

## **Guía para la elaboración del Plan Operativo Anual por Productos. Implementación del Modelo Nacional de Salud**

---

[Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Reforma]  
[Diciembre 2013]

### Palabras Clave:

[Gestión; Resultados; Productos; Estructura Programática; Presupuesto; Descentralización; Público; Privado; Desarrollo; Salud; Planificación Estratégica; Operativo; Estructura Orgánica; Insumos; Procesos; Impacto; Resultados Intermedios; Público; Rendición de Cuentas; Beneficiario; Usuario.]

### Keys words:

Programatic structure, budget, decentralization, estratigic planning,organic structure, annual operative planning

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](http://www.msh.org)



***“Por una Honduras Saludable”***

# ***Modelo Nacional de Salud***

***Serie de Guías Técnicas para la Implementación del MNS***

## ***Guía para la Elaboración del POA por Productos***

*La elaboración de esta guía 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 Secretaría de Salud de Honduras y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.*

REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

GUIAS TECNICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO NACIONAL DE SALUD



**Elaboración del POA por Resultados**

POR UNA HONDURAS SALUDABLE

Tegucigalpa, Octubre 2013

## Contenido:

- Introducción.
- 1. Antecedentes.
- 2. Propósito y Objetivos de la guía.
- 3. Alcance.
- 4. A quiénes está dirigida.
- 5. Marco Conceptual.
  - 5.1. Planificación Estratégica.
  - 5.2. Planificación por Resultados.
  - 5.3. Planificación Operativa por resultados.
  - 5.4. Vinculación del POA con los planes estratégicos.
  - 5.5. Inicio de la planificación operativa.
  - 5.6. Definiendo el producto: ¿Qué hacemos?
  - 5.7. Definiendo los usuarios-beneficiarios: ¿Para quienes?
- 6. Formulación del POA.
  - 6.1. Orientaciones generales para la elaboración del POA.
  - 6.2. Pasos para la elaboración Metas del POA.
- 7. Elaboración, negociación y aprobación del POA de la Unidad Ejecutora.

## Introducción.

La actual necesidad de reducir la inercia presupuestaria y vincular sus asignaciones a productos y resultados que aseguren mayor eficacia en la solución de problemas de salud y la calidad de las intervenciones, de generar incentivos para una gestión más eficaz que permita tomar decisiones sustentadas en información apropiada y, hacer del presupuesto público una herramienta real de gestión para el cumplimiento de las funciones del Estado; demanda desarrollar, entre otros elementos, una nueva estructura programática que: i) articule la planificación estratégica institucional con la programación presupuestaria, ii) especifique –claramente- los productos (bienes y servicios), recursos y resultados asociados y un nuevo esquema de incentivos y de gestión pública y, iii) facilite el control social (petición y rendición de cuentas) sobre la inversión en salud y su retorno social traducido en productos, resultados e impactos en la atención a la salud.

El actual contexto de país, en el que se reconoce los pobres y limitados resultados de los esfuerzos por reducir la pobreza y la inequidad, aumentar y mejorar la cobertura y el acceso a servicios de salud, satisfacer y solucionar las necesidades y problemas de salud, hace insoslayable y urgente, asumir estos grandes retos por una nueva gestión pública de la salud.

La Nueva Gerencia Pública<sup>1</sup> (NGP) se fundamenta en la gestión orientada a la productividad, a los resultados y a la eficiencia en el sector público, a través del mejor el manejo del proceso planificación-programación-presupuesto e incorpora el concepto de la competitividad en el sector público enfatizando principios económicos, de liderazgo y la idea del valor público, de clientes (beneficiarios) y accionistas (ciudadanía. Propicia –además- la medición cualitativa y cuantitativa de resultados, la transparencia y la participación de los ciudadanos en la evaluación de la calidad, la cantidad y la oportunidad de los bienes y servicios recibidos. Requiere de gobiernos que incorporen la gestión por resultados, formulando, ejecutando y evaluando planes operativos y presupuestos por resultados; modernicen sistemas de contabilidad así como de responsabilidad y de control y en la clasificación del gasto público (económico, programático); apliquen mecanismos de mercado para proveer bienes y servicios y; organicen y motiven a los servidores públicos<sup>2</sup>.

***“La producción de resultados es lo que justifica la existencia de las instituciones y, por lo tanto, debiera ser el punto de partida de cualquier análisis sobre ellas y el fundamento de cualquier planificación estratégica”.***

(Hintze, 2001).

<sup>1</sup> “La **Nueva Gerencia Pública** (NGP), surge como propuesta de cambio al modelo tradicional de administración pública que re-direcciona el enfoque de la administración pública hacia una perspectiva de resultados, eficacia, eficiencia y de la cual se deriven nuevas estrategias que doten al Estado, en su conjunto, de las herramientas necesarias para afrontar, adecuarse y tener la capacidad de respuesta ante las demandas de la sociedad y de los cambios políticos, económicos, tecnológicos y sociales de la actualidad. En este sentido, es más que administrar recursos y personal, es “la capacidad de obtener los resultados deseados mediante organizaciones, es lograr las metas previstas mediante ese modo de aglutinación de esfuerzos”.” Fuente: Gracia Begoña Antón. Aplicación de los conceptos de la NGP.

<sup>2</sup> Esta nueva gerencia sustituye aquellos enfoques centrados en las llamadas “actividades-medios”, es decir en los procesos y los medios, por uno centrado en los objetivos y resultados a alcanzar. Componente de Gestión, MNS, 2013.

## 1. Antecedentes.

La **Ley para la Modernización del Estado**<sup>3</sup> de Honduras, promulgada a fines de 1991, fue motivada por, entre otras consideraciones:

“Que la sociedad hondureña reclama una mejora significativa en la calidad y eficiencia de los sistemas de entrega de servicios públicos”, y “Que el proceso de modernización del Estado requiere de órganos, instancias, normas e instrumentos orientados a regular, dirigir, coordinar, evaluar e impulsar políticas y programas especializados en gestión, organización y funcionamiento estatal”.

Así, una de las responsabilidades que el Artículo 3 de aquella Ley le atribuye a la Comisión Presidencial de Modernización del Estado (CPME) es: “D) Apoyar las acciones del Estado dirigidas al reordenamiento de la economía a través de programas que aumenten la capacidad de gestión, coordinación y ejecución de las políticas económicas y sociales de corto, mediano y largo plazo”.

Por ello, según la CPME, el proceso de modernización del Estado –como fundamento- *“requiere de ejecutivos que, bajo políticas públicas y normativa adecuada, fomenten el Estado de Derecho, democrático, participativo, eficiente, eficaz y transparente, y tomen decisiones conducentes a asegurar la prestación de servicios públicos de calidad, asequibles y competitivos”*.

Consecuente con este fundamento, aquella Comisión Presidencial estableció, entre otros: i) La *“Formulación y ejecución de planes estratégicos, operativos y presupuestos en función de necesidades y prioridades de país y bajo un enfoque sectorial multidisciplinario”* y, ii) La *“Transparencia y rendición de cuentas en el quehacer público y sus relaciones con el sector privado”*; como lineamientos estratégicos transversales a la función pública.

Más adelante a partir del 2005, y en el marco de la **Ley Orgánica del Presupuesto (LOP)**<sup>4</sup>, la gestión de las finanzas públicas en Honduras se ha venido orientando a la aplicación de una gestión basada en resultados<sup>5</sup>, pretendiendo con ello lograr una administración pública más eficiente, eficaz, que alcance los resultados demandados por la sociedad, que muestre la retribución de los recursos que aporta la población contribuyente, con servidores públicos capacitados y comprometidos a rendir cuentas de su desempeño ante la sociedad.

Por su lado, la **Secretaría de Finanzas (SEFIN)** advierte que la introducción de la gestión basada en resultados no solo implica definir indicadores de producción e impacto durante la formulación presupuestaria y efectuar un seguimiento de su ejecución, sino también la instrumentación de un nuevo modelo administrativo que trae aparejado cambios en los criterios tradicionales de administración de recursos y funcionamiento de las instituciones.

<sup>3</sup> Decreto No. 190-91, publicado en la Gaceta Oficial No. 26636 del 11/12/91.

<sup>4</sup> Decreto No. 83-2004 del 28/05/04.

<sup>5</sup> **La Gestión Basada en Resultados** como su nombre lo indica, se refiere a un tipo de gestión guiado por objetivos y la obtención de resultados, en función de los recursos empleados y el impacto producido. Tiene como componentes la planificación estratégica y operativa; el ciclo presupuestario; y, la estructura organizativa, necesarios para apoyar la administración pública, los cuales se articulan en un proceso continuo, que implica la redefinición de roles, atribuciones e interrelaciones entre autoridades (de los diferentes niveles de gestión) y las áreas de la institución, lo que facilitará evidenciar los resultados mediante el seguimiento y la evaluación de la gestión, y mejorar la rendición de cuentas por resultados. **Manual de Inducción. Formulación del POA Presupuesto 2012. SEPLAN.**

**Ley Orgánica del Presupuesto. Decreto Ley No. 83-2004.**

**Artículo 9.** ...El subsistema de presupuesto se sustentará en el Plan Nacional de Desarrollo; el Programa Financiero de Mediano Plazo y el Presupuesto Plurianual; el Marco Macroeconómico; los Planes Operativos Anuales y los Presupuestos Anuales. Estos instrumentos deben estar interrelacionados, reflejando las prioridades y metas del Gobierno y para el efecto se considerarán los conceptos siguientes:

**Plan Operativo Anual.** Es la expresión, para un ejercicio fiscal, de la planificación estratégica de las entidades públicas, concordante con el Plan Nacional de Desarrollo, con objetivos específicos a alcanzar y actividades y proyectos a ejecutar en relación con metas y resultados, incluyendo la estimación de recursos requeridos, todo ello compatible con las directrices y orientaciones emanadas del marco macroeconómico y de las políticas gubernamentales.

**Presupuesto Anual.** Es la expresión del plan operativo anual en términos de ingresos, gastos y financiamiento bajo una metodología presupuestaria que facilita el análisis, la discusión, la aprobación y el conocimiento público de la gestión financiera de las entidades del Estado. (Síntesis)



Con base al artículo 9 de la LOP indicado arriba, la **SEFIN entiende el Presupuesto como un instrumento de gestión por resultados** que propone administrar los recursos públicos centrado en el cumplimiento de las acciones estratégicas definidas en el Plan Nacional de Desarrollo para **la producción de bienes y prestación de servicios** (productos al interior de la UE) destinados a la consecución de objetivos de política pública (**resultados que trascienden el ámbito institucional**) y, que permite evaluar la acción de las Instituciones del Estado con relación a las políticas públicas definidas **para atender las demandas** de la sociedad<sup>6</sup>.

El más alto interés de la Gestión por Resultados es *centrar* la gerencia pública más en el *control de resultados* que en los procedimientos; por lo que, los *indicadores de resultados* son uno de los principales insumos del esquema, ya que facilitan la medición del impacto de la producción pública (bienes y servicios).

Por otro lado, tres de los Principios Orientadores para el Desarrollo del Plan de Nación y Visión de País están estrechamente relacionadas a la Gestión por Resultados, éstos son:

- i) **Planeación para el Desarrollo.** Basando sus acciones en un sistema de planeación estratégica con apego a los principios de liderazgo y apropiación ciudadana, **la gestión basada en resultados** y la responsabilidad compartida con el resto de los poderes del estado.
- ii) **Descentralización de la gestión y decisiones relacionadas al desarrollo.** Sustentada en la promoción de la autogestión y el desarrollo regional y municipal.

<sup>6</sup> Documento “El Presupuesto Ciudadano-2011”. SEFIN, mayo 2011. Honduras.

iii) **Gestión compartida Público-Privada del Desarrollo.** Garantizando la eficiencia y transparencia en los procesos de gestión, así como la modernización de los mismos.

Se espera, entonces, que la Gestión por Resultados permitirá una mayor transparencia y rendición de cuentas hacia la ciudadanía, contar con información para realizar una reorganización institucional que haga más eficiente la acción gubernamental con base en impactos, una mayor eficiencia en la asignación de presupuestos y la introducción de incentivos adecuados para mejorar la gestión.

El Documento **Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud**<sup>7</sup>, al referirse a la descentralización de los servicios de salud, señala que *“con la descentralización se logrará que el sistema de salud en su conjunto adquiera la capacidad de respuesta eficaz, eficiente, oportuna y organizada que las circunstancias actuales demandan”* y que, para ello la Secretaría de Salud (SESAL) deberá desarrollar un modelo de gestión que incluya: ... *“1) El Diseño e implementación de nuevos mecanismos de asignación financiera para las acciones de salud”* y, en consecuencia, ***“La transformación de la estructura presupuestaria con la que actualmente opera la Secretaría de Salud”***.

En materia de salud, el Plan de Nación identifica dos grandes desafíos: i) Integración y articulación de los diferentes sistemas de atención en salud, y ii) Efectividad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población.

Para superar el segundo desafío el **Plan Nacional de Salud 2021**<sup>8</sup>, el **Plan de Gobierno 2010-2014** y el **Plan Nacional de Salud 2010-2014** proponen, entre sus medidas de política: *“Diseñar e implementar nuevos modelos de gestión ágiles, eficientes y más cercanos a la población, basados en la administración por objetivos y en la competencia regulada...”*, *“d. Desarrollar una red de servicios primarios, hospitalarios e intermunicipales con autonomía de gestión de los servicios de salud y gestión descentralizada”* y, el establecimiento, como parte integrante del modelo de salud, *“de un componente de gestión ágil, eficiente y más cercano a la población; basado en la gestión por resultados, que vincule el financiamiento de los servicios de salud con la atención a las personas, la producción, el desempeño y la calidad de la atención a través de mecanismos contractuales de gestión entre la Secretaría y los proveedores de servicios.”*, respectivamente.

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

Además la reforma del sector salud postula que la separación de la gestión y provisión de los servicios de salud del conjunto de funciones de la rectoría a través de la descentralización, será fundamental para ampliar y mejorar la cobertura y el acceso de los servicios de salud y, que ésta -en la práctica- corresponderá a la **operación de un nuevo enfoque de gestión de la provisión de los servicios de salud, que establecerá una forma diferente, descentralizada y por resultados**, del relacionamiento entre el ente rector (SESAL) y los proveedores -públicos y no públicos- de servicios de salud; expresado a través de instrumentos de acuerdo mutuo (compromisos, convenios o contratos de gestión) pertinentes a la figura legal que los proveedores adopten.

<sup>7</sup> Páginas 55 y 56, Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. Secretaría de Salud, 2009.

<sup>8</sup> Resolución del CONSALUD No. 001-11-2005.

En consecuencia, el Modelo Nacional de Salud (MNS) describe la **Gestión por Resultados** como, *“un proceso, político y técnico que propondrá la administración de los recursos, estableciendo un vínculo entre la producción (productos y resultados) con la utilización de insumos (financieros, humanos y materiales), procesos y tecnología, asignados a través del presupuesto, para la producción de bienes y servicios de salud destinados a la consecución de los objetivos de la política pública, creando valor social”*.

Este enfoque de **gestión por resultados** y descentralizada pretende incrementar la eficiencia y el impacto de las políticas del sector salud a través de una mayor responsabilidad de los funcionarios por los resultados de su gestión y un compromiso contractual o convencional por su mejor desempeño, en términos tangibles y medibles<sup>9</sup>.

Para el MNS la gestión (planificación, presupuesto y evaluación) por resultados, en términos operativos, significa: i) definir resultados esperados realistas basados en análisis apropiados; ii) identificar con precisión a los beneficiarios de los bienes y servicios a producir para atender y satisfacer sus necesidades en salud; iii) dar seguimiento a partir de indicadores apropiados de los progresos hacia el logro de los resultados esperados haciendo uso eficaz de los recursos con que se dispone; iv) identificar y gestionar los riesgos, teniendo en cuenta los resultados y los recursos requeridos; v) mejorar los conocimientos a partir de lecciones aprendidas e integrar lo aprendido en los procesos de toma de decisiones; vi) poner énfasis en el logro de resultados de corto plazo, sin descuidar los de mediano y largo plazo y; vii) asegurar la participación de los diferentes actores de la sociedad y comunidad en las diferentes etapas de la planificación, la implementación, la evaluación y el control social de la gestión de la provisión de los servicios de salud.

Conforme a lo descrito, el desarrollo de una **“Gestión por Resultados”** es uno de los principales componentes de los planes de Modernización del Estado. Supone la organización de la gestión operativa en torno al proceso resultados-productos-recursos. Indudablemente su implantación exige una serie de transformaciones al interior de las instituciones:

**En primer lugar**, requiere una mayor descentralización en la toma de decisiones con el objetivo de extender a los diferentes niveles gerenciales, el compromiso para el logro de resultados y determinar de acuerdo a éstos, la asignación de recursos. Este proceso de descentralización de la gestión se concreta en los Compromisos de Gestión (por Resultados) entre los gerentes y la máxima autoridad de la institución. Constituyen instrumentos de relacionamiento entre los diferentes niveles de gestión (como los del Componente de Gestión del MNS), donde se estipulan/acuerdan los resultados, plazos, recursos y responsables. Los Compromisos de Gestión por Resultados (CGR) expresan el compromiso de los niveles de gestión, en consonancia con la planificación estratégica y la planificación operativa, a la vez que permiten concretar incentivos de carácter interno.

**En segundo lugar**, orientar la gestión hacia los resultados exige la vinculación de, por lo menos, los siguientes cuatro componentes:

i) La **planificación estratégica y operativa** que, a través de un proceso de análisis situacional coloca a la gerencia superior y operativa bajo un marco direccional claro, de largo y mediano plazo, a través de un conjunto de resultados relevantes que hagan de interface entre la macro y la meso gestión. El producto de este proceso; el Plan Estratégico Institucional (PEI), define a nivel país, los resultados institucionales deseados de largo y mediano plazo, su factibilidad y las operaciones necesarias para alcanzarlos. La

---

<sup>9</sup> Componente de Gestión, Modelo Nacional de Salud, Secretará de Salud, Honduras, mayo 2013.

planificación estratégica de las Regiones Sanitarias (PEU)<sup>10</sup> y la de sus unidades proveedoras de servicios, permite adaptar y enfocar estas prioridades y resultados a las características y necesidades particulares y específicas locales de la demanda en salud que –seguidamente- el Plan Operativo Anual (POA), organiza en resultados; metas de productos (bienes y servicios) de salud a brindar en el corto plazo, con las acciones y responsables de ejecución en un tiempo y espacio definidos.

ii) El **proceso de formulación, programación y ejecución presupuestaria**, permite la vinculación efectiva entre los resultados, los productos y las operaciones estipuladas en estos planes que la gerencia de cada nivel debe garantizar, transformando el presupuesto en una valiosa herramienta para mejorar la efectividad de la gestión de la salud pública. El producto de este proceso es el POA alineado al PEU, al PEI y, al presupuesto como el instrumento de gestión que expresa en términos físicos y monetarios las operaciones previstas en el plan operativo.

iii) **La estructura orgánica** como instrumento y no fin en sí mismo y, por lo tanto, su diseño y reingeniería deben relacionarse con el plan estratégico de la organización, de modo tal que permitan hacer operativas las decisiones estratégicas.

iv) **La redefinición del rol y de las atribuciones** del gerente, así como su interrelación con la alta dirección y las áreas administrativas. Expresa distintos compromisos que deben asumir las instituciones con relación a su producción institucional. Su producto es el Compromiso de Gestión por Resultados entre la alta dirección (nivel central) y las gerencias (direcciones regionales y de las unidades), en el seno de cada dependencia, a través del cual se comprometen a alcanzar los resultados o productos necesarios para obtener los objetivos consignados en los respectivos planes.

## 2. Propósito y Objetivos de la Guía:

**Propósito:** Facilitar a los equipos técnicos y gerenciales de las Unidades Ejecutoras (UE) del Sistema Nacional de Salud la elaboración de su respectivo Plan Operativo Anual (POA) orientado a resultados de manera que articule consistentemente la asignación de recursos con el logro de objetivos de corto plazo con una visión coherente y compartida, asegurando que su contenido cumpla de manera clara y correcta los criterios mínimos exigidos por SEPLAN para su certificación y que el proyecto de presupuesto que de él derive responda a las metas del Plan de Gobierno y Plan Nacional de Salud vigentes, y a los objetivos y metas de la Visión de País y Plan de Nación<sup>11</sup>.

Para este propósito esta Guía deberá contribuir con las instancias de los niveles meso y micro de la gestión en la elaboración del POA con un enfoque que permita alinear el quehacer del día a día de los equipos de trabajo de las UE y los recursos disponibles hacia la obtención de productos, debidamente articulados al presupuesto y orientado al logro de resultados medibles y demostrables.

**Objetivos:** Con la debida aplicación de esta Guía se pretende conseguir que los equipos técnico y gerencial responsables y los funcionarios involucrados en el proceso de elaboración del POA de los niveles meso y micro de la gestión de servicios de salud, sean capaces de:

<sup>10</sup> PEU: Plan Estratégico de las Unidades Ejecutoras (Regiones Sanitarias, Redes de Servicios de Salud, Hospitales). Lineamientos para la Elaboración de Plan Operativo Anual-Presupuesto 2014. UPEG/SESAL, Honduras, julio 2013.

<sup>11</sup> Con la finalidad de que la SEPLAN de cumplimiento a lo establecido en el Artículo 20, numeral 11 del Decreto 286-2009 de certificar el proyecto de Presupuesto previo a ser presentado al Congreso Nacional, corresponde a las UPEG y Gerencias Administrativas de las instituciones del Sector Público acatar las nuevas disposiciones emanadas y elaborar el Plan Operativo y el Presupuesto vinculado con la Visión de País y el Plan de Nación.

- Aplicar correctamente el proceso y pasos para la apropiada elaboración del POA orientado a resultados, de acuerdo a los lineamientos emitidos por la UPEG/SESAL, SEPLAN y SEFIN.
- Definir los productos, expresados en términos de bienes y servicios de salud y la cantidad a brindar a su población potencial y objetivo durante el periodo de un año, que contribuirán a alcanzar los resultados de mediano y largo plazo esperados.
- Apoyar a la definición de las acciones, con su estimación del tiempo y asignación de las responsabilidades para su ejecución.
- Establecer con claridad la vinculación y alineamiento entre los procesos y resultados de la planificación estratégica, planificación operativa y formulación del presupuesto.
- Contribuir a valorar el desempeño de los gestores-proveedores de bienes y servicios tanto públicos como no públicos, en términos de resultados.
- Establecer los niveles de coordinación del proceso de elaboración del POA, que atendiendo a los criterios de continuidad e integralidad, permitan asegurar la eficiencia, dentro del marco de la modernización y descentralización de la gestión.

### **3. Alcance y Ámbito de Aplicación: ¿A quiénes está dirigida?**

La presente Guía está dirigida a los profesionales que hacen parte de los equipos multidisciplinares de planificadores, gerentes y otros involucrados de, las regiones sanitarias, las redes integradas de gestores y proveedores de servicios de salud, hospitales de la Secretaría de Salud y de otras instituciones públicas y no públicas del Sistema Nacional de Salud, para facilitarles el desarrollo del proceso de elaboración de su respectivos Planes Operativos por Resultados, que facilite su articulación al presupuesto y su subsecuente monitoria y evaluación.

### **4. Marco conceptual.**

El planeamiento de la salud es un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios necesarios para la consecución de los objetivos institucionales de salud determinados de acuerdo a las prioridades establecidas, permitiendo elegir la intervención óptima entre varias de ellas para responder a las necesidades y demandas de la población y redefinir nuestras acciones a partir de la realidad presente y de lo que queremos para el futuro.

#### **4.1. Planificación Estratégica.**

La Planificación Estratégica (PE) es una herramienta de gestión que facilita la toma de decisiones de las organizaciones en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr la mayor eficiencia, eficacia y calidad en los bienes y servicios que se proveen<sup>12</sup>.

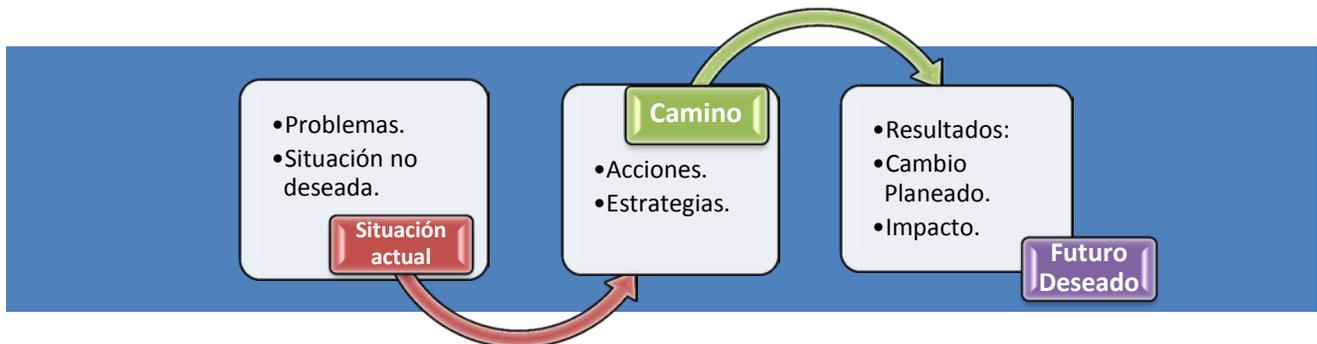
Corresponde al proceso mediante el cual la SESAL (como el ente rector) define los productos de mediano y largo plazo (ejemplo: reducción de la mortalidad infantil, incremento de la esperanza de vida al nacer; reducir la tasa de embarazo en adolescentes, reducir tasa de mortalidad materna) que entregará a la población y el impacto que estos, en término de resultados, permitirán lograr en la sociedad (ejemplo: incremento del Índice de Desarrollo Humano). La responsabilidad de su conducción y desarrollo recae en los niveles directivos y técnicos de cada nivel organizacional.

<sup>12</sup> Manual para elaboración de Planes Estratégicos en Salud. UPEG, Secretaria de Salud, Tegucigalpa, Abril 2013. Capítulo IV.

El uso de la Planificación Estratégica en el ámbito público<sup>13</sup> se concibe como una herramienta imprescindible para la identificación de prioridades y asignación de recursos en un contexto de cambios y altas exigencias por avanzar hacia una gestión comprometida con los resultados; cubre aspectos de carácter macro que involucran el mediano y largo plazo y apoya la identificación de cursos de acción que establezcan las prioridades institucionales.

Se refiere a las grandes decisiones, al establecimiento de la Visión con los Objetivos Estratégicos y las Estrategias que permitirán materializar la Misión y focalizar la atención en los usuarios finales a quienes se espera atender en sus necesidades prioritarias de salud, expresadas en resultados finales o impactos.

A partir de un diagnóstico de la situación actual (a través del análisis de brechas institucionales), la PE establece cuáles son las acciones que se tomarán para llegar a un “futuro deseado”, el cual puede estar referido al mediano o al largo plazo.



La definición de los Objetivos Estratégicos, los indicadores y las metas permitirán establecer el marco para la elaboración del POA el que –a su vez- será la base para la formulación del proyecto de presupuesto.

Facilita el control estratégico de la gestión, como un proceso continuo de constante retroalimentación acerca del alcance de los objetivos y resultados estratégicos y cómo están funcionando las estrategias para lograrlos, facilitando efectuar los ajustes pertinentes. El control de la gestión no se podrá realizar sin un proceso previo de planificación estratégica, ya que ésta constituye el marco para el establecimiento de los mecanismos básicos para el seguimiento y evaluación estratégica.

#### 4.2. Planificación por Resultados.

Planificar por Resultados es una técnica de dirección de esfuerzos a través de la planeación y el control administrativo basada en el principio de que, para alcanzar resultados, la organización necesita antes definir en qué ámbito está actuando y a dónde pretende llegar. Es un proceso por el cual la institución identifica objetivos estratégicos, define las áreas de responsabilidad de cada uno de sus niveles en términos de resultados esperados que guían la operación de la institución. A través de ella, el nivel operativo sabe y entiende lo que, en términos de desempeño, se espera de él en función de las metas de la institución, y el nivel superior sabe qué contribución debe exigir y esperar de él, juzgándolo conforme a las mismas.

<sup>13</sup> Ley General de la Administración Pública. “Artículo 6.-Se establece la planificación como principio rector de la Administración Pública, para fijar sus objetivos y metas, racionalizar sus decisiones, hacer un aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles, asegurar la acción coordinada de sus órganos o entidades, la evaluación periódica de lo realizado y el control de sus actividades”.

La Planificación por Resultados, debe ser realizada tanto a nivel central de la Secretaría, como a nivel de las Unidades Ejecutoras de los planes (Regiones Sanitarias, Redes de Servicios, Hospitales, Servicios Descentralizados).

#### **Características más importantes:**

- Es un proceso permanente y continuo; no se agota en ningún plan de acción.
- Está siempre orientada hacia el futuro, porque está ligada a la previsión.
- Racionaliza la toma de decisiones, al funcionar como medio orientador al proceso decisorio.
- Busca seleccionar un curso de acción entre varias alternativas.
- Es sistemática. Tiene en cuenta los sistemas que la conforman y abarca toda la organización.
- Es repetitiva (recursiva). Es un proceso que hace parte de otro mayor: el proceso administrativo.
- Es una técnica de definición y asignación de recursos ya que, justamente, este es su propósito.
- Es una técnica cíclica, ya que la planificación se convierte en realidad a medida que se ejecuta.
- Es una función administrativa que interactúa y está estrechamente ligada a las demás funciones.
- Es una técnica de coordinación e integración de varias actividades para conseguir los objetivos.
- Es una técnica de innovación, ya que es una manera efectiva y deliberada de introducir cambios.

#### **Ventajas:**

- Permite saber qué se deberá hacer cuándo. Sin una planificación adecuada, las intervenciones pueden ser implementados en un mal momento o de manera equivocada, lo que dará lugar a resultados pobres.
- Ayuda a mitigar y gestionar las crisis, y asegura una implementación más fácil. Siempre se dan situaciones inesperadas en la práctica; la planificación por resultados ayuda a reducir la posibilidad de que surjan, y prepara al equipo para afrontarlas cuando ocurren.
- Mejora la atención sobre las prioridades y el uso más eficiente del tiempo, el financiamiento y otros recursos. Al centrar los recursos limitados en actividades prioritarias, se incrementa la probabilidad de conseguir el resultado deseado y evita que los equipos pierdan su orientación y se vuelvan ineficaces e ineficientes.
- Ayuda a determinar cómo será el éxito. Un plan adecuado ayuda a los gerentes de las UE a saber si los resultados logrados son los que se buscaban y evaluar cualquier discrepancia. Esto requiere seguimiento y evaluación eficaces de lo que fue planificado; por esto, una buena planificación incluye estrategias claras para el seguimiento y la evaluación, y para el uso de la información obtenida en estos procesos.

#### **Condiciones necesarias para su desarrollo.**

El proceso de planificación por resultados exige a los cuadros de alta dirección, a la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG) y sus equivalentes en las unidades normativas y operativas lo siguiente:

- Determinar la producción final de la institución (UE) priorizando sus destinatarios: aquellos para las instancias de rectoría y para unidades proveedoras de servicios (Bienes y Servicios de Salud) debidamente relacionados con los objetivos estratégicos e impacto esperado.
- Diferenciar productos finales de productos intermedios, lo cual implica relacionarlos y, por tanto, realizar una primera aproximación a los procesos de producción institucional.

- Describir los bienes y servicios en términos de resultados a lograr.

Estas condiciones han sido descritas por la UPEG en el “Manual<sup>14</sup> para elaboración de planes estratégicos en salud”, de las unidades ejecutoras. Adicional a estas, se requiere:

- Determinar indicadores de los bienes y servicios a generar que permitan medir el volumen de producción institucional y el logro de los resultados y del impacto esperado.
- Definir claramente los usuarios/beneficiarios de los bienes y servicios producidos o a producir.
- Realizar una primera vinculación entre productos y recursos presupuestarios.
- Identificar posibles ahorros por mejoras en la selección de intervención de mayor costo/efectividad.
- Fundamentar la posible demanda adicional de recursos presupuestarios sobre la base de volúmenes de producción y prioridades.
- Prever, a partir de las priorizaciones efectuadas, posibles escenarios diversos de producción / asignación financiera.

### 4.3. Planificación Operativa por Resultados.

Para la Ley Orgánica del Presupuesto el “**Plan Operativo Anual**, es la expresión, para un ejercicio fiscal, de la planificación estratégica de las entidades públicas, concordante con el Plan Nacional de Desarrollo, con objetivos específicos a alcanzar y actividades y proyectos a ejecutar en relación con metas y resultados, incluyendo la estimación de recursos requeridos, todo ello compatible con las directrices y orientaciones emanadas del marco macro económico y de las políticas gubernamentales”.

Corresponde al proceso mediante el cual se diseñan en detalle las acciones que transforman recursos (horas persona, conocimiento, tecnología, equipo, materiales, etc.) en productos medibles y observables (bienes y servicios: consulta médica, atención del parto, por ejemplo) que las instituciones públicas ponen al servicio de la población y que implica decisiones sobre la producción física y los recursos financieros.

Se ocupa de la determinación de las metas de los productos de corto plazo, generalmente un año, y de cómo deberán alcanzarse, que permitan hacer operativas las estrategias contenidas en el PE. A partir de esto, realizar la programación de las actividades y la estimación de los recursos y del presupuesto que se requiere para llevarlas a cabo. Está relacionada con el establecimiento de metas y compromisos internos para lograr los productos en la cantidad y el tiempo necesarios. Determina, en conjunto con la planificación estratégica, la obtención de los resultados esperados. Se da en todas las áreas de gestión de cualquier nivel y especialmente a nivel operativo de la institución (UE).

**“La Planificación Operativa por resultados articula las decisiones estratégicas con los aspectos operativos”.**

El POA por resultados precede a la formulación de la programación financiera que, de forma consolidada, constituye el anteproyecto de presupuesto institucional para el siguiente período fiscal, permite estimar cual es el volumen preliminar de la producción a cumplir anualmente y con qué acciones, para contribuir a alcanzar los resultados de mediano y largo plazo determinados en el PE de la UE y, luego, identificar y determinar los insumos necesarios para la generación de dichos productos y además, aquellos procesos que conlleven inversiones, contrataciones, etc.

### 4.4. Vinculación del POA con los Planes Estratégicos.

<sup>14</sup> UPEG Secretaría de Salud, abril 2013.

El Plan Estratégico formulado con una orientación a resultados, resume el análisis de la situación actual, establece los objetivos y metas que definen a dónde se quiere llegar y una serie de estrategias para alcanzar esos objetivos, resultados y metas. El plan estratégico maneja una visión de mediano plazo (3 a 5 años) y, se cumple mediante una serie de planes operativos de corto plazo (anuales), donde se concretan los productos en una cadena de valor público<sup>15</sup>. (Como se expone a continuación).



El POA al traducir los planes estratégicos en acciones concretas, posibilita a la institución estimar los recursos necesarios y la elaboración del presupuesto para llevar adelante la operación propuesta, permitiendo además, el monitoreo del progreso alcanzado, posibilitando la aplicación de acciones correctivas, en donde y cuando se necesite.

Indudablemente la Gestión por Resultados como estrategia de gestión es una valiosa herramienta para mejorar el desempeño del gobierno en relación a la eficiencia y la eficacia (al relacionar el presupuesto con los resultados y los productos, respectivamente); a través de procesos de aprendizaje y responder a mayores exigencias de rendición de cuentas en relación a los resultados.

**Por ello, la formulación del POA por Resultados hace énfasis y se focaliza en:**

- El desempeño, orientado a la generación de productos y resultados.
- La eficiencia del Gasto Público en la provisión de productos.
- La eficacia de las políticas, programas y proyectos públicos (relación entre productos y resultados).
- La información y rendición de cuentas respecto a los resultados.
- Relación Gestión-Presupuesto:
  - La eficiencia en la asignación; marco de gasto de mediano plazo.
  - Los resultados prioritarios y su eficacia.
  - La eficiencia operativa; efectividad de las instituciones y sectores.
  - La provisión efectiva de los productos y resultados.

Así, mejorar la eficacia y la eficiencia de las instituciones públicas, plantea un mayor alineamiento intencional<sup>16</sup> entre **la planificación estratégica y operativa, y el presupuesto**. Una adecuada articulación de este **triángulo** constituye una condición fundamental para el desarrollo de una gestión por resultados,

<sup>15</sup> **Cadena de valor** es el modo en que se desarrollan las actividades que realiza una institución para producir los bienes o servicios que demanda una población; representa el conjunto de eslabones del proceso productivo en cada uno de los cuales se añade **valor** al producto final. Adquiere **valor público** cuando el producto (bien o servicio) responde a problemas relevantes o a intereses, aspiraciones y valoraciones de usuarios o consumidores directos.

<sup>16</sup> **Alineamiento intencional o estratégico:** Entendido como la correspondencia relativa o consistencia entre la planificación estratégica, la planificación operativa y el presupuesto hacia la estrategia de la institución, llegando en este proceso, hasta el nivel del planificador, del gestor y del proveedor, de tal forma de asegurar que todas las personas, de todos los niveles, todos los días, toman decisiones, actúan y trabajan para lograr la Visión, los Objetivos y las Metas de la Institución o UE.

que posibilita la asignación de responsabilidades sobre resultados y la delegación de autoridad sobre el uso de los recursos, con el objetivo de ser más eficientes, convergiendo en la definición de la cadena *insumos-productos-resultados-impactos*.

La definición de los impactos y resultados esperados de una política para alcanzar los objetivos de una institución, es materia de la Planificación Estratégica y constituye, por tanto, un factor determinante de la relación. Por su lado, mediante la Planificación Operativa, una institución diseña en detalle las acciones que permitirán transformar los insumos en los productos requeridos por la política en cuestión. En tanto que la formulación presupuestaria debe reflejar estos procesos productivos garantizando que los recursos financieros estén asignados adecuadamente y que se gestionen de manera ágil y efectiva durante su ejecución.

Como se dijo antes, profundizar en la exigencia del alineamiento entre estas tres funciones es fundamental, especialmente tomando en cuenta que la **gestión orientada a resultados precisa de:**

- Una clara identificación de objetivos, productos, indicadores y metas que permitan evaluar los resultados.
- La definición concreta de los niveles responsables del logro de las metas.
- El establecimiento de sistemas de responsabilidad y control de gestión internos.
- Una estrecha vinculación del presupuesto institucional al cumplimiento de resultados.
- La determinación de incentivos<sup>17</sup>, flexibilidad y descentralización en la gestión de acuerdo al nivel desempeño alcanzado<sup>18</sup>.

### Características de la Planificación estratégica y la Planificación Operativa<sup>19</sup>.

CARACTERÍSTICAS	PLANIFICACION ESTRATEGICA	PLANIFICACION OPERATIVA
<b>Plazo de ejecución</b>	Mediano, de 3 a 5 Años.	Corto, de 1 Año o menos.
<b>Tipo de objetivos</b>	Estratégicos. Relacionados con la Misión Institucional y con los productos o resultados finales.	De Gestión. Relacionados con los productos o resultados que se producen y entregan en el plazo de un año o menos.
<b>Que interesa medir</b>	Resultados finales e intermedios de los productos finales que permiten cumplir con la Misión Institucional.	Productos finales y procesos. Eficacia, eficiencia, calidad y economía.
<b>Nivel organizacional de gestión</b>	Despacho de la Secretaría, Unidades de Planificación, direcciones generales, direcciones de programas, directivos instituciones descentralizadas.	Unidades de Planificación, direcciones de programas, gerencia de administración y finanzas, dirección o gerencia de unidades ejecutoras.

<sup>17</sup> Es importante, para consolidar el enfoque de gestión por resultados, la existencia de una relación clara entre la medición y evaluación del desempeño y el otorgamiento de reconocimientos (premios y castigos) por el logro de los objetivos.

<sup>18</sup> Con base a un nuevo enfoque de la evaluación de desempeño (tanto de las UE como de su personal) que pase del mero cumplimiento de actividades y tareas al criterio más amplio de consecución de productos y resultados previamente comprometidos; se genera el escenario propicio para redimensionar la aplicación de mecanismos de incentivos como respaldo de las transformaciones en los sistemas de gestión de los servicios de salud, de la observancia de los compromisos de resultados asumidos y sostén de los acuerdos o compromisos de gestión suscritos entre los gestores/proveedores y la SESAL.

<sup>19</sup> Tomado y ajustado de “Ámbitos de acción de la Planificación Estratégica y la Programación Operativa Anual”. Página 49. Metodología para la Formulación de Planes Estratégicos Institucionales en el Marco de la Visión de País y Plan de Nación. SEPLAN abril 2012. Honduras.

<b>Responsable</b>	Secretario del Despacho. UPEG. Directivos de instituciones descentralizadas.	Director UPEG, Gerencia de Administración y Finanzas, Director/Gerente de Unidades Ejecutoras.
<b>Producto</b>	Documento Plan Estratégico Institucional, con pocos datos concisos pero, muy relevantes. Dirigido a la comunidad e interesados externos.	Documento POA-Presupuesto. Mayor cantidad y más detallada información. Descripción detallada de actividades y recursos y plazos.

**Advertencia: El POA no es un equivalente al PEI ni al PEU, por lo tanto, no debe transcribir ni la Misión, Visión, y el diagnóstico institucional ni el listado de objetivos estratégicos, contenidos en aquellos.**

### Alineamiento con los Objetivos, Metas e Indicadores (OMI).

Para enlazar el POA con la Visión de País y el Plan de Nación (a través del Plan de Gobierno) se requiere que sea elaborado siguiendo la cadena de objetivos y la existencia de clasificadores. Para ello se han creado dos clasificadores: i) Objetivos, Metas e Indicadores (OMI), y ii) Municipios por Regiones con el fin de que las instituciones puedan regionalizar y relacionar el POA y el Presupuesto del año. Para efectos de alinear el POA y el Presupuesto con los OMI, la UPEG/SESAL ha determinado a través del PEI aquellas prioridades del Plan de Gobierno en que estarán enfocadas las acciones de la institución y su contribución al logro de uno o más objetivos, metas e indicadores de la Visión de País y del Plan de Nación. Es importante aclarar que la institución puede vincularse a uno o más OMI, según la función que se realiza en la Actividad/Obra correspondiente y, si éste es el caso, debe establecerse por separado la vinculación en igual número de actividades. Esta relación se efectúa en el Formulario de Categorías Programáticas.

### Regionalización del POA.

Como se indica en el Plan de Nación, este proceso parte de la lógica de conformar regiones de desarrollo, considerando sus características, potencialidades y **necesidades particulares** e integrando a la población y comunidades en cada región, como protagonista en la determinación de su propio desarrollo.

Para realizar esta actividad de regionalización es necesario que el equipo planificador conozca e identifique el departamento y el municipio en donde se ejecutará la acción que la institución realizará, sea este un proyecto que al final producirá un bien, o un programa que proveerá un servicio que satisfaga la necesidad de una o varias comunidades. La regionalización del POA se lleva a cabo en el formulario específico para cada una de las categorías: programa, subprograma, proyecto y actividad/obra, que conforman la estructura programática<sup>20</sup> institucional y comprende dos momentos: 1) la programación mensual y trimestral de los resultados de producción indicando el departamento y municipio donde se va a desarrollar el resultado programado; y, 2) posteriormente, la identificación del departamento y municipio en donde inciden los resultados de producción anual. En ambos momentos, el sistema automáticamente lo relaciona a una región específica.

**Un proceso serio y ordenado de descentralización implica que cada nivel de gobierno sabe exactamente cuáles son sus atribuciones y responsabilidades para que hacia ese propósito dedique sus esfuerzos.**

<sup>20</sup> **La estructura programática** se deriva de las funciones asignadas por ley, al igual que los productos institucionales que se generan de los procesos productivos implicados en el ejercicio de las funciones. Se definen programas para cada función pudiendo establecerse Programas, Subprogramas, Proyectos y Actividades/Obras, dependiendo de la realidad y necesidades institucionales, definiendo objetivos, metas, recursos y unidades ejecutoras.

La descentralización se centra en cómo organizamos mejor al Estado para responder a las necesidades de los ciudadanos. En el POA por resultados, el centro no son los productos que ofrece el Estado, sino los resultados que tienen estos productos sobre la calidad de vida de las personas. Este es un punto crucial en donde ambas estrategias (Descentralización y POA por Resultados) se complementan, pues se debe buscar la articulación de las diversas instituciones del Estado (y los diferentes niveles de gobierno y de gestión) para lograr los resultados que la población espera y necesita.

Finalmente, es importante insistir que, al elaborar el POA institucional debemos asegurarnos de<sup>21</sup>:

- a. Aplicar los conceptos adquiridos, consistente con el Plan de Gobierno y con la Visión de País y Plan de Nación, el PEI y el PEU, de conformidad a resultados esperados de forma anual, trimestral y mensual con la respectiva ubicación geográfica, según las regiones de desarrollo del país.
- b. Alinearlo al menos a un objetivo, una meta y un indicador (OMI) de la Visión de País y del Plan de Nación, a nivel de actividad/obra; y haber sido regionalizado.

#### 4.5. Inicio de la Planificación Operativa.

##### Definiciones Necesarias:

**a) Resultados Esperados**, a los efectos de la presente guía, se entienden como los cambios de estado o de comportamiento producidos en la población objetivo (la persona, la familia, la sociedad, la comunidad, y las instituciones) a corto, mediano o largo plazo por la entrega de los bienes y servicios a través de programas presupuestarios, en concordancia con la categoría programática<sup>22</sup> correspondiente y, *“corresponden a las mediciones asociadas a los cambios que se espera obtener mediante la entrega de los productos finales a los usuarios-beneficiarios”*<sup>23</sup>.

**b) Resultado de Gestión**, constituye la expresión cuantitativa y cualitativa de lo que se quiere lograr (bienes o servicios que se entregaran) en un determinado periodo. Se expresan en términos absolutos o relativos y a partir de estos se construyen los indicadores de resultados.

**c) Insumos**, es el conjunto de bienes y servicios que son consumidos y utilizados para y durante el proceso productivo con la finalidad de generar otros bienes y servicios de consumo de uso final o intermedio, y otros bienes que se deprecian durante el proceso (por ej. equipos, máquinas, herramientas, edificios, etc.). En general, los insumos pierden sus propiedades y características al transformarse y formar parte de un producto; que podrá ser final cuando lo usa o consume el cliente externo que lo demanda o, intermedio cuando lo usa un cliente interno para producir otro producto.

En el caso de servicios de salud, los insumos son los recursos de entrada (materiales, trabajo humano, capital, infraestructura física, equipamiento, instrumental y tecnología médica, etc.) que se incorpora al proceso cuyo flujo de salida es el producto (servicio) entregado al usuario o beneficiario para satisfacer una necesidad o demanda de salud. En otras palabras, los insumos corresponden a todos aquellos elementos que el establecimiento de salud necesita para producir los servicios de salud que destina para el uso y

<sup>21</sup> Con la finalidad de que la SEPLAN de cumplimiento a lo establecido en el Artículo 20, numeral 11 del Decreto 286-2009 de certificar el proyecto de Presupuesto previo a ser presentado al Congreso Nacional.

<sup>22</sup> La información que se utiliza es la siguiente: i) A nivel de Programa y Proyecto: Resultados de producción final o metas de producción final, ii) A nivel de Subprograma: Resultados de producción intermedia y, iii) A nivel de Actividad Obra: Acciones o tareas que permiten la realización de los resultados finales o intermedios.

<sup>23</sup> Metodología para la Formulación de Planes Estratégicos Institucionales en el Marco de la Visión de País y Plan de Nación. SEPLAN, Honduras, 20012.

beneficio de la población bajo su responsabilidad, con el objetivo de promover, proteger, mantener, recuperar y rehabilitar su salud.

**d) Proceso de producción**, es el conjunto de acciones interrelacionadas de forma dinámica que se orientan al procesamiento de ciertos elementos (insumos) para transformarlos y generar un producto definido (bien o servicio). De esta manera, los insumos o entradas pasan a ser transformados en productos (bienes y/o servicios), tras una cadena de acciones que incrementan su valor (proceso). Los productos, derivados del proceso, pasarán a la disposición -como bienes o servicios- del destinatario: el cliente, el usuario, el beneficiario. En nuestro caso, en una primera fase, serán los procesos de producción de bienes y servicios de salud que tendrán como resultado, la mejoría de la salud de la población.



**e) Producto**, corresponde a bienes (tangibles) y/o servicios (intangibles) generados por el desarrollo de un conjunto ordenado de acciones (proceso). La obtención de los productos corresponde tanto a las Instancias de Rectoría como a las Unidades Proveedoras de los Servicios de Salud. Para ambas se deben identificar:<sup>24</sup>

**Productos finales o terminales**, son el resultado de la gestión de una unidad o centro productivo y de la combinación de uno o varios productos intermedios. Son bienes o servicios generados por la institución, en estrecha relación a su misión que se orientan a satisfacer las demandas de la sociedad que se identifican con el mejoramiento de las condiciones de salud, de bienestar y vida del usuario externo.

Deben cumplir con una serie de requisitos desde el punto de vista de su provisión y, a la vez, deben ser eficaces, de calidad y accesibles. Estos atributos básicos de desempeño son los que deben ser medidos y evaluados en la evaluación de la gestión por resultados.

**Productos intermedios**, son el resultado o el subproducto obtenido a partir de los insumos y de los procesos necesarios para la realización y consecución de un producto final. En general, son productos de gestión interna, necesarios para generar el producto final o estratégico de la institución (UE).

**El Sistema Nacional de Salud produce:**

**Bienes públicos**, que benefician a toda la colectividad, sin que se pueda identificar una persona en particular. Ejemplo: la producción de agua limpia, alcantarillado sanitario, el control de vectores, la limpieza del aire, la educación masiva para la salud, la vigilancia de la salud y epidemiológica.

**Bienes meritorios**, cuyo consumo produce un efecto social mayor que el beneficio del individuo que lo consume. Por ejemplo, los servicios de planificación familiar, las vacunaciones, el control de las infecciones de transmisión sexual, el control de la malaria, del dengue, de la tuberculosis, campañas como, el Conductor Asignado, Cero Pólvora”, etc.

**Bienes privados**, son los que benefician exclusivamente a la persona que los consume. La mayoría de los servicios curativos, de rehabilitación y de apoyo caen dentro de esta la categoría.

<sup>24</sup> Manual para elaboración de planes estratégicos en salud. UPEG, Secretaria de Salud, Tegucigalpa, Abril 2013.

**Características de los productos<sup>25</sup>:**

**Finales.**

- Están directamente relacionados con la misión o razón de ser y con las prioridades institucionales. Deben contribuir a alcanzar los Objetivos Estratégicos definidos por la SESAL en su PEI.
- Son permanentes y, una vez generados no sufren transformaciones en el tiempo y están dirigidos a un usuario externo.
- La demanda de los usuarios de esos productos es continua, sistemática y permanente.
- La razón de la existencia de la Institución y/o de la Unidad es proveer esos servicios finales a los usuarios.
- Pueden ser “acabados” o “en proceso”.

**Intermedios.**

- Responde a los Productos finales y se enmarcan en el ejercicio de sus funciones de rectoría y provisión de servicios de salud, en las demandas de la población del área de influencia y el perfil epidemiológico.
- Pueden ser: directos o indirectos.

En el caso de las Unidades Proveedoras de Servicios de salud, habrá que diferenciar como “*productos del primer nivel de atención*” a aquellos servicios intermedios o finales que se realizan en los centros de primer nivel (Centros de Salud Tipos 1, 2 y 3) dentro del ámbito de la Red de Servicios de una Región Sanitaria. Representa la cartera de servicios que provee la región a través de la red de centros de gestión pública (directa y con modalidad de gestión descentralizada) que están dentro de su espacio geográfico.

Y como “*productos del segundo nivel de atención*” a aquellos servicios intermedios o finales que se realizan en los hospitales. Representa la cartera de servicios que provee el hospital, la cual debe responder a las demandas de la población y a los resultados previstos en el PEI y en su Plan Estratégico.

En la siguiente matriz, se describen los Objetivos Estratégicos, los Resultados de Gestión, los Productos Finales y los Productos Intermedios del Plan Estratégico Institucional –PEI- 2013-2016 de la SESAL. Los tres primeros Objetivos corresponden a la función de rectoría y los siguientes a la función de provisión de servicios de salud.

**Matriz del PEI de la SESAL 2013-2016<sup>26</sup>**

No	OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES	No	RESULTADOS DE GESTION	O-M-I	No	PRIDUCTOS FINALES	No	PRODUCTOS INTERMEDIOS	
1	Conducir en todas sus fases el Sistema Nacional de Salud hacia la integración y pluralidad	1	Implementado el Sistema Nacional de Salud pluralista e integrado	1.4.26	1	Implementado el Modelo Nacional de Salud basado en Atención Primaria en Salud (APS), en todos sus	1	Componente de Atención elaborado e implementándose	RECTORIA
							2	Componente de Gestión elaborado e implementándose	

<sup>25</sup> Aunque el Modulo de Presupuesto del “Manual de Formulación Presupuestaria” del Sistema Integrado de Administración Financiera, de la SEFIN, define otros tipos más de Productos (Conjuntos, Independientes, Presupuestables, Condicionantes y Condicionados), para efectos de esta Guía, es suficiente conocer y entender apropiadamente los aquí descritos (Finales: acabados y en proceso e, Intermedios: directos e indirectos).

<sup>26</sup> Tomado del “Manual para la elaboración de planes estratégicos en salud”. UPEG, Secretaria de Salud, Tegucigalpa, Honduras, Abril 2013.

No	OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES	No	RESULTADOS DE GESTION	O-M-I	No	PRIDUCTOS FINALES	No	PRODUCTOS INTERMEDIOS	
						componentes.	3	Componente de Financiamiento elaborado e implementándose	
					2	Diseñada la estructura organizacional de la Secretaría de Salud basada en la separación de funciones de rectoría y provisión	1	DO del Nivel Central elaborado	
							2	DO del Nivel intermedio elaborado	
					3	Implementada la estructura organizacional de la Secretaria de Salud basada en la separación de funciones de rectoría y provisión	3	DO del nivel central Implementado	
							4	DO del nivel intermedio Implementado	
					4	Planificación Sectorial definida	1	DO del nivel intermedio implementado	
							2	Estudio de necesidades de los recursos humano, técnico y financiero elaborado	
2	Mejorar la seguridad y calidad de los bienes y servicios que recibe la población para incidir en el riesgo de enfermar y morir de los usuarios del sistema.	2	Incrementado el cumplimiento del Marco Normativo en Salud (establecimientos, RRHH, bienes y servicios)	1.4.26	1	Marco normativo de atención definido	1	Marco normativo de atención actualizado e implementado	
					2	Marco normativo sanitario definido	2	Marco normativo sanitario actualizado e implementado	
					3	Intervenciones de vigilancia al cumplimiento del marco normativo en salud	3	Aplicadas las acciones de vigilancia y control en aplicación	
3	Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población.	3	Definidas las prioridades nacionales para la vigilancia de la salud, según área geográfica y grupo poblacional	1.4.26	1	Actualizado el perfil epidemiológico	1	Actualizado el Análisis de Situación de Salud según Condiciones de Vida (ASIS/CV)	
							2	Funcionando el Sistema Alerta- Respuesta	
							3	Funcionando los sitios centinelas	
4	Mejorar las condiciones de salud de la mujer en edad reproductiva	4	Mejorada la salud materna a través de atenciones de embarazo, parto, puerperio y planificación familiar	1.4.66	1	Brindada la atención integral a la mujer embarazada en el primer nivel de atención de salud	1	Brindada la atención prenatal	PROVISIÓN
							2	Brindada la atención de parto	
							3	Brindada la atención de puerperio	
							4	Brindada la atención de enfermedad en el embarazo, parto y puerperio	
							5	Brindados los métodos de planificación familiar	
					2	Brindada la atención integral a la mujer embarazadas en el segundo nivel de atención	1	Brindada la atención prenatal	
							2	Brindada la atención de parto	
							3	Brindada la atención de puerperio	

No	OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES	No	RESULTADOS DE GESTION	O-M-I	No	PRIDUCTOS FINALES	No	PRODUCTOS INTERMEDIOS
							4	Brindada la atención de enfermedad en el embarazo, parto o puerperio
							5	Brindados los métodos de planificación familiar
5	Mejorar las condiciones de salud del menor de cinco años		Mejorada la salud de menores de cinco años a través de atenciones de neumonía / bronconeumonía, diarrea y vacunación	1.4.25	1	Brindada la atención integral al niño menor de cinco años en el primer nivel de atención	1	Brindada atenciones de neumonía / bronconeumonía
							2	Brindadas atención por diarrea
							3	Dosis de vacunas aplicadas
							4	Brindadas otras atención en menores de cinco años
					2	Brindada la atención integral al niño menor de cinco años en el segundo nivel de atención de salud	1	Brindada atenciones de neumonía / bronconeumonía
							2	Brindadas atención por diarrea
							3	Dosis de vacunas aplicadas
							4	Brindadas otras atención en menores de cinco años
6	Mejorar el control de enfermedades vectoriales prioritizadas		Disminuida la incidencia de dengue	1.4.27	1	Realizadas las intervenciones de dengue	1	Brindada la atención de casos nuevos de dengue
							2	Realizadas las acciones al medio ambiente por dengue
			Disminuida la incidencia de malaria		1	Realizadas las Intervenciones de Malaria	1	Brindada la atención de caos nuevos de malaria
							2	Realizadas las acciones al medio ambiente por malaria
7	Mejorar el control de enfermedades infecciosas prioritizadas	1	Disminuida la incidencia de VIH/SIDA	1.4.28	1	Brindadas atenciones de VIH/SIDA	1	Paciente viviendo con VIH que recibe tratamiento antiretroviral
		2	Disminuida la incidencia de tuberculosis				1.4.29	1
8	Implementar intervenciones por ciclo de vida para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población	5	Brindadas las atenciones por morbilidad general	1.4.26	1	Atenciones brindadas en el primer nivel de atención de salud	1	Brindadas atenciones a la mujer
							2	Brindadas atenciones al escolar y adolescente
							3	Brindadas atenciones al hombre y adulto mayor
				1.4.26	2	Atenciones brindadas en el segundo nivel de atención de salud	4	Brindadas Atenciones odontológicas
							5	Brindadas atenciones de salud mental
							1	Brindadas Atenciones a la mujer
						2	Brindadas Atenciones al escolar y adolescente	
						3	Brindadas Atenciones al hombre y adulto mayor	

No	OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES	No	RESULTADOS DE GESTION	O-M-I	No	PRIDUCTOS FINALES	No	PRODUCTOS INTERMEDIOS
							4	Brindadas Atenciones odontológicas
							5	Brindadas atenciones de salud mental
		6		1.4.26	1	Acciones de promoción realizadas en el primer nivel	1	Realizadas Acciones de promoción
					2	Acciones de prevención realizadas en el primer nivel.	1	Realizadas Acciones de prevención.

Esta definición, facilita al planificador y al gerente, alinear sus procesos de producción con los productos y resultados en la formulación del POA. Acerca más el Producto al concepto de resultado que al mero efecto de una actividad. En el proceso de elaboración del POA, cada operación tendrá asociado un producto final y su desagregación derivará en la obtención de uno o más productos intermedios.

Al momento de formular el POA corresponde precisar para cada producto intermedio, por lo menos: la unidad de medida, la cantidad a producir en términos absolutos o porcentuales durante el año y su distribución mensual y trimestral, su costo, medios de verificación y supuestos.

Desde el punto de vista del presupuesto público, cualquiera sea la técnica utilizada (por programas o por objeto de gasto), se requiere valorizar la producción de bienes o servicios.

El concepto de producto alude al “entregable” a un usuario externo o tercero, y esta es la parte más evidente de la cadena de producción de una organización pública. Desde este punto de vista es relevante para la rendición de cuentas de si la cantidad de productos, su calidad y, su costo, programados, están acorde con las características (atributos) que deben tener.

#### 4.6. Definiendo los Productos: ¿Qué hacemos?

##### ¿Qué aspectos son necesarios para la identificación de los productos?

- **Contar con un Plan Estratégico actualizado.** El análisis estratégico de la **región sanitaria** debe permitir identificar los productos finales e intermedios que la red de proveedores de servicios de salud debe brindar a sus grupos de población objetivo, sustentado y en congruencia con los resultados del análisis de situación y características particulares, específicas, actuales de salud y entorno, de tales grupos de población.
- **Contar con un proceso y un centro de producción<sup>27</sup>:** La existencia de un proceso y un centro de producción a cargo de la generación de uno o varios productos, finales o intermedios.
- **Recursos y personal claramente identificados:** Requiere identificar los recursos presupuestarios y recursos humanos responsables para producir y entregar el servicio.

<sup>27</sup> **Centros de Producción:** Unidades organizacionales productivas básicas de gestión (micro gestión) constituidas por el conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos, organizados para desarrollar funciones y producir determinados servicios (productos) específicos de salud (generales, intermedios o finales), en relación directa con su nivel de complejidad: ejemplo: consulta ambulatoria, hospitalización, emergencia, quirófano, laboratorio, imagenología, etc.

- **Contar con las normas de calidad para brindarlo:** Disponer de las normas de atención que aseguren la entrega del mayor número de beneficios al menor riesgo a los grupos de población beneficiaria. Estas normas de calidad deben ser actualizadas o vigentes, emitidas por el rector para la entrega del producto o servicio que se trate. Aquí incluyen los protocolos de atención, guías procedimentales, normas de seguridad, oportunidad, eficacia, competencia técnica, entre otras.
- **Tener un nombre que permita identificar el beneficio a brindar:** El nombre del producto final o intermedio debe redactarse como bien o como servicio que permita a la población objetivo y/o los usuarios comprender el tipo de bien o servicio que se le está proveyendo. Por ejemplo: Certificado Sanitario, Servicios Colectivos de Asistencia Sanitaria, Servicios de Salud Personales, Consulta Médica Ambulatoria, Atención del Parto Normal, Intervención Quirúrgica, Conjunto de Prestaciones de Salud Materna, Esquema de Vacunación Completado, etc.

### ¿Cómo se definen y redactan los Productos?

Para la definición y redacción de los productos se debe considerar el “nombre” del bien o del servicio, de manera que permita establecer de forma clara para cualquier persona, lo que la institución entrega, a los individuos-usuarios, a la ciudadanía-comunidad, o bien, a otra entidad pública.

Hay que considerar los procesos que se realizan a nivel de las instancias de rectoría y de las unidades proveedoras de servicios de salud, que dependen de la SESAL (institucionales y descentralizados).

**El nivel central de la institución, entrega “productos”, que corresponde a la gestión de la rectoría, relacionados por ejemplo a diseñar, formular, emitir, coordinar e implementar políticas, regulaciones y normas entre otras, correspondiéndoles a las Unidades Proveedoras, la provisión de los bienes y servicios (productos) a la población.**

Para validar si están bien definidos y redactados, es recomendable formular las siguientes preguntas:

#### I) ¿Queda claro a quién se le provee el bien o servicio?

Ejemplo: **Niñas y Niños menores de 2 años** con esquema completo de vacunación.

Para una mejor comprensión faltaría desagregar si son servicios básicos o servicios especializados (de 1r. o 2do. Nivel de Atención).

#### II) ¿Qué se le está entregando al receptor<sup>28</sup> del "producto"?

Ejemplo: **Mujer gestante con control prenatal, según normas.**

### ¿Cómo se gestionan los Productos? Roles y responsabilidades.

Una vez definidos los productos e identificados sus beneficiarios directos, debemos definir la unidad a emplear para medirlos, es decir para entendernos bajo una lógica eminentemente cuantitativa. Esto corresponde a los **indicadores**, o unidades de medida a emplear para trasladar el lenguaje cualitativo a uno cuantitativo y expresar los productos en términos cuantificables, listos para el siguiente paso; la determinación de las **metas** a alcanzar en el año, el trimestre y cada mes por los niveles operativos, a partir de las metas de mediano y largo plazo definidas en los Planes Estratégicos de la UE.

<sup>28</sup> **Receptor:** Es el individuo o la persona, cuando se trata de servicios personales; la familia y la comunidad, cuando se trata de servicios colectivos (o de salud pública).

Definidos estos elementos, corresponde el momento de establecer las acciones a realizar y los niveles de gestión y de atención que participan en su entrega. Para ello es fundamental, la organización y coordinación al interior de la institución, debiendo las áreas involucradas determinar con claridad su grado de responsabilidad y su aporte en la provisión del producto y en el resultado final.

En el caso de la SESAL, la coordinación entre los tres niveles de gestión (micro-establecimiento, meso-regional y macro-nacional) es fundamental por lo que, además de determinar cuáles son los productos que se entregarán a la población, es preciso establecer los roles y responsabilidades en toda la cadena de entrega.

#### 4.7. Definiendo los Usuarios-Beneficiarios. (¿Para quienes?).

Tal como fue dicho, todo producto está destinado a un usuario o consumidor externo, quien recibe directamente el bien o servicio producido. Así como es fundamental conocer qué hace la institución y cuáles son los bienes y servicios que provee, es requisito central saber **hacia quiénes están destinados** los productos, es decir quiénes son sus usuarios y beneficiarios. Estas distinciones posibilitan posteriormente realizar distintos tipos de Indicadores asociados a la cobertura de la demanda potencial y la demanda efectiva, así como sus evaluaciones. Aquí también debe contemplarse una perspectiva de análisis territorial de los usuarios, sus rasgos, necesidades no cubiertas, especificidades étnicas, de género, de acceso, etc.

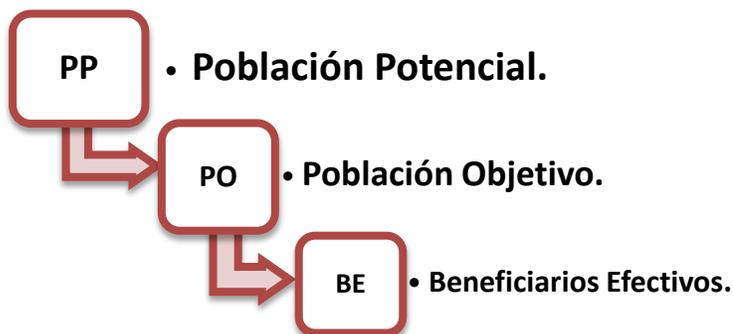
Con relación al tipo de usuario hacia quienes van dirigidos los productos, es necesario considerar al menos tres conceptos: “población potencial”, “población objetivo” y “beneficiarios efectivos”.

**a) Población Potencial**, corresponde a la población total de un área determinada de adscripción, que presenta la necesidad y/o problema que justifica la existencia de la unidad proveedora de servicios y, por ende, pudiera ser elegible para su atención.

**b) Población objetivo**, es aquella población que la unidad proveedora de servicios de salud tiene planeado y programado atender en un período determinado. Puede corresponder a la totalidad de la población potencial o a una parte de ella.

**c) Beneficiarios Efectivos**, son aquellos que están siendo o han sido atendidos efectivamente por el proveedor de servicios que se trate.

Si fuese necesario -por distintas razones- definir coberturas parciales, entonces conviene distinguir en el plan, la “población potencial” de la “población objetivo”; a efectos de la evaluación posterior. En este caso, la población objetivo será menor que la población potencial.



## 5. Formulación del POA.

### 5.1. Orientaciones generales para la elaboración del POA.

Para asegurar el adecuado seguimiento y evaluación de las metas del PEI y del PEU, en la formulación del POA se deben considerar las siguientes disposiciones generales y específicas:

- Vincular la programación institucional de manera directa con las prioridades nacionales, definidas en el PEI y el PEU así como con los futuros Planes Regionales de desarrollo.
- Realizar la planificación operativa y la programación presupuestaria orientada a resultados, tomando en cuenta el marco estratégico institucional de mediano plazo (Misión, Visión, Objetivos Estratégicos, Estrategias con sus Resultados finales e intermedios descritos en el PEI y PEU).
- Definir para cada programa y subprograma presupuestario el producto final e intermedios con el detalle de las tareas específicas que permitan la realización del mismo, con excepción de los programas “Actividades Centrales” y “Partidas No Asignables a Programas”, ya que ambos tienen tareas pero no tienen producto final. No obstante, para estos últimos la institución deberá dar el seguimiento y evaluación correspondiente y considerar la posibilidad de definirles productos.
- Asimismo, no se debe considerar como **resultados de gestión o resultados de producción**, las actividades o acciones que conlleven a la consecución de productos intermedios tales como: informes, estudios, reuniones, resoluciones, dictámenes, convenios, promoción, coordinación, capacitación interna de personal, revisión de marco legal, elaboración de planes, campañas de divulgación, reestructuraciones, etc.
- Los resultados finales e intermedios de los programas y proyectos deberán ser congruentes con las metas institucionales, sectoriales y regionales, que contribuyan al cumplimiento de los objetivos y metas del PEI y PEU.
- Establecer indicadores pertinentes y confiables que permitan el monitoreo y evaluación de los procesos de producción, los productos y resultados esperados al nivel operativo y su articulación con los indicadores del nivel institucional y de los programas presupuestarios.
- Ordenar las prioridades estratégicas conforme al PEI, incorporando además otras propuestas que surjan de programas y proyectos de prioridad nacional y regional en el PEU, que cuenten con el respectivo financiamiento.
- Identificar, previo a la regionalización, la ubicación de actividades y del recurso humano que la institución tiene a nivel municipal para tener éxito con el proceso de regionalización y no tener retrasos al momento de ingresar el POA al SIAFI.
- Revisar y asegurar, con base al POA definitivo, que los resultados de producción, están debidamente alineados y cuadrados con el anteproyecto de presupuesto.

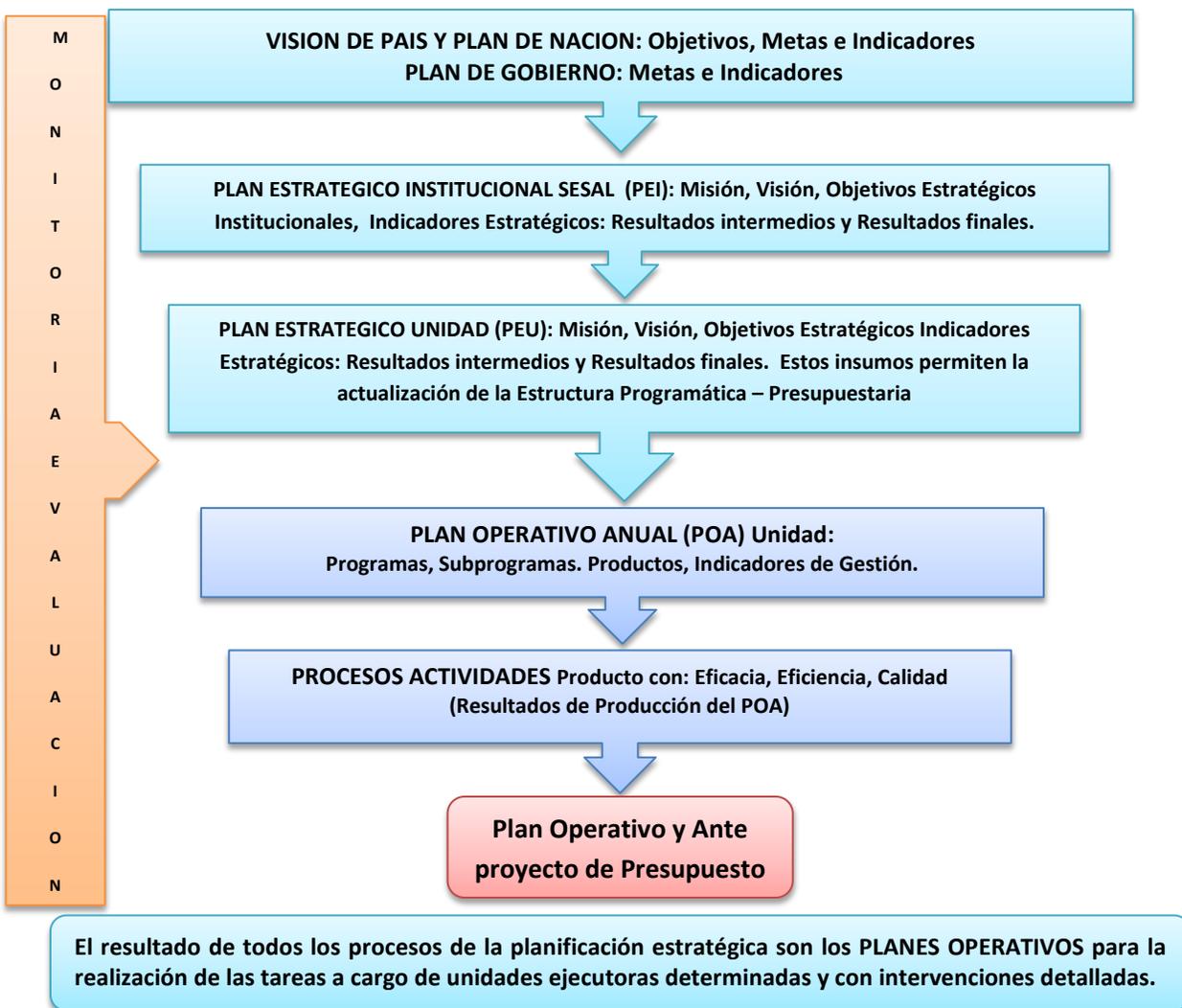
Y, esto es así porque, la **Gestión por resultados**, es una estrategia cuyo objetivo principal es mejorar el desempeño institucional del gobierno en relación a los resultados, mejorar la eficiencia (relacionar el quehacer institucional y sus recursos con resultados) y mejorar la eficacia (relacionar los productos con los resultados que respondan a las necesidades de salud de la población) a través de procesos de aprendizaje y respuesta a mayores exigencias de rendición de cuentas con relación a los resultados.



Como se aprecia en el esquema de abajo, los objetivos estratégicos que se definan en la planificación estratégica institucional nivel central (PEI) representan los insumos básicos para la construcción participativa de los Planes Estratégicos de las UE y facilitarán la articulación y coherencia de la visión y prioridades del país a las del contexto local. Esta articulación deberá ser expresada en la definición de sus objetivos estratégicos con sus resultados, indicadores y metas a lograr en el mediano y largo plazo, en respuesta a las demandas y necesidades de su **población objetivo** a nivel local. Es importante que las metas expresadas en el PEI y los PEU, guarden a su vez una estrecha relación con los planes de desarrollo regional concertados.

Los resultados y metas a lograr en el mediano y largo plazo definidos en el PEU constituyen un insumo básico para la formulación del POA, el que -a su vez- será el insumo para la formulación del proyecto de presupuesto.

**El Esquema de articulación entre el PEI, Planes Estratégicos de la Unidades (PEU) y el POA**



**5.2. Pasos para la formulación del POA.**

Una vez elaborados el PEI y el PEU, se procede a la formulación del POA para el ejercicio fiscal (1 año), describiendo los productos (bienes y servicios de salud) a brindar a grupos de población objetivo,

conteniendo las acciones que, en su conjunto, contribuirán al logro de los objetivos institucionales, constituyendo, uno de los instrumentos más importantes para el seguimiento y la evaluación de la gestión pública.

**Nivel Nacional.**

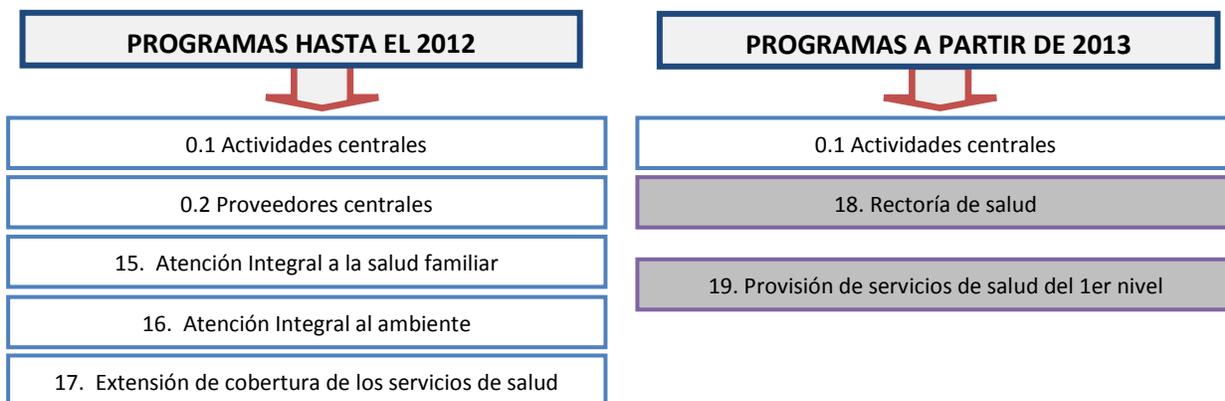
**Paso 1.1.** La SEFIN en coordinación con la SEPLAN establece los lineamientos y plazos para la formulación y presentación del Anteproyecto POA-Presupuesto y los difunde entre las instituciones del gobierno central e instituciones descentralizadas, complementado con el documento de la Política Presupuestaria que regirá para el ejercicio fiscal correspondiente, dando cumplimiento a la legislación vigente<sup>29</sup>.

**Paso 1.2.** Previo a la elaboración del POA se debe considerar el instrumento “Estructura Programática-Presupuestaria”, que describe los Programas, Subprogramas, Proyectos y Actividades/Obras, así como los productos finales e intermedios con sus respectivos indicadores para la medición de los resultados de los procesos de producción de las unidades a cargo de su ejecución, al interior de la institución. Es el instrumento de ordenamiento, estandarización y relacionamiento de la programación operativa y financiera de la institución con la del Estado; es dinámico y cambia de conformidad a las necesidades institucionales y del contexto político, social, económico, sanitario, etc. del país.

En este Paso, la UPEG revisa y, si es necesario, actualiza la estructura programática de la institución para constatar si los programas con que cuenta actualmente, responden a los procesos de producción de bienes y servicios y determinar con claridad los productos finales e intermedios y sus respectivos indicadores para la medición de los resultados, así como de las unidades que estarán a cargo de su ejecución programática-presupuestaria. Cualquier modificación se debe presentar a la SEFIN para su aprobación.

Para implementar el POA por resultados, la estructura presupuestaria del 2012 fue modificado por la UPEG basándose en el análisis de las funciones sustantivas de la SESAL, las prioridades establecidas en el Plan de Nación así como la separación de funciones del rol rector y de la provisión de servicios. De esta forma la nueva estructura se organizó en torno al Programa de “Actividades centrales” y tres Programas presupuestarios: i) Programa 18: Rectoría de Salud, que aplica al nivel central y a las Regiones Sanitarias; ii) Programa 19: que corresponde al primer nivel de atención; y iii) Programa 20: que corresponde al segundo nivel de atención. Esta nueva estructura programática-presupuestaria 2013 con respecto a la del 2012, se representan de la siguiente forma<sup>30</sup>:

**Comparación de las Estructuras Programáticas Presupuestarias 2012 – 2013**



<sup>29</sup> Artículo 5. Ley Orgánica del Presupuesto.

<sup>30</sup> Tomado del “Manual para la elaboración de planes estratégicos en salud” UPEG, Secretaría de Salud, Honduras, abril 2013.

13. Atención Médica Hospitalaria	20. Provisión de servicios de salud del 2do nivel
99. Transferencias al sector público, privado y externo	99. Transferencias al sector público, privado y externo

**Paso 1.3.** Se constituyen los **Comités POA-Presupuestario**<sup>31</sup> integrados por personal directivo, normativo y operativo de cada área funcional de la región sanitaria, unidades productoras de servicios de la red, de los hospitales, bajo la coordinación y liderazgo de la UPEG, o la unidad que hace las veces de ésta en cada Regional, la que será responsable de:

- Asegurar que cada área funcional o unidad productora de servicios, conozca los lineamientos para la formulación del POA y prepare su respectivo plan específico.
- Revisar los planes formulados por cada área funcional o unidad productora de servicios.
- Consolidar la información recibida y efectuar una versión preliminar del POA.
- Elevar para discusión el POA preliminar ante las autoridades superiores (UPEG).
- Incorporar ajustes, hasta conformar el POA definitivo.

Para comenzar el proceso de elaboración del Plan Operativo Anual es necesario tener presente:

**¿A qué problemas críticos respondemos a través de los productos (bienes y servicios) que la unidad productora de servicios de la red pretende entregar?**

**Paso 1.4. Análisis de situación.** Dado que los lineamientos políticos que orientan el nuevo Modelo Nacional de Salud enfatizan que la atención de la salud debe estar centrada en la “**demandas y las necesidades de salud de la población**” y no en la oferta institucional de servicios; la determinación, el análisis y conocimiento de esa demanda, sus necesidades y problemas críticos es fundamental y constituye la piedra angular para la formulación del POA y del anteproyecto de presupuesto por resultados. Entendiendo por resultados, en su expresión más simple, como los satisfactores<sup>32</sup> que la red de proveedores ofrece en respuesta a dichas necesidades. Para esto se recomienda seguir los siguientes pasos:

- a. **Estimación de la POBLACION TOTAL del área de influencia:** Esto requiere recopilar las proyecciones de la población del área de influencia de la red de proveedores de servicios del primer nivel y hospitales que corresponden al segundo nivel, basados en las proyecciones del Censo Nacional que realiza el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), que permita:
  - Determinar la **POBLACIÓN TOTAL** del área de influencia por año y proyectada para los próximos cinco años utilizando datos oficiales (INE).
  - Establecer de esa población total, aquella esperada a ser atendida por la Seguridad Social (IHSS) y aquella que va ser atendida por el sector privado, y su proyección a cinco años.
  - La suma total de la población cubierta por el IHSS, más la población cubierta por el sector privado, se resta de la población total del área de influencia y la diferencia que resulta corresponde a la **POBLACIÓN POTENCIAL** a atender anualmente por la SESAL en sus dos niveles de atención.

<sup>31</sup> Manual de Inducción para la formulación del POA 2012 (página 22). SEPLAN, Honduras.

<sup>32</sup> **Satisfactor:** todo bien o servicio que cubre (o satisface) necesidades de salud a una persona, familia o comunidad, siempre y cuando, esté disponible para tal efecto.

- Desglosar la población potencial a atender, por sexo y ciclo de vida como lo establece el Modelo Nacional de Salud, utilizando los datos oficiales proporcionados por el INE, así: 1. Niñez, 2. Adolescencia, diferenciada por sexo, 3. Mujer adulta, 4. Hombre adulto y 5. Adulto mayor.
- Finalmente establecer qué porcentaje y cantidad de la **población potencial** corresponderá atender al primer y al segundo nivel de atención. Para ello se utilizan algunos criterios internacionales que señalan que al hospital (2do. nivel de atención) le corresponde atender al 20%<sup>33</sup> del total de la población potencial del área de responsabilidad (adscripción o influencia) más el 6.66%, corresponde a la proporción de pacientes que le son referidos por los establecimientos de salud del primer nivel de atención. De esta manera sumados ambos porcentajes, se obtiene que el 26.66% de población potencial demandará servicios del segundo nivel u hospitalarios, porcentaje que al multiplicarlo por la población esperada en cada ciclo de vida de la población potencial a atender la SESAL en sus dos niveles de atención, corresponderá a la población que finalmente -y muy probablemente- demandará servicios del segundo nivel u hospitalarios y el resto (73.34%) corresponderá a la población que muy probablemente demande solamente servicios de salud del primer nivel de atención.

**b. Caracterización de las necesidades de salud de la población potencial a atender:** establecida la **población potencial** del área de influencia de la unidad o red proveedora de servicios de salud, el análisis de Situación de Salud (ASIS)<sup>34</sup> constituye la herramienta fundamental disponible para que los equipos de las UE caractericen las demandas, necesidades y problemas de salud de la población a atender. La construcción y análisis del Perfil Epidemiológico del Espacio-Población bajo su responsabilidad, les permite:

- Seleccionar y jerarquizar prioridades, basado en criterios epidemiológicos.
- Caracterizar las prioridades seleccionadas, respondiendo, entre otras, a las siguientes interrogantes:
  - **¿Cuándo ocurren?** Identificar si los problemas de salud que afectan a la población de la región, del departamento o del territorio de la Red, son más frecuentes en alguna época del año.
  - **¿Dónde ocurren?** Señalar si las prioridades identificadas o los riesgos para las personas, se presentan en un territorio específico de la región, en algunas viviendas o centros de trabajo.
  - **¿Quiénes son los afectados?** Establecer quiénes y cuántas son las personas que más se enferman, por edad y sexo. Qué familias-viviendas tienen más peligro o riesgo.
  - **¿Por qué ocurre?** Cuáles son las causas, factores y condiciones por los que la población se enferma.
  - **Medidas a tomar.** Qué acciones concretas se realizarán para solucionar el problema.
  - **Resultados Esperados.** Especificar los resultados esperados luego de la aplicación de las medidas.

### Paso 1.5. Definición y Programación de Productos de los Procesos de Gestión y Atención a la Salud.

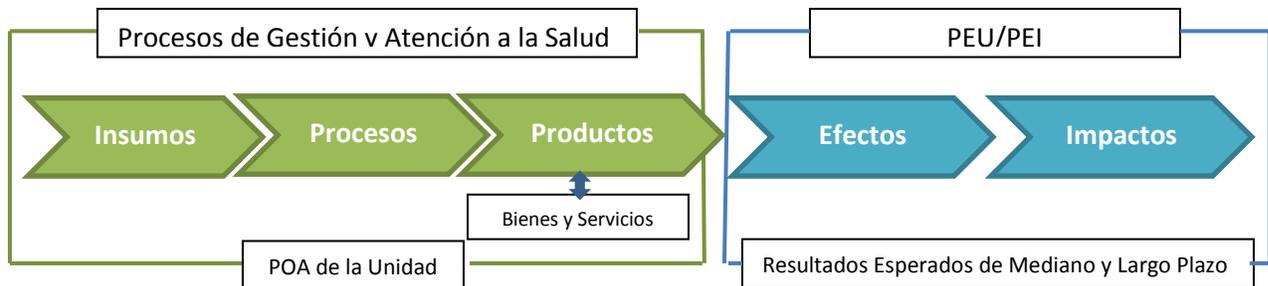
**a)** Una vez identificada la **población potencial** y analizadas sus características, necesidades y problemas críticos en materia de salud, es el momento de decidir “**qué de esas necesidades de salud se van a**

<sup>33</sup> La proporción de demanda que soluciona cada nivel: Primer nivel entre 70-80%, segundo nivel de 15-20% y tercer nivel de 5-10%. Fuente: Resumen Ejecutivo basado en un informe técnico de PHRplus/Perú, Sistemas de Referencia y Contra Referencia en los Servicios de Salud.

<sup>34</sup> Para facilitar la transversalización de la perspectiva de género y asegurar la equidad en la respuesta, se debe incorporar al ASIS la guía para desarrollar el análisis de género propuesta por la Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos de la OPS/OMS.

**satisfacer**". Esto precisa establecer aquellos **productos** que la unidad o red de proveedores de servicios deberá prioritariamente brindar para satisfacerlos con la debida suficiencia, oportunidad, continuidad y complementariedad (criterios de calidad). En este momento y para este fin, el PEU constituye un insumo fundamental. Recordemos que el PEU define los resultados esperados para el mediano y largo plazo y que facilita a los equipos de dirección identificar, seleccionar y/o definir el o los PROCESOS DE GESTIÓN Y/O ATENCIÓN con sus respectivos PRODUCTOS, entendidos éstos como los bienes y servicios que se comprometen a proveer a su población potencial, cada año, para responder a sus necesidades y problemas críticos de salud previamente identificados, como se ilustra en el siguiente esquema:

Para su definición recordemos que:



- **Insumos** son los RRHH, Materiales, Tecnológicos, Equipos, Instalaciones, etc. que se utilizan en la producción de bienes y servicios, tanto de la gestión como de la atención/provisión de la salud.
- **Procesos** es el conjunto de acciones interrelacionadas que transforman insumos en productos: bienes y servicios; corresponden al conjunto de prestaciones a que se compromete proveer una Unidad.
- **Productos**, son los bienes y servicios generados mediante procesos productivos. Los bienes son aquellos productos tangibles a los cinco sentidos, por ejemplo: métodos de PF, medicamentos, mosquiteros, entre otros; mientras que servicios son productos intangibles, por ejemplo: consejería, consulta médica, control prenatal, entre otros<sup>35</sup>.

**Recuerde: Un producto es un bien (tangible) o un servicio (intangibles) final entregado a una población usuaria o demandante para satisfacer una necesidad; no es una acción ni una actividad.**

Todo PROCESO siempre genera un producto y, todo PRODUCTO siempre requiere de un proceso de producción.

#### Características y criterios a considerar para definir un producto:

- Tiene un proceso específico de producción para obtenerlo.
- Se pueden cuantificar y valorar.
- Se expresa en pocas palabras y de forma sencilla.
- Requiere insumos/recursos identificables para obtenerlos.
- Requiere financiamiento para su producción.

Considerando y partiendo de la Matriz del PEI de la SESAL 2013 – 2016<sup>36</sup>,

<sup>35</sup> Como se dijo antes, para efectos de esta Guía, se refiere a productos finales e intermedios y sus categorías.

<sup>36</sup> Tomado del Manual para la elaboración de Planes estratégicos en salud. UPEG, Secretaria de Salud, Tegucigalpa, Honduras, Abril 2013.

vemos, a continuación, algunos ejemplos de PRODUCTOS (Bienes o Servicios) de unidades proveedoras de servicios por nivel de atención y tipo de proceso, de Atención y de Provisión de Servicios de Salud:

Nivel	Productos Finales	Productos Intermedios (Bienes o Servicios)	Procesos de producción de la salud
Provisión segundo nivel	Brindada la atención integral a la mujer embarazada en el segundo nivel de atención.	Mujer embarazada con atención prenatal brindada conforme a normas.	Consulta de Control Pre Natal.
		Mujer con parto eutócico simple atendido conforme a normas.	Atención de Partos Eutócicos Simples.
		Mujer con puerperio atendida conforme a normas.	Atención del Puerperio.
		Mujer embarazada con enfermedad en el embarazo, parto o puerperio atendida.	Atención Obstétrica.
		Mujer con métodos de planificación familiar brindados, conforme a normas.	Consejería y distribución / aplicación de métodos de PF.
Provisión primer nivel	Brindada la atención integral al niño menor de cinco años en el primer nivel de atención.	Niño y niña menor de 5 años con neumonía / bronconeumonía atendido de acuerdo a normas.	Consulta general de niños y niñas menores de 5 años.
		Niño y niña menor de 5 años con diarrea atendido conforme a normas.	Consulta general de niños y niñas menores de 5 años.
		Niño y niña menor de 5 años con dosis (esquemas) de vacunación completas, según normas.	Atención por inmunizaciones.
		Niño y niña menor de 5 años con otras patologías atendidos.	Consulta general de niños y niñas menores de 5 años.

Para su construcción se sugiere utilizar el siguiente formato:

Nivel	Productos Finales	Productos Intermedios (Bienes o Servicios)	Procesos de producción de la salud
Provisión ____ nivel			

Nivel	Productos Finales	Productos Intermedios (Bienes o Servicios)	Procesos de producción de la salud

b) Definir los indicadores para establecer de forma “cuantitativa y medible” cada uno de los productos a proveer a la población objetivo. Para ello, recordar...

### ¿Qué es un indicador?

Es una simple “**unidad de medida**” para estimar cuantitativamente la producción de bienes y servicios. Está conformado por un conjunto organizado de datos. Los indicadores más utilizados son: tasas, razones, proporciones, porcentajes, horas, días, costo, número de unidades, etc. El uso de indicadores de producción permite identificar cuántos productos y/o servicios generó en cada proceso de atención o provisión de servicios un proveedor de servicios de salud (establecimiento de salud) en un período determinado.

### ¿Cuáles son sus características?

- Accesibles, fáciles de identificar, recopilar y construir.
- Pertinentes, a lo que deseamos medir.
- Relevantes, el que más caracteriza al producto.
- Fieles, que informen con fidelidad de las condiciones de los datos que se recogen.
- Claros, no ofrecen ambigüedad en su interpretación.
- Verificables, observables por cualquiera.
- Precisos para el producto o servicio que se quiere estimar.
- Unívocos, parámetros exclusivos de lo que se mide.

Según el enfoque sistémico existen tres categorías de indicadores:

**De insumos:** Describen los materiales, financiamiento, tecnología y personal utilizados o empleados para la producción de un producto o servicio. Ejemplo: horas médico general, % de equipos completos, % de suministros que cumplen normas de calidad, etc.

**De proceso:** Describen actividades llevadas a cabo para alcanzar los resultados esperados. Muestran qué se hizo y si se hizo bien o no. Ejemplo: número de sesiones entrenamiento o capacitación, número de programas preparados o presentados, número de visitas domiciliarias realizadas, número de supervisiones efectuadas, entre otros.

**De Resultado:** Pueden ser de tres tipos, *Producto, Efecto e Impacto*.

**Producto:** describen los resultados alcanzados a nivel del proceso de gestión, atención o provisión de servicios en que fueron realizados, usualmente observables inmediatamente después que concluye el proceso de atención o provisión de servicios que se trate. Muchos indicadores pueden incluir, por ejemplo: número de adolescentes activos sexualmente que completaron un curso de entrenamiento sobre uso de métodos anticonceptivos, número de egresos hospitalarios, proporción (%) de niños inmunizados, número de partos atendidos, número de consultas de ginecología atendidas, entre otros.

**De efecto:** describe cambios de comportamiento en la **población objetivo** (beneficiarios efectivos) como resultado indirecto y a mediano plazo de un proceso o una intervención. Estos cambios son generalmente observados en pocos meses después de que el proceso o intervención concluyó. Ejemplo: proporción (%) de adolescentes activos sexualmente que utilizan anticonceptivos, número de pacientes que utilizan mosquitero para prevenir la malaria, proporción (%) de reducción de la incidencia de enfermedades inmuno-prevenibles, entre otros.

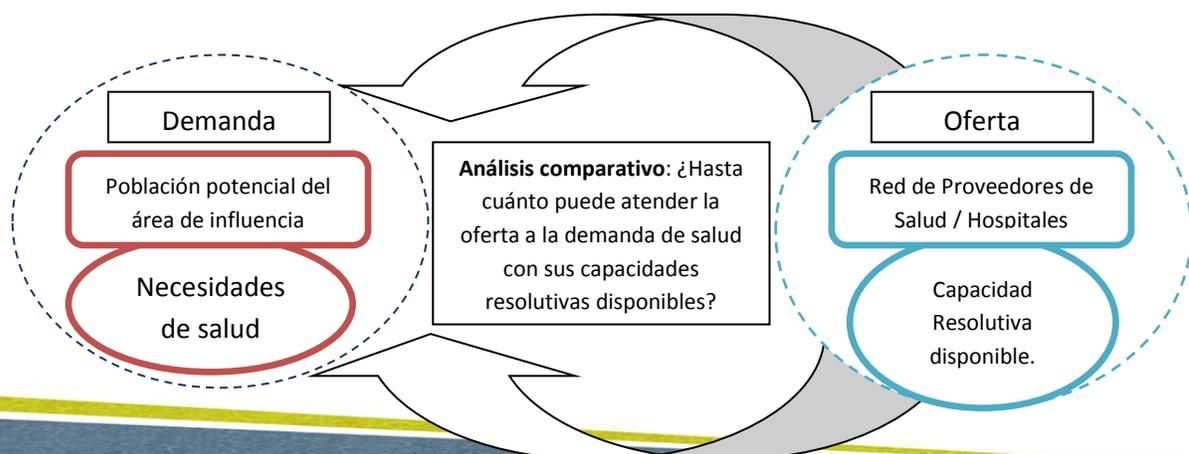
**De impacto:** miden cambio en la salud o condición socio económica de la población objetivo (beneficiarios efectivos) que ocurre a largo plazo, generalmente después de varios años. Ejemplo: cambios en la tasa de embarazos en adolescentes o las tasas de fertilidad, morbilidad o mortalidad en ciertos segmentos de la población. El impacto en salud o estado socio económico no puede ser atribuible a ningún proceso o simple intervención, por sí sola. Estos son cambios de largo plazo como resultado de muchos factores, algunos intencionales (productos, servicios y programas diseñados para producir cambios colectivos sociales) y algunos más allá del control de cualquier organización o agencia (desastres naturales, cambio de políticas o circunstancias globales).

**Paso 1.5. Definición de las metas de producción de servicios de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población potencial del área de influencia.**

Recordemos que la **“meta”** de producción es la expresión cuantitativa del objetivo de gestión anual y se expresa en términos de cantidades, proporciones, u otro, de acuerdo a lo establecido en el indicador que el equipo seleccione. Se estimará tomando en cuenta la meta horizonte, establecida para el mediano y largo plazo del resultado de que se trate, definida en el PEU y la capacidad resolutive disponible, tanto la que se utiliza como la ociosa, de las unidades proveedoras de servicios.

Definido antes: i) qué **PRODUCTOS** brindará la red de proveedores del primer nivel y los establecimientos del segundo nivel para satisfacer determinadas necesidades específicas de salud que la población potencial –probablemente- demandará durante el año programado y, ii) cómo se medirá la cantidad de productos o servicios a brindar a los distintos grupos de población conforme sus ciclos de vida utilizando y seleccionando los **indicadores** para cada producto. Ahora es el momento de definir cuántas **necesidades de salud vamos a satisfacer, es decir cuántos productos vamos a brindar a cada grupo de población potencial.**

Esto es, en esencia, **el proceso de estimación de metas de producción de servicios de salud.** Este proceso sustentado en la demanda, implica un ejercicio de análisis comparativo entre **las necesidades** de salud de la población potencial del área de influencia o de responsabilidad y **las capacidades** resolutive totales con que cuenta la red de proveedores del primer nivel de atención o los establecimientos de salud del segundo nivel, para satisfacer dichas necesidades en términos de suficiencia, pertinencia y otros criterios de calidad. Es el momento entonces de identificar con qué capacidad resolutive cuenta la red de proveedores de servicios de salud del primer nivel y del segundo nivel, para atender las necesidades de salud de su respectiva **población de influencia** en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano.



A este momento, para los proveedores de cada nivel de atención se ha identificado la **cantidad de población** debidamente separada por grupo etario y sus características en términos de necesidades de salud. Esto permitirá definir aquellos productos orientados a la **PROMOCION DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y DE DAÑOS** de la persona y la familia en el hogar, en la comunidad, en el ambiente laboral, el ambiente escolar y en atención al medio ambiente; así como aquellas propias de la salud pública que tienen como marco general de actuación la totalidad de su población **potencial de toda su área** de influencia, no obstante se tendrá que priorizar y focalizar con criterios de riesgo y vulnerabilidad, aquellas áreas, grupos y necesidades a donde y a quienes se dirigirán las intervenciones.

La capacidad instalada para la atención primaria en salud será conforme a las Normas<sup>37</sup>. Las redes de proveedores de primer nivel de atención deben contar con equipos de Atención Primaria de la Salud (APS) con un ámbito territorial de actuación debidamente definido y responsabilidad de determinado número de población y familias a atender, que variará de acuerdo a las propias y particulares características demográficas, de acceso, dispersión / concentración, migración de sus grupos de población en sus diferentes ciclos de vida.

El establecimiento de las metas de los productos para la promoción y prevención dirigidos al individuo, a la familia, a la comunidad y al medio ambiente será de acuerdo a esta capacidad instalada, aplicando criterios de focalización y priorización con enfoque de riesgo y vulnerabilidad y a las normas de producción y rendimiento que establezca el rector para cada producto de esta naturaleza. Las normas de rendimiento o producción, determinan cuantos productos de promoción y prevención pueden ser brindados por el equipo de APS por familia y comunidad. Con base a este análisis se deberá definir la cantidad o **METAS** de productos a brindar durante el año a planificar.

Con relación a la demanda de servicios para el **RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD**. Mucha de esta población potencial, demandará atención para el “**restablecimiento de su salud**” de forma espontánea y otras inducidas por eventos, referencias u otros medios y estrategias que puedan aplicarse. Por lo que para establecer las metas de producción para satisfacer tales demandas es necesario, primeramente identificar:

**a. La tasa de utilización de los servicios del primer y segundo nivel de atención:** Muchas personas de los grupos de influencia, demandarán los servicios para el restablecimiento de su salud, en cualquier nivel de atención, más de una vez al año y esta frecuencia de demanda de uso de servicios varía conforme a la edad o ciclo de vida. Es muy probable que la población infantil demande muchas veces al año los servicios de salud, mientras que los adolescentes menos y muchas más quizás, la población adulta mayor. Cada grupo tiene necesidades diferenciadas y demanda diferente tipo y cantidad de servicios de salud al año, como consultas ambulatorias (de emergencias y de consulta externa), partos, hospitalizaciones, cirugías entre otras, por lo que es necesario establecer cuál es el “**índice o la frecuencia de uso estimada**” para cada tipo de servicios de salud, por ciclo de vida, y con ello tanto las unidades del primer como las del segundo nivel, puedan prever cuánto será la demanda por tipo de servicios esperada al año, por parte de su población potencial estimada.

La **tasa o índice de frecuentación** o de frecuencia de uso, es el número promedio de servicios recibidos por persona al año. Esta tasa o índice de uso se obtiene, en el caso de servicios ambulatorios del primer y segundo nivel, al sumar la producción de consultas ambulatorias: las consultas externas más las consultas de emergencia y, dividir su resultado entre la población potencial (número de personas)

<sup>37</sup> Se refiere a la Normas que al respecto haya emitido la SESAL en su condición de Autoridad Sanitaria Nacional o ente rector del sector salud del país.

que se espera que demandará los servicios del nivel de atención que se trate. En el caso del índice de frecuencia de uso para servicios de hospitalización, se obtiene dividiendo el total de egresos producidos en un año, entre la población potencial del mismo año. Igual el caso para el índice de frecuencia de cirugías, dividiendo el total de cirugías efectuadas por el hospital (mayores y menores) entre el total de la población potencial esperada para el año que se trate.

También se pueden estimar tasas de usos de servicios específicos para grupos poblacionales, como por ejemplo para los niños y niñas menores de cinco años, o la población adulta mayor, así como, para la población de la zona urbana o rural. Pero, para ello es necesario que las unidades de salud tanto del primer como del segundo nivel, hayan registrado, recopilado y procesado la información de la producción de servicios brindados, tanto consultas ambulatorias como egresos hospitalarios durante el año anterior, debidamente desglosada por sexo, grupo etario e ideal por procedencia (población rural y urbana).

Es importante remarcar que para la atención de servicios de “**promoción de la salud y prevención de enfermedades y daño**”, se debe considerar la **totalidad de la población del área de influencia de la red de primer nivel de atención**, indistintamente si tiene cobertura médica por la seguridad social o el sector privado.

- b. Estimación de la demanda esperada de servicios de salud:** A este momento la red de proveedores de servicios de salud del primer nivel o el establecimiento de salud del segundo nivel de atención, ha determinado el volumen de su **población potencial total** y por ciclo de vida esperada en el año. Ha identificado también cuánto es la tasa o índice de frecuencia de uso de servicios, tanto ambulatorios como de hospitalización y quirúrgicos, que esos grupos de población demandarán del primer o segundo nivel de atención que se trate. Ahora es el momento de determinar entonces, cuánto será la demanda esperada de servicios de atención ambulatoria, de hospitalización y quirúrgicos, tanto para el primer nivel como para el segundo nivel de atención.

Esto requiere efectuar una proyección de la “**demanda esperada de servicios de salud**” basados en la población potencial esperada que demandará servicios al establecimiento de salud por ciclo de vida, aplicando (multiplicando) a cada uno de estos grupos de población, la tasa de frecuencia de uso obtenida en el paso anterior, tanto para servicios ambulatorios como para los servicios de hospitalización y quirúrgicos.

Para el caso de servicios de atención de parto, de acuerdo a las normas nacionales, el establecimiento de salud debe de prever, la atención de la totalidad de “PARTOS ESPERADOS” de su población potencial u objetivo del área de influencia. Para esto se sugiere considerar los datos del INE.

Esto representa la cantidad de servicios tanto de consulta ambulatoria como de hospitalización, atención de parto y servicios quirúrgicos que se espera que la población potencial estratificada en sus diferentes ciclos de vida, demande en el año a planificar, sea el caso de un servicio del primer o segundo nivel de atención. Constituye el marco de referencia, en otras palabras la **demanda total esperada de servicios de restablecimiento de la salud** de la totalidad de la población potencial del área de influencia de la unidad, de acuerdo al nivel que corresponda.

¿A cuánto de esta demanda, tendrá capacidad la red de proveedores del primer nivel o el hospital de atender con suficiencia, oportunidad, pertinencia, continuidad y complementariedad?

Para establecer esas “metas”, basado en el **conocimiento de su demanda**, el establecimiento de salud, previamente tiene que conocer su capacidad resolutive disponible y cuánto de esa está utilizando y cuánto de ella aún no utiliza, permanece ociosa y puede primeramente utilizar para cubrir y responder apropiadamente a dicha demanda. Para ello, se debe avanzar al siguiente paso.

**c. Identificación de la capacidad instalada disponible.** Esto requiere determinar la disponibilidad de áreas y recursos físicos, tecnológicos y humanos con que cuenta el establecimiento de salud para brindar sus servicios a su población usuaria, sea del primero o segundo nivel de atención. Básicamente se debe identificar la capacidad instalada y disponible con que cuenta la red de proveedores de salud del primer nivel o del segundo nivel (hospital), especialmente en las siguientes **áreas básicas**:

- a. Capacidad disponible para atención de consulta externa ambulatoria.
- b. Capacidad disponible para atención de urgencias.
- c. Capacidad disponible para atención de partos y /o hospitalizaciones.
- d. Capacidad disponible para atención quirúrgica.

De acuerdo a nivel de complejidad y especialización, un establecimiento o red también puede determinar su capacidad instalada por servicio especializado, incluyendo intensivo, observación, unidad de trasplantes, entre otras.

Para realizar el análisis de la capacidad instalada se debe disponer de los siguientes datos:

- Consultas ambulatorias: Consultorios con personal médico y auxiliar disponible.
- Hospitalización: Camas habilitadas o disponibles.
- Atención de partos: Camas habilitadas o disponibles.
- Cirugías: Quirófanos habilitados.

**c.1 Análisis de la capacidad instalada para brindar consultas ambulatorias (consulta externa o emergencia):** Acá las variables a considerar se centran en:

- El número de consultorios con que cuenta la red de establecimientos de salud del primer nivel u hospital que se trate. En algunos casos cuenta con varios consultorios pero no personal para atenderlos; estos casos no se incluyen en el análisis de su capacidad instalada.
- Luego el número de horas que cada uno y en total de estos consultorios cuentan con el personal calificado, completo y disponible para brindar servicios a la población usuaria al día, por semana, por mes (multiplicando las horas disponibles semanales por 4 semanas del mes) y por año (multiplicando las horas disponibles mensuales por 12 meses). En algunos casos el establecimiento cuenta con algunos consultorios que funcionan solo dos horas al día y otros, cuatro horas u horas diferentes. Acá habrá que sumar la totalidad de horas disponibles de los consultorios al día que cuentan con personal calificado disponible. De igual manera habrá que tener en cuenta que quizás algunos consultorios no funcionan todos los días de la semana, algunos dos o tres días. En este caso, se debe sumar la totalidad de horas semanales de consultorios disponibles, teniendo en cuenta solo los días y horas que funcionan a la semana cada uno de la totalidad de consultorios disponibles con personal calificado.
- Seguido, tener las normas de rendimiento acerca del número de consultas que se debe brindar por hora por recurso humano (médico general, médico especialista, odontólogo, psicólogo, trabajador social, enfermera profesional, auxiliar de enfermería, etc. por consultorio (incluye primeras consultas y subsiguientes). Tomar en cuenta que quizás existan normas de rendimientos diferentes por grupo de población y tipo de servicio y nivel de atención. Es decir una norma de rendimiento

para consultorios de atención a la niñez, otra para atender medicina general, otra para 1ra. consulta prenatal. En estos casos es importante hacer el análisis por separado, por tipo de servicio, pero siguiendo los mismos pasos y lógica propuesta en la presente guía.

- Finalmente determinar la capacidad resolutive del establecimiento de salud para atender consultas ambulatorias al año; dividiendo el número total de horas disponibles al año de todos los consultorios, entre el número promedio de consultas a atender por hora por consultorio, establecido en la norma de rendimiento. Esto nos da la capacidad resolutive disponible de un establecimiento del primer o segundo nivel para atender consultas ambulatorias al año.

### c.2 Análisis de la capacidad instalada para brindar servicios de atención de partos y hospitalización.

Las variables a considerar se centran en:

- Primero identificar y actualizar el inventario del número de camas disponibles<sup>38</sup> (y en uso), con que cuenta la red de proveedores del primer nivel u hospital por tipo de servicio.
- Seguido, tener la norma de rendimiento para el **promedio de días estancia** (PDE)<sup>39</sup> para cada tipo de servicio. Estos varían debido a las necesidades de atención, diferentes por tipo de usuario(a), a ser atendido(a) por dichos servicios. Varían el promedio de días estancia para usuarios(as) hospitalizados de los servicios de medicina interna y pediatría, como de los servicios de cirugía y ginecología y para usuarias del servicio de obstetricia (post parto, puerperio y otras condiciones que se requiera).
- A continuación estimar el número de usuarios(as) (o de egresos) que tiene capacidad de atender (o producir) al mes cada servicio de acuerdo a la norma de PDE. Esto corresponde a lo que se conoce como la norma de rendimiento: “Giro Cama”, que significa el número de veces que una cama es utilizada por un(a) usuario(a) al mes. Se obtiene dividiendo 30 días del mes calendario (se considera los 30 días calendario ya que los servicios de hospitalización interna no se suspenden nunca durante el año), entre el promedio de días estancia del servicio que se trate.
- Seguido identificar el número de usuarios(as) que cada servicio puede atender de acuerdo a las normas definidas, por cada cama disponible al año, multiplicando el número de usuarios (as) que pueden ser atendida al mes por cama (giro cama mensual) y luego por 12 meses del año.
- Finalmente establecer la capacidad resolutive total de hospitalizaciones por servicio para un año completo, multiplicando el número de usuarios(as) (o egresos) que con una cama disponible, cada servicio puede atender al año por el número total de camas disponibles del servicio en cuestión. Esto corresponde a la capacidad resolutive total para brindar servicios de hospitalización por tipo de servicio en un año, incluyendo “**atención de partos**”. Esta capacidad resolutive total representa el número potencial de egresos esperados al año por Servicio de hospital que se trate.

### c.3 Análisis de la capacidad instalada para brindar servicios quirúrgicos (cirugías mayores): Las variables clave para determinar la capacidad resolutive disponible del quirófano, corresponden:

- Primero identificar el número de quirófanos disponibles con personal calificado y completo disponible para atenderlos. Si el establecimiento de salud cuenta con algún quirófano y no tiene el

<sup>38</sup> **Cama disponible:** Aquella dispuesta para el alojamiento de un paciente internado durante 24 horas del día. Excluye las del servicio de urgencia, recuperación postoperatoria, las que se usan para procedimientos de diagnóstico y tratamiento, las de alojamiento de personal o de acompañantes y aquellas que se agregan temporalmente por mayor demanda en emergencias. Sistema de Monitoria y Evaluación de la Gestión SIMEG, UPEG Secretaría de Salud, 2008.

<sup>39</sup> PDE= Total días de hospitalización de todos los egresos registrados en un período/Total de egresos en ese mismo período. SIMEG 2008.

personal calificado disponible para utilizarlo, no debe ser incluido en el análisis de su capacidad instalada.

- Segundo, el número de horas por quirófanos disponible que cuenta con el personal calificado requerido para operar al día, por semana, por mes (multiplicando las horas disponibles a la semana por 4 semanas del mes) y por año (multiplicando las horas disponibles mensuales por 12 meses). Es probable que algún quirófano solo funcione 4 horas el día. Alguno o varios quirófanos funcionen, solo dos o tres días a la semana. Todo ello tendrá que ser identificado y sumado al día y a la semana para obtener la capacidad resolutive diaria y semanal y luego con base al total determinar la capacidad mensual y anual disponible de quirófanos del hospital.
- Tercero, disponer de la norma de rendimiento sobre horas promedio que se requieren para realizar una cirugía mayor.
- Finalmente determinar la capacidad resolutive al año para realizar cirugías mayores; dividiendo el número total de horas disponibles de la totalidad de quirófanos al año, entre el tiempo promedio establecido en la norma para efectuar una cirugía mayor. Esto da la capacidad resolutive disponible de este establecimiento de salud para realizar cirugías mayores al año.

Se tiene a este momento una estimación de la demanda de servicios por ciclos de vida de la población potencial de la red de proveedores del primer nivel u hospital que se trate, así también se ha establecido la capacidad resolutive total con que cuenta cada uno de ellos para atenderla. Pero al momento se desconoce cuánto de esta capacidad disponible está siendo utilizada y cuanto de ella aún permanece sin uso u ociosa.

- d. Identificación de la capacidad instalada utilizada y no utilizada u ociosa.** Esto requiere identificar la producción mensual y anual de servicios que brinda el establecimiento de salud y qué porcentaje de su capacidad instalada, es utilizada para generar esa producción y aquella que permanece sin ser utilizada u ociosa, por cada tipo de servicios.

**La capacidad no utilizada u ociosa** corresponde a aquella capacidad que permanece sin uso en un establecimiento de salud, sea del nivel que corresponda, por lo cual representa un GASTO en menoscabo de la cobertura y acceso a servicios para la demanda esperada o población potencial de los servicios de recuperación de la salud. Esta capacidad no utilizada u ociosa es necesario identificarla en los establecimientos de ambos niveles, tanto para los servicios de atención ambulatoria como los de hospitalización y de quirófanos o sala de operaciones.

**d.1 Identificación de la capacidad no utilizada u ociosa de los servicios ambulatorios:** Se debe aplicar el siguiente paso:

- Restar de la capacidad resolutive total disponible o sea del número total de consultas que puede brindar el establecimiento de salud en un año y por cada servicio, el total de consultas que el establecimiento (efectivamente) brindó a su población usuaria durante el año y por cada uno de sus servicios ambulatorios. La diferencia corresponde a aquella capacidad que tiene un costo pero que el establecimiento de salud actualmente no está utilizando y que debe ser considerada la base inicial para establecer las **metas de producción** para el próximo año para orientar la producción de servicios de salud a la reducción y cierre de las brechas de acceso y cobertura a la población potencial de su área de adscripción.

**d.2 Identificación de la capacidad no utilizada u ociosa de los servicios de hospitalización y atención de partos:** Se debe aplicar el siguiente paso:

- Restar de la capacidad resolutive total disponible o sea del número total de usuarios(as) a los(as) que el establecimiento de salud puede brindar servicios de hospitalización (o número de egresos hospitalarios que puede producir) en un año y por cada servicio, incluyendo atención del parto, la producción total de egresos que el hospital produjo durante el año y por cada uno de sus servicios de hospitalización y/o atención del parto. La diferencia corresponde a aquella capacidad que tiene un costo pero que el establecimiento de salud, actualmente no está utilizando y que debe ser considerada la base inicial para establecer las **metas de producción** para el próximo año para contribuir a reducir o cerrar las brechas de acceso y cobertura a la población potencial de su área de adscripción.

**d.3 Identificación de la capacidad no utilizada u ociosa de los servicios quirúrgicos:** Se debe aplicar los siguientes pasos:

- Primero registrar el número de quirófanos con personal calificado disponible con que cuenta el establecimiento de salud.
  - Seguido revisar y registrar la totalidad de cirugías mayores realizadas durante el año por el establecimiento de salud en la totalidad de sus quirófanos disponibles.
  - Identificar el número total de cirugía que están en espera, que fueron programadas y aún no han sido realizadas (mora quirúrgica).
  - Luego traer y volver a revisar la capacidad resolutive total del establecimiento de salud para brindar servicios quirúrgicos, que ha sido previamente identificada en el paso anterior.
  - Restar de la capacidad resolutive anual disponible del establecimiento de salud para realizar cirugías mayores, la suma del total de las cirugías mayores realizadas durante el año. La diferencia corresponde a la capacidad no utilizada u ociosa disponible en el hospital o establecimiento.
- e. Definición de las metas de producción:** ¿Cuánto es la cantidad máxima posible y factible, que de acuerdo a las necesidades de salud identificadas de nuestra población potencial en el diagnóstico de situación de salud, así como a las tendencias observadas, a los recursos disponibles y nuestras capacidades, podemos comprometernos a alcanzar al finalizar el próximo año?

La respuesta a esta interrogante se traduce en la definición de metas de producción para cada uno de los servicios que el establecimiento brinda, sea este de primer o segundo nivel de atención. Su definición parte del análisis de la demanda o población potencial del establecimiento de salud por ciclo de vida y de la capacidad instalada, utilizada y no utilizada disponible de este. Incluye tanto los servicios ambulatorios para el restablecimiento de la salud, como de hospitalización, servicios quirúrgicos y de atención de partos.

**Para la definición de metas de los servicios basada en la demanda, se sugiere seguir las siguientes etapas:**

**e.1 Establecimiento de metas de servicios ambulatorios.**

El primer paso para fijar las metas deberá de enfocarse en realizar un análisis comparativo entre la capacidad resolutive disponible del establecimiento para brindar servicios ambulatorios, identificando aquella que efectivamente utiliza y aquella no utilizada u ociosa. El análisis comparativo de estas variables nos dice la capacidad resolutive total disponible del establecimiento para atender la demanda potencial de consultas esperadas, es decir simplemente haciendo uso efectivo de sus recursos actualmente disponibles y no necesitando por tanto ninguna inversión adicional en infraestructura ni en personal, únicamente deberá considerar en su presupuesto anual, los costos del incremento en

insumos médico-quirúrgicos, material descartable, exámenes diagnósticos y medicamentos, entre otros suministros que representara este incremento de metas.

### ***e.2 Establecimiento de metas de atención de partos y hospitalización.***

Como en el caso de establecimiento de metas para servicios ambulatorios, el primer paso para fijar las metas de atención de partos, deberá de enfocarse en realizar un análisis comparativo entre la demanda esperada de atención de partos con relación a la capacidad resolutive anual disponible, que equivale a la sumatoria de aquella utilizada como aquella no utilizada u ociosa. El análisis comparativo de estas variables nos dice cuántos partos más el establecimiento de salud, puede atender, es decir adicionales a los partos atendidos el año anterior lo que corresponde al 100% de la capacidad resolutive actual disponible para atención de partos. Si el establecimiento de salud incrementa la atención de partos para utilizar al 100% su capacidad instalada actual, esto se traduce en un incremento de su cobertura en un determinado porcentaje con respecto al año anterior y con ello, lograría avanzar en cerrar la brecha de la demanda esperada de partos de la población potencial de su área de influencia.

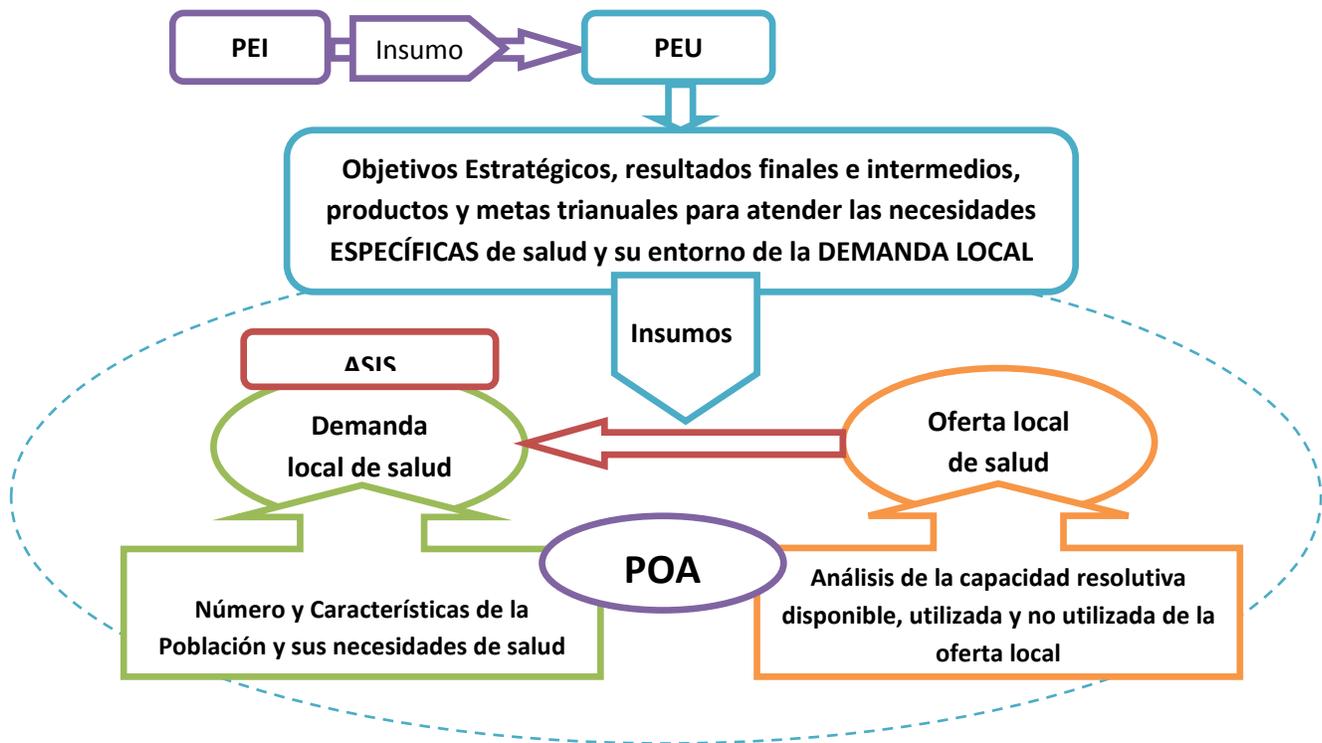
En el caso para fijar las metas de producción para los productos de los servicios de hospitalización, proceder de igual forma y analizar las mismas variables antes descritas para el caso de atención de partos. Analizar la capacidad resolutive del establecimiento de salud para atender casos de hospitalizaciones anualmente para cada uno de sus servicios (Medicina General, Pediatría General, etc.), sumando la capacidad utilizada y la no utilizada u ociosa de cada servicio y por otra parte revisar la demanda de potenciales servicios de hospitalización para cada uno de estos servicios. Esto permite al establecimiento de salud identificar cuanta capacidad tiene disponible para atender la totalidad de la demanda de servicios de hospitalización esperados por cada Servicio de hospitalización y, conforme a ello, fijar sus metas de producción de servicios de hospitalización, en procura de cerrar la brecha de la demanda potencial insatisfecha de sus grupos de población de influencia.

***e.3 Establecimiento de metas de servicios quirúrgicos.*** El primer paso deberá de enfocarse en realizar un análisis comparativo entre la demanda esperada de cirugías mayores en el (próximo) año programado con relación a la capacidad resolutive anual actualmente disponible, que equivale a la capacidad real utilizada para realizar las cirugías que atendió el año previo, más la capacidad ociosa que no se utilizó para atender más cirugías mayores durante ese año.

El análisis comparativo de estas variables nos dice cuántas cirugías mayores más puede realizar el hospital, es decir adicionales a las realizadas el año previo. De esta manera, si el establecimiento de salud establece como meta aprovechar el 100% de su capacidad resolutive anual disponible (utilizada más la no utilizada actualmente), representaría un incremento de su cobertura con respecto al año anterior lo que le contribuiría a estrechar y, eventualmente, cerrar la brecha de la demanda potencial esperada de servicios quirúrgicos de su población potencial de influencia.

Finalmente, este paso requiere la incorporación de los cambios que se den en las prioridades del Gobierno, las cuales serán dadas a conocer con antelación.

El siguiente esquema facilita ver la articulación funcional del ASIS y el PEU y cómo estos brindan los insumos fundamentales para identificar los productos a considerar en el POA. Así también el análisis de la capacidad resolutive disponible de la oferta local de salud para atender con eficiencia y efectividad la demanda potencial de servicios de salud de la población potencial del área de influencia y responsabilidad de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención.



Para la construcción de los indicadores y metas de producción anual para cada uno de los productos a proveer, se sugiere utilizar el formato del siguiente ejemplo:

Resultado de Mediano / Largo Plazo (PEU)	Proceso de Gestión / Atención a realizar	Producto: Bien o Servicio a proveer	Indicador	Meta Anual
Disminuida Tasa de Incidencia de la Tuberculosis Pulmonar de 50 a 35X100.000 habitantes y el riesgo de morir por tuberculosis.	Control y tratamiento acordado estrictamente supervisado, de seis a ocho meses, aplicando los 5 Principios del TAES <sup>40</sup> .	Paciente tuberculoso pulmonar curado con BK negativo.	Número de pacientes tuberculosos curados (con alta clínica y epidemiológica) con BK negativo.	70 pacientes tuberculosos curados, BK negativo.
Incrementada la atención del parto institucional de 65% a 85%.	Atención integral del parto institucional conforme a estrategia CONE.	Mujer atendida institucionalmente en su parto conforme a la estrategia CONE.	Porcentaje (%) de partos atendidos institucionalmente conforme a estrategia CONE.	70% de partos atendidos institucional.
Cubiertas el 100% las necesidades de PF de mujeres en edad fértil.	Atención integral en PF de la mujer en edad fértil	Mujer en edad fértil atendida integralmente en sus necesidades de PF.	Porcentaje (%) de mujeres en edad fértil con sus necesidades de PF atendidas.	75% de mujeres en edad fértil.
Reducida la prevalencia de VIH/SIDA en población	Detección y tratamiento oportuno de VIH en	Mujeres embarazadas detectadas y tratadas	Porcentaje (%) de mujeres embarazadas detectadas y	90% de las mujeres

<sup>40</sup> 1. Intervención organizada y sostenida, 2. Identificación temprana y precisa de casos, 3. Quimioterapia eficaz y fácil para el paciente, 4. Manejo eficaz de los medicamentos y 5. Monitoreo basado en los resultados.

general de 0.68 a 0.5%.	mujeres embarazadas.	oportunamente de VIH.	tratadas oportunamente de VIH.	embarazadas.
Disminuida la incidencia de dengue.	Identificación y control de ambientes familiares de proliferación del aedes agipty.	Familias con riesgos de transmisión del dengue controlado en sus hogares.	Porcentaje (%) de familias con riesgos de transmisión del dengue controladas en sus hogares.	100% de las familias.

Cada meta de producción anual se distribuirá de manera trimestral y mensual para facilitar el monitoreo en su avance y tomar las medidas correctivas de manera oportuna. Su distribución mensual/trimestral se hará con base a la “estacionalidad de la demanda” de los productos a brindar por la red de proveedores de salud del primer nivel o nivel hospitalario a partir de la revisión y obtención del promedio de la producción mensual de estos productos por dichos establecimientos los últimos 5 años. Luego, aplicar los porcentajes del promedio de producción mensual de productos identificados en el paso anterior y definir las metas de producción mensual y trimestral, que en su totalidad equivalen a la meta anual previamente definida para la unidad proveedora de servicios, aplicando el formato propuesto a continuación.

**Formato propuesto para determinar la estacionalidad de la demanda de cada producto brindado por la Red de Servicios de Salud del 1er nivel u Hospital del 2do nivel de atención:**

Producción Histórica Mensual por la Unidad Ejecutora: Productos brindados por mes los últimos 5 años.													
Años Revisados	Ene.	Feb.	Ma.r	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Agos.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	TOTAL por Año:
Año 1													
Año 2													
Año 3													
Año 4													
Año 5													
Total 5 años:													
Promedio Mensual:													
Porcentaje Mensual:													
Definición de Metas Físicas por Mes de acuerdo al Análisis de la Estacionalidad de la Demanda Atendida.													Meta Anual
Metas mensuales													

**c) Determinación de acciones.** Para cada una de las metas de producción relacionadas con el cumplimiento anual de los productos esperados, se deberá identificar y ordenar en forma secuencial las acciones de funcionamiento, las actividades de apoyo e inversión necesarias e identificar los responsables de la ejecución de las operaciones definidas para el logro de los resultados propuestos en el POA de la Unidad.

Adicional, las Unidades deben programar las acciones que servirán de apoyo al logro de los Productos Esperados y que no están incluidas en las acciones identificadas por prioridad de salud, como son las

relacionadas a la Gestión Técnica – Administrativa Financiera, tomando en consideración los siguientes criterios:

- **Universo:** Significa totalidad (personas o cosas) que presentan una o varias características homogéneas (cualitativas o cuantitativas) susceptibles de ser observadas y medidas, a las cuales son dirigidas las acciones. Por lo tanto en esta columna deberá anotarse el total de las personas, o cosas, objeto de una acción programable presupuestable.
- **Cobertura:** Anotar la expresión en términos porcentuales y absolutos de lo que se va a cubrir del total del universo. La cobertura se programará en función de las posibilidades institucionales y de las coberturas necesarias para tener impacto en los problemas de salud.
- **Frecuencia:** Es el número de veces que se debe realizar la acción en un mismo sujeto/objeto de la cobertura durante un año.
- **Unidad de Medida:** Es la expresión cualitativa de una acción. Ejemplo: dosis, consultas, jornadas educativas, etc.
- **Meta:** Es la cuantificación de un resultado o acción en un plazo y lugar determinado.
- **Tiempo:** Deberá anotarse el mes de inicio y el mes de finalización de cada acción.
- **Responsable:** En esta columna deberá señalarse la unidad administrativa que, según las funciones establecidas es responsable del cumplimiento de cada acción.
- El equipo regional deberá consolidar el presupuesto por prioridad de salud y el correspondiente a las actividades de apoyo a los resultados para obtener el total del presupuesto regional o de la red de servicios o del hospital, por objeto y cuenta del gasto.

**Ejemplo:**

**Mantenimiento Preventivo de la Red Fría Regional (refrigeradoras) para conservación de Vacunas.**

Universo	Cobertura	Frecuencia	U. Medida	Meta	Tiempo	Responsable
140	80%	12	Revisión	768	Ene-Dic	Dpto. Matto.

## 6. Elaboración, negociación y aprobación del POA de la Unidad Ejecutora:

**Este Paso, corresponde a las Unidades Ejecutoras (Jefatura Región Sanitaria, Red Integrada de Servicios de Salud y Hospital:**

- Elaborar el documento del POA por Resultados conforme a la guía de contenidos aprobada por la UPEG-SESAL.
- Negociar y ajustar las metas físicas mensuales y/o trimestrales entre la UPEG regional y la UPEG-SESAL, en caso fuera necesario.
- Aprobación del POA por Resultados de las Unidades Ejecutoras por la UPEG-SESAL y preparación para su uso en el proceso de presupuesto por resultados.





**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

**ULAT**  
Unidad Local de Apoyo Técnico  
para Salud - HONDURAS