Guía de Compromisos, Convenios y Contratos de Gestión. Implementación del Modelo Nacional de Salud

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

Palabras Clave:
[Descentralizada; Gestión; Servicios; Salud; Población; Protocolos; Talento Humano; Medicamentos; Suministros; Insumos Médicos; Calidad; Monitoreo; Financiero; Productos; Modelo; Implementación.]

Key words:

Decentralization, medical supplies, monitering , financing

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

SECRETARÍA DE SALUD
HONDURAS

"Por una Honduras Saludable"

Modelo Nacional de Salud

Serie de Guías Técnicas para la Implementación del MNS

Guía de Compromisos, Convenios, Contratos de Gestión

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

Guía de Compromisos/ Convenios/ Contratos de Gestión

POR UNA HONDURAS SALUDABLE

Tegucigalpa, Octubre 2013

CONTENIDOS:

Introducción.

1. **Antecedentes.**
2. **Propósito y objetivo de la Guía.**
3. **Alcance de la Guía.**
4. **Ámbito de aplicación.**
5. **Marco Conceptual.**
6. **Marco Normativo.**
7. **Contenido básico de los Acuerdos para la Gestión Descentralizada de Servicios de Salud.**
   - **7.1. Aspectos de carácter técnico y formal común a todo Acuerdo de Gestión:**
     - a. Identificación de los aspectos generales y de la personería jurídica de las partes.
     - b. Definición del propósito del Acuerdo.
     - c. Definición del objetivo general y los objetivos específicos del Acuerdo.
     - d. Descripción de las siglas y acrónimos.
     - e. Población Objetivo a atender.
     - f. Metas de producción y cobertura a cumplir.
     - g. Equipos y establecimientos para atender los grupos de población objetivo.
     - h. Conjunto de servicios a garantizar.
     - i. Normas, protocolos y guías a cumplir en la prestación de servicios.
     - j. Normas e instrumentos técnicos a cumplir en la gestión de la provisión de servicios:
       - Para la gestión y desarrollo del talento humano .
       - Para la gestión de los suministros, medicamentos e insumos médico-quirúrgicos.
       - Para la gestión del mantenimiento de la infraestructura y equipo médico quirúrgico.
       - Para la gestión de los servicios generales.
       - Para la gestión de la información, monitoreo y control.
       - Para la gestión de la calidad.
       - Para la gestión financiera .
     - k. Fuentes de financiamiento.
     - l. Legislación aplicable en el manejo de fondos por parte del Gestor Proveedor.
     - m. Monto del Acuerdo y mecanismos y tarifas de pago.
     - n. Mecanismos de monitoreo, supervisión y evaluación.
     - o. Descripción de asignaciones.
     - p. Incumplimiento y sanciones.
     - q. Incentivos.
     - r. Lugar, fecha y firma de las partes.
     - s. Anexos.
   - **7.2. Aspectos de carácter formal que se negociarán de manera diferenciada, según la modalidad del Acuerdo de Gestión (Compromiso, Convenio o Contrato):**
     - t. Solución de controversias.
     - u. Modificación del Acuerdo.
     - v. Recisión del Acuerdo.
     - w. Plazo, vigencia y prórroga.
     - x. Garantías.
     - y. Imprevistos y,
     - z. Vigencia del Acuerdo.

INTRODUCCION.

El actual Proceso de Reforma de Sector de la Salud en nuestro país se inició en 1993 en el marco de la Ley para la Modernización del Estado[1] y del Programa de Reforma de la Administración Pública (PRAP)[2], cuando la Secretaría de Salud presentó una propuesta inicial de reforma que partió de reconocer las deficiencias del sistema, del cuestionamiento de la calidad de la atención de los servicios públicos de salud por parte de la población y de los problemas de acceso a la atención; aprobada esta propuesta por la Comisión Presidencial para la Modernización del Estado, la Sub-comisión Nacional de Modernización del Sector Salud desarrolló aquella propuesta de reforma del sector basada en cinco componentes específicos: i) Fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud; ii) Integración progresiva con el IHSS; iii) Integralidad de la red de servicios de salud; iv) Descentralización y definición de la equidad, eficiencia, eficacia y; v) Participación social como requisito esencial del modelo de atención.

Durante el período 1993-2005, se ejecutó un conjunto de proyectos dirigidos a fortalecer la capacidad rectora y gerencial de la Secretaría de Salud, a examinar su papel como prestador de servicios y a apoyar las acciones de ciertos programas prioritarios. Las innovaciones fueron orientadas básicamente a la identificación de un mecanismo para la delegación de funciones a las Regiones Sanitarias y la delegación y reasignación de la provisión de servicios de salud a otras instituciones distintas a la Secretaría de Salud (gobiernos municipales, mancomunidades de municipios, fundaciones locales, etc.) a fin de que la población tenga acceso a servicios de salud más accesibles, más oportunos y con mejor calidad.

A finales del 2005 se aprobó y lanzó el Plan Nacional de Salud-2021[3], en el 2009 se da un paso muy importante al aprobarse oficialmente el Documento Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud[4], luego a fines del 2010 se aprueba el Plan de Nación y Visión de País y, más recientemente, en mayo del 2013 se aprueba y lanza oficialmente el nuevo Modelo Nacional de Salud[5] como la Norma Uno que hará posible el Sistema Nacional de Salud que Honduras y su población se merecen. Además, en el 2005 se creó la Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento (UECF)[6] como ente responsable de normar, gestionar, implementar y evaluar el proceso de contratación de servicios de salud como estrategia para la extensión de la cobertura.

Estos documentos de carácter político y estratégico, más los planes nacionales de salud correspondientes a los períodos de gobierno 2002-2006, 2006-2010 y 2010-2014, durante los cuales se construyeron, consensuaron y aprobaron aquellos documentos, coinciden en que para mejorar las actuales y precarias condiciones de salud de la población nacional, Honduras necesita transitar de un sistema de salud fragmentado, segmentado y con evidencias claras de sus debilidades en el ejercicio de la rectoría, de su limitada capacidad de gestión, de su financiamiento inequitativo e injusta exclusión social; a otro plural, integrado, financieramente solidario, debidamente regulado y que responda a las expectativas legítimas de la población.

---

[1] Decreto No. 190-91. La Gaceta, 7 de enero de 1992.

[2] Decreto Ejecutivo No. PCM-030-95. La Gaceta, 2 de marzo de 1996.

[3] Resolución CNS No. 001-11-2005.

[4] Acuerdo No. 629. La Gaceta, 27 de febrero de 2009.

[5] Acuerdo No. 1000-2013, del 20 de mayo de 2013.

[6] Decreto Ejecutivo PCM No. 014-2005, 10 de junio de 2005.

Este tránsito está trazado y debidamente señalizado primero, en el documento Marco de la Reforma del Sector Salud y luego, en el Modelo Nacional de Salud y sus múltiples instrumentos de implementación.

Por el atributo de sistema "plural" se entiende, aquél que propicia la incorporación y participación de todos los actores públicos y no públicos vinculados a la salud; coordinando, articulando y complementando las capacidades resolutivas de diversos proveedores a fin de garantizar a la población el acceso equitativo a los servicios de salud, independientemente de quien los provea; estableciendo con claridad los roles y las relaciones entre los actores con una normativa que defina todos los aspectos del sistema.

Esta pluralidad de actores (financiadores, gestores y proveedores) participando en la gestión de la provisión de servicios de salud en el sistema, exige establecer nuevos mecanismos de relacionamiento[7] del ente rector y financiador (SESAL) con los gestores y los proveedores, expresado a través de diferentes modalidades de acuerdos de gestión (compromisos, convenios y contratos) según la figura legal que adopten éstos. En estos instrumentos se establece ese nuevo relacionamiento entre el gestor de los servicios de salud y el rector/financiador y se definirán las responsabilidades, los resultados esperados y los modelos de atención, gestión y financiamiento que deben operar.

Pese a que desde el 2005 a través de la UECF y, más recientemente, a través de la Unidad de Gestión Descentralizada de Servicios de Salud (UGD)[8] la SESAL ha acumulado experiencia en el proceso de diseño, negociación, ejecución, monitoreo y evaluación de "convenios de gestión", éstos todavía adolecen de algunas debilidades que requieren superarse.

Esta guía para la elaboración[9] de Acuerdos de Gestión ofrece el marco conceptual, lineamientos y orientación genérica[10] como base para la formulación y desarrollo diferenciado de instrumentos de relacionamiento particular con entidades de diferente naturaleza jurídica (pública o no pública). Se propone contribuir con el diseño, implementación, operación, monitoreo y evaluación de acuerdos de gestión (el que aplique[11]) para lograr mejores resultados, promover el desarrollo institucional y mejorar el funcionamiento y cumplimiento de los objetivos de las entidades involucradas.

Hace parte del conjunto de instrumentos (documentos base, manuales, normas, guías y otras) que harán posible la implementación del nuevo Modelo Nacional de Salud (MNS) y sus Componentes y, la transformación de nuestro actual Sistema Nacional de Salud (SNS) y, se complementa con la Guía Mecanismos de Pago a Gestores/Proveedores de Servicios de Salud.

---

[7] **Mecanismos de relacionamiento** entendido como aquellos que hacen posible, mediante **acuerdo** y convergencia de voluntades, la consecución de objetivos comunes de dos o más partes, naciendo para las mismas obligaciones y derechos. Estos mecanismos pueden ser: compromisos, convenios o contratos.

[8] Programa Fortalecimiento de la gestión y oferta descentralizada de los servicios de salud en Honduras, Ho-L1059. Convenio de Préstamo BID-HO-2418. BID, Honduras.

[9] **Elaboración:** Transformar una cosa u obtener un producto por medio de un trabajo adecuado. Diccionario RAE.

[10] **Genérico:** Común a varias categorías. Diccionario RAE.

[11] **Modalidades:** Compromiso, Convenio o Contrato, de Gestión.

1. Antecedentes.

En el campo de la provisión de servicios**,** los retos del sistema están relacionados con: i) el acceso muy limitado a servicios de salud, y en algunos casos es inexistente, para grandes segmentos de la población, en particular para los grupos de población que más los necesitan; ii) la oferta de servicios de salud que no siempre se ajusta a las expectativas, a los valores sociales y requerimientos culturales de la población; iii) la baja efectividad y calidad técnica, en muchos casos, de la prestación de servicios de salud; iv) el uso de los recursos disponibles no es siempre el más adecuado, lo que genera ineficiencias y contribuye al incremento innecesario de los costos y; v) el financiamiento de los servicios de salud insuficiente e inestable[12].

Dada la multicausalidad de aquellos problemas, las opciones y estrategias para abordarlos son distintas, dependiendo de su factibilidad política, económica y social. Por esto, no hay una sola alternativa para el mejoramiento de los servicios, por el contrario, el abordaje de los problemas en cualquier nivel (nacional, regional y local) requiere del conocimiento profundo de cada realidad en particular.

Se busca mejorar e incrementar la capacidad operativa de las instituciones del sector a través de la introducción de estrategias innovadoras y pertinentes de provisión de servicios de salud. Por ello, se postula que la separación de la gestión de los servicios de salud del conjunto de funciones de la rectoría[13], a través de un proceso efectivo y acelerado de descentralización administrativa, constituye la estrategia fundamental para hacer posible la extensión de la cobertura de servicios de salud con calidad, priorizando los grupos excluidos y sub atendidos.

Este proceso de separación de funciones se instrumenta a través de Acuerdos de Gestión que la Secretaría de Salud (como financiador) suscribe con los gestores o los proveedores de servicios de salud (según el caso) y en los que se determinan con claridad las responsabilidades de las partes, hacia una gestión cada vez más descentralizada, efectiva y transparente.

Nuestro país, desde la aprobación del Plan Nacional de Salud al 2021 se propuso, basado en el Art. 4 del Código de Salud[14] vigente, "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, sin abandonar las responsabilidad del Estado y sin renunciar a ninguno de los principios orientadores de la reforma, …que determinen con claridad las responsabilidades de ambas partes y los motiven hacia una gestión descentralizada y transparente de los recursos", para cuyo efecto planteó la estrategia de "Fortalecer mecanismos de gestión y provisión de servicios con la participación de **múltiples proveedores,** para garantizar el incremento de la cobertura, el acceso a servicios de salud y la transparencia".

Consecuente con la anterior, el documento Marco de la reforma del sector salud considera a la descentralización de la gestión de la provisión de servicios de salud como uno de los instrumentos de la separación de funciones que contribuirá al fortalecimiento del rol rector de la SESAL, con lo que se espera lograr que el Sistema Nacional de Salud (SNS) -en su conjunto- adquiera la capacidad de respuesta eficaz, eficiente, oportuna y organizada que las actuales circunstancias demandan.

---

[12] Documento Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. Secretaría de Salud, 2009.

[13] **Función Rectora:** Conducción, Regulación, Modulación del Financiamiento, Garantía del Aseguramiento, Armonización de la Provisión de Servicios de Salud y Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública. (OPS/OMS).

[14] "Art. 4. Se faculta a la Secretaría para que mediante Resolución delegue o reasigne en cualquier tiempo y en cualquiera de sus unidades, dependencias y otros organismos constituidos de conformidad con la Ley, las actividades propias del sector salud". Decreto No. 65-91 del 28 de mayo de 1991.

Para este efecto aquél documento propone, entre otras previsiones, "La transferencia de recursos a proveedores públicos o sociales sobre la base de un **compromiso, convenio o contrato de gestión**", bajo dos posibles modalidades de descentralización: i) público-público, a través de la cual se dota de autonomía de gestión a unidades pertenecientes a la misma secretaría, y ii) público-social, que implica la participación de organizaciones distintas a la secretaría de Salud que han desarrollado o pueden desarrollar capacidades y experiencias en los campos de la gestión y/o provisión de servicios de salud.

Con la creación de la Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento (UECF) como ente "Responsable de normar, gestionar, implementar y evaluar el proceso de contratación de servicios de salud como estrategia para la extensión de cobertura y armonizar la ejecución de los recursos de cooperación externa alineados con los programas financiados con fondos nacionales", la SESAL[15] en el marco de la reforma del sector salud, tomó la decisión de implementar un modelo de gestión descentralizado, orientado a resultados; comenzando con la mancomunidad de MANCORSARIC[16] la que, por esfuerzos propios, estaba brindado servicios de salud a las comunidades de cuatro municipios del Departamento de Copán, en los que la tasa de mortalidad materna era mucho mayor que la del promedio nacional (267 por 100,000 NV).

En 2005 la SESAL,[17] con apoyo externo, inició un proyecto para expandir la cobertura con este modelo descentralizado de la gestión orientado a mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud en el primer nivel de atención. Estableciendo con éste una nueva forma de relacionamiento con una variedad de organizaciones locales basadas en la comunidad y ONG´s, a través de la suscripción de acuerdos de gestión, bajo la modalidad público-social. Esta experiencia permitió el acceso a un conjunto de servicios básicos de salud a más de 60.000 habitantes, a través de 6 gestores descentralizados, beneficiando prioritariamente a comunidades y familias en extrema pobreza y riesgo social.

Más adelante en el 2008, con financiamiento externo, el proceso alcanzó un gran desarrollo, involucrando 170 unidades de salud y 21 gestores descentralizados, beneficiando a 483.742 habitantes con un paquete de servicios básicos de salud. Se incorporó a nuevos gestores priorizando municipalidades y organizaciones de base comunitaria, agregando a éstos la prestación de servicios de salud a través de equipos móviles, cubriendo 310.932 personas. En 2009, el proceso avanzó, incorporando nuevos espacios-población y dando los primeros pasos para incorporar a hospitales en este nuevo un modelo de gestión descentralizada.

Una evaluación comparativa de experiencias entre modelos de gestión descentralizada y modelos tradicionales de gestión centralizada, realizada en 2008[18], mostró mayores niveles de productividad y cobertura con un nivel significativamente menor de costos unitarios en todas las unidades de atención con gestión descentralizada que en las unidades de atención con gestión institucional centralizada. El modelo de gestión descentralizada también mostró mejor cumplimiento de protocolos y normas de cuidados clínicos en 3 programas y el 100% de los servicios.

Estos resultados sugieren que la gestión descentralizada de los servicios de salud es una alternativa válida para extender la cobertura, mejorar la eficiencia y la calidad de la provisión de los servicios, por lo que ha sido considerada como un elemento central del Componente de Gestión del MNS que facilita el desarrollo

[15] Experiencias Exitosas en Gestión Descentralizada en Municipios, La Experiencia de la MANCORSARIC, Programa de Gobernabilidad y Transparencia, Wilfredo Rodezno, Francis Conway, William Cartier & Cols. USAID Honduras.

[16] Estudio de caso: Mancomunidad de Municipios de Copan Ruinas, Santa Rita, Cabañas y San Jerónimo, MANCORSARIC, Honduras, preparado por USAID Honduras.

[17] Working Solutions: Caso exitoso de Honduras, preparado por Héctor Colindres para el proyecto LMG de MSH/USAID 2012.

[18] Working Solutions: Caso exitoso de Honduras. Héctor Colindres, proyecto LMG de MSH/USAID 2012.

de las capacidades locales para la gestión y provisión de los servicios de salud y articula los esfuerzos de los sectores público y no público del SNS.

Por ello el Plan Nacional de Descentralización de los Servicios de Salud[19] planteó que la descentralización de los servicios de salud, en la práctica, corresponde a la operación de una nueva forma de relacionamiento entre el ente financiador y los gestores a través de acuerdos de gestión en los que se definen, las responsabilidades de cada uno, los resultados esperados, y los modelos de atención, gestión y financiamiento que deberán operar en el ámbito local concreto. **Esto significa, además, que la descentralización de la gestión cambiará las reglas del financiamiento a los proveedores públicos, que deberán actuar de acuerdo a gestión por resultados.**

En consonancia el Plan Nacional de Salud 2010-2014 propone, entre sus lineamientos estratégicos, "El fortalecimiento del proceso de contratación de servicios en el marco de la separación de la función de provisión y del desarrollo del sistema de aseguramiento".

Por su lado el MNS[20] ratifica que la separación de la gestión y provisión de los servicios de salud del conjunto de funciones de la rectoría corresponderá a un **nuevo enfoque de gestión de los servicios de salud, descentralizada y por resultados**, que permitirá un apropiado relacionamiento entre el ente rector/financiador y los gestores y proveedores -públicos y no públicos- de servicios de salud. Estos gestores y proveedores, desarrollarán una gestión por resultados a través de redes integradas de servicios de salud, con capacidad de decisión sobre el uso y disposición de los recursos necesarios para la provisión de los servicios de salud. Esto, además, en consonancia con uno de los Principios Orientadores para el Desarrollo, del Plan de Nación[21].

Finalmente y, en cumplimiento del PNS-2010-2014 y del nuevo MNS, el objetivo del **Subcomponente Expansión y sostenibilidad de los modelos descentralizados de servicios básicos de salud,** del Contrato de Préstamo BID-HO/2418[22] tiene como objetivo "apoyar la expansión y sostenibilidad de la gestión descentralizada de prestación de servicios de salud con financiamiento basado en el cumplimiento de metas, ya sea a través de los modelos de relacionamiento público-social (mancomunidades, comunidades y ONG) o público-público (en centros de salud administrados directamente por la Secretaría de Salud), a través del establecimiento de convenios de gestión específicos para tal fin."

Indudablemente, el proceso de reforma con esta visión y en esta magnitud generará la necesidad de cambios **graduales** en el marco legal existente para asegurar las condiciones necesarias para la implementación de la descentralización de la gestión a nivel nacional. Tarea esencial será la identificación de esos cambios necesarios y su formalización en iniciativas de ley, entre ellas, la Ley General de Salud, que se constituiría en el gran marco del nuevo sistema y leyes específicas, que regulen la gestión de la provisión de servicios de salud o la adquisición de servicios de salud a terceros, que permitan –en conjunto- avanzar **gradualmente** en el establecimiento del nuevo sistema, mientras el marco general se configura.

---

[19] Preparado por Juan de Dios Paredes para el proyecto LMS- MSH/ULAT-USAID de Junio 2010.

[20] Modelo Nacional de Salud. Acuerdo No. 1000 del 20 de mayo del 2013.

[21] **Principio de Gestión compartida Público-Privada del Desarrollo. "**El Estado promoverá las alianzas público-privadas en la prestación de servicios, con el fin de facilitar el acceso de los mismos a la población, con ello se garantizará la eficiencia y transparencia en los procesos de gestión, así como la modernización de los mismos". Visión de País-Plan de Nación. Honduras, enero 2010.

[22] Programa de Fortalecimiento de la Gestión y Oferta descentralizada de los servicios de salud en Honduras. BID/HO.

De momento, esta Guía se propone facilitar la confección, aplicación, monitoreo y evaluación de los instrumentos de intermediación entre la Secretaría de Salud como el ente "financiador" y las instancias que actúan como gestores o como proveedores de los servicios de salud.

2. Propósito y Objetivos de la Guía.

2.1. Propósito:

Brindar los lineamientos y el soporte metodológico que permitan a la SESAL en su condición de Autoridad Sanitaria Nacional y al órgano gestor, mediante un proceso consensuado, formular y desarrollar Acuerdos de Gestión descentralizada de servicios de salud, según la naturaleza pública o no pública del gestor y, contribuir al mejor cumplimiento, por parte de la SESAL, de su responsabilidad rectora y sus competencias sustantivas relacionadas con la planificación, la regulación, el financiamiento, el aseguramiento y la armonización de la gestión y provisión de servicios de salud y, por parte del gestor, de las responsabilidades delegadas por efecto del Acuerdo.

2.2. Objetivo General:

Facilitar a las instancias de la SESAL responsables de conducir el proceso de contratación de servicios de salud como estrategia para la extensión de cobertura; la formulación, la concertación, el monitoreo y la evaluación de los acuerdos de gestión suscritos entre la secretaría de Salud y los gestores, propiciando la eficiencia, la efectividad, la oportunidad y la calidad en la entrega de Servicio de salud[23].

2.3. Objetivos Específicos.

Mediante la apropiada aplicación de esta Guía se espera contribuir a:

- Separar las funciones de rectoría, financiación y control, de la de gestión y provisión de los servicios de salud.
- Centrar la gestión y provisión de los servicios de salud en los **resultados.**
- **Asegurar la continuidad y la complementariedad de la atención y provisión de servicios de salud a través de redes integradas de servicios de salud con gestión descentralizada.**
- Definir el conjunto **o paquete específico** de prestaciones a garantizar a los grupos de población, especialmente aquellos más vulnerables y excluidos.
- Tomar decisiones costo efectivas sobre la gestión de los recursos en entidades locales (redes integradas) con una estructura propia de gestión y provisión de servicios.
- Negociar y pactar objetivos y resultados en términos de eficiencia, eficacia y calidad.
- Regular e incrementar el control de los bienes y servicios de salud.
- Proteger **los derechos de las personas** y garantizar estándares mínimos de calidad en la prestación de los servicios.
- Fomentar coaliciones y oferta de incentivos para la auto-regulación.

3. Alcance de la Guía.

La presente Guía se centra en lineamientos **orientadores** de conformidad con las regulaciones **nacionales vigentes** para la elaboración de acuerdos de gestión **entre la SESAL**, como financiador y otras organizaciones públicas y no públicas, como gestores de servicios de salud de primero y segundo nivel de

[23] Basado en: Decreto Ejecutivo No. PCM-014-2005.

atención, organizados en redes integradas; y la coordinación, supervisión, monitoreo y evaluación de su ejecución, por las dependencias correspondientes de la SESAL, **de acuerdo a su estructura orgánica y sus respectivas funciones y competencias vigentes, y el órgano gestor.**

Hace parte del conjunto de instrumentos básicos para la implementación del Modelo Nacional de Salud y sus Componentes (en este caso, del Componente de Gestión) y está sistémicamente relacionada con otras; por lo tanto, la calidad de su aplicación afecta a otros procesos y, recíprocamente se ve afectada por la calidad de aplicación de las otras[24]. Por ejemplo, contribuye con el proceso de formulación y determinación del Plan Operativo y Presupuesto Anual por Resultados, abandonando progresivamente en todas las unidades ejecutoras del sector salud la asignación de recursos financieros a partir del gasto histórico y decisiones preferenciales, poco transparente; en beneficio de la asignación de recursos objetiva y justificable con base a cuatro criterios centrales: i) la productividad de los servicios, ii) la eficiencia en el uso de los recursos, iii) la eficacia en el logro de metas programáticas y, iv) la satisfacción de los usuarios, gestores, proveedores y financiadores de los servicios de salud; como resultado de la capacidad de gestión exigida para cumplir los compromisos que se establecen en el Acuerdo de Gestión.

Por ello, el MNS advierte que "se deberá tener presente los cambios sustantivos en la orientación de las funciones administrativas esenciales[25] que a futuro serán aplicadas por los gestores descentralizados, sean estos públicos o no públicos".

En todo caso **y, por responsabilidad social**, se espera contribuir también con el fiel cumplimiento del Principio de Eficiencia, descrito en el Artículo 5 de la Ley de Contratación del Estado[26].

4. Ámbito de aplicación.

Por su propia naturaleza y tratándose de una política institucional en la gestión de los servicios de salud, los acuerdos de gestión y sus modalidades (compromisos, convenios y contratos) gradualmente resultarán exigibles en todos los establecimientos de salud a través de los cuales la SESAL provee servicios de salud a la población bajo su responsabilidad, sea directamente (compromisos) o a través de terceros (convenios o contratos); generando efectos jurídicos y administrativos para las partes.

Esto es así porque el documento Marco de la Reforma del Sector Salud establece que "*la instrumentación del proceso de separación de funciones se hará a través de la incorporación de los compromisos, convenios y contratos de gestión, entre el ente rector y el que gestiona la provisión de los servicios, en los cuales se determinarán con claridad las responsabilidades de las partes, hacia una gestión cada vez más descentralizada y transparente*".[27]

Por tanto, la presente Guía **está dirigida a** los funcionarios(as) técnicos y administrativos de **la SESAL y de la institución gestora que, por su posición en las mismas, son responsables directos de elaborar,**

[24] Guías para: Elaboración de POA por Resultados, Contabilidad de Costos y Presupuesto por Resultados, Asignación de Recursos Financieros a Salud, Mecanismos de Pago a Gestores Descentralizados, por citar unas.

[25] En la Planificación, la Organización, la Dirección, la Coordinación, y el Control. MNS, pág. 61.

[26] "**ARTÍCULO 5.-Principio de Eficiencia**. La Administración está obligada a planificar, programar, organizar, ejecutar, supervisar y controlar las actividades de contratación de modo que sus necesidades se satisfagan en el tiempo oportuno y en las mejores condiciones de costo y calidad..." Fragmento del Art. 5, Ley de Contratación del Estado. Decreto No. 74-2001.

[27] Documento Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. Pág. 53.

concertar, formalizar, ejecutar, monitorear, y evaluar, respectivamente, los acuerdos de gestión descentralizada de servicios de salud del primero y segundo nivel de atención, suscritos entre ambas entidades, en el marco de la separación de funciones, de la descentralización y de una relación de sociedad entre el principal financiador y el agente gestor.

5. Marco Conceptual.

A fin de corregir la escasa eficacia de sus sistemas de salud cada vez más complejos, la mayoría de los países han emprendido reformas que han generado importantes cambios institucionales, entre ellos, la descentralización de la gestión de los servicios de salud, la autonomía de los de servicios públicos, la separación de los órganos de financiación y los gestores y proveedores de servicios, la ampliación de las opciones de financiación sanitaria, y el desarrollo del sector privado con o sin fines de lucro.

Las entidades y agentes implicados (financiador, comprador, gestor y proveedor) en la provisión de servicios de salud se han percatado progresivamente de que para superar las actuales debilidades de los sistemas nacionales de salud, necesitan forjar y fortalecer relaciones, y la manera más sencilla de lograrlo es la acción concertada, aunque la mayoría prefiere un compromiso más formal. Este compromiso más formal es lo que se conoce como Acuerdo de Gestión**.**

"Los acuerdos de gestión brindan la oportunidad de ejercer mayor control sobre los proveedores de servicios de salud en los países con escasa capacidad normativa, y si se usa de forma juiciosa pueden mejorar el desempeño del sistema de salud". OMS.

Acuerdos de Gestión.

Los Acuerdos de Gestión son instrumentos que promueven y miden la gestión por resultados de las entidades públicas. Para tal fin, se establece un acuerdo entre una entidad central o principal y una entidad ejecutora o agente. En este acuerdo, la entidad que actúa como agente se compromete a alcanzar una serie de objetivos, que pueden ser procesos, productos o resultados, los cuales se resumen en una serie de compromisos e indicadores; y, a su vez, la entidad que actúa como principal se encarga de medir los acuerdos y, en ocasiones, ofrece un incentivo por el cumplimiento de los mismos.

Establecen una relación escrita y suscrita entre la SESAL (ASN)[28], como financiador y otra institución del sector salud que puede ser: i) dependiente de la SESAL, ii) del sector público pero, distinta a la SESAL y, iii) del sector no público; los dos últimos pueden actuar como gestor y/o como proveedor; con el fin de

[28] "**La Autoridad Sanitaria Nacional** (ASN) es el custodio del bien público en salud y su primer objetivo es la protección y promoción de la salud de la población. Expresa la potestad del Estado para incidir sobre las funciones, responsabilidades, y competencias sustantivas que le son propias e indelegables, para efectivamente velar por el bien público en materia de salud. Los Ministerios y las Secretarías de Salud son las principales organizaciones públicas depositarias de la *"Autoridad Sanitaria"* y los entes primarios responsables de ejercer la rectoría sectorial. Sin embargo, existe una tendencia creciente a no concentrar todas las tareas en una sola institución, sino a crear mecanismos institucionales diversos, complementarios, que de manera especializada y por separado llevan a cabo atribuciones diferenciadas. *"***ASN***"* se entiende –además- como el conjunto de organizaciones y actores del Estado responsable de velar por el bien público en materia de salud. Esta acepción ha llevado a la creación de mecanismos institucionales diversos y complementarios que reconocen a múltiples actores en el ejercicio de la autoridad sanitaria y viabilizan el ejercicio de la función rectora por organizaciones más estratégicas y ágiles con mayor poder de conducción, autonomía **y capacidad para delegar funciones operativas**". OPS/OMS," *La Salud Pública en las Américas: Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción"*. Publicación Científica y Técnica No. 589, Washington DC, 2002.

establecer los compromisos y resultados frente a la visión, misión y objetivos de la SESAL. Se pacta por un periodo determinado e incluye la definición de indicadores verificables a través de los cuales se evalúan.

Son instrumentos de carácter legal, técnico y financiero, diseñados para mejorar el desempeño de las unidades gestoras y proveedoras de servicios de salud. Su aplicación inició considerando un sistema de estímulos a la eficiencia y a la calidad de la atención de la salud que se proporciona a los usuarios de los servicios de salud. Funcionan como un mecanismo mediante el cual las unidades gestoras y proveedoras de servicios de salud (Redes Integradas y hospitales), según su nivel de cumplimiento, tienen la oportunidad de obtener recursos adicionales para su presupuesto.

Permiten la separación de funciones y el establecimiento de una relación horizontal de tipo contractual entre dos partes: el órgano financiador y el órgano gestor responsable de la cobertura, producción y calidad de los servicios de salud a grupos específicos de población beneficiaria**, que demanda y exige protección a su salud.** A través de esta relación contractual ambas partes, negocian y acuerdan las prioridades y compromisos en materia de provisión de servicios y gestión de los recursos disponibles.

Responden al marco de la separación de las funciones de financiamiento, gestión y provisión de los servicios de salud y son útiles para la asignación de recursos financieros a las unidades gestoras y proveedoras de servicios de salud, en función de los resultados obtenidos en el cumplimiento de los compromisos adquiridos por las partes.

Los acuerdos de gestión pertenecen a la categoría de nuevos instrumentos para el mejoramiento de la gestión pública y buscan lograr que las unidades gestoras y los proveedoras de servicios de salud ejecuten, mediante un proceso consensuado, las acciones, políticas y estrategias institucionales, indispensables para la conducción congruente, armónica y sistémica de las prestaciones de salud brindadas a la población objetivo, orientándolas a incrementar la cobertura, el acceso, la eficiencia, la oportunidad y la calidad de la atención y provisión de servicios de salud, dentro de su respectiva área geográfica de influencia.

Y, bien administrados los acuerdos de gestión contribuyen a:

1. Asignar de manera equitativa los recursos financieros a las unidades de salud, con base a sus méritos.
2. Mejorar la gestión del gestor y del proveedor, estimulando el mejor desempeño.
3. Otorgar mayor autonomía de gestión a las unidades de salud dependientes de la SESAL.
4. Promover dentro de las unidades de salud una atención a la persona bajo criterios de eficiencia, eficacia, oportunidad y calidad.
5. Lograr niveles de productividad y cobertura acordes con la capacidad física instalada y el nivel resolutivo de las unidades de salud.
6. Orientar la asignación de los recursos financieros a las acciones prioritarias y de interés institucional en materia de salud.
7. Alcanzar un mayor grado de satisfacción profesional de todos los partícipes en la consecución del objetivo general.
8. Mejorar de forma continua la prestación de los servicios de salud bajo criterios de calidad comparada, que sirva como origen a la competencia interna entre las unidades de salud.
9. Estimular a todos los que participan en el sistema, premiando los esfuerzos que hacen posible la consecución de los objetivos acordados.
10. Fortalecer la descentralización de la gestión de los servicios de salud.
11. Orientar la actuación de las entidades hacia sus prioridades explícitas concentrando su esfuerzo: promover el aprendizaje organizacional, desarrollar la función directiva profesional en la Administración Pública e incrementar el nivel de responsabilidad de los gerentes públicos del sector salud.

En **el Acuerdo de Gestión**, el órgano financiador propone y pacta el Qué?, el Cómo? y el Cuánto? y, el órgano Gestor adquiere el compromiso con los resultados tanto de producción, cobertura y calidad de los servicios, como de la gestión de dicha provisión de servicios, siendo **–mientras no se defina otra cosa-** la Región Sanitaria de la SESAL responsable de vigilar y asegurar su cumplimiento.

Modalidades de Acuerdos de Gestión[29]:

Desde el punto de vista local, mientras no se haya establecido un marco normativo diferente, para seleccionar las modalidades de descentralización se observará lo siguiente[30]:

La Delegación procederá cuando la SESAL resuelva transferir la facultad de ejecutar las acciones que correspondan a la función de la gestión de la provisión de los servicios de salud a órganos administrativos de su dependencia jerárquica.

La Reasignación procederá cuando la SESAL resuelva transferir a organismos constituidos o autorizados conforme a ley y que no forman parte de su estructura administrativa, la facultad de ejecutar las acciones que correspondan a la función de la gestión de la provisión de los servicios de salud.

Según lo antes indicado y la naturaleza jurídica de los entes con quienes se suscriban los acuerdos de gestión, se reconocen tres mecanismos de relacionamiento:

- **Compromiso:**
  El que suscribe la SESAL como el ente financiador con una unidad de su dependencia dotándola de autonomía de gestión, requiriendo para ello la definición y la creación formal de la entidad específica que deberá asumir esta responsabilidad; por ejemplo, entre el nivel central de la SESAL y una red integrada de servicios salud, un hospital, u otra de sus dependencias, proveedoras de servicios de salud. En este caso, la SESAL identificará la fórmula jurídica que lo legitime. Corresponde a la modalidad Público-Público de descentralización.
- **Convenio:**
  El que suscribe la SESAL como el ente financiador con una entidad del sector público formalmente constituida, distinta a la Secretaria de Salud, que haya desarrollado o puede desarrollar capacidades y experiencias en los campos de la gestión y/o provisión de servicios de salud**;** por ejemplo; Universidad Nacional Autónoma u otra universidad estatal, Municipalidades y Mancomunidades, entre otras. Corresponde a la modalidad Público-Social de descentralización.
- **Contrato:**
  El que suscribe la SESAL como el ente financiador con cualquier otra institución del sector **no público**; por ejemplo; patronatos, empresas, fundaciones, ONG, cooperativas, asociaciones, entre otras; debidamente constituidas. Corresponde a la modalidad Público-Social de descentralización.

En los mecanismos de convenios y contratos la SESAL y el órgano gestor suscriben, adicionalmente, un Acuerdo o "Contrato de Comodato", entendido éste como, "El instrumento legal por el cual la SESAL (como comodante) entrega gratuitamente al órgano gestor (como comodatario) infraestructura y equipamiento (bienes no fungibles) de la Unidad de Salud perteneciente a la SESAL, para que el gestor haga uso de ellos por la vigencia del Acuerdo de Gestión y se la devuelva a su término. El comodante (la SESAL) conserva la

[29] Conceptos basados en: Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector, Plan Nacional de Descentralización de los Servicios de Salud y Convenios de Gestión UECF.

[30] Plan Nacional de Descentralización de los Servicios de Salud. SESAL 2010.

propiedad de la infraestructura y el equipamiento, por lo que no es traslativo del dominio. Sólo se entrega la tenencia, la posesión”.[31]

Otras Definiciones Básicas:

Para efectos de la presente guía y en el entendido que en la actualidad la Secretaría de Salud, como Autoridad Sanitaria Nacional, asume además del rol rector el rol de financiador de la provisión de los servicios de salud**,** se definen los siguientes conceptos:

Compromiso de gestión:

Es el instrumento legal de relacionamiento en el proceso de delegación de la función de la gestión de la provisión de los servicios de salud, que suscribe la instancia de conducción política de la SESAL con una unidad de su dependencia jerárquica que provee servicios, en el que se establecen las obligaciones y responsabilidades de cada una de las instancias suscriptoras en relación a la definición de los resultados que se desean obtener en el periodo de programación correspondiente, el modelo de gestión a aplicar para obtenerlos, así como la forma y flujo del financiamiento que sustentará el mismo.

Convenio de gestión:

Es el instrumento legal de relacionamiento en el proceso de reasignación, suscrito entre la SESAL y una organización del sector público pero distinta y ajena a la SESAL, que ha desarrollado o puede desarrollar capacidades y experiencias en los campos de la gestión y la provisión de servicios de salud, mediante el cual la SESAL le transfiere la función de gestión y provisión de los servicios de salud y establece las obligaciones y responsabilidades de ambas partes en relación a la ejecución de la función del gestor de la provisión de los servicios de salud que fue reasignada, definiendo los términos para la administración de los establecimientos de salud y la asignación de los recursos para la realización de las actividades de prevención de enfermedades y daños y de promoción, protección, curación, recuperación y rehabilitación de la salud, según nivel de complejidad, definidas en el conjunto o paquete específico de prestaciones de salud acordado.

Contrato de Gestión:

Es aquél mediante el cual la SESAL encomienda a una institución del sector **no público o privado**, la gestión de la provisión de los servicios de salud destinados a satisfacer determinadas necesidades y demandas de salud de una población objetivo o asignada. En el contrato o contratos (porque pueden existir diversos tipos) la SESAL cede la gestión del servicio, pero retiene o se reserva la titularidad del mismo, mientras los destinatarios o beneficiarios del servicio que presta el contratista son los pacientes y usuarios del servicio y no directamente la SESAL, aunque el gestor presta a la SESAL el servicio consistente en gestionar en su lugar los servicios de salud (red de servicios u hospital).

El órgano gestor[32]:

[31] Adaptado de Cláusula Octava, Convenio de Gestión. UECF y UGD, SESAL.

[32] Basada en Cláusula Tercera de Convenio de Gestión. UECF/SESAL.

Es toda organización o institución (de carácter público o no público) que actuando como intermediario entre el pagador y el proveedor, es responsable de la gestión y administración de servicios de salud y, como tal, gesta y lleva a cabo diferentes tipos de acciones, trámites y operaciones administrativas, económicas y legales vinculadas a la gestión descentralizada de los servicios de salud, de acuerdo a los términos concertados en el Acuerdo de Gestión (Convenio o contrato) suscrito con el ente financiador. Da cuentas no sólo al financiador (SESAL) sino también a la comunidad -a la cual sirve- por el uso transparente de los recursos, y es responsable por el fiel cumplimiento de las obligaciones del Gestor descritas en la Cláusula: "Obligaciones de las partes".

Financiador:

Persona, grupo u organización que aporta el recurso financiero para la ejecución del Acuerdo de Gestión.

El Pagador:

Es el ente financiador que provee los recursos financieros para la provisión de los servicios o bienes de salud y que establece el mecanismo o la combinación de mecanismos y nivel de pago a los gestores o a los proveedores

El Proveedor:

Instancia dependiente del Gestor que se dedica a organizar y proveer los servicios de salud definidos en el Acuerdo de Gestión suscrito con el órgano gestor. Puede ser de carácter público o no público; como una red integrada de servicios de salud, un hospital general (Tipo I) o, una clínica u hospital del sector no público, etc.

¿Para qué nos sirven los Acuerdos de Gestión?

Los Acuerdos de Gestión son de vital importancia, porque permiten:

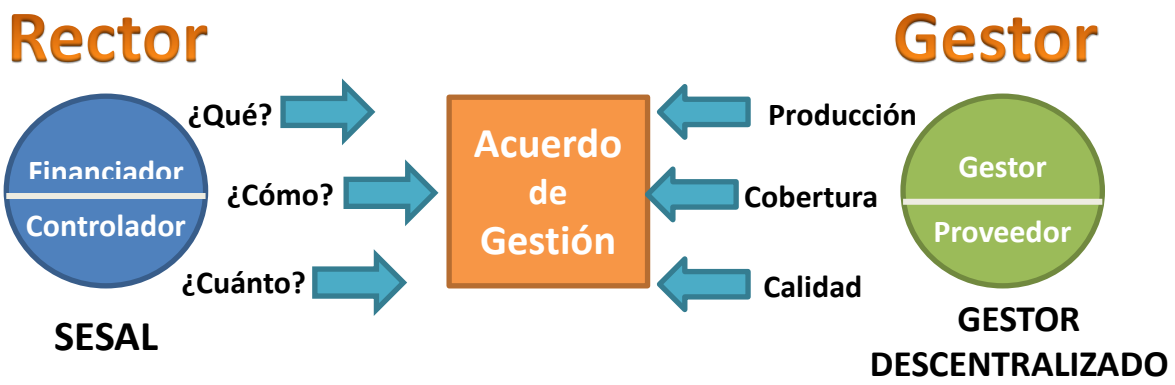
1. Separar las funciones de rectoría/financiación y control, de la de gestión y provisión de los servicios de salud.
2. Enfocar y centrar la gestión y provisión de los servicios de salud en los **resultados**.
3. Cambiar los mecanismos tradicionales de asignación de los recursos disponibles por esquemas directamente ligados y en función de los resultados esperados.
4. Reducir la tendencia incremental del gasto en salud sin cambios paralelos en la producción y calidad de los servicios.
5. Disponer de mecanismos de negociación y pacto de objetivos en términos de eficiencia, eficacia y calidad.
6. Descentralizar la toma de decisiones sobre la gestión de los recursos en unidades locales con una estructura propia de gestión y provisión de servicios.
7. Exigir responsabilidades a las unidades locales asociando el presupuesto a la producción de servicios.
8. Mejorar la racionalización del gasto y el control de los costos y en general, la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos.
9. Mejorar la accesibilidad, oportunidad y equidad en la prestación, y aumentar la cobertura de los servicios de salud.
10. Incrementar la calidad, la satisfacción de la población usuaria y la competitividad en la entrega de los servicios de salud.

11. Crear mecanismos de incentivos y desincentivos para mejorar el desempeño del personal y del establecimiento o red proveedores de los servicios de salud.

Uno de los aspectos innovadores que plantea el MNS es la separación de funciones, definiendo un órgano responsable de la rectoría, financiamiento y control y otros locales responsables de la gestión descentralizada de los recursos y la provisión, coberturas y calidad de los servicios de salud.

Define claramente el empleo de los Acuerdos de Gestión, como el mecanismo central de relación entre estos dos órganos, a través del cual se asignarán los recursos disponibles en función de los resultados obtenidos, con la finalidad de incrementar su uso racional, eficiente y transparente y especialmente incrementar la producción y calidad de los servicios así como las condiciones de accesibilidad, equidad y de salud en general de los diferentes grupos de población usuaria en sus diferentes ambientes de desarrollo.

Por ello uno de los ejes principales del Componente de Gestión, corresponde al desarrollo de Acuerdos de Gestión, a través de los cuales se redefinen los roles, funciones, sistemas, procesos y procedimientos para la atención y la provisión de servicios de salud y la gestión descentralizada de los recursos.



La separación de los roles y funciones precisa de nuevas formas de planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar la gestión de la provisión de los servicios de salud:

Donde el órgano Rector define y propone:

- **Qué: Conjunto o PAQUETES ESPECÍFICOS DE PRESTACIONES** DE SALUD[33] a brindar y a qué grupos de población[34], **diferenciados por ciclos de vida, edad, sexo, género, estado de necesidad[35], etc.**
- **Cómo:** En este caso, se refiere a los PROCEDIMIENTOS, **cumpliendo** las normas, protocolos y guías de práctica clínica **y los estándares de calidad previamente definidos**, tanto para la provisión como para la gestión de los servicios de salud.
- **Cuánto:** Las metas de PRODUCCIÓN, COBERTURA Y COSTO.

Y el órgano Gestor Proveedor es responsable por:

[33] **Paquete Específico:** Es el conjunto limitado de prestaciones y servicios de salud interdependientes que se cree conveniente proveer a ciertos grupos especiales de población bajo criterios no aleatorios de priorización, de carácter epidemiológico, social, económico y político". Modelo Nacional de Salud. Honduras, mayo 2013.

[34] De acuerdo a los Criterios de Definición de Grupos Prioritarios que establece el Modelo Nacional de Salud (Pág. 26).

[35] Delimitación y Ordenamiento del Conjunto de Prestaciones de Salud, Modelo Nacional de Salud (Pág. 29).

- **La producción:** de los servicios de salud, **diferenciados por sexo, edad, género, etc.**[36]
- **Incrementar las coberturas y el acceso:** a los grupos prioritarios **definidos.**
- **La calidad:** en la prestación y gestión de la provisión de los servicios de salud, **centrando los esfuerzos en el logro y entrega de resultados de los procesos, acciones e intervenciones de salud.**[37]

Para formular y procesar Acuerdos de Gestión se requiere definir previamente:

1. El Propósito, Objetivos General y Específicos a alcanzar.
2. Los Grupos de Población Objetivo a atender, diferenciados por ciclo de vida, sexo, género, etc.
3. Las Metas de Producción establecidas y las Normas de Calidad que incluye, protocolos y **guías de práctica clínica por lo menos para la provisión de los Paquetes Específicos** a brindar; que permitan determinar en forma cuantitativa **y cualitativa** la **productividad**, cobertura y calidad de los servicios.
4. Los Tipos de Establecimientos y las Redes de Proveedores que serán responsables de brindar el conjunto de servicios **o paquetes específicos** a garantizar a los grupos de población definidos.
5. El Conjunto o Paquete Específico de Prestaciones de Salud a Garantizar a los diferentes grupos de población, en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano.
6. Los costos unitarios y el presupuesto en función de resultados con sus correspondientes procedimientos, normas e instrumentos técnicos financiero contable y de pago.
7. El o los Mecanismos de Pago **a Gestores** a aplicar para proveer las prestaciones de salud establecidos, con el conjunto de normas, protocolos y guías **que aseguren** la calidad de la atención.

A mediano plazo y, en la medida que la Secretaría de Salud como ASN avance en su desarrollo organizacional e institucional se deberá agregar:

8. Las normas e instrumentos técnicos para la gestión y desarrollo del talento humano.
9. Las normas e instrumentos técnicos básicos para la gestión del suministro de medicamentos, materiales y otros médicos.
10. Las normas e instrumentos técnicos básicos para la gestión del mantenimiento de bienes, especialmente equipos médico quirúrgicos y los servicios generales.

Pasos para la elaboración de los Acuerdos de Gestión.

Este momento del proceso de elaboración del Acuerdo de Gestión es de vital importancia para que los técnicos y autoridades de las instancias involucradas comprendan el proceso de Planeación Estratégica Institucional de la Secretaría de Salud y de la respectiva Unidad Ejecutora, por un lado, y del ente Gestor, por otro; porque es a través de éste que estas entidades establecen las grandes orientaciones o directrices de largo plazo, constituidas básicamente por la visión, la misión, las políticas, los objetivos, los planes operativos, los programas y los proyectos estratégicos; los objetivos propios de la dependencia a su cargo y los resultados esperados en desarrollo de los proyectos o programas específicos; los recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros con que cuenta esta dependencia; y las políticas institucionales sobre el manejo del talento humano y la cultura organizacional.

[36] Cumpliendo las ocho características claves de la Gestión de la Provisión de Servicios de Salud por Resultados, que establece el Modelo Nacional de Salud (Pág. 57).

[37] Ver Enfoques (Marco Doctrinario) que atraviesan el Modelo Nacional de Salud. (Págs. 18-20).

Es ahora cuando aquellos técnicos y autoridades ven, cómo el Acuerdo de Gestión, en forma general, le da sentido a la separación de la función de provisión de servicios de salud de las funciones de regulación y financiamiento; y que, al ser negociado, se da transparencia a la evaluación apuntando al logro de cambios positivos (productos y resultados esperados) concretos, medibles, observables y verificables -vía indicadores previamente definidos- en las condiciones de vida de aquellos grupos de población objetivo y de las personas (hombres y mujeres)[38], mediante la provisión estratégica de prestaciones de salud, según prioridades.

Pasos:

1. Integrar técnicos y autoridades de las instancias de los niveles central, regional y local (establecimientos de salud y redes integradas de servicios de salud) involucradas, al equipo de planificación responsable de coordinar la elaboración del documento base del Acuerdo de Gestión, según la modalidad de gestión descentralizada (público-social o público-público) que corresponda.
2. Revisar el marco conceptual sobre Acuerdos de Gestión.
3. **Revisar, analizar y establecer el conjunto o paquete específico de prestaciones** de salud a garantizar, los mecanismos establecidos para el pago a las unidades de gestión-provisión, de las metas definidas, costos unitarios y presupuesto, así como las normas e instrumentos técnicos tanto para la atención como la gestión y control de los recursos disponibles.
4. **Identificar** los diferentes componentes básicos que deberán constituir el documento de Acuerdo de Gestión, para lo que deberá considerar entre otros: la identificación de las Partes con su naturaleza jurídica, los objetivos a alcanzar, los compromisos de las Partes incluyendo el paquete específico con las metas a alcanzar, las normas de atención y de gestión de los recursos, los mecanismos y tarifas de pago, los mecanismos de monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento, el sistema de información a utilizar, las garantías, incumplimientos y sanciones, incentivos, el plazo, vigencia y prórroga, imprevistos e interpretación del convenio, lugar, fecha y firma de las Partes.
5. Organizar la versión para revisión del documento base de Acuerdo de Gestión.
6. Discutir y consensuar la versión preliminar del documento base de Acuerdo de Gestión entre funcionarios de los diferentes sistemas del órgano rector y el órgano **gestor.**

Los productos obtenidos en estos pasos, constituyen el insumo básico que permitirá:

1. Organizar y desarrollar el sistema de monitoreo y control del cumplimiento **de lo establecido en el** Acuerdo de Gestión[39].
2. Diseñar los tableros de mando **integral (TMI)**[40] que complemente y permita el desarrollo de un sistema integral y completo de monitoreo y control y la toma de decisiones oportuna que se

[38] Criterios para la Configuración del Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud. MNS (Pág. 28).

[39] **"ART. 10.-Control de la ejecución.** Todo contrato deberá contener las cláusulas y disposiciones que sean necesarias para su correcta ejecución y debido control. Su objeto deberá ser determinado y la necesidad que se pretende satisfacer deberá quedar plenamente justificada en el expediente correspondiente". Ley de Contratación del Estado. Decreto No.74-2001.

[40] Herramienta de gestión utilizada por los gerentes, directores, jefes y sus equipos, que muestra de forma esquemática, completa y sencilla, información sobre el desempeño y los resultados obtenidos de la gestión y entrega de servicios por una unidad productora: región, red, programa, proyecto o servicio de salud. Muestra si las cosas van bien o si se necesita tomar alguna decisión inmediata cuando los resultados se están saliendo de "control"; basado en información comparada de los procesos de atención y sus resultados o "situación real" y de la situación "deseada", expresada por las "metas de producción, de costos y de calidad de bienes y/o servicios". Guía Monitoreo Integral y Tableros de Mando. Modelo Nacional de Salud.

requiera para asegurar el cumplimiento de las metas, producción, calidad de la atención y gestión de la provisión de los servicios a brindar por parte del gestor.

3. Diseñar e implementar **el sistema de información** para el monitoreo y alimentar los tableros de mando necesarios para el seguimiento oportuno del cumplimiento del Acuerdo de Gestión.
4. Diseñar y desarrollar el plan de pagos y desembolsos de conformidad con lo establecido en el Acuerdo de Gestión.

6. Marco Normativo.

El Artículo 145 de la Constitución de la República reconoce el derecho a la protección de la salud.

El Artículo 4 del Código de Salud[41] faculta a la Secretaría de Salud para que mediante resolución delegue o reasigne en cualquier tiempo y en cualquiera de sus unidades, dependencias y otros organismos constituidos de conformidad con la ley, las actividades propias del sector salud y, el Artículo 8, reconoce el derecho de toda persona a la asistencia, rehabilitación y prestaciones necesarias para la conservación, promoción, recuperación de su salud personal y familiar; y el deber correlativo de contribuir a la salud de la comunidad.

El Plan Nacional de Salud 2021[42], sostiene que el sistema de salud de Honduras requiere seguir avanzando en un modelo organizacional y funcional capaz de promover e incentivar la eficiencia y la mejora de la calidad de los servicios y que dicho modelo descansa en la separación de la rectoría las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

Por su lado el documento Marco de la Reforma del Sector Salud[43] define al nuevo Sistema Nacional de Salud como uno plural, integrado y debidamente regulado, en el que se incorporen todos los actores públicos y no públicos vinculados con la salud y a la Armonización de la provisión de servicios de salud, como la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores a fin de extender la cobertura de la atención de la salud de manera equitativa y eficiente.

Para este efecto, manda las siguientes acciones:

- Desarrollar el marco político, legal, así como de los procedimientos y normas para ejecutar con efectividad la función de contratación de servicios de salud y su seguimiento.
- Avanzar en un proceso acelerado de extensión de cobertura a través de gestores descentralizados de la provisión de servicios de salud.
- Adoptar diferentes modalidades de descentralización de acuerdo a las circunstancias del nivel local.
- Constituir la combinación y complementación de las modalidades de descentralización tipos público-público y público-social como el eje central de la función de provisión de servicios.
- Establecer una forma diferente del relacionamiento del ente rector con los gestores, expresada a través de los instrumentos de relacionamiento (compromisos, convenios y contratos de gestión), de acuerdo a la pertinencia de la figura legal que estos adopten.
- Desarrollar proceso de modernización administrativa de redes integradas de servicios de salud y de hospitales que permitan sustentar la autonomía de la gestión.

[41] Decreto No. 65-91.

[42] Resolución CNS No. 001-11-2005.

[43] Marcopolo, Acuerdo No. 629, del 27-04-09.

- Formalizar este relacionamiento a través de compromisos de gestión y la evaluación de su desempeño.

El Plan Nacional de Salud 2010-2014, propuso "Crear, establecer las bases e iniciar el desarrollo de un nuevo sistema de salud plural e integrado" y, para este efecto y en el marco del proceso de separación de la función de provisión de servicios de salud planteó el "Fortalecimiento del Proceso de Contratación de Servicios" y la "Implementación de un proceso de autonomía de gestión de servicios de salud", con el fin de que estos cuenten con mayor capacidad de decisión y resolución de problemas, delegándoles la administración de sus recursos. Esto implicará en el corto plazo, continuar con la contratación de proveedores de los niveles primarios, iniciar la autonomía de la red de hospitales y extenderla a nuevas redes intermunicipales (Redes Integradas de Servicios de Salud).

El Contrato de Préstamo BID-HO-2418 manda realizar evaluación para medir el impacto de la gestión descentralizada (pública-social y pública-pública) en los indicadores de salud seleccionados, la efectividad y la eficiencia de la gestión descentralizada de atención primaria en salud. Esta evaluación se apoyará en el monitoreo de los costos de los distintos modelos de gestión (centralizada, descentralizada con relacionamiento público-público y descentralizada con relacionamiento público-social) para poder comparar las alternativas, y dar así insumos para el diseño y mejora de las políticas públicas de salud en Honduras. Para este efecto, se requiere Acuerdos de Gestión diseñados con propiedad técnica.

Finalmente, el nuevo Modelo Nacional de Salud, consistentes con los lineamientos políticos y legales del proceso de reforma del sector salud, advierte que "los enfoques tradicionales centralizados de gestión, serán sustituidos –gradualmente- por un enfoque descentralizado de gestión por resultados, que conlleva e implica cambios inevitables y esenciales en las funciones administrativas y los sistemas de producción y gestión de la salud. De esta manera el desarrollo de estas funciones administrativas como la planificación, organización, conducción, coordinación y control tanto de los sistemas de producción de servicios como de los sistemas gerenciales deberán ser reorientadas para asegurar el logro de resultados con calidad y además, requerirán algunas, ser compartidas, delegadas y descentralizadas a los gestores en los diferentes niveles del sistema".

7. Contenido de los Acuerdos para la Gestión Descentralizada de Servicios de Salud:

Los acuerdos de gestión descentralizada de los servicios de salud forman parte del proceso de formulación del Presupuesto por Resultados (PPR), abandonando progresivamente la asignación que se hace a partir del gasto histórico y decisiones preferenciales, poco transparentes. Este nuevo proceso será objetivo y justificable con base en cuatro criterios centrales: i) la productividad de los servicios, ii) la eficiencia en el uso de los recursos, iii) la eficacia en el logro de metas programadas y, iv) y la satisfacción de los usuarios y de los proveedores de los servicios de salud; que muestren las unidades de salud como consecuencia de sus esfuerzos y capacidad de gestión para cumplir los compromisos que se precisen de común acuerdo.

Ordenar y focalizar las prioridades, líneas estratégicas, procesos, procedimientos, productos y beneficiarios, como una actividad metodológica para la definición de indicadores de desempeño, requiere utilizar –como se dijo antes- la planificación estratégica y operativa como ejercicios previos y necesarios para la formulación del PPR, al permitir definir los objetivos y resultado estratégicos de largo, mediano y corto plazo y dar la direccionalidad a la gerencia operativa.[44]

[44] Guía Contabilidad de Costos y Elaboración del Presupuesto por Resultados Base Cero para Unidades Ejecutoras. MNS.

La formulación del PPR fortalece este nuevo vínculo de los resultados obtenidos de la planificación estratégica y operativa y el rediseño de procesos que pueden articularse a través de los Acuerdos de Gestión (Compromisos, Convenios o Contratos de Gestión), donde la alta dirección institucional (nivel político) determina el desempeño esperado del gerente (nivel operativo) a partir del plan estratégico del organismo, de los planes operativos y de los resultados a obtener con la asignación de recursos a través del proceso de formulación presupuestaria.[45]

Si bien, desde la perspectiva legal, los acuerdos de gestión deben establecer como mínimo: los objetivos, metas, responsabilidades, servicios a proveer, indicadores, mecanismos de asignación de recursos, de pago, de control y de evaluación, sanciones e incentivos y vigencia; ésta guía, tomando en cuenta que los acuerdos de gestión -por definición- son instrumentos, además de legales, técnicos y financieros; a continuación se describe el contenido básico y común que los Acuerdos de Gestión, indistintamente de la modalidad de descentralización adoptada: Público-Público o Público-Social, deben contener:

Aspectos de carácter técnico y formal común a todo Acuerdo de Gestión:

a. Identificación de los aspectos generales y de la personería jurídica de las partes.

Identifica a cada una de las partes intervinientes que suscriben el acuerdo con sus datos generales y personería o naturaleza jurídica, que incluye para cada una de ellas:

- Nombre.
- Edad.
- Estado Civil.
- Nacionalidad.
- Profesión.
- Domicilio o residencia.
- Documento de identidad o identificación personal.
- Calidad en que actúa.
- Número y fecha del acuerdo o documento que le da la representación legal para suscribir y firmar el acuerdo de convenio.

Veamos el siguiente ejemplo para el desarrollo de este contenido:

Los suscritos,_____, de _____ años de edad, _____, estado civil _____, de nacionalidad _____, de profesión _____con domicilio en _____, con cédula de identidad personal No._____ , actuando en nombre y representación de la Secretaria de Salud, nombrado por medio del acuerdo oficial No._____ , de fecha _____ , quien en lo sucesivo se denominará "_____" y _____, _____de _____ años de edad, estado civil _____, de nacionalidad _____, de profesión _____con domicilio en _____, con cédula de identidad personal No _____, en su calidad de _____ que compruebo por medio del _____ No. _____ quien en lo sucesivo se denominará "_____"; por medio del presente instrumento acordamos en celebrar el siguiente COMPROMISO / CONVENIO / CONTRATO DE GESTION, sujeto a las cláusulas siguientes:

b. Definición del propósito del acuerdo:

[45] Idem.

La palabra propósito proviene del latín propositum, y expresa la intención o el ánimo de hacer o conseguir algo o en su defecto de dejar de hacer algo. Es algo que se quiere conseguir y que requiere de esfuerzo y de ciertos sacrificios. En otras palabras describe la intención del porqué o para qué las partes involucradas suscriben el acuerdo de gestión en cuestión.

En el caso de salud el propósito debe ser extraído de los **planes estratégicos** de la unidad ejecutora (Región Sanitaria u hospital, según el caso) que reflejan los acuerdos y el compromiso de los actores para atender las necesidades prioritarias del contexto local, especialmente para superar las brechas, el acceso y las coberturas a servicios de salud con calidad de sus grupos de población, con énfasis en aquellos más vulnerables y postergados y que a la vez, sea consistente, congruente y contribuir de alguna manera significativa, al logro de los grandes resultados estratégicos del país, descritos en el Plan Estratégico Institucional de la SESAL.

Veamos un ejemplo para su descripción:

Contribuir al mejoramiento del estado de salud y bienestar de la población beneficiada y su entorno, enfatizando en el grupo materno infantil y en las poblaciones más postergadas.

c. Definición del objetivo general y los objetivos específicos del acuerdo:

Cuando hablamos de objetivos, estos tienen que estar referidos a los resultados deseados para individuos, grupos o comunidades completas. Marcan el rumbo para todas las decisiones de la administración y constituyen los criterios frente a los cuales es posible medir logros reales de la implementación del acuerdo de gestión suscrito.

De esta forma al describir el objetivo general, tomar en cuenta que este se desprende y parte del propósito planteado y corresponde al componente que describe ya con mayor precisión qué queremos lograr, en otras palabras cuáles son los resultados esperados a alcanzar de este propósito de lograr algo.

Si las partes han acordado un compromiso por hacer algo ante la situación de salud de una población y área específica, expresado en el propósito del acuerdo a suscribir, entonces ahora es el momento de describir qué exactamente queremos lograr, qué resultados queremos alcanzar. Si vemos el ejemplo de propósito descrito arriba, queremos y hemos tomado la decisión de trabajar juntos para contribuir a mejorar el estado de salud y bienestar de la población beneficiaria. Ahora, es el momento de analizar, identificar y finalmente definir entre varias opciones, qué vamos a hacer para mejorar el estado de salud de los grupos de población que han sido priorizados. Una posibilidad puede ser, la mostrada a continuación a manera de ejemplo:

Incrementar la cobertura, calidad y eficiencia de los servicios de salud y reducir la mortalidad en el grupo materno infantil y en la población en pobreza y pobreza extrema.

En otras palabras, los suscritos han definido que lo que se desea lograr es incrementar la cobertura, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud y con ello contribuir a reducir la mortalidad de la población materno infantil, especialmente aquella en condiciones de pobreza y pobreza extrema. Esto corresponde a su contribución ya descrita de forma más específica y concreta,

El objetivo general, siempre corresponde a un resultado general estratégico a alcanzar en el largo plazo, por lo general al final del acuerdo de gestión que se suscribe. Para alcanzarlo, ahora es necesario detallar aún más los diferentes resultados puntuales que con el tiempo se irán alcanzado y que en su conjunto permitirán alcanzar este objetivo general propuesto: **los objetivos específicos**.

Los objetivos específicos deben describir clara y concretamente:

a. **La acción:** lo que debe hacerse.
b. **El objeto:** a qué o quién.
c. **La descripción / cantidad:** características / cuánto.
d. **Dónde:** en que ubicación, área básica o programática[46].
e. **Para cuándo:** en qué fecha.
f. **Con qué limites / condiciones:** con qué urgencia o bajo qué condiciones.

Veamos los siguientes ejemplos de construcción de objetivos específicos, para alcanzar el objetivo general propuesto en el ejemplo mostrado antes.

FORMATO PARA CONSTRUIR LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS					
Acción	**Objeto**	**Descripción / cantidad**	**Dónde**	**Para cuándo**	**Límites / condiciones**
Reducir	La tasa de mortalidad en niños y niñas < de 5 años	De XX a XX%	En las poblaciones de las aldeas XX y YY	Para diciembre 2014	Con participación activa de la comunidad
Reducir	La Tasa de mortalidad materna	Del XX al XX%	En toda el área a cargo de la red	Para diciembre de 2015	Con el trabajo coordinado de la red del primer nivel de atención y la comunidad
Reducir	**La Tasa de Embarazos en Adolescentes**	**Del XX al XX I**	**En toda el área a cargo de la red**	**Para diciembre del 2015**	**Con el trabajo coordinado con las escuelas y colegios y asociaciones de padres de familia existentes en el área**
Reducir	Los costos de los servicios	En un 5 % de costo estándar	De la totalidad de los servicios de atención obstétrica de la red de servicios	A partir de Junio del 2014	Manteniendo las normas de calidad de atención clínica emitidas por el rector.
Incrementar y asegurar	El cumplimiento de las normas, protocolos y guías de práctica clínica	En la totalidad de servicios a brindar	En todos las unidades de la red	Para Diciembre del 2013	confirmado a través de auditorías médicas mensuales a todas las unidades
Incrementar y mantener	la satisfacción de la población atendida	De 80 a 90%	En la totalidad de la red de servicios de la Mancomunidad	A partir de Junio del 2014	Medida con estudios semestrales externos de satisfacción de usuarios

Con los contenidos de cada columna de la matriz anterior, se procede a redactar y elaborar en forma coherente, clara y concreta los objetivos específicos deseados. Recordar que estos objetivos son esenciales y clave para el monitoreo del cumplimiento del acuerdo y evaluar posteriormente el logro de los resultados alcanzados con este acuerdo. Sin una definición clara, concreta y completa, como la

[46] **Área programática:** Entendida como la zona geográfica y epidemiológica-social puesta bajo la responsabilidad de un establecimiento o una Red Integrada de Servicios de Salud. Modelo Nacional de Salud. Honduras, mayo 2013.

descrita arriba, es imposible un adecuado y efectivo seguimiento, monitoreo, supervisión y evaluación del impacto logrado con motivo de la implementación del acuerdo de gestión suscrito.

d. Descripción de las siglas y acrónimos:

Comprende la lista de todos aquellos conceptos, siglas y/o acrónimos utilizados o a utilizar en el acuerdo de gestión que requiera la descripción de sus respectivas interpretaciones o significados. Por ejemplo:

a. AIN-C: Atención integral al niño en la comunidad.
b. ASIS: Análisis de la situación de salud.
c. RS: Región Sanitaria, que corresponde a la instancia intermedia de la Secretaria de Salud. responsable de ejercer la rectoría y autoridad a nivel regional.
d. SESAL: Secretaria de Salud.
e. RISS: Red(es) Integrada(s) de Servicios de Salud.
f. Otros.

e. Población y municipios a atender:

Acá describir los grupos de población a atender **por ciclo de vida y los municipios** a que pertenecen. Ver ejemplo **con datos hipotéticos**, a continuación:

Departamento: Comayagua	Niños / niñas		Adolescentes*		Adultos*	Adultos* Mayores	Total de población a atender
Municipios:	Menores de 5 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 64 años	De 65 y más años	
Taulabé	6 830	7 560	4 580	3 678	3 560	2 700	28 908
San José	1 415	1 240	854	732	1 870	693	6 804
Yojoa	28	13	15	12	35	7	110
Total Departamento	8 273	8 813	5 449	4 422	5 465	3 400	35 822

***Estos grupos por ciclo de vida también se deben desagregar por sexo (hombre y mujer).**

f. Metas de producción y cobertura a cumplir:

Estas permiten el cumplimiento de los objetivos del acuerdo de gestión establecidos al inicio, debidamente relacionadas con los grupos de población por ciclo de vida a atender y al conjunto de servicios a garantizar a definir en concordancia con dichos objetivos y metas. Esto es vital, ya que el conjunto de servicios a garantizar, constituye el medio para lograr las metas, por tanto sin una exacta alineación de estos con aquellas, impactará negativamente en su cumplimiento.

Describen los resultados esperados para cumplir cada uno de los objetivos específicos previamente definidos, especificando la cantidad y fechas de cumplimiento para ir progresivamente contribuyendo en su conjunto, a alcanzar dichos objetivos. Veamos, para algunos de los objetivos descritos en el ejemplo del inciso c., las metas a alcanzar podrían ser:

Objetivos especifico 1: Reducir la tasa de mortalidad en niños y niñas < de 5 años de XX a XX% en las poblaciones de las aldeas XX y YY para diciembre del 2014 con participación activa de la comunidad. Las metas podrían ser:

No.	Indicador a emplear	Construcción del indicador	Fuente de Información	Meta
1	% de madres y RN que reciben atención en los primeros 10 días post parto.	Total de madres y RN que recibieron atención en los primeros 10 días post parto x 100 / total de puérperas y RN esperados.	Registro de atención a puérperas y RN y Registro de total de partos en la región.	XX % por año.
2	% de niños y niñas < de 5 años con el esquema completo de vacunación conforme a las normas.	Total de niños y niñas < de 5 años con esquema de vacunación completo conforme a las normas de la SESAL X 100 / Total de niños y niñas < de 5 años que viven en la región.	Registro de inmunizaciones de los EAPS y Centros de Salud, Carnet de inmunizaciones de los niños y niñas < de 5 años y los datos del ASIS sobre la población menores de 5 años	XX % para diciembre del 2013 y XX % para diciembre del 2014
3	% de cobertura de atención a niños y niñas < de 1 año.	Niños y niñas < de 1 año atendidos X 100 / Total de niños y niñas < de 1 año que viven en la región.	Registro de atención a niños y niñas < de 1 año de la región y los datos del ASIS sobre la población menores de 1 año.	XX % para diciembre del 2013 y XX % para diciembre del 2014

Objetivo específico 2: Reducir la tasa de mortalidad materna del XX al XX% de toda el área básica a cargo de la red integrada (o del establecimiento de salud, según el caso) para diciembre de 2015, con el trabajo coordinado de la red o el establecimiento y la comunidad. Las metas podrían ser:

No.	Indicador a emplear	Construcción del indicador	Fuente de Información	Meta
1	% de mujeres adultas en edad fértil del área _____ que utilizan ella o su pareja un método de PF.	Total de mujeres adultas en edad fértil de la región que utilizan ella o su pareja un método de PF x 100 / total de mujeres de la región en edad fértil.	Registro de encuestas de una muestra seleccionada de mujeres adultas de la región en edad fértil que utilizan o no algún método de PF. Reportes del ASIS sobre total de mujeres adultas de la región en edad fértil.	XX para diciembre 2013 y XX para diciembre del 2014.
2	% de mujeres embarazadas captadas antes de 12 semanas.	Total de mujeres embarazadas de la región que reciben atención antes de las 12 semanas X 100 / total de mujeres embarazadas esperadas en la región durante el año.	Reporte de atención a embarazadas de todas las unidades de la región. Reportes del ASIS sobre total de embarazos esperados en la región durante el año.	XX para diciembre 2013 y XX para diciembre del 2014.
3	% de mujeres embarazadas con un mínimo de 4 atenciones prenatales conforme a normas.	Total de mujeres embarazadas de la región que reciben un mínimo de 4 atenciones X 100 / total de mujeres embarazadas esperadas en la región durante el año.	Reporte de atención a embarazadas de todas las unidades de la región Reportes del ASIS sobre total de embarazos esperados en la región durante el año.	XX para diciembre 2013 y XX para diciembre del 2014.
4	% de mujeres embarazadas atendidas en su parto institucionalmente conforme a normas.	Total de mujeres embarazadas de la región atendidas en su parto institucionalmente X 100 / total de mujeres embarazadas esperadas en la región durante el año.	Reporte de atención de partos de todas las unidades de la región Reportes del ASIS sobre total de embarazos esperados en la región durante el año.	XX para diciembre 2013 y XX para diciembre del 2014.
5	% de mujeres embarazadas en con complicaciones obstétricas atendidas y referidas oportunamente conforme a normas.	Total de mujeres embarazadas del área con complicaciones obstétricas atendidas y referidas oportunamente conforme a normas X 100 / total de mujeres embarazadas con complicaciones obstétricas en el área durante el año.	Reporte de atención de partos de todas las unidades de la región. Reportes del ASIS sobre total de embarazos esperados en el área durante el año.	XX para diciembre 2013 y XX para diciembre del 2014.

g. Equipos y establecimientos para atender los grupos de población objetivo:

En este contenido se debe especificar los equipos y establecimientos que los gestores descentralizados deberán contar para atender a sus grupos de población objetivo en sus diferentes de ambientes de desarrollo humano.

Veamos el siguiente ejemplo:

El gestor será responsables por el fomento y cuidado de la salud de la población beneficiaria a su cargo, en:

- Los hogares.
- La Comunidad.
- Los Establecimientos Educativos.
- Los Establecimientos Laborales.
- Las Unidades o Centros de Salud: Tipo I, Tipo II y Tipo III.

Tener presente que conforme a los lineamientos y mandatos del Modelo Nacional de Salud, las acciones a nivel de los hogares, la comunidad, establecimientos educativos y laborales se deben realizar a través de los **Equipos de Atención Primaria de Salud (EAPS)**. Estos equipos conformados por un Médico General, una Auxiliar de Enfermería y un Promotor de Salud, a los que podrán adicionarse otros miembros y capacidades de acuerdo a las necesidades, realidades y capacidades de los contextos locales. El EAPS atenderá a una población asignada de entre 3.000 y 5.000 habitantes, equivalente a aproximadamente 600 familias en zona rural y 1000 familias en zona urbana, según sea la densidad o dispersión de población en el territorio atendido (área programática). Mientras que los Establecimientos de Salud Tipo 1, Tipo 2 y Tipo 3, del Primer Nivel de Atención serán atendidos por el personal mínimo que establezca el ente regulador de la SESAL y los necesarios –en cantidad y calidad- que demanden las condiciones demográficas, geográficas, epidemiológicas, sociales, políticas, particulares del área programática o de responsabilidad del establecimiento o red integrada de servicios de salud.

Tomando en consideración lo expuesto, se debe consignar en el acuerdo de gestión, los equipos y establecimientos de salud por municipio o área para atender la totalidad de población a cubrir de acuerdo a las normas de cobertura establecidas por la SESAL, en que las partes declaran y aceptan que se prestarán los servicios a las poblaciones objetivos en sus ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano. Por ejemplo:

El gestor brindara los servicios de la salud de la población beneficiaria a su cargo, en:

Municipio	Equipos / Centros de Salud
➢ Taulabé	➢ 2 equipos de EAPS ➢ Centro de Salud Tipo II: Taulabé ➢ Centro de Salud Tipo II: Jardines ➢ Centro de Salud Tipo III: Taulabé
➢ San José	➢ 1 Equipo de EAPS ➢ Centro de Salud Tipo II: San José ➢ Centro de Salud Tipo I: Delicias

Adicional se debe incluir el horario de atención acordado, de conformidad con el tipo de centro de salud.

h. Conjunto de servicios a garantizar:

Describe el conjunto de prestaciones o servicios de promoción y protección a la salud, de prevención de enfermedades y daños, atención, recuperación, rehabilitación y vigilancia de la salud, de las personas y el ambiente, a garantizar por ciclo de vida de la población a atender en sus diferentes ambientes de desarrollo humano. Estos definidos por la SESAL y priorizados para el área a que corresponda el gestor descentralizado de acuerdo a los criterios establecidos en el Modelo Nacional de Salud:

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

Recordar la congruencia y articulación estrecha que este conjunto de servicios a garantizar para los diferentes grupos de población objetivo, en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano **debe mantener permanentemente** entre los objetivos y las metas a alcanzar.

A continuación se muestra algunos ejemplos del conjunto de servicios a garantizar conforme al Modelo Nacional de Salud:

Grupo de Población a atender: Niños / Niñas <5 años.

Tipo Servicio a Brindar	Ambientes de desarrollo humano a donde se brinden los servicios						
	Hogar	Comunidad	Escolar	Laboral	Centro de Salud del 1er Nivel de Atención		
					Tipo I	Tipo II	Tipo III
Servicios de Promoción							
Educación sobre buenas practicas alimentarias	X	X			X	X	X
Educación sobre salud	X	X			X	X	X
Servicios de Prevención							
Inmunizaciones.	X	X	X		X	X	X
Atención del neonato de menos de 10 días de nacido.	X				X	X	X
Malnutrición Infantil.	X	X			X	X	X
Abuso Infantil.	X	X			X	X	X
Servicios de Recuperación							
Atención ambulatoria de las enfermedades prevalentes	X	X			X	X	X
Cirugía menor de emergencia					X	X	X
Servicios de Rehabilitación							
Terapia ambulatoria post trauma					X	X	X
Terapia ambulatoria nutricional					X	X	X

Grupo de Población a atender: Niños / Niñas de 5 a 9 años.

Tipo Servicio a Brindar	Ambientes de desarrollo humano a donde se brinden los servicios						
	Hogar	Comunidad	Escolar	Laboral	Centro de Salud del 1er Nivel de Atención		
					Tipo I	Tipo II	Tipo III
Servicios de Promoción							
Buenas prácticas de salud bucal	X	X	X		X	X	X
Buenas prácticas de higiene personal	X	X	X		X	X	X
Servicios de Prevención							
Inmunizaciones	X	X	X		X	X	X
Fluorización y limpieza bucal			X		X	X	X
Malnutrición Infantil.	X	X			X	X	X
Servicios de Recuperación							
Atención ambulatoria de enfermedades prevalentes	X	X			X	X	X
Atención odontológica					X	X	X
Servicios de Rehabilitación							
Terapia del habla	X		X		X	X	X
Terapia post trauma	X		X		X	X	X

Grupo de Población a atender: Adolescentes de 10 a 14 años.

Tipo Servicio a Brindar	Ambientes de desarrollo humano a donde se brinden los servicios						
	Hogar	Comunidad	Escolar	Laboral	Centro de Salud del 1er Nivel de Atención		
					Tipo I	Tipo II	Tipo III
Servicios de Promoción							
Educación sobre buenas practicas alimentarias y de higiene personal		X	X		X	X	X
Educación sobre salud Sexual y Reproductiva			X		X	X	X
Servicios de Prevención							
Inmunizaciones		X	X		X	X	X
Fluorización y limpieza bucal			X		X	X	X
Prevención Embarazo en Adolescentes	X	X	X		X	X	X
Servicios de Recuperación							
Atención ambulatoria de enfermedades prevalentes					X	X	X
Atención de emergencias					X	X	X
Servicios de Rehabilitación							
Atención de fisioterapia post trauma					X	X	X
Atención de adicciones		X			X	X	X

Grupo de Población a atender: Adolescentes de 15 a 19 años.

Tipo Servicio a Brindar	Ambientes de desarrollo humano a donde se brinden los servicios						
	Hogar	Comunidad	Escolar	Laboral	Centro de Salud del 1er Nivel de Atención		
					Tipo I	Tipo II	Tipo III
Servicios de Promoción							
Educación sobre buenas practicas alimentarias y de higiene personal		X	X		X	X	X
Educación sobre salud Sexual y Reproductiva			X		X	X	X
Servicios de Prevención							
Inmunizaciones		X	X		X	X	X
Consejería y distribución de métodos de PF					X	X	X
Embarazo en Adolescentes	X	X	X		X	X	X
Servicios de Recuperación							
Atención ambulatoria de enfermedades prevalentes					X	X	X
Atención de emergencias					X	X	X
Servicios de Rehabilitación							
Atención de fisioterapia post trauma					X	X	X
Atención de adicciones		X			X	X	X

Grupo de Población a atender: Adultos de 20 a 64 años.

Tipo Servicio a Brindar	Ambientes de desarrollo humano a donde se brinden los servicios						
	Hogar	Comunidad	Escolar	Laboral	Centro de Salud del 1er Nivel de Atención		
					Tipo I	Tipo II	Tipo III
Servicios de Promoción							
Salud Sexual y Reproductiva	X	X		X	X	X	X
Educación sobre buenas practicas alimentarias	X	X		X	X	X	X
Servicios de Prevención							
Inmunizaciones		X		X	X	X	X
Detección de cáncer cérvico uterino		X		X	X	X	X
Detección precoz Cáncer de mama							
Detección precoz Cáncer de Próstata		X			X	X	X
Servicios de Recuperación							
Identificación temprana y control de diabetes	X	X		X	X	X	X
Atención de parto institucional							X
Servicios de Rehabilitación							
Terapia ambulatoria post accidentes de trabajo		X		X	X	X	X
Manejo y control de hipertensión arterial		X		X	X	X	X

Grupo de Población a atender: Adultos mayores de 65 y más años.

Tipo Servicio a Brindar	Ambientes de desarrollo humano a donde se brinden los servicios						
	Hogar	Comunidad	Escolar	Laboral	Centro de Salud del 1er Nivel de Atención		
					Tipo I	Tipo II	Tipo III
Servicios de Promoción							
Educación sobre estilos de vida saludables	X	X		X	X	X	X
Buenas practicas alimentarias	X	X		X	X	X	X
Servicios de Prevención							
Inmunizaciones		X		X	X	X	X
Detección precoz de cáncer de mama	X				X	X	X
Detección precoz cáncer de Próstata					X	X	X
Servicios de Recuperación							
Manejo en clubs de diabéticos		X			X	X	X
Atención ambulatoria de enfermedades prevalentes					X	X	X
Servicios de Rehabilitación							
Rehabilitación post adicciones		X			X	X	X
Terapia física de enfermedades osteo artríticas		X			X	X	X

Atención al medio ambiente.

Tipo Servicio a Brindar	Ambientes de desarrollo humano a donde se brinden los servicios						
	Hogar	Comunidad	Escolar	Laboral	Centro de Salud del 1er Nivel de Atención		
					Tipo I	Tipo II	Tipo III
Servicios de Promoción							
Educación por medios masivos sobre ambiente sano	X	X	X	X			
Educación por medios masivos sobre manejo de desechos solidos	X	X	X	X			
Servicios de Prevención							
Limpieza colectiva de mercados y áreas de contaminación	X	X	X	X			
Desarrollo de áreas de reforestación con los gobiernos y comunidades locales	X	X	X	X			
Servicios de Recuperación							
Manejo coordinado de aguas negras con los gobiernos y comunidades locales	X	X		X	X	X	X
Desarrollo de parques infantiles con desechos útiles		X	X				X

i. **Normas, protocolos y guías sensibles a género a cumplir en la prestación de servicios:**
Los gestores descentralizados deben brindar sus servicios conforme y cumpliendo los lineamientos científicos de efectividad comprobada, contenidos en las "normas, protocolos y guías de práctica clínica y

de atención a la salud" oficiales, definidas y emitidas por la Secretaria de Salud como rector de la atención a la salud en el país, a través de sus diferentes programas e instancias regulatorias. Para ello se debe explicitar el conjunto de normas, protocolos y guías a aplicar y cumplir fielmente en la prestación de los servicios a los diferentes grupos de población objetivo en sus ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano.

Por ejemplo, para el cumplimiento de sus compromisos, el gestor descentralizado, de acuerdo a su capacidad resolutiva, deberá cumplir para asegurar una atención de calidad, segura que someta al mínimo riesgo a sus diferentes grupos de población objetivo, con los siguientes estándares, indicadores y umbrales que se presentan:

Población por Ciclo de Vida a Atender.	Normas, protocolos y guías para la atención a la salud en sus diferentes ambientes de desarrollo.
Atención a niños / niñas < 5 años	• Atención integral del neonato sano. • Atención de urgencias del neonato. • AIN-C. • AIEPI. • Imnunizaciones. • Lactancia materna exclusiva. • Suplementación alimentaria de 6 a 24 meses. • Buenas prácticas alimentarias para menores de 5 años. • Entre otras.
Atención a niños / niñas de 5 a 9 años	• Atención integral a la diarrea. • Atención integral a las enfermedades respiratorias. • Desparasitación. • Buenas prácticas de salud bucal. • Buenas prácticas de salud alimentaria. • Buenas prácticas de higiene persona. • Otras.
Adolescentes de 10 a 14 años	• Buenas prácticas de salud bucal en adolescentes. • Buenas prácticas de salud alimentaria para adolescentes. • Buenas prácticas de higiene personal para adolescentes. • Educación en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes. • Otras.
Adolescentes de 15 a 19 años	• Buenas prácticas de salud bucal en adolescentes. • Buenas prácticas de salud alimentaria para adolescentes. • Buenas prácticas de higiene personal para adolescentes. • Educación en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes. • Consejería y disposición de métodos de PF para adolescentes. • Manejo de ITS y VIH Sida en adolescentes. • Otras.
Mujeres Adultas en Edad Fértil	• Buenas prácticas de salud bucal. • Buenas prácticas de salud alimentaria. • Buenas prácticas de higiene personal. • Educación en Salud Sexual y Reproductiva. • Consejería y disposición de métodos de PF. • Detección y manejo de ITS y VIH en adolescentes. • Detección temprana del embarazo. • Atención del embarazo. • Atención del parto institucional. • Atención del puerperio. • Detección y manejo integral **de aborto** y urgencias gineco-obstétricas y neonatales. • Detección y manejo integral del cáncer de mama y cérvico uterino.

	• Detección, consejería y manejo integral de ITS y VIH Sida. • Detección y manejo integral de la TB, Malaria, Dengue y enfermedades vectoriales prevalentes. • Otras.
Adultos de 20 a 64 años y Adultos Mayores de 65 y más años	• Buenas prácticas de salud bucal. • Buenas prácticas para una vida saludable. • Inmunizaciones en adultos. • Detección precoz y manejo de la hipertensión arterial, de diabetes mellitus y sus principales complicaciones, osteoartritis degenerativa, del cáncer de próstata, del cáncer de mama, del cáncer cérvico-uterino, entre otros. • Manejo integral de la diarrea en adultos. • Manejo integral de las enfermedades respiratorias en adultos. • Manejo integral de enfermedades cardiovasculares en adultos. • Manejo integral de las enfermedades más frecuentes de la piel. • Detección, consejería y manejo integral de ITS y VIH Sida. • Detección y manejo integral de la TB, Malaria, Dengue y enfermedades vectoriales prevalentes. • Educación sexual y reproductiva. • Otros.
Atención al ambiente	• Buenas prácticas de manejo y conservación del ambiente. • Manejo y consumo de agua segura en casa y la comunidad. • Manejo seguro y apropiado de desechos sólidos en casa y la comunidad. • Manejo seguro y apropiado de aguas residuales en casa y la comunidad. • Manejo seguro y apropiado de excretas. • Otros.

j. Normas e instrumentos técnicos a cumplir en la gestión de la provisión de servicios:

Para el cumplimiento de sus compromisos, el gestor descentralizado, de acuerdo a su capacidad resolutiva, para asegurar un desempeño de calidad de su gestión para la provisión de servicios de salud acordados, deberá cumplir como mínimo, con un conjunto de estándares, indicadores y umbrales que defina el rector a través de sus instancias de regulación y que sean acordados y aprobados por las partes.

Recordemos que en el sentido genérico, un **"estándar o norma" se define como una declaración de la calidad del desempeño esperado.** Los estándares se pueden expresar como normas de desempeño, especificaciones, guías de procedimientos administrativos o gerenciales. De esta manera los estándares permiten medir y mejorar el nivel de desempeño de los sistemas, procesos y procedimientos de trabajo de cada uno de los diferentes sistemas que en su conjunto permiten la gestión de la provisión de los servicios. Corresponden a órdenes emitidas por la autoridad máxima, en nuestro caso la SESAL como rector de la atención a la salud del país, tomando como referencia las mejores prácticas de beneficio demostrado, disponibles en la literatura universal. Su observancia y cumplimiento es obligatorio para todas las instancias –sin excepción- que gestionan la atención y provisión de servicios de salud.

Para medir objetivamente el cumplimiento de cada norma es necesario definir el o los "indicadores" a utilizar, así como el nivel de normalidad que será aceptado en su cumplimiento.

Veamos a manera de ejemplo, algunas normas con sus indicadores y márgenes o niveles de normalidad aceptada, que se presentan a continuación para cada sistema de gestión:

- **Para la gestión y desarrollo del talento humano.**

No.	Norma o estándar de desempeño	Indicador	Nivel de normalidad aceptada
1	El Gestor deberá contar con un equipo técnico debidamente contratado constituido por hombres y mujeres que incluye como mínimo: ➢ Un Médico Coordinador de la Red de Servicios. ➢ Un Asistente Estadígrafo. ➢ Un Coordinador de Promoción. ➢ Un Administrador. ➢ Una Enfermera Profesional Supervisora. ➢ Un Técnico de Laboratorio. ➢ Otros.	% de personal del equipo técnico que está laborando y está debidamente contratado.	100% del personal establecido en el equipo técnico.
2	El gestor deberá contar con un equipo de personal asistencial debidamente contratado que incluye como mínimo: ➢ XX Médicos Asistenciales. ➢ XX Odontólogos. ➢ XX Auxiliares de Enfermería. ➢ XX Promotores de Salud.	% de personal del equipo asistencial que está laborando y está debidamente contratado.	100% del personal establecido en el equipo asistencial.
3	El personal técnico y de servicio del gestor cumple con el perfil del puesto que ocupa, debidamente aprobado por la SESAL.	% de personal del equipo técnico y de servicio que cumple con el perfil del cargo debidamente aprobado por la SESAL.	100% del personal del equipo técnico y de prestación de servicios.
3	El personal contratado por el Gestor sea temporal o permanente NO deberá tener ningún traslape de horarios con la SESAL.	% de personal contratado por el Gestor que NO tiene traslape de funciones con la SESAL.	100% del personal contratado por el Gestor NO tiene traslape de funciones con la SESAL.
		% de personal contratado por el Gestor que cumple con la Leyes laborales del país.	100% del personal contratado por el Gestor cumple con la Leyes laborales.
4	Todo el personal contratado debe contar con un seguro de vida y de accidentes.	% del personal contratado que cuenta con seguro de vida y accidentes.	100% del personal contratado.
5	El personal contratado por el Gestor debe participar en un programa **anual** de capacitación continua que fortalezca sus competencias laborales / asistenciales.	% del personal contratado que participa en un programa de capacitación continua institucional.	80 a 100% del personal contratado.
6	Otros que se considere necesarios y se requieran.		

- **Para la gestión de los suministros, medicamentos e insumos médico-quirúrgicos.**

No.	Norma o estándar de desempeño	Indicador	Nivel de normalidad aceptada
1	Los medicamentos y suministros médico quirúrgicos establecidos en el cuadro básico oficial de la SESAL están disponibles cuando se les necesita y solicita formalmente en todas los establecimientos del Gestor.	% medicamentos y suministros médico quirúrgicos establecidos en el cuadro básico oficial de la SESAL que están disponibles cuando se les necesita y solicita formalmente.	95 -100 %

		% establecimientos de salud del Gestor que cuenta con los medicamentos y suministros médico quirúrgicos establecidos en el cuadro básico oficial de la SESAL disponibles cuando se les necesita y solicita formalmente.	100%
2	El gestor deberá contar con una red de frio que cumple con las normas del PAI para garantizar la seguridad y potencia de los biológicos.	% de normas del PAI para la red de frio que se cumplen.	100% de las normas de manejo y conservación de la red de frio.
3	Los productos y suministros especializados, cumplen con normas de calidad aprobadas por la SESAL, que garantizan su calidad y seguridad.	% de productos y suministros especializados de la lista básica que cuentan con certificado de calidad aprobado por la SESAL.	90-100%
4	Otros que se considere necesarios y se requieran.		

- **Para la gestión del mantenimiento de la infraestructura y equipo médico quirúrgico.**

No.	Norma o estándar de desempeño	Indicador	Nivel de normalidad aceptada
1	El Gestor debe cumplir con un plan de mantenimiento preventivo y correctivo que garantice el funcionamiento adecuado y continuo de la red de refrigeración en todos los establecimientos para la conservación conforme a normas de los biológicos y otros productos que se requiera.	% unidades de refrigeración de la red de servicios del Gestor, que se les brinda un mantenimiento correctivo y preventivo de acuerdo a un plan.	100 % de las unidades de refrigeración
		% unidades de refrigeración de la red de servicios del Gestor, que están en condiciones que permiten cumplir con las normas de conservación de los biológicos y demás productos que se requiera.	100% de las unidades de refrigeración
		% establecimientos de salud del Gestor que cuenta con unidades de refrigeración que permiten conservar conforme a normas a los biológicos y otros productos que se requiera	100% de los establecimientos de salud de la red del Gestor/Proveedor
2	Se cuenta y cumple con un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y equipos de la red de servicios.	% de cumplimiento del programa de mantenimiento de instalaciones y equipo de la institución.	80 a 100% de cumplimiento del programa
3	Otros que se considere necesarios y se requieran.		

- **Para la gestión de los servicios generales.**

No.	Norma o estándar de desempeño	Indicador	Nivel de normalidad aceptada
1	Las unidades de salud del Gestor cuentan con servicios que garantizan la seguridad permanentemente de las personas y los bienes de la organización.	% de instalaciones y unidades de la organización que cuentan con servicios de seguridad permanente.	95 a 100 % de las unidades de atención

2	En todo momento que se requiere, existe disponibilidad de transporte seguro y confortable para la comunidad usuaria y personal de la organización que de acuerdo a sus responsabilidades lo necesita **y demanda atención.**	% de solicitudes de transporte atendidas favorablemente, en un periodo no mayor de una hora, luego de ser solicitadas oficialmente.	80 a 100% de cumplimiento del programa
		% de usuarios referidas por emergencias que disponen transporte oportuno y seguro.	100% de referencias por emergencia
3	Otros que se considere necesarios y se requieran.		

- **Para la gestión de la información, monitoreo y control.**

No.	Norma o estándar de desempeño	Indicador	Nivel de normalidad aceptada
1	Las unidades de salud del Gestor registran, consolidan y resguardan en los formatos oficiales de la SESAL la producción de los servicios brindados de acuerdo a los lineamientos emitidos por la SESAL.	% de unidades del Gestor que registran, consolidan y resguardan la producción de servicios en los formatos y conforme a los lineamientos emitidos por la SESAL.	100 % de las unidades de atención
2	Mensualmente se emiten y distribuyen a la Región Sanitaria y autoridades de la SESAL, los informes de resultados del monitoreo de la producción y calidad de los servicios que las unidades y servicios brindan.	% de informes de resultados de la producción y calidad de los servicios que las unidades, de servicios brindan que son emitidos y distribuidos mensualmente a la RS y autoridades de la SESAL.	100% de informes
3	Todas las unidades de atención del Gestor deben registrar y emitir los reportes mensuales a la RS y el Programa de Aseguramiento Familiar el cumplimiento de la atención a las familias beneficiarias con el Programa Bono 10,000 de acuerdo a los formatos y lineamiento de dicho programa.	% de unidades de atención del Gestor que registran y reportan en el formato, tiempo y siguiendo los lineamientos del Programa Bono 10,000 a las RSD y el programa la atención a familias beneficiarias.	100 % de las unidades de atención
4	Todos los Equipos de Atención Primaria de Salud y Unidades de Salud de la red deben ser supervisadas integralmente, en el desarrollo de actividades técnicas y administrativas y cumplimiento de metas y normas, por lo menos una vez al mes por el Gestor.	% de EAPS y unidades de salud de la red que son supervisadas integralmente una vez al mes por el Gestor.	100 % de los EAPS y unidades de atención
5	Otros que se considere necesarios y se requieran.		

- **Para la gestión de la calidad.**

No.	Norma o estándar de desempeño	Indicador	Nivel de normalidad aceptada
1	Los EAPS y las unidades de la red deben monitorear mensualmente el cumplimiento de las metas de producción de sus servicios y los estándares de calidad establecidos para estos y tomar las medidas correctivas que sean necesarias.	% de EAPS y de unidades y servicios que efectivamente monitorean mensualmente el cumplimiento de las metas de producción de sus servicios y sus estándares de calidad establecidos para estos.	90 - 100 % de los EAPS y Equipos de las unidades de atención
		% de metas de producción y estándares de calidad que son cumplidos por cada equipo y unidad de la red.	80 a 100%
		% de EAPS y unidades de la red que cumplen con la totalidad de las metas de producción y normas de calidad de sus servicios.	80- 100 % de las unidades de atención
		% de EAPS y equipos de unidades, de la red que elaboran y ejecutan un plan de medidas correctivas para los casos de	95 a 100 % de los EAPS y equipos de las unidades de atención

		incumplimientos identificados en el monitoreo mensual de la producción y calidad de sus servicios.	
2	Todas las unidades de atención cuentan y cumplen con un programa de manejo de desechos sólidos y seguridad ambiental conforme al Reglamento de la SESAL para su apropiado manejo.	% de unidades de atención de la red que cuentan y cumplen con un programa de manejo de desechos sólidos y seguridad ambiental conforme lo estable el Reglamento específico de la SESAL.	100% de las unidades de la red
3	Todas las unidades de atención de la red deben estar debidamente certificadas por la SESAL para el tipo y nivel de atención que les corresponda.	% de unidades de atención de la red que están debidamente certificadas por la SESAL para el tipo de unidad y nivel de atención que les corresponde.	70 a 100% de las unidades de servicio de la red
4	El Gestor debe contar con un proceso y comité de vigilancia y análisis de la mortalidad materna y neonatal de conformidad con los lineamientos de la SESAL e informar a la RS de sus resultados de forma mensual.	% de muertes maternas y/o neonatales ocurridas en su territorio de cobertura, que son analizadas y remitidos los hallazgos y medidas a preventivas a tomar a la RSD por parte del Gestor.	100% de las muertes maternas y neonatales ocurridas en el mes en su área de cobertura
5	Los y las usuarias estarán satisfechas por el trato y los servicios brindados por los EAPS y unidades de salud de la red del Gestor.	% de usuarias (os) satisfechos por el trato y los servicios brindados por los EAPS y unidades de salud de la red del Gestor.	95 a 100% de usuarias
6	Otros que se considere necesarios y se requieran.		

- **Para la gestión financiera.**

No.	Norma o estándar de desempeño	Indicador	Nivel de normalidad aceptada
1	Establecer y mantener un registro actualizado financiero contable de los recursos económicos invertidos en la provisión de servicios de salud de acuerdo a los principios de contabilidad aceptados y emitidos por el ente rector, el que deberá estar disponible para las autoridades de la RSD y del nivel rector la SESAL que lo requieran.	% de principios de la SESAL para los registros financiero contables que efectivamente se cumplen.	100 % de principios de registros financiero contables que cumplen los establecidos por la SESAL
2	Los servicios que las unidades y programas brindan, se mantienen en los costos oficiales establecidos anualmente en el presente acuerdo, para cada uno de ellos.	% de servicios que cumplen con el costo estándar definido en el presente acuerdo	100% de los servicios
3	Los bienes activos de la SESAL que están cedidos para su uso a la red están debidamente registrados conforme a los principios y regulaciones contables de la SESAL.	% de bienes activos de la SESAL cedidos para su uso a la red que están debidamente registrados conforme a los principios y regulaciones contables de la SESAL	100% de los bienes
4	Otros que se considere necesarios y se requieran		

k. Fuentes de financiamiento.

En este espacio explicitar las fuentes de las cuales se obtendrán los recursos necesarios para el financiamiento de las obligaciones contraídas por el Gestor en el Acuerdo de Gestión correspondiente. Señalar también la flexibilidad y disposición del Gestor para articular sus sistemas de información y de gestión administrativo financiera contable y de contabilidad analítica de costos a los disponibles de la SESAL a fin de facilitar los procesos de revisión, monitoreo y evaluación que se requieran, así como los de auditorías financiero contables, a llevar a cabo.

l. Legislación aplicable en el manejo de fondos por parte del Gestor.

Aquí es importante tomar muy en consideración aquellos marcos legales y normativos del Estado que deben ser acatados y cumplidos por el Gestor para el manejo de recursos provenientes del estado tales como:

- Ley de contratación del Estado.
- Ley orgánica del presupuesto.
- Ley de servicio civil.
- Legislación laboral vigente en el país.
- Estatutos de profesionales del sector salud: médico, enfermera(o), odontólogo, etc. y sus respectivos reglamentos vigentes, entre otras.

m. Monto del Acuerdo y mecanismos y tarifas de pago.

Especificar el monto total del acuerdo y el tiempo de ejecución que cubre, así como **los diferentes mecanismos de pago**[47] que se utilizarán de acuerdo a la producción, costo, calidad y resultados, siguiendo los criterios y mecanismos descritos por el Modelo Nacional de Salud y la Guía de Mecanismos de Pago emitida por la SESAL para el nivel de atención, tipo de gestores descentralizados en el país y modalidad de acuerdo de gestión que se establezca en cada caso.

Describir de forma concreta y puntual **los montos y periodos de desembolsos y transferencias** que se realizarán, debidamente **clasificados por tipo de mecanismo de pago y servicio e incluir las retenciones e incentivos monetarios** que en el acuerdo se definan de conformidad a los resultados en el cumplimiento de las metas programáticas y normas de atención y gestión que se establezcan de prioridad por su contribución a los resultados estratégicos de país y sean debidamente definidos en los mecanismos de pago correspondientes. Estos deben ser condicionados a la verificación de su cumplimento tomando en cuenta los informes de los Equipos Técnicos de las Regiones Sanitarias y estar de conformidad a la normativa legal vigente.

Tener como base para el pago por el cumplimiento de las metas, los costos estándar debidamente actualizados, revisados y aceptados por la partes y de esta manera los desembolsos quedan debidamente ligados al cumplimiento de las metas de producción y resultados, considerando su costo estándar actualizado, con la adición de incentivos y retenciones de acuerdo al cumplimiento tanto de las normas, guías y protocolos para la atención de la salud como para la gestión de la provisión de dichos servicios, emitidos por el rector y acordados por las partes en los acuerdos de gestión correspondientes por su impacto sobre los resultados finales esperados en los niveles de salud y bienestar en la calidad de vida de los grupos de población a atender.

n. Mecanismos de monitoreo, supervisión y evaluación.

Aquí describir quien estará a cargo del monitoreo y control del cumplimiento del acuerdo, así como aquellas metas y normas de desempeño que serán monitoreadas trimestralmente y aquellas que serán objeto de una medición anual, describiendo además, las respectivas técnicas o medios a emplear para su verificación. Veamos el siguiente ejemplo:

[47] **Mecanismos de Pago.** Las distintas formas que existen para transferir los recursos del agente financiero a los proveedores de los servicios de salud. (Alvarez et al, 2000).

"El presente convenio de gestión será monitoreado, supervisado y evaluado por el Equipo Técnico de la Región Sanitaria (RS) para garantizar su cumplimiento según Guía de Monitoreo y, siendo verificado por el Equipo Técnico de la Unidad de Gestión de Descentralizada (UGD)".

Ejemplo de la clasificación de algunas metas y normas de atención y de desempeño de la gestión, a ser monitoreadas:

Metas de producción de servicios:	**Periodicidad de control:**	**Técnica / medio de verificación**
90 % de mujeres embarazadas atendidas en su parto institucionalmente conforme a normas.	Trimestral	Revisión de registro de partos atendidos / unidad
96 % de niños y niñas < de 5 años con el esquema completo de vacunación conforme a las normas.	Anual	Revisión de registro de inmunizaciones / NN y unidad
100% de adolescentes de ambos sexos informados sobre educación sexual y reproductiva y prevención de la violencia.	**Trimestral**	**Revisión registro de participantes por eventos.**
Normas, protocolos e instrumentos de cumplimiento para la atención a la salud de las personas:	**Periodicidad de control:**	**Técnica / medio de verificación**
• Atención de urgencias del neonato.	Trimestral	Auditoria Medica
• AIEPI, entre otras.	Trimestral	Auditoria Medica
Normas, guías e instrumentos de cumplimiento para la gestión de la provisión de los servicios de la salud:	**Periodicidad de control:**	**Técnica / medio de verificación**
• El personal técnico y de servicio del Gestor cumple con el perfil del puesto que ocupa, debidamente aprobado por la SESAL.	Trimestral	Revisión de CVs del personal y de sus perfiles de los cargos aprobados por la SESAL
• El Gestor deberá contar con una red de frio que cumple con las normas del PAI para garantizar la seguridad y potencia de los biológicos.	Trimestral	Observación directa de campo
• Los y las usuarias estarán satisfechas por el trato y los servicios brindados por los EAPS y unidades de salud de la red del Gestor.	Anual	Encuestas de salida dirigidas, al azar realizadas por personal de la SESAL
• Otros que se identifique como prioritarios por su impacto en los resultados finales esperados.		

Para el desarrollo de un efectivo y oportuno monitoreo se debe disponer y aprovechar el recurso de "Tableros de Mando" en cada uno de estos niveles de control.

o. Descripción de asignaciones.

Se refiere a los diferentes compromisos que se establecen para cada una de las partes del acuerdo de gestión. Abajo podemos apreciar un ejemplo de algunos de estos compromisos:

La Secretaria de Salud se compromete a:

1. Proveer las herramientas e instrumentos técnicos, administrativos y el marco legal vigente, así como los guías y manuales correspondientes, en los que se definen los estándares, indicadores y umbrales de los diferentes sistemas de atención y de gestión para la provisión de los servicios.
2. Coordinar y apoyar al contratante en la adquisición de los recursos necesarios para el desarrollo de sus actividades.
3. Proveer los recursos financieros necesarios para facilitar el cumplimiento del presente acuerdo de gestión, que incluya aquellos para el mantenimiento, reposición y aseguramiento de los activos.
4. Brindar asesoría técnica en forma oportuna y capacitar al personal para el manejo adecuado de los recursos.

5. Verificar y asegurar el cumplimiento del presente acuerdo.
6. Entre otros.

Por su parte, "_____" se compromete a:

1. Cumplir con el marco legal vigente y demás normativa provista por el rector.
2. Cumplir con los objetivos y metas establecidas y demás aspectos contenidos en el presente acuerdo.
3. Conservar y hacer uso racional y transparente de los recursos asignados.
4. Mejorar el acceso a servicios de salud y brindar atención de calidad con calidez, equidad, continuidad y oportunidad; **con igualdad de oportunidades de trato y sin discriminación**.
5. Utilizar la información generada, para la toma de decisiones en forma oportuna.
6. Fortalecer y dar seguimiento a los procesos de capacitación de su personal.
7. Entre otros.

p. Incumplimiento y sanciones.

Definir aquellas situaciones de incumplimiento de los compromisos del Acuerdo de Gestión, que puedan dar lugar a que cualquiera de las partes pueda dar por terminado el mismo, y que hará efectiva la garantía establecida, sin perjuicio de las sanciones administrativas establecidas en las respectivas leyes.

q. Incentivos.

Estarán orientados con base a los resultados finales obtenidos, conforme la normativa establecida para el efecto y deberán incluir todos aquellos beneficios materiales, financieros, tecnológicos y de desarrollo profesional.

r. Lugar, fecha y firmas.

Expresa la conformidad de las partes, quienes deben ratificar el contenido y firmar los ejemplares en original necesarios, señalando el lugar y la fecha de su suscripción.

s. Anexos.

Listar los diferentes documentos, instrumentos y normativas que sean necesarias, complementarias y se estime de mutuo acuerdo que forma parte integral del acuerdo de gestión a suscribir.

7.2. Aspectos de carácter formal que se elaboraran y negociarán de manera diferenciada, según la modalidad del Acuerdo de Gestión (Compromiso, Convenio o Contrato):

t. Solución de Controversias.

Definir lo mecanismos para solucionar cualquier controversia que surja en el desarrollo y cumplimiento del acuerdo de gestión respectivo, procurando en primera instancia solventarlo de común acuerdo y en caso de fracasar este mecanismo, someterlo a los marcos normativo legales en materia administrativa, penal o legal vigentes en el país, a que corresponda.

u. Modificación del Acuerdo.

Establecer los mecanismos a considerar en caso de requerirse y ser solicitado una modificación a los términos y alcances establecidos en el Acuerdo de Gestión, los que deben de regirse de acuerdo al reglamento operativo, de mutuo acuerdo y en busca de menor afectación de los alcances y resultados esperados descritos en el acuerdo original.

v. Recisión del Acuerdo.

Es importante señalar y enlistar aquellas causales que podrán conducir a cancelar el acuerdo con el Gestor/Proveedor, buscando el menor impacto en los grupos de población objetivo y los resultados esperados.

w. Plazo, vigencia y prórroga.

Especificar el tiempo o periodo de vigencia que tendrá el acuerdo suscrito, contados a partir de su celebración, y las condiciones y requerimientos bajo los cuales podrá prorrogarse así como el o los períodos de tiempo por los que podrá hacerse dichas prorrogas.

x. Garantías.

Estas deben ser establecidas de acuerdo a la naturaleza de la relación: Compromiso, Convenio o Contrato que se suscriba y a los recursos con que cuenta cada gestor/proveedor descentralizado.

y. Imprevistos.

En caso de presentarse un imprevisto a nivel nacional o local, tales como eventos naturales, epidemias o desastres provocados por el hombre, dejar consignado que el acuerdo de gestión puede ser sujeto de modificación previa evaluación y común acuerdo de los suscriptores.

z. Vigencia del acuerdo.

Establecer claramente las fechas de inicio y conclusión del acuerdo de gestión y el compromiso de cumplimiento de las partes, incluso si se diera un cambio de autoridades en la Secretaría de Salud.

USAID | ULAT

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS