, Noviembre 2003. Publicado en La Gaceta del 30 Diciembre 2003.	“... marco administrativo por medio del cual el Estado ejercerá sus atribuciones de regulador, gestor, garante, articulador y facilitador para identificar, organizar, normar, determinar uso y asignación de recursos en áreas territoriales, aplicando políticas y estrategias que respeten el interés social y promuevan el logro de los objetivos del ordenamiento territorial ...”	Secretaría del Interior y Población
Decreto Legislativo 83-2004, Ley Orgánica del Presupuesto, La Gaceta No. 30,321 del 21 de Junio del 2004.	“El sistema de Administración Pública funcionará de forma articulada con los sistemas y/o subsistemas de Inversión Pública, Contratación Administrativa y Administración de Recursos Humanos, así como con todo sistema horizontal de administración que incida en	Secretaría de Finanzas

Marco de Actuación de la Gestión por Resultados		
Instrumento	Propósito	Institución
	la gestión financiera de las entidades públicas ...” ARTÍCULO 4.-	
MARCO CONCEPTUAL POLITICO Y ESTRATEGICO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD. Acuerdo Ministerial 2-2009. Publicado en la Gaceta No. 31, 884 del día 6 de Abril del 2009.	“Es el marco orientador del fortalecimiento del ejercicio rector de la Secretaría de Salud sobre los actores sociales que intervienen en el proceso de producción social de la salud y del desarrollo de las adecuaciones orgánicas y funcionales que el sistema de salud del país requiere.” Presentación	Secretaría de Salud
Ley Para el Establecimiento de una Visión de País y la Adopción de un Plan De Nación para HONDURAS, Decreto Legislativo No. 286-2009; Enero 2010. Publicada en La Gaceta No. 32,129 del 2 de Febrero del 2010.	Establecer la imagen objetivo de las características sociales, políticas y económicas que el país deberá alcanzar mediante la ejecución de los sucesivos planes Nación y planes de Gobierno consistentes entre si, que describa las aspiraciones sociales de cada área y que se establezca para cada ciclo de 20 años.	Secretaría de Planificación
PLAN NACIONAL DE SALUD 2010-2014	1.- Crear, establecer las bases e iniciar el desarrollo de un sistema de salud plural e integrado; 2.- la implementación de un modelo de atención integral de salud, familiar y comunitario; 3.- el desarrollo de un sistema nacional de calidad en salud; 4.- el fortalecimiento del sistema de vigilancia de la salud; 5.- el fortalecimiento del sistema de monitoria y evaluación; 6.- la definición y desarrollo del sistema de información en salud	Secretaría de Salud
POLÍTICA DE DESCENTRALIZACIÓN PARA EL DESARROLLO. Documento de trabajo, versión del 3 de Julio del 2012	Fomentar la inclusión, reducir la pobreza, mejorar el desarrollo humano e impulsar el desarrollo nacional, regional, municipal y local.	Secretaría del Interior y Población, Unidad Técnica de Descentralización.

Para la gestión de los servicios de salud el MNS establece que la SESAL debe organizarse, en tres niveles: Nivel Central (NC), Región Sanitaria Departamental (RSD) y Redes Integradas de Servicios de Salud (hospitalarias y ambulatorias).

Los tres niveles arriba descritos juegan un papel específico para que el proceso de gestión se oriente a los resultados, de forma que, sea factible establecer un vínculo entre los recursos financieros invertidos y los cambios en el estado de bienestar y salud de la población, todo ello con la mayor eficiencia posible.

Éste planteamiento implica el que los recursos humanos deberán ser contratados y remunerados de acuerdo a una productividad con calidad pre-establecida, que la inversión en recursos debe ser congruente con la calidad y número de productos y que deben utilizarse los insumos de forma que asegure la mayor producción de bienes y servicios de salud sin que la calidad demerite.

Por tanto la gestión por resultados es aquel tipo de gestión donde el gestor/operador de un ente de la producción de uno o varios resultados tiene suficiente control sobre los insumos necesarios y los organiza para la obtención de aquellos productos con calidad que la SESAL (NC y RSD) ha establecido son precursores de los cambios que se desean establecer en el perfil de salud enfermedad de una población dada.

Adicionalmente pueden establecerse mecanismos de pago que fomenten la calidad, la producción, la oportunidad, etc., de forma que el financiamiento se ligue a cualquiera de las características mencionadas en dependencia de las necesidades de la población atendida o las así definidas por la SESAL.

Actualmente la gestión de la provisión de servicios es ejercida en la mayoría de los casos por la SESAL y en una buena proporción por los así llamados proveedores descentralizados (mas correctamente: gestores de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión).

El acuerdo contractual o instrumento de relacionamiento entre la SESAL y los actuales gestores de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión ha sido vía un convenio anual el cual se ha ido renovando e incorporando cambios que no han alterado la relación y el espíritu con que se firmaron los primeros acuerdos.

En un futuro podría ser necesaria la incorporación de nuevas formas de relacionamiento para dar respuesta a necesidades específicas y escenarios jurídicos por definir.

Dentro de la modalidad de la gestión descentralizada de provisión de servicios de salud en operación se definen mayormente modalidades tipo como publico-social y público público con municipalidades y mancomunidades pero también se consideran nuevas variantes dentro de posibles y futuros relacionamientos con otros entes públicos y/o privadas.

La preparación de la SESAL de cara a la gestión por resultados implica, entre otros, el replanteamiento de los sistemas de gestión, la definición de sus productos, la normatización de sus procesos, la delegación de funciones, el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias y la organización o reorganización de estructuras administrativas.

Para cada uno de los sistemas de trabajo de la SESAL (Recursos humanos, gestión financiera, logística, etc.) hay un momento en las funciones de la gestión (Planificación, Organización de Procesos, Dirección,

GUIA DE GESTIÓN POR RESULTADOS PARA LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD
CON GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE LA PROVISIÓN

Coordinación y Control) en el que habría que definir instrumentos que coadyuven el entretendido necesario para la anidación de la gestión por resultados. A continuación un ejemplo de lo expuesto.

SISTEMAS	FUNCIONES				
	Planificación	Organización de procesos	Dirección	Coordinación	Control
RRHH	Plan de Desarrollo del Talento Humano	Gestión de Recursos Humanos	Aplicación de políticas y reglamentos internos	Procesos de formación de RRHH (Pre-grado y Especialización)	Inventario de RRHH, Evaluación del desempeño
Logística	Planes de Compra, Planes de Abastecimiento	Gestión de la logística	Lineamientos de recepción, almacenamiento y dispensación. formas de sujeción,	Transporte sanitario, proveedores externos, etc.	Cardex, inventarios, auditorías
Mantenimiento de Equipos e Insumos	Planes de Adquisiciones, Planes de Mantenimiento, Planes de Reposición,	Gestión del uso de materiales y equipos	Criterios de uso, explotación y descarte	Servicios de mantenimiento y apoyo técnico	Registro de servicios de mantenimiento y vida útil.
Gestión Financiera	Plan de Desembolsos, Flujos de Caja, Pagos, Plan de Inversiones.	Gestión de los procesos de ejecución financiera	Modalidades de pago, Pago por productos	Consecución y alineamiento de recursos	Auditorías de la gestión financiera, Inventario de bienes patrimoniales
Gestión de los procesos con calidad	Plan de Habilitación, Planes de Mejora, Plan de Provisión con Calidad	Instancias, metodologías, criterios	Criterios de evaluación de la calidad. Petición y rendición de cuentas	Participación ciudadana, Comunicación social	Auditorías y control social de la calidad

VI. GESTIÓN POR RESULTADOS Y NIVELES DE GESTIÓN

La implementación de la gestión por resultados en las redes de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión involucra la introducción de nuevos instrumentos de gestión y de relacionamiento en los diferentes niveles organizativos de la SESAL.

Cada nivel de gestión desarrolla actividades de acuerdo a las funciones que le han sido asignados o delegadas, para el caso el Nivel Central de la SESAL concentra las funciones de la Rectoría y las de la Provisión y Financiamiento de los servicios de salud.



De acuerdo a lo anterior el Nivel Central de la SESAL es responsable de la **Definición del Marco Normativo de la Gestión por Resultados** de las redes de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión (todos los bienes y servicios son producidos con calidad) y para ello deberá desarrollar al menos las siguientes actividades:

1. De planificación:
 - a. Establece y socializa las Políticas en Salud vinculándolas a los tiempos y las metas de efecto e impacto.
 - b. Define los resultados y los productos, con sus costos, para cada nivel de gestión y los mecanismos de pago a los gestores.
 - c. Establece las metodologías para la planificación estratégica institucional, sectorial, plurianual y operativa.
 - d. Integra los planes departamentales para una visión de país.
2. De organización:
 - a. Establece los niveles de gestión, sus alcances, funciones delegadas y estructura funcional.
 - b. Elabora las normas técnicas, de regulación de establecimientos, recursos e insumos de la salud.
 - c. Desarrolla criterios para el sistema de información gerencial.
3. De dirección:
 - a. Define lineamientos y criterios para la descentralización de las redes de servicio.

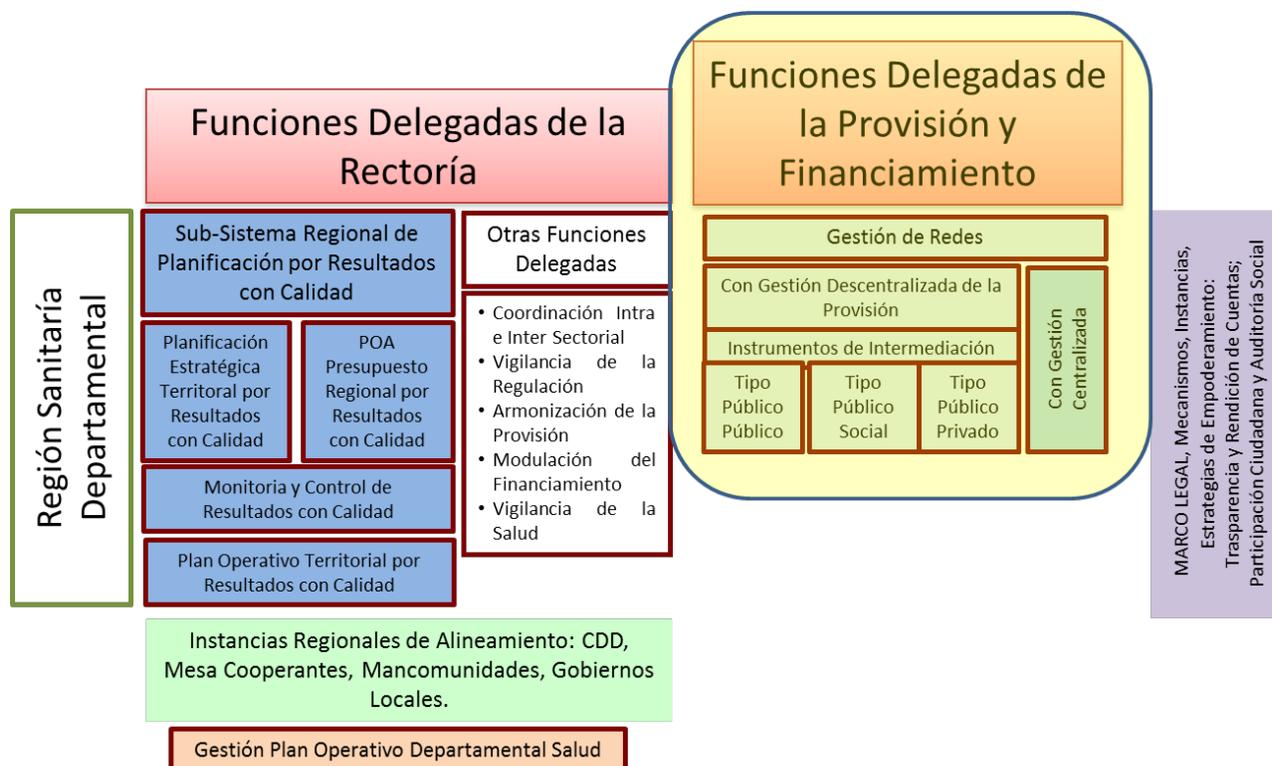
- b. Establece los mecanismos e instrumentos de relacionamiento entre el financiador y la red de proveedores de servicios.
 - c. Define las políticas de evaluación de desempeño y de incentivos a los equipos de trabajo.
4. De coordinación:
- a. Establece las normas de referencia de pacientes.
 - b. Establece lineamientos y mecanismos para la articulación con los diferentes actores del sector.
 - c. Elabora lineamientos para la rendición de cuentas de los gestores de las Redes de Servicios.
 - d. Establece los compromisos intra y extra sectoriales.
5. De control:
- a. Diseña y normaliza el proceso de vigilancia de la regulación para el cumplimiento de las normativas en salud.
 - b. Diseña y normaliza el proceso de vigilancia de la salud.
 - c. Define el cuadro de mando de indicadores para la rendición de cuentas al nivel nacional y regional.
 - d. Desarrolla la normativa técnica para gestionar y proveer servicios con calidad.
 - e. Provee insumos para el monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de salud.

Las Regiones Sanitarias Departamentales a su vez, ejecutan aquellas funciones que se les delega y cumple las directrices del Nivel Central que se le hacen conocer, en este caso replicando y adecuando el sub-sistema de planificación e incorporando acciones limitadas de armonización de la provisión, modulación del financiamiento, garantía del aprovisionamiento y coordinación intra e intersectorial.

En su nivel y de acuerdo a las potestades delegadas, la RSD deberá adaptar el marco normativo de la gestión por resultados a las realidades regionales, estableciendo y dando seguimiento al marco operativo de la gestión por resultados de la provisión en redes con gestión descentralizada de la provisión.

En este nivel deberán estar instrumentalizadas todas las funciones delegadas por el Nivel Central.

Resumiendo la RSD desarrolla la **Gestión Operativa del Marco Normativo de la Gestión por Resultados** de las redes de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión



En este estrato la planificación operativa requiere sea instrumentalizada detalladamente, dichos instrumentos deberán considerarse como unidades concatenadas de un todo y para ello se identifican pero no se limitan a los siguientes instrumentos:³⁰

- A. **Plan Estratégico Territorial en Salud:** Preparar a la institución para la operacionalización de su rol rector. Operativización de políticas y toma de provisiones técnicas y administrativas para la consecución de los objetivos institucionales de mediano y largo plazo y el ejercicio de las funciones de la rectoría.
- B. **Plan de Provisión de Servicios con calidad:** Desarrolla la organización operativa y funcional de la Red Integrada de Servicios de Salud para dar respuesta a la demanda social de servicios de salud y a las prioridades establecidas por el Rector y su contenido básico se define como:
 - a. Organizar la Red de Servicios Departamental en redes integradas de servicios de salud, proveedoras de servicios personales y colectivos de salud, incluidas las variables geográficas y poblacionales, su articulación, la tipificación de las unidades de servicios y su producción esperada; cumpliéndose los lineamientos establecidos por el rector.
 - b. Analizar la brecha oferta-demanda y de género, capacidad instalada y demanda social de servicios de salud.
- C. **Plan de Inversiones y Desarrollo:** Para fines de elevar, conservar, adecuar la capacidad de respuesta de la Red, estableciéndose entre otros:

³⁰ En Anexos se proveen definiciones y una matriz de contenidos.

- a. Realizando las estimaciones de necesidades de inversión para el desarrollo de las Micro-redes de servicios en estructura física con base al conocimiento de las brechas entre las condiciones de la oferta actual y la oferta de servicios determinada en el plan de provisión de las micro-redes del Departamento.
 - b. Completando el equipamiento y desarrollo tecnológico, de las micro redes partiendo de las brechas en la oferta actual y la priorizada en el plan de inversión.
 - c. Dotando de recursos humano calificados, que responda a las necesidades específicas de cada micro-red, la organización de los procesos de su cartera de servicios específica.
 - d. Priorizando las investigaciones operativa de los principales problemas de salud que afectan a las poblaciones, sus relaciones de poder y de género y sus ámbitos geográficos.
 - e. Determinando las necesidades de Docencia en respuesta a la brecha oferta-demanda y a la diferencial de variables de género e identidad que afectan la salud de mujeres y hombres en sus diferentes ciclos de vida.
- D. Plan de Gestión:** Su propósito es establecer el desarrollo del inter-relacionamiento de los diferentes actores del sector que proveen servicios de salud en la red, para asegurar el cumplimiento de compromisos, sobre la prestación de servicios
- a. Negociando los compromisos e incorporándolos en los instrumentos de relacionamiento con los operadores de las redes,
 - b. Formalizando y dando seguimiento a los instrumentos de relacionamiento y su gestión;
 - c. Identificando los mecanismos para la búsqueda, gestión y alineamiento de recursos;
 - d. Identificando los mecanismos para la coordinación intra e inter sectorial.
- E. Plan de Aseguramiento:** Recoge los acuerdos para la gestión del financiamiento para:
- a. Estimar los requerimientos financieros,
 - b. Aseguran el financiamiento de la prestación de los conjuntos garantizados de prestaciones y los paquetes especiales,
 - c. Garantizar en monto, tiempo y forma los recursos necesarios para la operación de la redes integradas de servicios de salud.
- F. Plan de Desarrollo del Talento Humano:** Contribuir a garantizar la calidad de los productos ofertados, estableciendo.
- a. Las provisiones para la captación, entrenamiento, formación, capacitación y enrolamiento de los recursos humanos necesarios para operar la prestación de servicios de salud con calidad.
 - b. Estimando los recursos financieros necesarios,
 - c. Definiendo el tipo y calidad de recurso humano requerido.

- G. Plan de Fortalecimiento de la Gestión:** Contribuir a garantizar la calidad de los productos y la eficiencia de la gestión, estableciendo:
- Las provisiones para el desarrollo organizacional, técnico y administrativo de los sistemas de provisión de servicios de salud genero sensitivos.
 - La operación la gestión por procesos con enfoque sistémico.
- H. Plan de Satisfacción del Usuario:** Asegurar la calidad percibida de la atención de las personas, desarrollando:
- Provisiones para asegurar una atención personalizada, fluida, integrada, continua y cálida a todos/todas los y las usuarias(os) de los servicios de salud, reconociendo las diferentes condicionantes y determinantes en el proceso de enfermar o morir de mujeres y hombres durante su ciclo de vida y que incluye estrategias de atención que responden a éstas demandas de salud.
 - Identificando y reforzando los procesos de atención de la diversidad, de respuesta a situaciones y necesidades especiales y de eliminación de barreras culturales y de género.
- I. Plan de Monitoria y Evaluación:** Propone la retroalimentación para la toma de decisiones y el desarrollo de la rendición de cuentas de los recursos utilizados y los resultados obtenidos:
- Definiendo los mecanismos de monitoria y control para el cumplimiento de metas, resultados y estándares de producción,
 - Estableciendo el el Plan de Auditoría de mejora continua,
 - Definiendo y reforzando los mecanismos de evaluación del desempeño de la redes de servicios.
- J. Plan de Descentralización regionalizado:** Se incorpora operativamente en el Plan de Negocios y se desarrolla conjuntamente con el Plan Estratégico Institucional, se define como las provisiones para la descentralización paulatina de las redes de provisión de servicios de salud.
- K. POA Presupuesto anual y plurianual:** Aseguramiento del financiamiento público. Define lineamientos del gasto del erario público relacionados a los resultados o cambios positivos del estado de salud de la población.
- L. Plan Operativo Territorial por Resultados con calidad:** Articulación de recursos, unificación de objetivos de los actores. Provisiones articuladas de los planes institucionales, no institucionales, municipales, sectoriales e intersectoriales relativos al alineamiento de recursos para la provisión de servicios de salud con calidad.



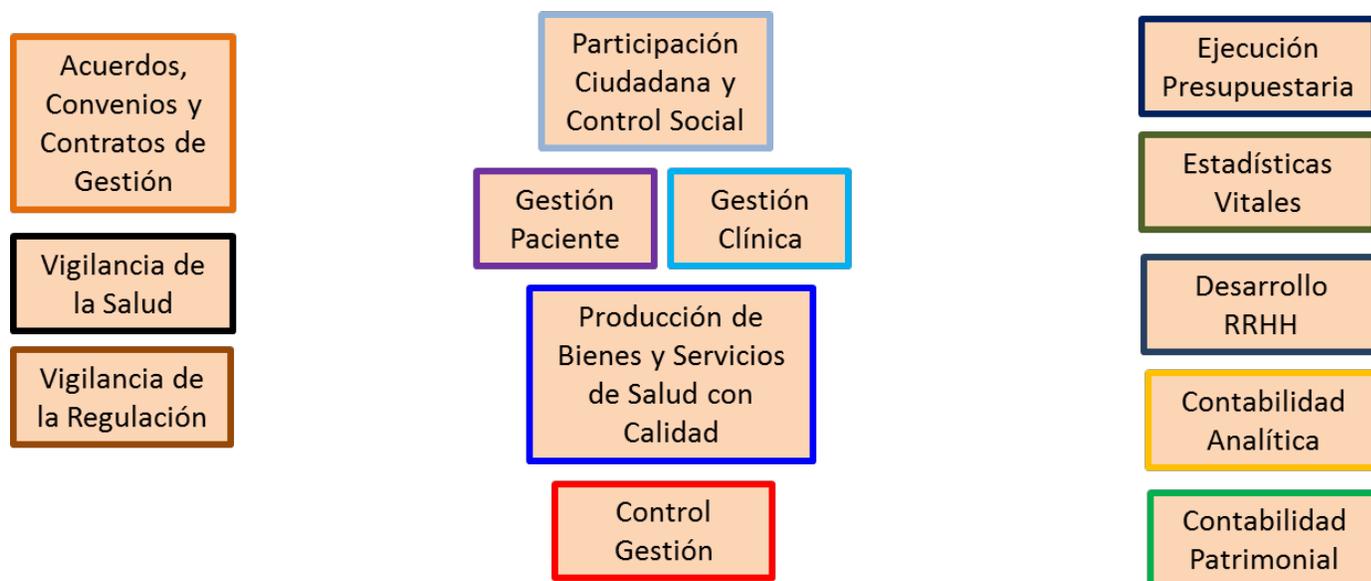
Cada instrumento de planificación requiere de información específica y para ello se desarrollan los instrumentos de recolección de datos para el sistema integrado de información (SIIS) que permiten la monitoria y evaluación del desempeño del sistema; los cuales sin necesariamente ser exhaustivos son:³¹

- I.- Subsistema de Vigilancia de la Salud: registro, procesamiento, análisis de datos sobre factores de riesgo y el grado de exposición, daño a la salud, carga de enfermedad, factores determinantes y condicionantes de la salud y variables de producción de servicios de salud diferenciadas por sexo, edad, procedencia y pertenencia a pueblos originarios o afrohondureños para la introducción oportuna de medidas correctivas.
- II.- Subsistema de gestión del paciente: registro, procesamiento, análisis de datos e introducción de medidas correctivas para el la atención oportuna, continua, efectiva, suficiente y cálida a los y las usuarias(os) de los servicios de salud.
- III.- Subsistema de desarrollo del talento humano: recolección, procesamiento y análisis de variables relativas a la docencia e investigación necesarias para el continuo mejoramiento de los recursos humanos que proveen servicios de salud y los protocolos de atención.

³¹ En Anexos se proveen definiciones.

- IV.- Subsistema de vigilancia y reforzamiento de la regulación: recolección de datos sobre el cumplimiento de la regulación en salud y la toma de medidas para fortalecer su aplicación.
- V.- Subsistema de contabilidad analítica: registro del movimiento de recursos financieros para la prestación de servicios y registro de costos.
- VI.- Subsistema de contabilidad patrimonial: Registro de bienes físicos perdurables existentes y dispuestos para la provisión de servicios de salud.
- VII.- Subsistema de control de la gestión: registro, procesamiento y análisis del cumplimiento correcto de los compromisos sobre la producción de bienes y servicios de salud con calidad.
- VIII.- Ejecución presupuestaria: registro y análisis del gasto previsto del erario público para la toma de medidas correctivas.
- IX.- Estadísticas vitales: registro y análisis de los hechos relativos al nacimiento, vida y muerte de las personas, diferenciadas por sexo, edad, procedencia y pertenencia a pueblos originarios o afrohondureños.
- X.- Subsistema de la gestión clínica: protocolos de atención, uso, combinación y dosificación de medicamentos, efectos secundarios, resistencia total o parcial, integralidad de las acciones, etc.
- XI.- Participación ciudadana y control social: registro y análisis de las formas de participación de la ciudadanía y el ejercicio del control social para su reforzamiento.
- XII.- Acuerdos, convenios y contratos de gestión: registro y análisis de variables que establecen el correcto manejo de los acuerdos contractuales contraídos para la toma de medidas correctivas.
- XIII.- Subsistema de calidad: registro y análisis de datos relativos al cumplimiento de estándares y variables que evidencian la calidad de los productos convenidos con los gestores operadores de los servicios de salud.
- XIV.- Subsistema de producción con calidad de bienes y servicios de salud.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN: Instrumentos para la Monitoria y Evaluación del Desempeño para la Provisión de Servicios



Todas las actividades de la Región Sanitaria Departamental son desarrolladas en el marco de las funciones delegadas y las directrices del NC de la SESAL y se incorporan en ellas la transversalización de género.

De acuerdo a lo planteado, las actividades de la RSD para operacionalizar el marco normativo de la gestión por resultados de las redes de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión se circunscribirían pero no se limitarían a:

- 1) En planificación:
 - a. Conduce la planificación estratégica territorial e institucional y los planes de inversión.
 - b. Elabora las directrices para los planes operativos y presupuesto anual.
 - c. Elabora el plan de desarrollo de recursos humanos de la Red.
 - d. Elabora cuadro de mando con indicadores género sensitivos de gestión y de seguimiento de la red.
 - e. Conduce el proceso de evaluación de desempeño de la Red
- 2) En organización:
 - a. Organiza las Redes de servicios de salud en base a los criterios establecidos por el rector.
 - b. Verifica el cumplimiento de las normas de habilitación de los establecimientos de salud
 - c. Elabora lineamientos para la organización y articulación de las redes en función de las necesidades de la población.
 - d. Brinda los lineamientos para el sistema de información y reportes.

- 3) En dirección:
 - a. Establece las políticas institucionales de gestión para la RSD.
 - b. Define los roles y funciones del órgano de gobierno de las Redes de Salud.
 - c. Brinda a todas las Redes los lineamientos de evaluación del desempeño de RRHH y la política de incentivos.
 - d. Socializa los lineamientos para la rendición de cuentas.
- 4) En coordinación:
 - a. Elabora los lineamientos para la referencia respuesta de pacientes.
 - b. Establece directrices para el relacionamiento entre los diferentes actores de la red.
 - c. Articula todos los actores del sistema de salud en el departamento para la planificación y rendición de cuentas.
- 5) En control:
 - a. Monitorea los indicadores gerenciales del cuadro de mando
 - b. Vigila el cumplimiento de los procesos de rendición de cuentas de los gestores de las redes descentralizadas.
 - c. Socializa lineamientos para los gestores sobre los procesos de control interno que deben desarrollar.
 - d. Elabora directrices para la gestión con calidad incluyendo la auditoria de los planes de mejora continua.
 - e. Vigila el cumplimiento de la regulación.
 - f. Operacionaliza y vigila el cumplimiento de los procesos de vigilancia de la salud

En el tercer nivel de gestión, Redes Integradas de Servicios de Salud, no hay funciones específicas delegadas de la rectoría a los gestores descentralizados, mas allá de la gestión operativa por resultados de la provisión, la operación territorial de aquellas relaciones inter e intra sectoriales que considere la SESAL y es el escalón donde se desarrolla la gestión clínica.

No obstante para dar respuesta debe desarrollarse, acorde a una diversa complejidad de las unidades y servicios de salud, una estructura organizativa funcional que facilite el gestionar por resultados.

La gestión se estructura de acuerdo a los procesos que sea necesario desarrollar para alcanzar productos de una calidad dada, producidos a un costo asumible y en cantidad necesaria.

En este nivel deben igualmente operarse y ejecutarse, de acuerdo a la circunscripción espacio población de la red de servicios en cuestión, los instrumentos de planificación y de recolección de información arriba descritos para la RSD.



En el nivel de Redes se desarrolla la **Gestión Operativa por Resultados de Redes de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión**, desarrollando – pero de nuevo no extenuando - al menos las siguientes actividades:

- 1) En planificación asume resultados a alcanzar, los recursos que requiere y la organización de los mismos:
 - a. **RECURSO HUMANOS:** Cantidad, tipo de profesionales, capacitación, pago e incentivos.
 - b. **MAQUINARIA:** Reemplazo, mantenimiento y dotación de nuevas tecnologías
 - c. **MATERIALES:** Plan de adquisición para el suministro.
 - d. **DINERO:** Presupuesto de ingresos, gastos, de inversión
- 2) En organización reorganiza los procesos de trabajo y organiza equipos, incluyendo:
 - a. **MÉTODOS:** organiza los procesos de trabajo para alcanzar los resultados establecidos en los planes de acuerdo a las normas y regulaciones establecidas. (programas, actividades, gestión de pacientes)
 - b. **RR HH:** Organiza equipo en base a los recursos humanos que dispone en función de los resultados a alcanzar según los planes.
 - c. Establecer las funciones y organiza los Comités de apoyo a la gestión, de participación social y otros.

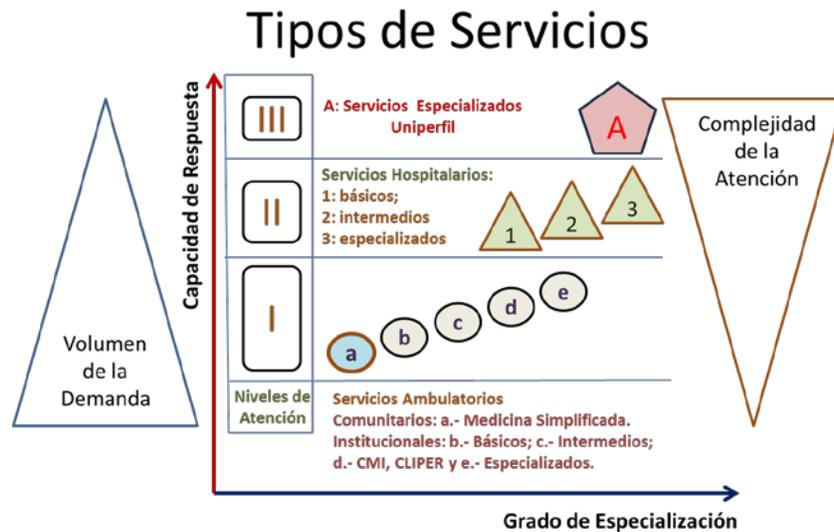
- d. Organizar y asegurar el funcionamiento del sistema de información
- 3) En dirección establece pago por resultados y establece incentivos además de:
 - a. Ejecutar los procesos horizontales de la Gestión: Planificación, organización, coordinación y control.
 - b. Establecer políticas institucionales para la RED.
 - c. Establecer incentivos a los equipos conforme a los resultados alcanzados y define mecanismos de pago.
 - d. Rendir cuentas por los resultados.
 - e. Implementar las directrices del rector.
- 4) En coordinación la ejecución de los planes en armonía con otros proveedores y redes, y:
 - a. Operativiza los arreglos institucionales para la referencia de pacientes.
 - b. Ejecuta acciones de coordinación con otras redes conforme a los planes de trabajo elaborados.
 - c. Participa en instancias de consulta y de participación social en su territorio, fomentando el empoderamiento de la población para el ejercicio del derecho a la salud de mujeres y hombres.
- 5) En control monitorea, evalúa y organiza el sistema de información para:
 - a. Ejecutar mecanismos de control interno.
 - b. Monitorear las metas, indicadores, costos y su cuadro de mando gerencial.
 - c. Identificar brechas para corregirlas y ajustar los planes de trabajo y los de mejora continua.
 - d. Documentar los procesos sujetos de auditoria, conforme a los lineamientos técnicos. (auditoria financiera, auditoria de la mejora continua de calidad, auditoria social).
 - e. Monitorear el cumplimiento de la regulación.
 - f. Monitorear el cumplimiento de los procesos de la vigilancia de la salud cumpliendo con la transversalización de género.

Dentro de las Redes Integradas de Servicios de Salud se realiza, en cada unidad operativa, la Gestión Clínica, la cual se define como el conjunto de actividades que acompañan la toma de decisiones, por parte del oferente de la prestación de salud, para el uso más eficiente de los recursos diagnósticos, terapéuticos y de apoyo, de forma que garantice la efectividad de la intervención dentro de un marco de racionalidad económica, un manejo terapéutico adecuado y respeto irrestricto al paciente.

VII.- PRODUCCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE SALUD

El Modelo Nacional de Salud establece la producción de bienes y servicios de salud de tipo personal y colectivo, estos últimos también llamados bienes públicos.

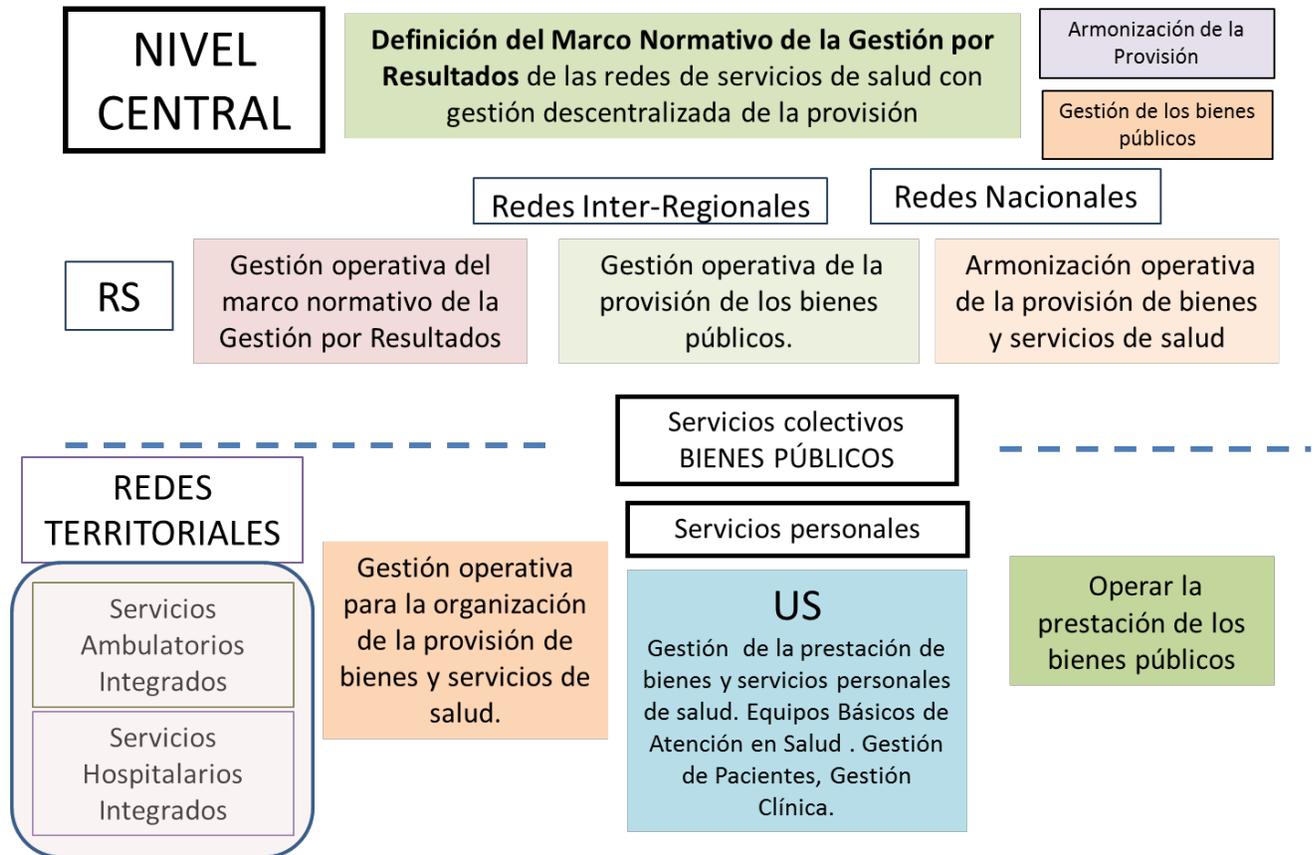
Los así definidos como bienes y servicios de salud de tipo personal o individual son aquellos que recibe directamente una persona, los colectivos son aquellos de acción sobre los condicionantes y determinantes de la salud y el medio ambiente.



El MNS organiza la atención estableciendo redes que integran servicios de diversos niveles de complejidad y capacidad de respuesta.

Para la organización operativa de la provisión de ambos tipos de bienes y servicios de salud se establece una responsabilidad compartida entre el Nivel Central, la Región Sanitaria Departamental y las Redes Integradas de Servicios de Salud, a saber:

- El Nivel Central hace efectiva su función de formulador de políticas, regulador, planificador sectorial e institucional y armonizador de la provisión y el financiamiento.
- la RSD modula el marco regulatorio de la gestión por resultados y la gestión descentralizada de la provisión de servicios personales, adicionalmente gestiona operativamente la provisión de servicios colectivos, la vigilancia de la regulación y la vigilancia de la salud.
- la Red realiza la gestión operativa para la provisión de servicios personales y aquellas actividades que la RSD le delega dentro de la provisión de los bienes públicos. Complementariamente en el ámbito de su actuación vigila el cumplimiento de la regulación y de los procesos de vigilancia de la salud.



Las Redes de servicios son definidas como plurales, integradas y debidamente reguladas, para ello partimos de algunos conceptos básicos a saber:

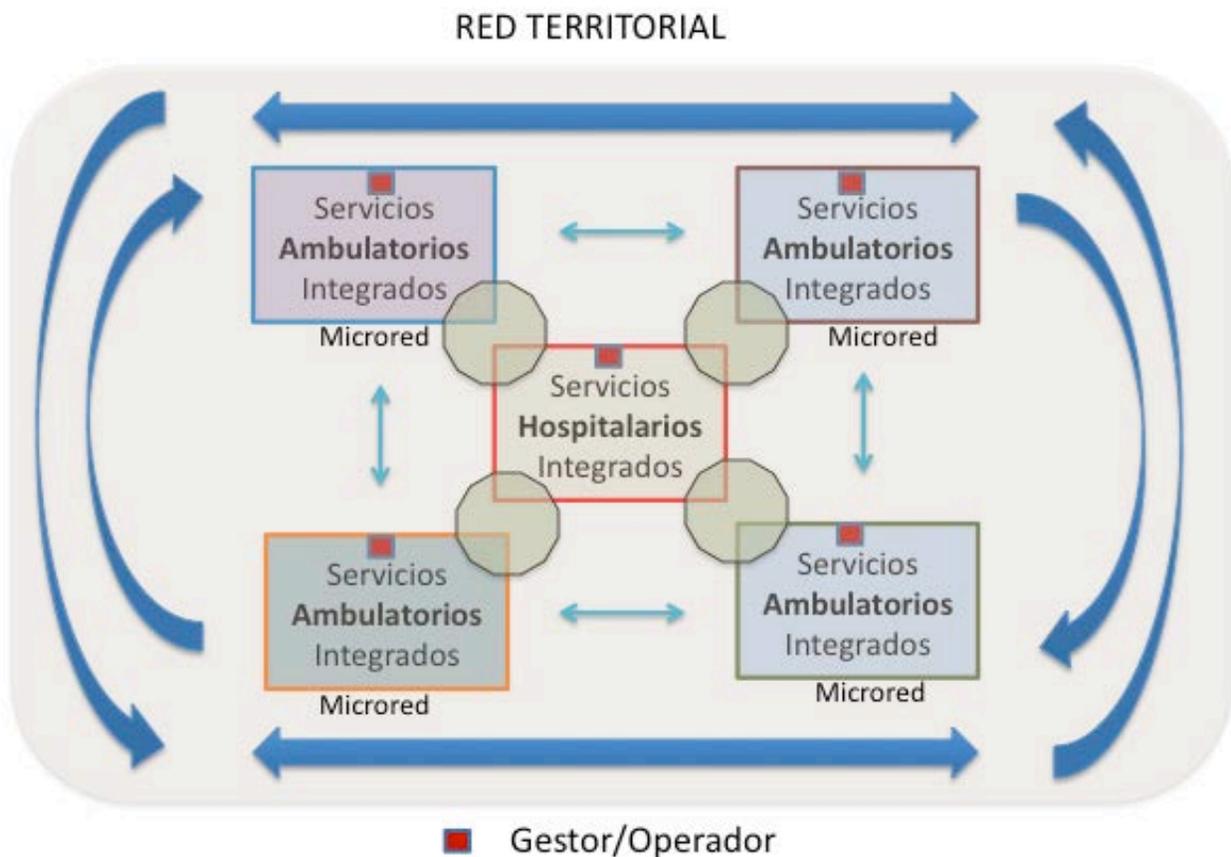
REDES: conjunto de establecimientos que ofertan bienes y servicios de salud a una población determinada diferenciada por sexo, edad, procedencia y pertenencia a pueblos autóctonos o afrohondureños en un espacio geográfico definido y que establecen entre sí relaciones formales e informales de articulación.

PLURALES: se refiere a que los establecimientos que ofertan bienes y servicios de salud en una red pueden ser públicos y no públicos.

INTEGRADAS: se refiere a la propiedad de que todos los establecimientos integrantes de la Red establecen entre sí lógicas formales de relacionamiento y articulación que les permite actuar coordinada y coherentemente como un todo en respuesta a los objetivos establecidos por el Rector.

DEBIDAMENTE REGULADAS: establece el hecho que el funcionamiento, organización y lógicas de articulación de los establecimientos de una red están tutelados por disposiciones estatales.

Siempre deberá ser considerada la Incorporación de las perspectivas de género y diversidad, derechos sexuales y reproductivos e interculturalidad en la prestación de servicios de salud, aplicando los instrumentos definidos para tal fin.



De acuerdo a lo estipulado en el MNS las redes deben considerar los siguientes atributos esenciales:^{32 33}:

Atención y Provisión:

- 1) Población y territorio a cargo definido, y amplio conocimiento de sus necesidades y demandas de salud, las barreras que limitan el acceso a la salud y las brechas de género que determinarán las características de la oferta de servicios de salud.
- 2) Una extensa red de establecimientos de salud que prestará servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integrará los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública, acordados con la SESAL.

³² Resolución CD49.R22 del 49º Consejo Directivo, 61ª Sesión del Comité Regional, OPS/OMS, 2009

³³ Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. OPS, 2010

- 3) Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubrirá toda la población y servirá como puerta de entrada al sistema, que integrará y coordinará la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- 4) Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecerán de preferencia en entornos extra hospitalarios.
- 5) Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud, y
- 6) Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Gobernanza y estrategia:

- 7) Un sistema de gobernanza único para toda la red.
- 8) Amplia participación social, y
- 9) Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

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 vinculará a todos los miembros de la red,
- 13) Gestión basada en resultados.

Asignación e incentivos:

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

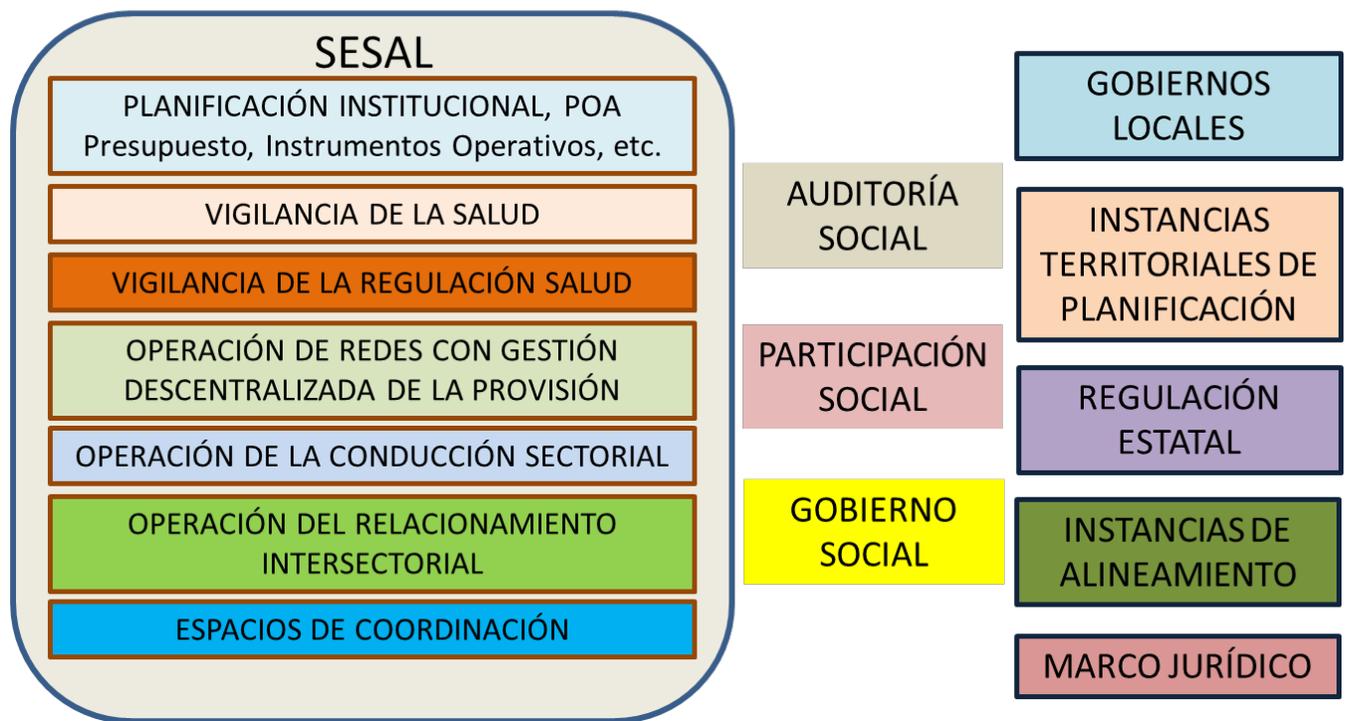
VIII.- ARMONIZACIÓN OPERATIVA DE LA PROVISIÓN

La armonización de la provisión se define como una función sustantiva de la SESAL, su ejercicio demanda la coordinación operativa con otros actores responsables del desarrollo técnico en distintas áreas.

ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN: *Garantizar la complementariedad, coordinación y articulación de la provisión de servicios de salud a fin de asegurar la continuidad y la integralidad en la atención, de acuerdo a los planes, objetivos y prioridades nacionales en salud, evitando duplicidad en el uso de los recursos.*

El aceptar una realidad de redes integradas, articuladas de acuerdo a variadas lógicas de sujeción, con gestores operadores como intermediarios para la provisión con gestión descentralizada de servicios de salud en unidades definidas como públicas y no públicas, plantea un escenario bastante complejo para la operación de la armonización de los servicios de salud.

ARMONIZACIÓN OPERATIVA DE LA PROVISIÓN EN REDES CON GESTIÓN DESCENTRALIZADA



La SESAL ejerce primordialmente la función de armonización de la provisión desde la regulación, la planificación y la operacionaliza en la gestión de las redes integradas de servicios, las otras instancias la concretizan a partir de sus actividades de planificación, regulación y control o bien en instancias de coordinación de pertenencia voluntaria; todos se ajustan al marco jurídico legal vigente.

Para su operacionalización deben además tomarse en cuenta los fueros de los gobiernos locales (Planes Estratégicos Municipales), las potestades de las instancias territoriales de planificación (Mesas Regionales de Planificación, Consejos Departamentales de Desarrollo), la jerarquía de otros entes estatales en

temas específicos (SANAA; Ente Regulador de los Servicios de Agua y Saneamiento³⁴) la existencia de instancias de alineamiento y concertación y el marco jurídico relativo (Ordenamiento Territorial; Visión de País, Plan de Nación); todo ello complementado con la participación y auditoría social.

Para el caso la SESAL es responsable de la vigilancia de la calidad del agua, el ente Regulador de los Servicios de Agua y Saneamiento de su regulación y control, el SANAA de proveer el apoyo técnico para su explotación y los pobladores ejercen funciones para su gestión (Juntas de Agua) y de control (Auditoría Social) y todos juntos armonizan la oferta de agua con calidad.

La armonización operativa de la provisión debe contribuir a concretar:

1. La continuidad y complementariedad de la atención,
2. La equidad entendido como la focalización de recursos sobre la base del nivel de exposición al riesgo y niveles de postergación,
3. La identificación y eliminación de barreras de acceso incluyendo las de género,
4. La respuesta a la demanda social de bienes y servicios de salud,
5. La oportunidad y suficiencia de la atención,
6. La eliminación de discrepancias en la atención, y
7. Servicios, atenciones con calidad.

A nivel de redes con gestión descentralizada de la provisión, el gestor operador será responsable de desarrollar todas las previsiones que al respecto el rector le delegue en el instrumento de relacionamiento sin perjuicio de realizar con creatividad las acciones pertinentes para la enmienda a su alcance de situaciones no deseadas.

Dentro del marco previsto por el rector para el gestor proveedor éste último deberá desarrollar en el territorio el relacionamiento que le permita la mejor operación posible coordinándose con todas las otras redes necesarias para garantizar la continuidad, complementariedad y calidad de la atención.

El gestor proveedor de una red asumirá la responsabilidad de la integración de los servicios dentro de cada unidad y entre aquellas de su área administrativa, asegurará los mecanismos para la correcta fluidez operativa de los servicios complementarios pactados con otras unidades fuera de su gestión y dará seguimiento al periplo de el/la usuario(a) hasta su finalización dando en reciprocidad las facilidades para que otras redes realicen efectivamente el mismo seguimiento.

En las redes las deficiencias e insuficiencias operacionales y las necesidades de inversión necesarias para solventarlas deberán ser negociadas con la RSD.

La salud es un producto social por tanto el desarrollo de las micro redes son responsabilidad compartida entre la SESAL, sus gestores proveedores a cargo y los diferentes actores presentes en el territorio.

³⁴ Decreto Legislativo 118-2003. Ley Marco del Sector del Agua Potable y Saneamiento. Publicado en La Gaceta No. 30,207 del 8 de Octubre del 2003.

IX.- GESTIÓN DE LAS REDES

Los gestores operadores de las redes, entes con personería jurídica, son organizaciones independientes con capacidad de contratar por si mismos, pueden tener patrimonio y giro de negocios propios, se rigen por las leyes del país para entes privados o no estatales, tienen responsabilidad administrativa, civil y criminal y cuando son financiados por fondos del erario nacional cumplen una función pública y en algunas de sus actuaciones se ven limitados por leyes específicas de uso y rendición de recursos financieros.

Los gestores operadores de las redes con gestión descentralizada de la provisión de servicios de salud establecen con la SESAL relacionamientos contractuales en cuanto entes financiados por el estado y de subordinación (pero no en sentido jerárquico) en cuanto la Secretaría ejerza su rol rector de regulador y garante del cumplimiento de la normativa en materia de salud.

Para las redes se visibilizan dos subniveles de gestión, la gestión operativa de la provisión de bienes y servicios de salud con calidad y la gestión de la prestación de servicios de salud.

En lo referente a la gestión operativa de la provisión ésta incluye grandes grupos de procesos y actividades, a saber:

1. La gestión del instrumento de relacionamiento con la SESAL y cualquier otro compromiso establecido con terceros,
2. La implementación y desarrollo de una instancia y procesos de gobernanza con amplia y efectiva participación social garantizando la transparencia de la gestión y los mecanismos rendición de cuentas.
3. La planificación, organización y armonización de la provisión de los bienes y servicios de salud con calidad.
4. La vigilancia del cumplimiento de la regulación.
5. La vigilancia del cumplimiento de los procesos de la vigilancia de la salud.
6. La gestión de Planes de Desarrollo y Fortalecimiento del talento humano, la capacidad técnica y resolutive de la red y su capacidad gerencial.
7. La definición, registro y control de los costos de producción.
8. Sistemas de monitoria y evaluación
9. La incorporación de la perspectiva de género en todos los procesos y herramientas de la provisión de servicios y el desarrollo de capacidades en el personal de salud reconociendo las diferencias entre los sexos y la necesidad de brindar respuestas integrales y diferenciadas.

A nivel de cada unidad prestadora de servicios se desarrolla la gestión de la atención que toma como base las necesidades o demanda social de servicios de salud por parte de la población, necesidades y demandas que retoma el o los Equipo(s) Básico(s) de Atención en Salud para formular una respuesta organizativa eficiente de la atención, privilegiando la promoción y prevención, y sobre ello disponer los servicios de apoyo.

En la relación directa con las personas, en respuesta a sus demandas de atención en salud, la gestión de los procesos de la prestación (planificación, organización, dirección, coordinación y control) se disponen

para la ejecución directa, eficiente y eficaz de las políticas públicas que deben concretarse a ese nivel, desarrollándose para ello la Gestión Clínica y Gestión del Paciente.

La gestión clínica se refiere a las actuaciones dirigidas desarrolladas, por un equipo básico de atención, sobre todos los procesos de relacionamiento personal y colectivo con sus pacientes - que incluye las implicaciones que sus decisiones producen - con el fin de elevar la eficacia y eficiencia del uso de los recursos disponibles y el logro del mejor resultado clínico epidemiológico plausible con la menor exposición a riesgos.

La gestión del paciente son los procesos relativos al acompañamiento que la red provee a el/la paciente desde el momento que surge un relacionamiento que lo(a) hace elegible – por demanda o necesidad - de recibir bienes y servicios de salud y hasta la resolución del caso (alta clínica o epidemiológica, remisión definitiva a otra instancia, atención de la cronicidad, etc.).

X.- DEFINICIÓN DE PRODUCTOS

Un producto, sea tangible o intangible, llámese bien o servicio de salud debe llenar requerimientos técnicos y de calidad que garanticen el poder generar resultados, la generación de resultados es posible a través de los productos pues se establece un estrecho vínculo entre la producción de uno y la consecución del otro, los productos son precursores de los resultados, pudiendo ser los resultados de corto, mediano o largo plazo.

Físicamente “Es un bien material o servicio final que surge como resultado de la combinación de insumos requeridos para su producción. Son generados a través de proceso, procedimientos y acciones llevadas a cabo en un centro de gestión productiva o centro de costo. Los productos NO se pueden confundir con UNA ACCION o una ACTIVIDAD de dicho centro de costo o de gestión productiva”³⁵.

Los productos, pueden ser finales cuando influyen directamente en el resultado e intermedio cuando contribuye a la obtención del producto final. Un producto intermedio es obtenido independiente de la existencia del producto final y es generado por un proceso diferente, ejemplo: los exámenes de laboratorio contribuyen al producto final que es el diagnóstico y tratamiento de un paciente.

Los productos, cualquiera que sea su naturaleza, deben llenar una serie de características que establecen la fortaleza de su vínculo con los resultados, pudiendo establecerse una relación de influencia del producto sobre el cambio en el resultado.

A saber, se listan:

1. Es un satisfactor de la demanda social de servicios de salud.
2. Es capaz de contribuir a la modificación y mejoría del el estado de salud de la población.
3. Contribuye a los objetivos del sistema
4. El proceso que lo genera está normado con sus estándares de calidad incorporados y existe la capacidad para su monitoria y evaluación.

Para ello contribuye el que:

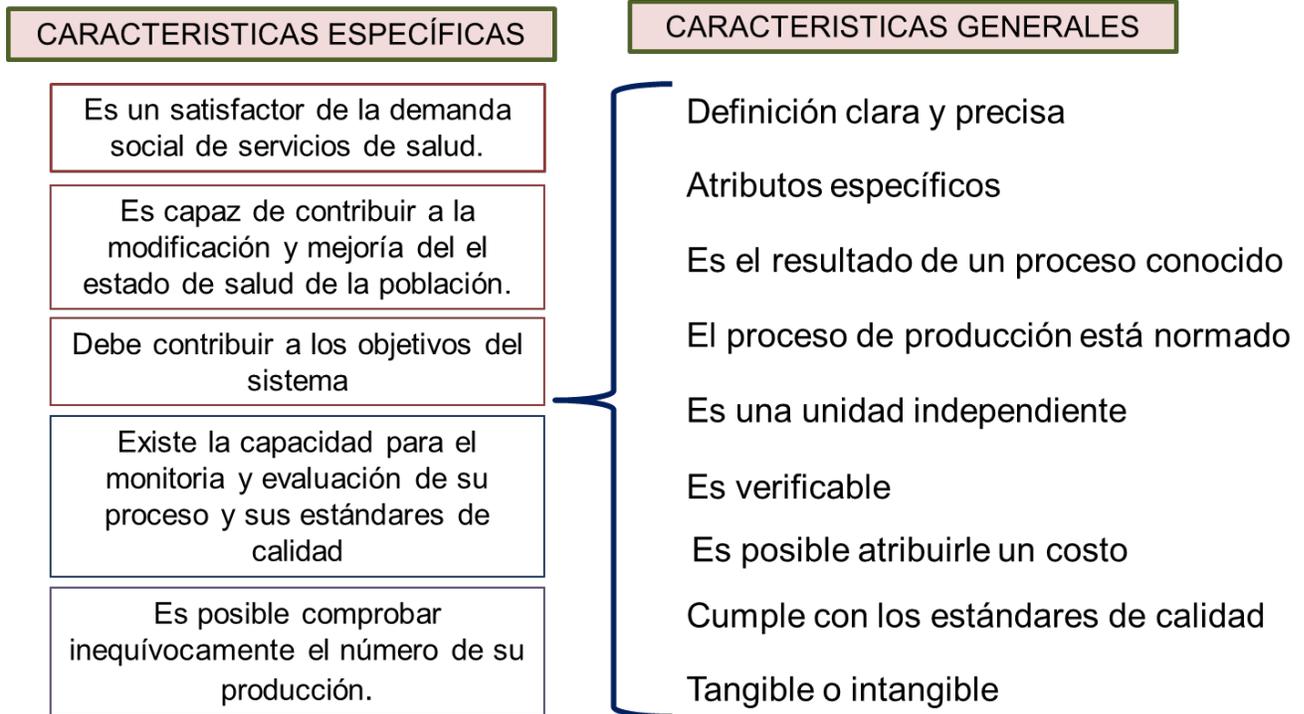
5. Existe una definición clara y precisa
6. Sus atributos específicos sean conocidos
7. Es una unidad independiente, es posible separarla del conjunto, identificarla inequívocamente,
8. Es verificable su número y calidad, y
9. Se ha determinado su costo estándar

El proceso para su definición parte de un diagnóstico del estado de salud de la población que deviene en insumo para una Planificación Estratégica por Resultados con Calidad y que genera instrumentos que permiten la vinculación de la inversión de los recursos con los cambios o resultados esperados.

Los cambios o resultados esperados pueden ser inmediatos o de corto plazo, mediano plazo y largo plazo en dependencia de su complejidad.

³⁵ SECRETARIA DE SALUD, Coordinación Técnica de la Unidad de Extensión y Cobertura de Financiamiento. GUIA PARA ESTIMACION DE COSTOS DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE SALUD.

PRODUCTO

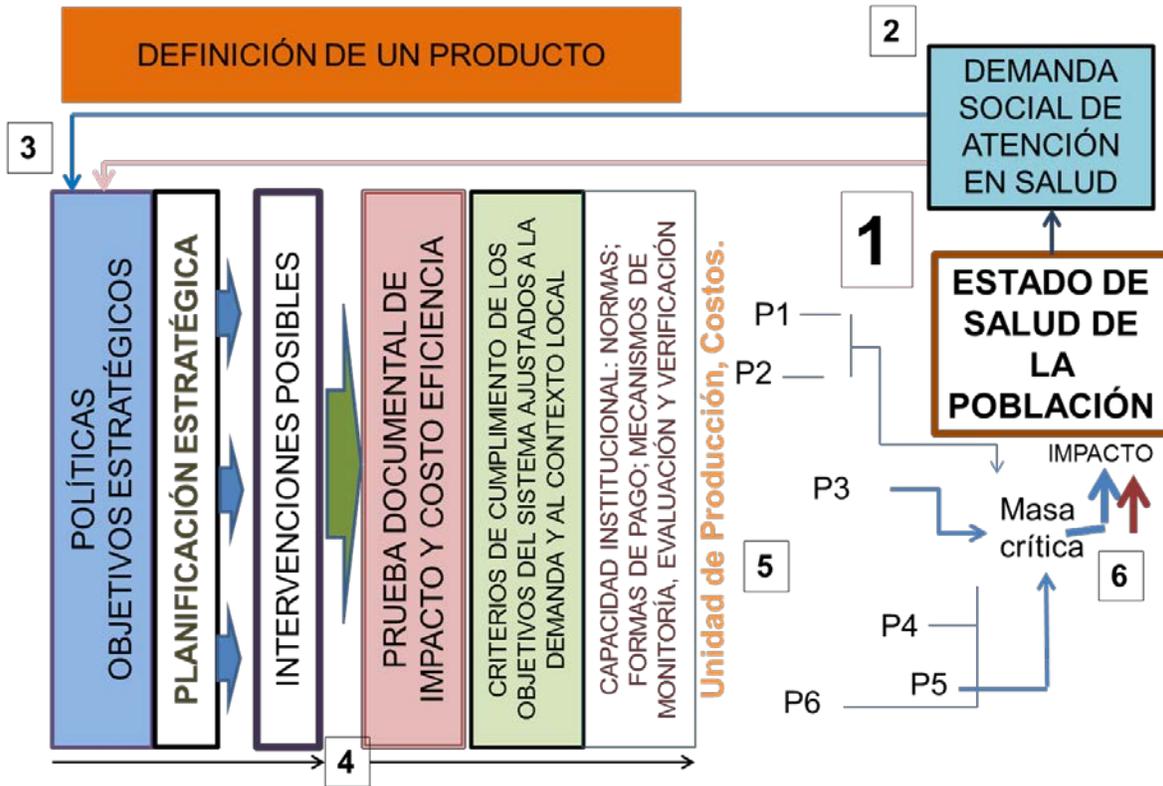


Conociendo los cambios o resultados esperados se definen las intervenciones que con un grado aceptable de certeza se conoce son capaces de producir los impactos deseados y estas se desglosan en productos que son susceptibles de asignárseles un costo.

El Rector define los productos de interés, establece sus estándares y un costo estándar. El costo, en consonancia con el número de productos, permite establecer una magnitud, una carga presupuestaria, una afectación financiera la cual utiliza el financiador para establecer los montos financieros a trasladar al agente (gestor/operador) para dar inicio al proceso de su producción de bienes y servicios de salud.

El sistema de planificación por resultados con calidad también instrumentaliza los mecanismos de pago y desembolso a los gestores/operadores y de rendición de cuentas.

Para garantizar el ejercicio de las funciones de la rectoría, provisión y financiamiento de los servicios de salud también son destinados recursos a estructuras de conducción, regulación, modulación, armonización, vigilancia y aquellas de apoyo administrativo ligados a la provisión de servicios.



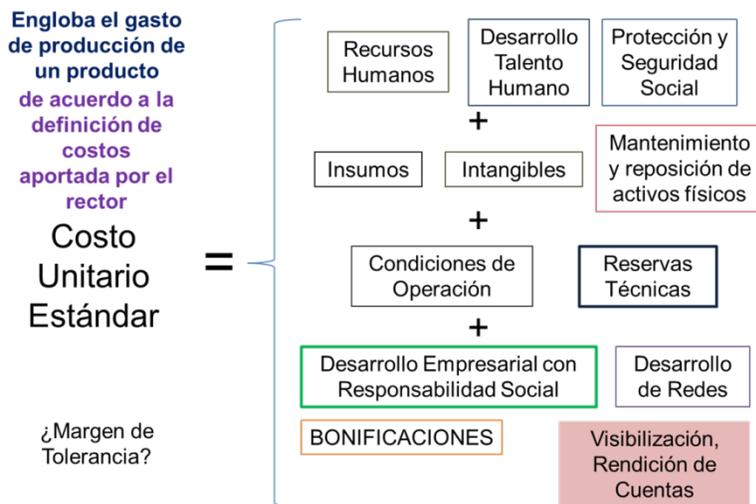
Es responsabilidad de la SESAL en el ejercicio de sus funciones rectoras el establecimiento de los productos que pueden tomar forma en grupos individualizados o en paquetes garantizados de prestaciones de salud o en paquetes de prestaciones específicos para grupos humanos o atención de entidades nosológicas, pudiendo ser un acto médico como un parto o un conjunto de actividades como un cierto número de controles prenatales que incluya la inmunización con Toxoide tetánico, un ultrasonido, la elaboración de un Plan de Parto, la entrega de suplementos y la debida consejería.

XI.- COSTOS

Los costos para la producción de bienes y servicios de salud se establecen de acuerdo a las inversiones que se estiman para la obtención de un producto en cuestión, para ello se consideran, sin necesariamente ser exhaustivos, los siguientes parámetros:

- A. Contratación de recursos humanos,
- B. Actividades de preservación y desarrollo del talento humano,
- C. Inversiones en protección y seguridad social,
- D. Compra de insumos,
- E. Pago de intangibles como ser seguros, asesoría legal, asistencia técnica, etc.,
- F. Mantenimiento y reposición de activos físicos,
- G. Condiciones de operación, como licenciamiento, habilitación, certificación, equipo empresarial, sistemas de apoyo a la gestión, etc.,
- H. Desarrollo empresarial con responsabilidad social,
- I. Desarrollo de la red,
- J. Bonificaciones, y
- K. Inversiones en visibilización y rendición de cuentas.

Hay varias conceptualizaciones operativas de los costos, el primero, el costo unitario estándar, es un parámetro que explicita la inversión que en promedio es necesario aplicar para la obtención de una unidad de producto, las condiciones de producción y el valor de los elementos integrados en su cálculo pueden variar y por ello se definen factores de tolerancia que lo adecúan a diferentes escenarios, para el caso y como un ejemplo, diferentes zonas del país.

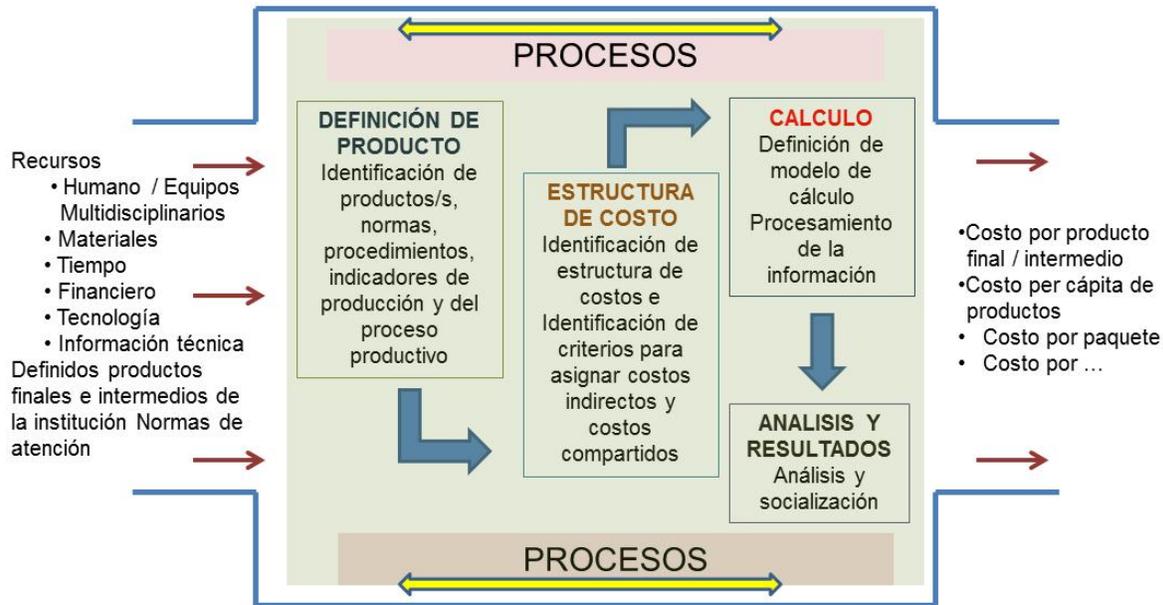


Cualquier cambio, en el proceso de producción, la productividad o en las condiciones de operación tanto como en las características y estándares de calidad del producto, amerita un ajuste de costos.

En un escenario ideal la demanda es la suficiente para llenar los costos de operación y producción de un sistema de producción de bienes y servicios de salud, cuando no es el caso, el costo de una unidad se encarece y si no hay otra opción la

SESAL deberá estar preparada para cubrir las nuevas necesidades financieras.

MODELO DE ANÁLISIS DE COSTOS



Adaptado de: Secretaría de Salud, **Coordinación Técnica de la Unidad de Extensión y Cobertura de Financiamiento.**
GUIA PARA ESTIMACION DE COSTOS DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE SALUD.

Adicionalmente para uso de la SESAL es necesario calcular un Costo Estándar Prospectivo que es elaborado sobre la base de considerar ciertos niveles de eficiencia establecidos como normales (sin desperdicio o tiempo ocioso, suficiencia de insumos en calidad y número, una base tecnológica equivalente, una norma de producción y una productividad adecuada) en condiciones operativas comunes o normales, incluye los costos directos e indirectos necesarios para la producción de una unidad de producto y el monto promedio obtenido es referido a una sola unidad de producción; adicionalmente se hacen ajustes para establecer que el costo así calculado es vigente por un ciclo de planificación o contratación, normalmente un año.

Desde el punto de vista del gestor, el costo a considerar es el Costo de Producción que difiere del anterior en que, sin admitir ineficiencias o ineficacias que le pudiesen ser imputables, se remite para su cálculo a las condiciones reales en que se realizan los procesos, estableciendo variaciones atribuibles a las condiciones locales de operación.

Los costos producción pueden ser influenciados, entre otros, por cambios estacionales, la disponibilidad local de insumos, el acceso a los proveedores, el volumen de las compras, la oportunidad de la adquisición y la oferta del mercado.

El gestor operador de una red de servicios con gestión descentralizada de la provisión debe establecer sus costos, negociarlos con la SESAL y definir en conjunto un parámetro aceptable para ambas partes que garantice la factibilidad y sostenibilidad financiera, la calidad y la continuidad del servicio.

XII.-OPERADORES DE REDES CON GESTIÓN DESCENTRALIZADA

Serán considerados agentes, operadores o gestores de redes de servicios de salud con gestión descentralizada aquellas organizaciones públicas y no públicas que asumen el rol de proveedores de servicios de salud con calidad vía un convenio de reasignación de funciones firmado con la SESAL³⁶.

En el instrumento de intermediación (convenio) se establecen los derechos y obligaciones de las partes, quedando los proveedores comprometidos a brindar bienes y servicios de salud a una población localizada en un marco geográfico.

El relacionamiento entre las partes es contractual, desaparece cualquier forma de jerarquía aunque como rector la SESAL sigue asumiendo un papel muy importante en la regulación y su vigilancia.

La introducción de una modalidad de gestión por resultados en esta forma de provisionar los servicios de salud se facilita por el grado de empoderamiento en el manejo de recursos que han desarrollado los operadores o gestores que ya están operando formas de gestión descentralizada de la provisión de servicios de salud con calidad.

Para el desarrollo de la gestión operativa por resultados de la provisión de servicios de salud con calidad los agentes, operadores o gestores deben desarrollar un sistema de Planificación orientado a resultados (productos) que le permita con las estructuras de apoyo operar una red de servicios de salud (Gestión Operativa de la Organización de la Provisión y Gestión Clínica).

El operar una red de servicios de salud, amén del manejo de los instrumentos de planificación y sistemas de información, también requiere del desarrollo de capacidades y habilidades al menos en los siguientes campos:

- a. Operación del marco relacional con la Región Sanitaria Departamental incluyendo las políticas y lineamientos del Rector.
- b. Operar procesos de coordinación con la comunidad,
- c. Operar mecanismos de mejora continua de la gestión,
- d. Operar un sub-sistema de monitoria y evaluación de resultados con calidad,
- e. Operar procesos de coordinación sectorial e intersectorial,
- f. Operar procesos de articulación con servicios de la SESAL, otras redes y otros proveedores.
- g. Operar mecanismos de transparencia y rendición de cuentas,
- h. Operar procesos de consecución y alineamiento de recursos complementarios a los proporcionados por la SESAL,
- i. Operar dentro del Plan Operativo Regional y de la SESAL,
- j. Operar un sub-sistema de control y análisis de costos,
- k. Operar dentro de procesos de participación ciudadana y auditoría social,
- l. Prever y operar mecanismos de compensación financiera,
- m. Operar un sub-sistema de registro de derechohabientes, y
- n. Operar la gestión orientada al cliente.

³⁶ Artículo 4 Código Sanitario

o. Desarrollo de capacidades incorporando la perspectiva de género en salud.

Una situación de resolución paulatina es que la SESAL no cuenta con normas para todos los procesos de producción de bienes y servicios de salud.

La SESAL debe fortalecer su rol Rector para poder gestionar con más propiedad una provisión de bienes y servicios de salud caracterizada por estar primordialmente proveída por agentes, operadores o gestores de redes de servicios de salud con gestión descentralizada.

La Dirección Sanitaria desarrollará procesos de planificación territorial orientada a resultados y establecerá los vínculos necesarios para la coordinación intra y extra sectorial dentro de lo estipulado en la Ley de Visión de País, Plan de Nación donde la SESAL es vista como cabeza de sector en los espacios de planificación regionales y departamentales definidos.

En otro particular es necesaria la definición de otras formas de relacionamiento que pudiesen ser implementadas en los diferentes escenarios de contratación en dependencia de la naturaleza de los proveedores y de las políticas de descentralización de los servicios públicos.

Dentro de lo expuesto se presenta un instrumento de relacionamiento contractual que, en otras realidades, ha probado ser un avance positivo para los modelos de descentralización de la gestión llamado Contrato Programa.

El Contrato Programa se define como aquel convenio suscrito por el Estado, en ejercicio de su capacidad de contratación y dentro del marco jurídico vigente, con un ente público o no público, en él se establecen detalladamente los derechos y deberes recíprocos de las partes y se delimita el sistema de garantía, seguimiento y evaluación del cumplimiento.

XIII.- PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y AUDITORIA SOCIAL

Los servicios proveídos a través de gestores operadores de servicios de salud con gestión descentralizada siguen conservando su calidad de servicios públicos, el Estado busca formas más efectivas de operacionalizar la prestación y reasigna funciones, pero en ningún caso recusa su responsabilidad ni abandona el control.

Por ello para una gestión descentralizada orientada a resultados en el primer nivel de atención en salud es necesario establecer formas de consulta y gobierno que integren a la sociedad civil organizada y a otros actores clave del territorio dentro del marco legal vigente.

Dentro de los compromisos de los instrumentos de intermediación deberán quedar plasmados las formas, mecanismos, espacios de gestión e instancias que harán efectivo el ejercicio de los derechos ciudadanos, sexuales y reproductivos expresados en una participación efectiva en la toma de decisiones, en el desarrollo y fortalecimiento del empoderamiento de mujeres y hombres en pro de su salud, en la realización de las intervenciones y en la capacidad de pedir y recibir cuentas de sus proveedores de servicios.

La participación puede expresarse individualmente o acompañada de cualquier forma de asociación, en ambos casos los gestores/operadores deberán facilitar e integrar a la prestación de servicios - de forma sinérgica - los aportes ciudadanos.

La participación ciudadana está concebida como un proceso gradual mediante el cual se integra al ciudadano, en forma individual o colectiva, en la información, toma de decisiones, la fiscalización, control y coejecución de las acciones en los asuntos públicos que lo afectan directa o indirectamente, para permitirle su pleno desarrollo como ser humano y el de la comunidad en que se desenvuelve.

Adicionalmente deben establecerse los mecanismos de medición de la calidad percibida por las/los usuarios(as), las metodologías de transparentar los procesos sujetos al escrutinio ciudadano de la gestión, el uso de recursos y la prestación de servicios de salud con calidad.

La rendición de cuentas es obligación del funcionario público, o cualquier persona que actúa por delegación de terceros, de responder por la responsabilidad que le fue conferida.

Conlleva tres elementos: a) la obligación de responder al derecho de pregunta que tiene el propietario de la responsabilidad conferida (ciudadanos); b) la obligación de explicar y fundamentar las decisiones tomadas y c) responder personalmente por lo actuado, incluso con su patrimonio personal por las acciones realizadas o las decisiones tomadas (toma de decisión, procedimientos, calidad de los resultados).

Por su parte la auditoría social es el proceso a través del cual los ciudadanos (organizados o individualmente) realizan acciones de monitoreo, verificación y evaluación cualitativa y cuantitativa de la gestión pública, con el objeto de realizar recomendaciones y propuestas que garanticen la provisión de servicios públicos eficientes y satisfactorios de acuerdo a sus demandas sociales y planes de desarrollo.

Se considera la concreción de un proceso evaluativo ejercido por la ciudadanía, organizada o no, a la acción y al ejercicio administrativo de un ente privado o público, destinados a producir un servicio de interés social o colectivo, con recursos del Estado, de la sociedad y/o de la comunidad cooperante internacional.

XIV.- PAUTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

El cambio del paradigma de la gestión pública tradicional a la gestión por resultados requiere de cambios estructurales, organizativos y operacionales dentro de la SESAL, para su ejemplificación se lista, sin necesariamente haber agotado el tema, los siguientes ítems:

1. Cambios conceptuales, actitudinales y operacionales que conlleven a una renovada cultura organizacional donde las lógicas de actuación se centran en el desempeño comprobado y medible del sistema, y la inclusión de la transversalización de género para el logro de la equidad en salud.
2. Instrumentos programáticos de acuerdo a resultados que permitan establecer vínculos inequívocos entre los recursos invertidos y los resultados logrados.
3. Marco normativo de la gestión por resultados que permita la operativización de esta nueva forma de gestión estableciendo sus límites, niveles de trabajo y su marco regulatorio.
4. Estructura organizacional en todos los niveles de gestión dirigida a resultados, de forma que la administración se disponga de forma efectiva para poder operar el marco normativo de la gestión por resultados.
5. Desconcentración y descentralización de funciones del Nivel Central a los niveles operativos de forma que las decisiones se acerquen a los/las usuarios(as) y a los problemas.
6. Paradigma administrativo con soporte organizacional, existiendo los recursos, la capacidad técnica y gerencial suficiente y adecuada en cada instancia de acuerdo a sus funciones.
7. Lógicas e instrumentos de sujeción y relacionamiento por resultados claros, con procesos bien definidos, asumidos por las partes en comunidad de intereses que permita y aliente la incorporación de la sociedad civil organizada a la gestión de servicios de salud en redes.
8. Reguladores, operadores y prestadores con capacidad gerencial, expresado en un proceso tangible de mejora continua de los recursos humanos y en el desarrollo de los sistemas organizacionales.
9. Marco legal y operativo de la planificación y acceso a recursos, permitiendo ocupar las instancias y espacios de planificación y adjudicación de recursos que el estado establece en su ordenamiento territorial.
10. Fuentes de financiamiento complementarias y sinérgicas, delegando y reasignando las funciones necesarias en las instancias correspondientes de forma que los gestores operadores tengan representatividad y fuerza legal que les permita realizar dicha actividad.
11. Mecanismos de operación, coordinación, complementariedad y articulación territoriales, que faciliten el relacionamiento intra, inter y extra sectorial de los gestores operadores, estableciendo vías expeditas, acuerdos y mecanismos claros que puedan seguir todos los actores territoriales.

GUIA DE GESTIÓN POR RESULTADOS PARA LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD
CON GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE LA PROVISIÓN



ANEXOS

Población con Proveedores Descentralizados

POBLACION CON PROVEEDORES DESCENTRALIZADOS 2012

DEPARTAMENTO	GESTOR	MUNICIPIO	POBLACION 2,012 INE	UNIDADES DE SALUD				
				Financiamiento	CMI	CMO	CESAR	TOTAL
COPAN	Mancomunidad CHORTI	Nueva Arcadia (70 % de la población)	46,184.00	L. 13,964,103.00	1	4	7	12
		San Nicolás	6,680.00	L. 1,346,185.00				
		San Antonio	9,904.00	L. 2,237,218.00				
		La Jigua	8,533.00	L. 1,858,307.88				
	Mancomunidad MANCORSARIC	Copán Ruinas	15,207	L. 4,858,965.55				
		Cabañas	12,425	L. 3,781,965.25	1	3	7	11
		San Jerónimo	6,067	L. 2,012,120.55				
		Santa Rita	9,639	L. 6,186,774.35				
COMAYAGUA	Asociación Madre Feliz	Taulabé (80% de la población)	23,908	L. 7,678,945.08	1	3	1	5
		San José	6,804	L. 1,991,591.40				
LEMPIRA	Mancomunidad Colosuca	San Manuel Colohete	14,818	L. 3,316,547.90	1	3	4	8
		San Marcos Caniquín	5,423	L. 1,689,535.65				
		San Sebastián	10,118	L. 3,152,262.90				
	Alcaldía Gracias	Gracias	54,407	L. 16,950,500.85	1	1	8	10
	Alcaldía Gualcinse	Gualcinse	11,348	L. 2,805,706.40	1	2	9	12
		San Andrés	13,204	L. 4,777,207.20				
	Mancomunidad de Lempira MOCALEMPA	La Virtud	6,283	L. 1,647,112.40	2	5	7	14
		Piraera	13,463	L. 3,686,547.40				
		Candelaria	7,080	L. 1,594,952.00				
		Virginia	2,900	L. 307,954.00				
	Mancomunidad de Lempira SOL	Mapulaca	4,513	L. 1,471,887.40				
		Tomalá	6,624	L. 1,838,523.20				
	Guarita	8937	L. 2,075,620.60	0	6	7	13	

POBLACION CON PROVEEDORES DESCENTRALIZADOS 2012

DEPARTAMENTO	GESTOR	MUNICIPIO	POBLACION 2,012 INE	UNIDADES DE SALUD				
				Financiamiento	CMI	CMO	CESAR	TOTAL
		Valladolid	3,641	L. 1,317,313.80				
		Cololaca	7,096	L. 2,284,798.80				
		Tambla	2,858	L. 1,139,806.40				
		San Juan Guarita	2,959	L. 714,448.20				
	Alcaldia Lepaera	Lepaera (80 % de la población)	38,012	L. 9,014,556.20	0	2	6	8
STA. BARBARA	Alcaldia	Colinas	17,272	L. 8,360,000.00	1	1	2	4
	Patronato Union San Marqueña	San Marcos (90% de la población)	19,635	L. 5,564,565.25	1	1	4	6
	Patronato de la Flecha	Macuelizo	13,658	L. 4,461,044.25	0	1	2	3
	Alcaldia Municipal	Protección		16,430	L. 4,775,085.00	0	1	2
Naranjito			2,200	L. 663,300.00				
LA PAZ	ONG	Guajiquire	15,162	L. 5,485,611.60	0	1	6	7
	Asoc. Nueva Vida	Santiago de Puringla	14,909	L. 5,377,786.00	1	1	4	6
	Asoc. Luchando por Vivir	Aguanqueterique	5,093	L. 2,196,043.10	0	0	3	3
INTIBUCA	Hombro a Hombro	Sta. Lucia	5,611	L. 2,038,739.00				
		Magdalena	4,602	L. 869,139.00	2	4	5	11
		Concepción	10,605	L. 3,985,316.00				
	Mancomunidad Mancurisj	San Antonio	5,626	L. 1,946,517.00				
		San Miguelito	6553	L. 2,348,009.90				
		Opalaca	9,517	L. 3,610,843.10	2	2	4	8
Comipronil	Intibucá	17,591	L. 5,842,041.80	0	0	7	7	
CHOLUTECA	MANCOMUNIDAD MAMBOCAURE	San Marcos de Colon (70 % de la población)	24,178	L. 6,262,939.30	2	4	16	22

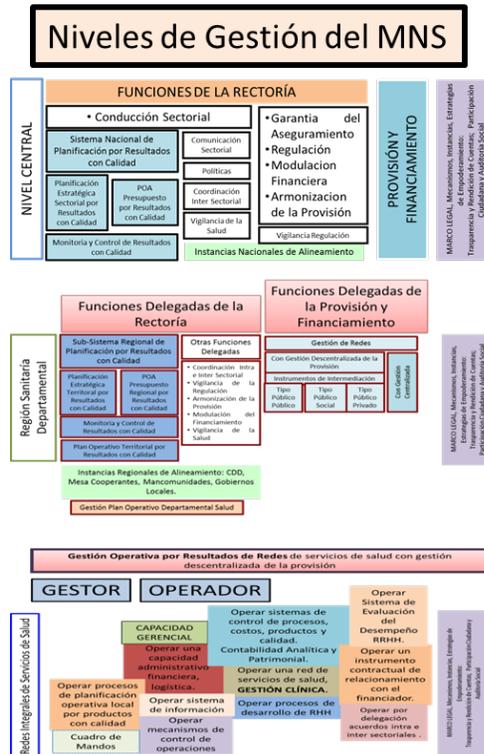
POBLACION CON PROVEEDORES DESCENTRALIZADOS 2012

DEPARTAMENTO	GESTOR	MUNICIPIO	POBLACION 2,012 INE	UNIDADES DE SALUD				
				Financiamiento	CMI	CMO	CESAR	TOTAL
		Duyure	2,718	L. 701,652.30				
		Concepción de María	25,625	L. 6,170,740.00				
VALLE	Mancomunidad MAFRON	Langue	21,202	L. 4,615,068.60	1	4	11	16
OLANCHO	Buen Pastor	Dulce Nombre de Culmí	33085	L. 14,500,170.00	1	1	16	18
	Asociación Civil local	Catacamas (80% de la población.)	77,280	L. 5,106,656.00	1			
	PREDISAN	Catacamas	12877	L. 3,235,346.25				
COLÓN	Mancomunidad	Iriona	26,853	L. 9,305,283.35	1	3	3	7
GRACIAS A DIOS	Alcaldía	Brus Laguna	15287	L. 15,363,435.00	1	3	4	8
CORTES	PENDIENTE	San Antonio de Cortes	19637	L. 6,907,314.75			3	3
		San Pedro (Merendón)	12000	L. 4,824,000.00	0	0	3	3
		San Pedro (Ocotillo)	3880	L. 1,559,760.00				
EL PARAISO	Amigos de las Américas	Morocelí	3,279	L. 1,186,342.20	0	1	4	5
		Guinope	1,554	L. 562,237.20				
		Trojes	10,039	L. 3,632,110.20				
		Danlí	3,264	L. 1,180,915.20				
FCO. MORAZAN	Fondo Cristiano	Alubaren	5,689.000	L. 1,900,036.65	1	4	4	9
		Reitoca	11,050	L. 4,780,942.50				
		Cuararén	19,328	L. 5,355,172.80				
	Fundación la Caridad	Cedros	7,769	L. 2,342,353.50	0	1	1	2
YORO	MANCOMUNIDAD MAMUNCRAC	Victoria	27,541	L. 8,847,182.85	4	8	20	32
		Yorito	14,914	L. 4,712,987.90				

POBLACION CON PROVEEDORES DESCENTRALIZADOS 2012

DEPARTAMENTO	GESTOR	MUNICIPIO	POBLACION 2,012 INE	UNIDADES DE SALUD				
				Financiamiento	CMI	CMO	CESAR	TOTAL
		Sulaco	13,887	L. 4,563,880.95				
		Morazán	38,732	L. 12,255,519.00				
TOTAL			955,167.00	L. 293,097,544.86	27	70	180	276

MNS Niveles de Gestión



Definición del Marco Normativo de la Gestión por Resultados de las redes de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión

Gestión Operativa del Marco Normativo de la Gestión por Resultados de las redes de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión

Gestión Operativa por Resultados de Redes de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión

Tabla Condiciones de Implementación

CONDICIONES DE IMPLEMENTACIÓN						
Descripción Item	Grado de Avance			PRIORIDAD		
	Por iniciar	Desarrollándose	Completado	Baja	Media	Alta
1.-Cambios conceptuales, actitudinales y operacionales: cultura organizacional.						
2.- Instrumentos programáticos de acuerdo a resultados.						
3.- Marco normativo de la gestión por resultados.						
4.- Estructura organizacional dirigida a resultados.						
5.- Desconcentración y descentralización de funciones del Nivel Central a los niveles operativos.						
6.- Paradigma administrativo con soporte organizacional.						
7.- Lógicas e instrumentos de sujeción y relacionamiento por resultados claros, con procesos bien definidos, asumidos por las partes en comunidad de intereses.						
8. Reguladores, operadores y prestadores con capacidad gerencial.						
9.- Marco legal y operativo de la planificación y acceso a recursos.						
10.- Fuentes de financiamiento complementarias y sinérgicas.						
11.- Mecanismos de operación, coordinación, complementariedad y articulación territoriales						

Atributos³⁷ Esenciales de la Red Integrada de Servicios de Salud.

Para asegurar el adecuado funcionamiento de las RISS y, en cumplimiento de la Resolución CD49.R22 del 49° Consejo Directivo, 61ª Sesión del Comité Regional, OPS/OMS, 2009, las autoridades e instancias responsables de la organización de los servicios de salud, en el nivel que corresponda, deberán procurar que las redes a organizar contengan los siguientes Atributos Esenciales, agrupados según ámbito de abordaje³⁸:

Atención y Provisión:

- 1) Población y territorio a cargo definido, y amplio conocimiento de sus necesidades y demandas de salud, que determinarán la oferta de servicios de salud.
- 2) Una extensa red de establecimientos de salud que prestará servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integrará los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública, acordados con la SESAL.
- 3) Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubrirá toda la población y servirá como puerta de entrada al sistema, que integrará y coordinará la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- 4) Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecerán de preferencia en entornos extra hospitalarios.
- 5) Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud, y
- 6) Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Gobernanza y estrategia:

³⁷ Conjunto de características y cualidades que identifican y definen a una entidad (o ente) de forma única frente al resto de entidades.

³⁸ "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. OPS, 2010

- 7) Un sistema de gobernanza único para toda la red.
- 8) Amplia participación social, y
- 9) Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

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 vinculará a todos los miembros de la red,
- 13) Gestión basada en resultados.

Asignación e incentivos:

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

BIBLIOGRAFIA

CÓDIGO DE SALUD, Decreto Legislativo 65-91 del 28 de Mayo 1991. Publicado en La Gaceta No 25,509 de fecha 6 de Agosto de 1991.

GUIA PARA ESTIMACION DE COSTOS DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE SALUD, SECRETARIA DE SALUD, Coordinación Técnica de la Unidad de Extensión y Cobertura de Financiamiento.

Decreto Ejecutivo en Consejo de Ministros número PCM-014-2005 del 10 de junio 2005, publicado en La Gaceta No, 30,740 del 5 de Julio del 2005

Estudio sobre las diferencias en calidad, cobertura y costo entre unidades de salud centralizadas (USC) y descentralizadas (USD) de la Secretaría de Salud de Honduras. BM, Marzo 2007.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL MODELO DESCENTRALIZADO Y EL MODELO CENTRALIZADO EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN HONDURAS. SESAL/MEASURE Evaluation, Marzo 2009. Pp XV.

MARCO CONCEPTUAL POLITICO Y ESTRATEGICO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD. Acuerdo Ministerial 2-2009. Publicado en la Gaceta No. 31, 884 del día 6 de Abril del 2009.

Mapeo y Documento Base de Discusión sobre el Nuevo Modelo de Gestión para la Atención Primaria en Honduras, SIDA, Junio 2007

LEY DE PROMOCIÓN DE LA ALIANZA PÚBLICO PRIVADA. Decreto legislativo No. 143-2010. Publicado en La Gaceta NUM. 32,317 del día jueves 16 de Septiembre del 2010. TÍTULO III REGIMÉN DE PARTICIPACIÓN PÚBLICO PRIVADA.

LEY PARA LA MODERNIZACIÓN DEL ESTADO, Decreto Legislativo 190-91, del 11 de Diciembre de 1991, publicado en La Gaceta No. 26,636 del 7 de Enero de 1992, ARTICULO 2. Derogada por la Ley de Visión de País Plan de Nación. Aunque la Ley que la genera fue derogada la Comisión Presidencial de Modernización del Estado sigue funcionando.

LEY DE MUNICIPALIDADES, Decreto Legislativo 124-90, Octubre 1990. Publicado en La Gaceta No. 26,292 del 19 de Noviembre de 1990.

LEY DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL, Decreto Legislativo No. 180-2003 del 30 de Octubre del 2003, publicado en La Gaceta del 30 de Diciembre del 2003.

LEY PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UNA VISIÓN DE PAÍS Y LA ADOPCIÓN DE UN PLAN DE NACIÓN PARA HONDURAS, Decreto Legislativo No. 286-2009; Enero 2010. Publicada en La Gaceta No. 32,129 del 2 de Febrero del 2010.

LEY GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Decreto Legislativo 146-86. Publicado en La Gaceta No. 25,088 del 29 de Noviembre de 2006.

GUIA DE GESTIÓN POR RESULTADOS PARA LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD
CON GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE LA PROVISIÓN



LEY ORGÁNICA DEL PRESUPUESTO, DECRETO LEGISLATIVO 83-2004, LA GACETA NO. 30,321 DEL 21 DE JUNIO DEL 2004.

LEY MARCO DEL SECTOR DEL AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO, Decreto Legislativo 118-2003. Publicado en La Gaceta No. 30,207 del 8 de Octubre del 2003

Reglamento General de la Ley de Municipalidades. Decreto Presidencial, Acuerdo 018-93 del 1 de Febrero del 2002. Publicado en La Gaceta No. 26,975 del 18 de Febrero de 1993.

Resolución CD49.R22 del 49º Consejo Directivo, 61ª Sesión del Comité Regional, OPS/OMS, 2009

Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. OPS, 2010

Plan Nacional de Salud 2010-2014. Secretaría de Salud, 2011.

POLÍTICA DE DESCENTRALIZACIÓN PARA EL DESARROLLO, DECRETO EJECUTIVO NÚMERO PCM 021-2012 del 3 de Julio del 2012. Publicado en La Gaceta No. 32,895 del 10 de Agosto del 2012.