

Guía para la formulación del plan de descentralización de la gestión de redes de salud.

[Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Descentralización]

[Septiembre 2014]

Palabras clave:

[Plan; Descentralización; Salud; Provisión de Servicios; Conducción; Gestión; Demanda; Población.]

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

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



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

ULAT
Unidad Local de Apoyo Técnico
para Salud - HONDURAS

GUIA PARA LA FORMULACION DEL PLAN REGIONAL DE GESTION DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

Septiembre 2014

Tabla de Contenido

I.	PRESENTACIÓN	6
II.	INTRODUCCIÓN.....	7
III.	OBJETIVOS DEL PLAN REGIONAL DE GESTION DE LA RISS	9
IV.	MARCO REFERENCIAL	9
V.	COMPONENTES Y VARIABLES DE LA GUÍA.....	11
I.	COMPONENTE I: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y ANÁLISIS DE ACTORES.....	14
I.1	PASO 1. ANÁLISIS DE LA OFERTA DIRIGIDA A LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS.....	14
I.1.1	Número y Ubicación Geográfica de los Proveedores de Servicios de Salud	15
I.1.2	Capacidad Resolutiva de los Proveedores de Servicios de Salud	15
I.1.3	Población por Área Geográfica de Influencia.....	16
I.1.4	Nivel de Satisfacción de la población usuaria	16
I.1.5	Organización de los proveedores a nivel local.....	16
I.1.6	Nivel y/o lugar de referencia y respuesta.....	17
I.1.7	Identificación de las fuentes de financiamiento de los proveedores de servicios de salud.....	17
I.1.8	Análisis de actores	17
I.2	PASO 2. ANÁLISIS DE LA OFERTA DIRIGIDA A LA ATENCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	17
I.2.1	Identificación de la Oferta de Servicios dirigida a la Población en General.....	17
I.2.2	Identificación de la Coordinación de Acciones de Atención en Emergencias y Desastres	18
2.	COMPONENTE II: CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LA DEMANDA SOCIAL DE SERVICIOS DE SALUD	18
2.1	PASO 1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y SU PERFIL DE SALUD	18
2.1.1	Cantidad de población por sexo, ciclo de vida y nivel de pobreza.....	18
2.1.2	Población por ambiente de desarrollo humano por área geográfica y Caracterización territorial.....	18
2.1.3	Configuración y delimitación de la RISS	19
2.1.4	Frecuencia de uso de Servicios de Salud por sexo, grupo de edad y ciclo de vida por cada red	20
2.1.5	Perfil de Salud por Red.....	20

COMPONENTE III: ANÁLISIS DE BRECHAS	20
3.1 PASO 1. ANÁLISIS DE LAS BRECHAS DE CONSISTENCIA	21
3.1.1 Análisis de la brecha de la Oportunidad y Disponibilidad de los Servicios	21
3.1.2 Análisis de la brecha de la Oferta de Servicios	22
3.1.3 Análisis de la brecha de la Eficacia.....	23
3.2 PASO 2 ANÁLISIS DE LAS BRECHAS DE SUFICIENCIA	24
3.2.1 Análisis de la brecha de Cobertura y Acceso	24
3.2.2 Análisis de la brecha de Integralidad	24
3.3 PASO 3. ANÁLISIS DE LAS BRECHAS DE CALIDAD	25
3.3.1 Análisis de la brecha de Continuidad	25
3.3.2 Análisis de la brecha de Competencia técnica	26
3.3.3 Análisis de la brecha de Seguridad	26
3.3.4 Análisis de la brecha de Género y Cultura	26
3.3.5 Análisis de la brecha de Trato y Relaciones.....	27
3.3.6 Análisis de la brecha de Comodidad	28
COMPONENTE IV: PRIORIZACIÓN DE LA OFERTA CON CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	29
4.1 PASO I. Priorización de la Oferta a través del análisis de la demanda y la oferta de Servicios de Salud de la Red.....	29
4.1.1 Revisión del perfil de salud y Configuración del Conjunto de Prestaciones de Salud	29
4.1.2 Establecimiento de metas para cerrar las brechas identificadas	30
4.1.2.1 Cierre de las Brechas de Consistencia.....	30
4.1.2.1.1 Cierre de la brecha de la Oportunidad y Disponibilidad de los Servicios.....	30
4.1.2.1.2 Cierre de la brecha de la Oferta de Servicios.....	30
4.1.2.1.3 Cierre de la Brecha de Eficacia.....	31
4.1.2.2 Cierre de las Brechas de Suficiencia.....	31
4.1.2.2.1 Cierre de la Brecha de Cobertura	31
4.1.2.2.2 Cierre de la Brecha de Acceso	32
4.1.2.2.3 Cierre de la Brecha de Integralidad.....	32
4.1.2.3 Cierre de las Brechas de Calidad	32
4.1.2.3.1 Cierre de la brecha de Continuidad.....	32
4.1.2.3.2 Cierre de la brecha de Competencia técnica.....	33
4.1.2.3.3 Cierre de la brecha de Seguridad del Paciente.....	33
4.1.2.3.4 Cierre de la Brecha de Trato y Relaciones.....	33

4.1.2.3.5 Cierre de la Brecha de Género y Cultura	34
4.1.2.3.6 Cierre de la Brecha de Comodidad	34
COMPONENTE V: ESTIMACIONES DE FINANCIAMIENTO.....	34
5.1. PASO I: Revisión del Análisis de brechas y el Cierre de las brechas directas e indirectas	36
5.1.1 Revisión de fuentes primarias de información.	37
5.1.2 Clasificación de los requerimientos de inversión.....	37
5.2 PASO 2: Elaboración de la Estimación de Necesidades de Inversión por categoría y por año	37
5.3 PASO 3. Estimación de las necesidades financieras para cubrir costos recurrentes o de funcionamiento.....	38
COMPONENTE VI: PRIORIZACION PARA LA GESTION DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL DE LAS REDES INTEGRADAS	38
6.1 PASO 1. Criterios para la selección de la modalidad de gestión para la provisión del Conjunto de Prestaciones del Servicio de Salud y de Paquetes Específicos.....	39
6.2 PASO 2 Análisis del Marco Legal	40
6.2.1 Revisión de los marcos normativos, operativos y contractuales del estado	40
6.3 PASO 3 Criterios para la selección del gestor y la transparencia del proceso....	41
6.4 PASO 4 Ruta crítica para las actividades preparatorias basadas en el mecanismo de gestión	42
COMPONENTE VII: ORGANIZACIÓN DE LA GESTION DE LA RED INTEGRADA PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	42
7.1 PASO 1 Gobernanza del gestor de la RISS.....	42
7.2 PASO 2 Equipo Técnico Coordinador y Asistencial del Gestor.....	42
7.3 PASO 3. Organización interna del gestor.....	44
7.3.1 Procesos de trabajo de la gestión clínica y de pacientes de la microrred.....	44
7.3.2 Procesos de trabajo de gestión de recursos.....	45
7.4 PASO 4. Elaboracion del Plan de Trabajo.....	46
7.5 PASO 5. Establecimiento de mecanismos de control.....	47
7.6 PASO 6. Establecimiento de mecanismos de coordinación	47
COMPONENTE VIII: Elaboracion del Plan Regional de Gestión de la RISS.....	48
COMPONENTE IX: Monitoreo del proceso y resultados de la gestión.....	48

9.1	Paso 1. Planificación del proceso de monitoreo	48
9.2	Paso 2. Organización del proceso de monitoreo	48
9.3	Paso 3. Recopilación de información veraz.....	49
9.4	Paso 4. Análisis de la información	49
9.5	Paso 5. Utilización de la información	50
9.6	Paso 6. Control de la Información.....	50
VI.	BIBLIOGRAFIA.....	52
VII.	GLOSARIO	53

I. PRESENTACIÓN

La nueva propuesta de gerencia pública en el país orienta al cambio del tradicional modelo de gestión enfocado en procesos a otro con un enfoque en resultados. La gestión por resultados se orienta a la productividad y eficiencia en el sector público a través del mejor manejo de la planificación, programación, presupuesto y los recursos. Esto implica la modificación de la gestión de las redes a una gestión descentralizada basada en resultados de acuerdo al Modelo Nacional de Salud (MNS), que permita relacionar directamente la inversión de recursos con resultados en salud previamente definidos por la Secretaría de Salud de Honduras (SESAL).

Bajo estos lineamientos, el presente documento aspira al cumplimiento de tres propósitos. Fundamentalmente, el documento es una guía que brinda lineamientos de planificación, a los equipos de la Unidad de Planeamiento y del Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud, para la formulación del plan regional de la gestión de la red de servicios; con la participación de los equipos de las redes integradas de servicios de salud.

Adicionalmente, es un instrumento elemental para operativizar la Reforma del Sector Salud que conduce actualmente la SESAL y que tiene como ejes centrales, el fortalecimiento del rol rector y la separación de la función de provisión, esta última basada en la descentralización de la gestión de la provisión de red integrada de servicios de salud, que pretende como resultado lograr un mejor acceso de la población a servicios con calidad enfocado a satisfacer la demanda y no en el enfoque tradicional de la oferta.

Finalmente, esta guía servirá de instrumento para ordenar la operativización del componente de gestión de redes del MNS, permitiendo sistematizar los esfuerzos de la expansión nacional de descentralización y en el nivel local deberá desencadenar el desarrollo de capacidades para la planificación, gestión, provisión y control social de la oferta de servicios de salud, resultando en una mayor eficiencia y efectividad en la provisión y el uso de los recursos. Serán los equipos técnicos regionales mencionados anteriormente, acompañados del apoyo técnico del nivel central de la SESAL, quienes identificarán las necesidades y propondrán soluciones a los problemas de salud de su población; identificarán las capacidades instaladas existentes y las opciones plausibles para poner en marcha un proceso de gestión descentralizada de los servicios de salud.

La metodología utilizada conduce paso a paso al análisis de los componentes de la guía y recolección de los datos de la red en matrices que se utilizarán como insumo para la elaboración del Plan Regional de la Gestión de la Red Integrada de Servicios de Salud por parte del equipo técnico regional definido, permitiendo así la prestación de servicios con calidad desde el nivel local.

Dra. Sandra Pinel
Dirección General de Sistemas y Servicios de Salud
Secretaría de Salud de Honduras

II. INTRODUCCIÓN

El Modelo Nacional de Salud establece un nuevo enfoque de gestión de los servicios de salud, desarrollando una gestión por resultados como parte de una Red Integrada de Servicios de Salud, procurando así el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, a través de la contratación de gestores locales para la provisión de servicios de salud, que se traduzca en brindar y ofrecer más y mejores servicios para disminuir la brecha entre la demanda y la oferta. Y es a través de este nuevo enfoque de gestión por resultados que se busca aumentar la eficiencia y el impacto de las políticas del sector salud, confiriendo una mayor responsabilidad del funcionario público o gestor por los resultados de su gestión en función de los recursos empleados.

La Secretaria de Salud (SESAL) como ente rector del sector salud tiene como funciones sustantivas de rectoría¹: la conducción; regulación; vigilancia del marco normativo sanitario; vigilancia de la salud; modulación del financiamiento; garantía del aseguramiento; y, la armonización de la provisión de servicios de salud. El planteamiento de la Reforma es el fortalecimiento del rol rector de la SESAL y de su instancia que ejerce la mesogestión con funciones delegadas de conducción y armonización de la provisión en su espacio geográfico correspondiente.

El fortalecimiento planteado requiere la separación de funciones rectoras de la provisión de servicios de salud, a través de la descentralización de la gestión de los servicios de salud² que constituirá el componente esencial del proceso de la Reforma, debiendo la SESAL: “ a) *organizar redes de servicios a nivel municipal, intermunicipal y departamental, b) profundizar la autonomía de la gestión de redes de salud intermunicipales y de los hospitales para el adecuado abordaje de los problemas, y c) establecer la articulación entre las diferentes unidades proveedoras, para la conformación de estas redes*”.

Lo anterior implica una nueva organización en Redes Integradas de Servicio de Salud (RISS), definidas como una “red de organizaciones que prestaran servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y rendirán cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”³. Las RISS serán plurales, integradas y debidamente reguladas; de manera que sus integrantes podrán ser públicos o no públicos, articuladas para su coordinación en cumplimiento con los objetivos que establezca la SESAL.

Surge así un nuevo rol de la Región Sanitaria, a partir de las funciones delegadas de la Rectoría: la armonización interinstitucional y de la conducción sectorial, como ser la normalización / regulación sanitaria -incluida la vigilancia de su cumplimiento- responsables del desarrollo de

¹ Modelo Nacional de Salud. Secretaria de Salud Honduras. Mayo 2013.

² Marco de la Reforma del Sector Salud 2009

³ Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. OPS, 2010

los mecanismos de gestión financiera, la gestión de riesgo en salud, la asignación de los recursos y de la gestión del financiamiento de la salud pública.

En este transitar, las Regiones Sanitarias han tenido una participación preponderante en el proceso de implementación de este nuevo modelo de gestión por resultados para la provisión de servicios de salud y como evaluadores de la calidad de los servicios según lo establecido en los instrumentos de relacionamiento entre el financiador y el gestor/proveedor. El convenio/compromiso de gestión, también incorpora un componente de control social al proceso de delegación de la gestión con base a los compromisos adquiridos y el cumplimiento de las partes en función de los recursos asignados, garantizando una gestión institucional transparente y eficiente para la provisión de los servicios de salud.

Con el fin de brindar a los equipos técnicos regionales definidos una herramienta para la elaboración del Plan Regional de la Gestión de la Red Integrada de Servicios de Salud, se construye esta guía que servirá para operativizar este nuevo modelo de gestión.

III. OBJETIVOS DEL PLAN REGIONAL DE GESTION DE LA RISS

General:

Contribuir a mejorar la función de conducción y armonización de la provisión de servicios de salud a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud con una gestión por resultados y enfocada en la demanda de la población.

Específicos:

1. Conocer la situación actual de los servicios de salud, la caracterización y cuantificación de la demanda, identificando las brechas de acceso, situación económica, morbilidad y mortalidad; y situaciones de vulnerabilidad ambiental, entre otras.
2. Identificar las estrategias de atención integral (promoción, prevención, curación y rehabilitación) por ciclo de vida, edad y sexo; y de organización; con base al análisis de brechas orientada a reducirlas y satisfacer la demanda potencial.
3. Contribuir al establecimiento de criterios para definir la modalidad de gestión de la provisión de los servicios de salud a la población de su territorio, con el enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud.
4. Determinar las necesidades de financiamiento, incluyendo la inversión, que contribuya a la consecución de los objetivos de cierre de las brechas de acceso, calidad, eficiencia y equidad identificadas en las poblaciones de las microredes y redes.
5. Contribuir al desarrollo de competencias de los recursos humanos de las instancias de la Unidad de Planeamiento y del Departamento de Redes Integradas de Servicios de las regiones sanitarias, en sus funciones de planificación bajo el enfoque de gestión por resultados.

IV. MARCO REFERENCIAL

La Reforma del Sector Salud en Honduras se fundamenta, entre otros aspectos, en la visión de la descentralización de la gestión de la provisión de servicios, para que estos sean efectivos y seguros, con una gestión centrada en la obtención de resultados que permita una mayor eficiencia y eficacia del sistema, con capacidad para la toma de decisiones apropiadas, en forma oportuna y más cercana al nivel donde se enfrentan los problemas.

Se define que la descentralización adoptará diferentes modalidades de acuerdo a las circunstancias del nivel local; y que la combinación y complementación de las modalidades de descentralización, privilegiando los tipos público-público y público-social,⁴ se constituirán en el eje central de la separación de la función de provisión de servicios. La **modalidad público-**

⁴ Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud 2009. Secretaria de Salud de Honduras. Mayo 2009.

social presupone la participación de organizaciones distintas a la Secretaría, que han desarrollado o pueden desarrollar capacidades y experiencias en los campos de la gestión y/o la provisión de servicios de salud (Organismos No Gubernamentales, Organizaciones con Base Comunitaria). La **modalidad público-público**, considera la participación de instituciones diferentes a la SESAL (Municipalidades, Mancomunidades, entre otros), y también entidades de la gestión o unidades pertenecientes a la misma institución (SESAL). En el caso que se reasignan las funciones de gestión de la provisión a entes separados de la SESAL, se requiere que estos estén constituidos e integrados de acuerdo a la ley.

La incorporación de esta práctica innovadora hacia la operación de un nuevo modelo de gestión de la provisión de los servicios de salud, establecerá una forma diferente de relacionamiento del ente rector/financiador con los gestores, expresado a través de los instrumentos contractuales (convenios, contratos o compromisos de gestión) de acuerdo a la pertinencia de la figura legal que estos gestores adopten. En estos instrumentos, se establecerá ese nuevo relacionamiento y se definirán las responsabilidades, los resultados esperados en salud, y en eficiencia y transparencia en el uso de recursos asignados.

Con el nuevo modelo de gestión cambiarán las reglas del financiamiento para los proveedores públicos quienes deberán **actuar de acuerdo a una gestión por resultados**. En esencia, el funcionamiento de las redes integradas de servicios determinará la redefinición de los diferentes sistemas organizacionales de gestión de recursos, delegándole al gestor de la provisión la operación de estos sistemas de gestión junto con la responsabilidad de rendir cuenta de los resultados de su gestión a la ciudadanía y al rector.

La gestión por resultados es el nuevo enfoque gerencial que se orienta a la productividad y eficiencia en el sector público y no público a través del mejor manejo de la planificación, programación, presupuesto y utilización de los recursos. Es el elemento consustancial de este planteamiento de gestión de la provisión de los servicios de salud y constituye el marco para facilitar a las organizaciones públicas y no públicas, la dirección efectiva e integrada de su proceso de creación de valor público, a fin de optimizarlo asegurando la máxima eficacia, eficiencia y efectividad de su desempeño, la consecución de los objetivos establecidos y la mejora continua en la provisión de servicios.

El gestor y la Secretaría de Salud, adquieren responsabilidades uno con el otro y desarrollan una transacción para la producción de ciertos servicios como unidades de producción, catalogados como productos, a los cuales se les establece un proceso de producción (normativa), unos estándares de calidad, una meta de producción y un valor unitario; el proveedor deberá operar de acuerdo al proceso productivo normado y velará por la calidad y cantidad pactada de unidades de producción.

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

La gestión involucra las acciones coordinadas y orientadas al logro de objetivos institucionales (eficacia) procurando el mejor uso posible de los recursos (eficiencia). Mediante este proceso se planifica, organiza, ejecuta y controla la coordinación de todos los recursos para el logro de las metas y objetivos; siendo el objetivo principal la obtención de resultados.

La organización de los servicios de salud se plantea a través de **Redes Integradas de Servicio de Salud (RISS)** definidas como una “red de organizaciones que prestaran servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y rendirán cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”⁵. Las RISS serán plurales, integradas y debidamente reguladas; públicos o no públicos, y articuladas para su coordinación en cumplimiento con los objetivos que establezca la SESAL.

La organización de la oferta de servicios de salud del primer nivel de atención que nos compete en esta guía, contempla redes articuladas en dos instancias de atención para la provisión de los servicios, que se brindarán tanto en las establecimientos de salud, así como en los ámbitos en que las personas se desarrollan (la vivienda, comunidad, escuela y centro de trabajo, entre otros).

La red de servicios se organizará por niveles de atención, siendo el primer nivel la principal puerta de entrada al sistema de salud, el que se complementará con el segundo nivel en caso que se requiera servicios de mayor complejidad. La red de servicios de salud estará constituida por el conjunto de equipos de salud, establecimientos y servicios, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, con identidad propia desde el punto de vista funcional y administrativo, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones prioritarias de salud, en función de las necesidades de la población.

V. COMPONENTES Y VARIABLES DE LA GUÍA

Este documento tiene como base brindar los lineamientos y criterios para organizar la gestión de la provisión de los servicios de salud de las redes integradas encaminados a la planificación del proceso de descentralización de las mismas con base al Modelo Nacional de Salud, orientando la provisión de los servicios de acuerdo a la demanda. Lo anterior requiere el desarrollo sistemático de los componentes de la guía que se esquematizan en el Gráfico No. I a continuación.

⁵ Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. OPS, 2010

Gráfico No.1 Componentes para la Elaboración del Plan Regional de Gestión de la Red Integrada de Servicios de Salud



Se inicia con un diagnóstico de la oferta actual de los servicios de salud con que cuenta el municipio, y posteriormente se propone conocer y caracterizar la demanda de la población de referencia del municipio. Una vez conocidos ambos elementos, se inicia la configuración y delimitación de las redes integradas de servicios de salud utilizando la **Guía Operativa para la Configuración y Delimitación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)**. A través de esta guía, se organizarán los establecimientos de salud de acuerdo a su complejidad y capacidad resolutoria, así como los servicios de salud, de manera articulada en microredes y redes de salud, permitiendo la coordinación efectiva y permanente entre los diferentes actores para un mejor acceso y la continuidad de los servicios a la población.

Es necesario identificar las **brechas** (discrepancia entre la situación actual y la situación esperada) relacionadas con la consistencia, suficiencia y calidad de los servicios; y de esta forma ser capaz de visualizar las diferencias existentes entre la demanda y la oferta de servicios de salud. Se debe proceder a priorizar la oferta de servicios de salud para cerrar las brechas tomando como base el Conjunto de Prestaciones de Salud planteado en el componente de atención del Modelo Nacional de Salud para el primer nivel de atención, que enfatiza las estrategias de promoción y prevención, sin descuidar las de curación, rehabilitación y apoyo.

Basada en la oferta de servicios necesaria para cerrar las brechas, se vuelve ineludible la necesidad de organizar la gestión (planificación, organización, dirección, control y coordinación) de la red integrada para la provisión de servicios de acuerdo a la demanda identificada, en lugar de la forma tradicional basada en la oferta, de manera que permita identificar nuevos mecanismos de prestación de los servicios de salud previamente priorizados. Esto requerirá la adopción de nuevos modelos de administración que cuenten con elementos de transparencia, rendición de cuentas y control social de la gestión para responder por los resultados obtenidos, entre otros aspectos.

Habiendo identificado la oferta de servicios y la organización del gestor para proveerlos, es necesario determinar los requerimientos de financiamiento para recursos humanos, infraestructura, equipo y materiales; previamente se cerrará la brecha de la capacidad ociosa de la oferta actual de los servicios de salud. Entendiéndose como capacidad ociosa a aquella capacidad resolutive (recursos físicos y humanos disponibles para brindar atención integral y oportuna) de los establecimientos de salud de la red, que no es utilizada.

Finalmente, la Región Sanitaria en el proceso de formulación del Plan de Gestión de la RISS también les trasladará a las redes integradas, a través de planes específicos, la responsabilidad de alcanzar determinados resultados para lograr la mejora en el acceso a servicios de salud. Estos se plasmarán en instrumentos diseñados para formular las estrategias y metas para cada año, con el fin de permitir orientar los planes operativos y de acción de las diferentes redes. Asimismo, se planificará un proceso que monitoree el desarrollo de las acciones de formulación del plan, la consecución de los resultados y la evaluación del desempeño.

FUENTES DE INFORMACION DE LA GUIA

La presente guía está organizada en componentes y sus variables que se analizan a través de una metodología de pasos a desarrollar utilizando las herramientas siguientes:

1. “Matrices Guía para la formulación del Plan Regional de la Gestión de la Red de Servicios de Salud”
2. “Tablas Guía para la formulación del Plan Regional de la Gestión de la Red de Servicios de Salud”
3. “Ejemplos de la Guía para la formulación del Plan Regional de la Gestión de la Red de Servicios de Salud”
4. Anexos en formato electrónico de Word y Excel.

Se inicia con la recolección de datos para alimentar las matrices del sistema georeferenciado del Programa Administración de Tierras de Honduras (PATH), contenidos en el documento en Excel denominado **“Matrices Guía para la formulación del Plan Regional de la Gestión de la Red de Servicios de Salud”** y que cuentan con instrucciones de llenado al pie de ellas. Es importante señalar que la información georeferenciada no deberá ser modificada en la región.

Datos complementarios se registrarán en las tablas (Tablas No. 1 a No. 76) en Excel denominado **“Tablas Guía para la formulación del Plan Regional de la Gestión de la Red de Servicios de Salud”** para realizar el respectivo análisis por componente que servirá de insumo para la formulación del Plan Regional.

Así mismo se incluyen algunos ejemplos que facilitarán el entendimiento para el llenado de las matrices y tablas, el documento en formato electrónico de Word: **“Ejemplos de la Guía para la formulación del Plan Regional de la Gestión de la Red de Servicios de Salud”**. Tanto los ejemplos como las matrices en formato electrónico de Excel han sido hipervinculados para su fácil acceso debiendo hacer clic con el mouse sobre el nombre subrayado y en color azul del documento o la matriz a la que se quiere acceder. En algunos ejemplos, encontrará cuadros demostrativos conteniendo datos hipotéticos mostrando el proceso del llenado.

La unidad de Planeamiento será la responsable de coordinar y documentar el proceso de llenado de las matrices y tablas, creando una carpeta electrónica y en físico de la información a recolectada.

La recolección de los datos en las matrices requerirá de la organización del equipo técnico definido en la región y los equipos locales según el área que le compete para realizar diferentes actividades, como ser:

- a. Entrevistas cortas
- b. Encuestas de salida
- c. Visitas a los establecimientos de salud para obtener información del AT 2
- d. Revisión del ATA
- e. Visita al Almacén de Medicamentos Regional
- f. Visitas a la alcaldía municipal, asociaciones cafetaleras o ganaderas
- g. Visitas locales a la Secretaria de Educación, Secretaria de Trabajo
- h. Otras

A continuación se presentan los pasos metodológicos para el desarrollo de cada uno de los componentes:

I. **COMPONENTE I: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y ANÁLISIS DE ACTORES.**

El diagnóstico de la situación actual de la provisión y análisis de actores **es importante** para conocer y analizar la oferta de servicios de salud que permita la toma de decisiones, y proporcione una línea base con lo cual se pueda planificar el aseguramiento de una oferta de servicios de salud pertinente, oportuna y de calidad en el marco del Modelo Nacional de Salud, dando respuesta a las demandas de la población, y con énfasis en los estratos de la población deprimidos y postergados.

Contribuye a la construcción de la viabilidad de la gestión descentralizada de la provisión de los servicios de salud de forma plural e integrada, permitiendo la armonización de los actores para eficientar los recursos del sistema en la provisión de los servicios de salud.

El **objetivo** del diagnóstico es *brindar la información necesaria* que permitirá posteriormente caracterizar la provisión de servicios, la demanda, e identificar las brechas existentes entre la demanda y la oferta de servicios de salud.

Para realizar el diagnóstico de la oferta según ámbito de atención se deben seguir los siguientes pasos:

I.1 PASO I. ANÁLISIS DE LA OFERTA DIRIGIDA A LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS

Para la identificación de la situación actual de la oferta de los servicios dirigida a la atención a las personas, es necesario contar con la información que se detalla en las actividades siguientes:

1.1.1 Número y Ubicación Geográfica de los Proveedores de Servicios de Salud

Identifique el número y ubicación geográfica de los proveedores de servicios de salud, públicos y no públicos. Realice las siguientes actividades:

- a) Complete la información solicitada en la **MATRIZ a.1** “Inventario de Establecimientos Públicos de Salud -Cartera de Servicios” del documento en Excel que contiene el nombre de los establecimientos de salud existentes en la red, el tipo de establecimiento con sus respectivos códigos geográficos y código del establecimiento de salud (RUPS)- este último brindado por el Departamento de Estadística de la SESAL. Identifique la siguiente información para cada uno de ellos:
 - i. Activo o inactivo.
 - ii. Con licencia o no
 - iii. Días y horario de atención
 - iv. Cartera de Servicios

- b) Complete la información solicitada en la **MATRIZ a.2** “Inventario de Establecimientos Públicos de salud. Recursos Humanos Institucionales” y la **MATRIZ a.3** “Inventario de Establecimientos Públicos de Salud. Recursos Humanos Comunitario”. Anote el número por tipo de recurso con los que cuenta cada establecimiento de salud:
 - Institucionales
 - Comunitarios

- c) Determine por cada red, los establecimientos desabastecidos de medicamentos. Vea el [Ejemplo No. 1](#) para completar la [Tabla No. 1](#) “Establecimientos de Salud Desabastecidos de Medicamentos”, con los datos solicitados, y formule una conclusión en la que indique los motivos del desabastecimiento.

1.1.2 Capacidad Resolutiva de los Proveedores de Servicios de Salud

Con el fin de identificar la capacidad instalada (resolutiva) de los proveedores de servicios de salud, públicos y no públicos, realice las siguientes actividades revisando los datos de la **MATRIZ a.1** “Inventario de Establecimientos de Salud Públicos -Cartera de Servicios” y **MATRIZ b** “Inventario de Establecimientos de Salud no Públicos” para completar la siguiente información:

- a. Determine los establecimientos de salud activos e inactivos.
- b. Establezca los servicios de atención y diagnósticos que brinda cada establecimiento de salud que se encuentre activo.
- c. Identifique los horarios de atención para cada establecimiento de salud de la red (días y horas de atención por servicio).
- d. Determine la capacidad instalada de cada establecimiento de salud, de acuerdo a las instrucciones provistas en la **MATRIZ c**. “Capacidad Instalada de Establecimientos Públicos de Salud / Producción Anual de Servicios”, esto requiere determinar la disponibilidad de áreas de atención (consultorios), número de personal médico y auxiliar disponible, número de horas contratadas por recurso, número de consultas asignadas por hora por recurso humano de acuerdo al ente regulador para cada profesión y número de atenciones brindadas por día, mes y año.

Básicamente se analizará la capacidad instalada y disponible para la atención de consulta ambulatoria.

Identificación de la capacidad resolutive (instalada) disponible. Se entiende por capacidad resolutive, el total de atenciones (consulta ambulatoria) al año que un establecimiento de salud puede brindar de acuerdo al número de consultorios y recursos humanos, que tiene destinado para brindar atenciones.

Inicie identificando el número de consultorios con que cuenta el establecimiento de salud, considere las siguientes situaciones:

- En los casos en que el establecimiento cuenta con varios consultorios pero carece del personal necesario para atenderlos, estos espacios físicos no deben ser incluidos en el análisis de la capacidad instalada. Recordemos incluir exclusivamente aquellos consultorios que cuentan con el personal calificado disponible para la atención.
- Los consultorios que funcionan menos de seis horas, debido a que el médico labora por menos de seis horas, se contabilizará las horas disponibles al día de los consultorios con personal calificado disponible.

Vea el [Ejemplo No. 2](#) para completar la **MATRIZ c** “Capacidad Instalada de Establecimientos de Salud Públicos /Producción Anual de Servicios” y formule una conclusión.

1.1.3 Población por Área Geográfica de Influencia

Los datos de población se recolectaran tomando como unidad de análisis el nivel de municipio. La agrupación se hará por sexo, grupo de edad y ciclo de vida (niñez, adolescencia, adultez y adultez mayor), tal como se muestra en el [Ejemplo No. 3](#), para el llenado de la **MATRIZ e** “Población por Área Geográfica de Influencia”.

1.1.4 Nivel de Satisfacción de la población usuaria

Responda si en la red se realizan encuestas de salida a los usuarios o a la población en general para identificar el grado de satisfacción de los servicios de salud. Si se dispone del instrumentos definido por la Departamento de calidad para este fin, registre el porcentaje de satisfacción encontrado, si no están disponible responda que en la red no se han realizado.

1.1.5 Organización de los proveedores a nivel local

Se entenderá por redes integradas de servicios de salud (RISS) como el conjunto ordenado y articulado de todos los proveedores de servicios de salud, tanto públicos como no públicos, que oferten sus bienes y servicios, como mínimo el conjunto garantizado de prestaciones de salud y los paquetes específicos para grupos especiales dirigido a una población y territorio definidos, sujetos a una instancia común, y que deberán estar dispuestos a rendir cuentas con sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

Responda si los proveedores están o no conformados en red.

1.1.6 Nivel y/o lugar de referencia y respuesta

Un sistema de referencia adecuado contribuye a la solución de problemas y satisfacción de necesidades de salud de acuerdo a su nivel de complejidad, capacidad resolutive definida, y en forma articulada con la red de proveedores.

Para determinar el actual funcionamiento del sistema de referencia y respuesta, se deberá analizar si el flujo de pacientes de un establecimiento de salud a otro de mayor complejidad es el adecuado o no, y si el sistema es adecuado o no, dependiendo del grado de respuesta que brinda el establecimiento al cual se refiere (ver ANEXO No. I Lista de Chequeo Sistema de Referencia Respuesta).

Complete la **MATRIZ d** “Referencia y Respuesta”, enumerando los Establecimientos de Salud (CESARES), y los establecimientos a los cuales refieren (CESAMOS, CMI y Hospital). Formule una conclusión sobre el sistema de referencia y respuesta de la red siguiendo los parámetros de flujo y sistema de referencia adecuado descrito al pie de la matriz.

1.1.7 Identificación de las fuentes de financiamiento de los proveedores de servicios de salud

Complete la **MATRIZ f**. “Fuentes de Financiamiento”, de acuerdo al [Ejemplo No. 4](#), identificando las fuentes de financiamiento de los proveedores de servicios de salud de la red. Formule una conclusión sobre la proporción de financiamiento que recibe la red según fuente local, nacional e internacional.

1.1.8 Análisis de actores

En el sistema de salud actual los distintos actores se relacionan de manera muy débil. La identificación de los roles, articulación y coordinación entre los diversos actores de la red permitirá que funcionen eficazmente y mejore el acceso a los servicios de salud.

Análisis de actores por cada red de servicios complete la **MATRIZ g**. “Análisis de Actores”, en el cual debe de completarlo por cada Red de Servicios, tal como se describe al pie de la Matriz.

1.2 PASO 2. ANÁLISIS DE LA OFERTA DIRIGIDA A LA ATENCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

1.2.1 Identificación de la Oferta de Servicios dirigida a la Población en General

La identificación de la situación actual de la oferta de los servicios dirigida a la atención de la Salud Pública requiere de lo siguiente:

- Registre en la **MATRIZ 1.2.1** “Oferta de Servicios de Salud Pública”, las acciones realizadas en cada red, dirigidas a la población general y/o grupos específicos de riesgo:
 - a) en los componentes de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud;

- b) para la promoción del ejercicio de los derechos ciudadanos y de salud y derechos sexuales y reproductivos; refiera quien coordina las acciones, quienes participan, quien las financia;
- c) acciones sectoriales en que participa para la mitigación y control de los determinantes y condicionantes de la salud.

1.2.2 Identificación de la Coordinación de Acciones de Atención en Emergencias y Desastres

Debido a que a nivel de la Región Sanitaria no se dispone de la información para el llenado de la Matriz 1.2.2 “Oferta de Servicios de Salud Pública”, se deberá recolectar la información a nivel de cada establecimiento de salud a través de la [Tabla 2](#), tal como se muestra en el [Ejemplo No. 5](#).

Posteriormente cada establecimiento de salud deberá enviar el cuadro al departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud quien consolidara la información en la Matriz 1.2.2. y formulará el diagnóstico de los servicios de salud de la red para la atención de emergencias y desastres.

2. COMPONENTE II: CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LA DEMANDA SOCIAL DE SERVICIOS DE SALUD

La **importancia** de este componente radica en que permitirá caracterizar la población (por sexo, ciclo de vida, nivel de pobreza, grado de concentración y de dispersión de la población), e identificar su perfil de salud para conocer y analizar la demanda de servicios de salud, permitiendo dimensionar la magnitud y tipo de intervenciones como respuesta a la demanda social de los servicios de salud.

Contribuye a la planificación, la administración de los servicios de salud, y a la definición de estrategias de abordaje de acuerdo a la caracterización y cuantificación de la demanda.

El **objetivo** de la caracterización y cuantificación de la demanda social, es conocer la población a atender así como sus demandas de servicios de salud, de manera que se puedan visualizar las brechas existentes y poder adecuar la oferta para reducir las mismas.

2.1 PASO I. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y SU PERFIL DE SALUD

2.1.1 Cantidad de población por sexo, ciclo de vida y nivel de pobreza

Obtenga estos datos de la **MATRIZ e**. “Población Área Geográfica de Influencia” de la base de datos en Excel.

2.1.2 Población por ambiente de desarrollo humano por área geográfica y Caracterización territorial

Determine la población por lugar de intervención, por ambiente de desarrollo humano (hogar, escuela, trabajo y comunidad) y por área geográfica (red/municipio, etc.). Vea [Ejemplo No. 6](#) para completar la [Tabla 3a](#).

Este apartado también considera los determinantes sociales específicos que tienen efecto en la salud. En el [Ejemplo No. 6](#) que desagrega los ambientes de desarrollo humano, complete la [Tabla 3b](#) determinando el número de viviendas ubicadas a más de dos horas del establecimiento de salud, de acuerdo al medio de transporte que utilice. También consigne el número de viviendas según la forma de abastecimiento de agua, agua para consumo, eliminación de excretas, disposición de la basura y si cuentan o no con energía eléctrica. La fuente de información es la ficha del Diagnóstico Comunitario de Salud de los EAPS, los líderes comunitarios, y la alcaldía municipal.

2.1.3 Configuración y delimitación de la RISS

Dado que las redes serán reconfiguradas siguiendo los lineamientos del Modelo Nacional de Salud, en este punto, se considerará como unidad de análisis al municipio con sus establecimientos de salud, luego de realizar el diagnóstico de la situación actual de los servicios de salud y análisis de actores con identificación de sus roles, y la caracterización y cuantificación de la demanda de los servicios de salud; estos elementos permitirán identificar las brechas o discrepancia entre la situación actual de salud y aquella que se aspira lograr.

Una vez identificadas las brechas, se debe priorizar la oferta de servicios de salud para lograr su cierre tomando como base el Conjunto de Prestaciones de Salud correspondiente con las necesidades de la demanda, según el planteamiento del componente de atención del Modelo Nacional de Salud. Previo a la priorización de la oferta de servicios, se gesta la necesidad de organizar los establecimientos de salud, de acuerdo a su complejidad y capacidad resolutoria, así como los servicios de salud de manera articulada en redes de salud permitiendo la coordinación efectiva y permanente entre los diferentes actores para un mejor acceso y la continuidad de los servicios.

Se prevé, a partir de la finalización del componente II de esta guía, comenzar el proceso de configuración y delimitación de las redes integradas de servicios de salud utilizando la **Guía Operativa para la Configuración y Delimitación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)**.

Por ende, la presente guía servirá para la obtención de un diagnóstico amplio de los servicios de salud y la caracterización de la demanda con utilidad tanto para la formulación del plan de la gestión de redes como para la configuración y delimitación de estas, con base a los 14 atributos esenciales para la configuración de las redes según la Organización Panamericana de Salud (OPS). Además, brindará la información primaria para la elaboración o actualización del ASIS, no solamente desde la óptica de la enfermedad, sino utilizando otras variables identificadas, entre ellas, las brechas de suficiencia, consistencia y calidad; con el fin de lograr el acceso universal a los servicios de salud como objetivo final del proceso de reforma.

2.1.4 Frecuencia de uso de Servicios de Salud por sexo, grupo de edad y ciclo de vida por cada red

Es el número promedio de servicios que solicita un usuario o el número de actividades realizadas a cada persona que consulta en un período de tiempo, ejemplo: número de consultas por usuario atendido por primera vez.

La **tasa o índice de frecuentación o de frecuencia de uso**, es el número promedio de servicios recibidos por persona al año. La tasa de uso se obtiene, en el caso de servicios ambulatorios, de la suma de los datos de producción de consultas ambulatorias (consultas externas más las consultas de emergencia) y el resultado se divide entre la población potencial que se espera que demandará los servicios. Complete la siguiente matriz para cada red en la región. Obtenga los datos de la fila de total de la **MATRIZ 2.1** “Frecuencia de Uso”.

2.1.5 Perfil de Salud por Red

Describa el Perfil de Salud (Diez Primeras causas de Morbilidad en la Red) de la red, en caso de no contar con esta información, vea [Ejemplo No. 7](#) para completar las [Tabla 4](#) y la [Tabla 5](#). Utilice la metodología de muestreo que se describe en el ANEXO No. 2 en formato electrónico Excel.

COMPONENTE III: ANÁLISIS DE BRECHAS

Este componente es **importante** porque permite medir el grado de separación entre la situación de salud actual y la esperada, con respecto a las variables relacionadas con las brechas de Suficiencia, Consistencia y Calidad.

Contribuye a la identificación de las barreras que originan las brechas de salud, igualmente contribuye a su cierre mediante la priorización del conjunto de prestaciones de salud de acuerdo a los lineamientos de la guía “Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud” y como herramienta para la priorización de la asignación de los recursos orientado a las redes integradas de servicios de salud en base a prioridad.

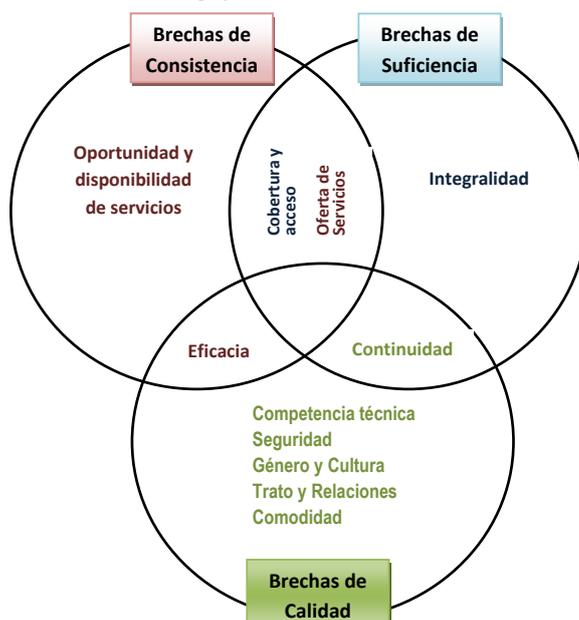
El análisis de las brechas tiene como **objetivos**:

- Brindar los elementos para definir las estrategias de intervención para cerrar las brechas y minimizar las barreras de acceso universal a los grupos prioritarios.
- Contribuir a la priorización de la modalidad de gestión (descentralizada, compromisos de gestión con redes centralizadas, paquetes específicos para poblaciones especiales) para la provisión de servicios a través de redes integradas.

Debe subrayarse que con fines didácticos, las brechas han sido clasificadas de manera que permite su abordaje para la identificación y el desarrollo de las diferentes estrategias e intervenciones para su cierre, en los tipos siguientes esquematizados en el Gráfico No. 2:

1. Brechas de Consistencia
2. Brechas de Suficiencia
3. Brechas de Calidad

Grafico No. 2 Agrupación de las Brechas de Atención en Salud



3.1 PASO I. ANÁLISIS DE LAS BRECHAS DE CONSISTENCIA

La consistencia en la atención de salud ocurre cuando los servicios (oferta) se brindan en concordancia a las necesidades de la demanda, es decir, que los servicios estarán de acuerdo con el perfil de salud, así como de los factores determinantes y condicionantes de los grupos de población prioritaria de la región.

Las brechas de consistencia son las siguientes:

- Oportunidad y Disponibilidad de los Servicios
- De la Oferta de Servicios
- Eficacia

3.1.1 Análisis de la brecha de la Oportunidad y Disponibilidad de los Servicios

La brecha de la Oportunidad y Disponibilidad de los Servicios ocurre cuando los recursos de salud (físicos, materiales, humanos y financieros) no están disponibles para la prestación oportuna (en el momento en que se requieren) de los servicios de salud.

Determine la brecha de la Oportunidad y Disponibilidad de los Servicios realizando las siguientes actividades:

- a. Revise la **MATRIZ a.1** “Inventario de Servicios de Salud- cartera de servicios” y **MATRIZ b** “Inventario de Servicios de Salud no Públicos” y haga un análisis relacionando los lugares donde están concentradas las poblaciones y donde están localizados los establecimientos de salud. Relaciónelo con el grupo de población de **MATRIZ e.** “Población Área Geográfica de Influencia” y con los estándares definidos para determinar el número de habitantes por tipo de establecimiento de salud y responda de una manera descriptiva las siguientes preguntas:

- ¿Están los servicios disponibles en el lugar que se requieren?
Lugares / ambientes de desarrollo humano de atención
- ¿Están los servicios disponibles en el momento en que se requieren?
Días y horarios de atención

Revise la Tabla No. 5 Diez Primeras causas de Morbilidad en la Red del Componente I “Diagnóstico de la Situación Actual de la Provisión” y analice:

- ¿Existe congruencia entre la Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud y el perfil de salud de la población?

- b. **Redacte la conclusión** con base al análisis realizado con la información de la **MATRIZ a.1, b y la Tabla No. 5.**

3.1.2 Análisis de la brecha de la Oferta de Servicios

La brecha de la Oferta de Servicios ocurre cuando existe incongruencia entre los servicios que se brindan u ofrecen y las necesidades de la demanda. Esta brecha puede identificarse al responder las siguientes preguntas:

- ¿Existe la cantidad y tipo de establecimientos de salud requeridos para cubrir la demanda? Haga un análisis basado en la “demanda potencial” en la que responda si la cantidad de establecimientos de salud públicos y privados existentes en la red son suficientes o no para atender la demanda. En el caso de que sean insuficientes, indique que tipos de establecimientos de salud se requieren en la red para completar la oferta de servicios necesaria para atender la demanda.

Para el primer Nivel considere los siguientes estándares basados en cantidad de población, para el cálculo del número de establecimientos de salud:

Establecimientos Tipo 1	Población hasta 3,000 habitantes
Establecimientos Tipo 2	Población de 3,000 a 5,000 habitantes; más EAPS urbano por 600 familias y 1000
Establecimientos Tipo 3	Población según su ubicación geográfica

- ¿Cumplen los servicios que se brindan en los establecimientos de salud los requerimientos para atender la demanda tanto individual como colectiva de acuerdo a la norma (licenciamiento)? Para responder esta pregunta, considere lo siguiente:
 - Escriba el porcentaje de establecimientos de salud públicos de la red, que no cumplen con las normas de licenciamiento. Tome el dato del análisis de la **MATRIZ a.1** “Inventario de Servicios de Salud-cartera de servicios”.
 - Escriba el porcentaje de establecimientos de salud no públicos de la red, que no cumplen con las normas de licenciamiento. Tome el dato del análisis de la **MATRIZ b** “Inventario de Servicios no Públicos de Salud”.
- ¿Cumplen los servicios con los requisitos para garantizar la bioseguridad del usuario y del personal de salud y de la población en general? Para responder esta pregunta deberá tomar como referencia el listado de verificación con los criterios de bioseguridad de los establecimientos de salud que encontrara en el ANEXO No. 3 Criterios de Bioseguridad).

3.1.3 Análisis de la brecha de la Eficacia

En el caso en que los servicios que se brindan u ofrecen no contribuyan a la solución de las necesidades de salud de la población objetivo, surge la brecha de la Eficacia; la cual puede ser identificada al responder la siguiente pregunta:

- ¿Tiene la red la capacidad de resolución de los problemas de salud de acuerdo al perfil de salud? (Tabla No. 5 Diez Primeras causas de Morbilidad en la Red)

Para responder a la pregunta anterior vea [Ejemplo No. 8](#) y complete la [Tabla 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13](#).

La capacidad de resolución se considera eficaz cuando cumple con los siguientes criterios:

- Congruencia entre el Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud y las 10 primeras causas de morbilidad.
- Recursos Humanos y de Infraestructura para brindar atención a las primeras 10 causas de morbilidad (**Matriz a.1** “Inventario de Servicios de Salud- Cartera de Servicios”)
- Abastecimiento de insumos y medicamentos (Tabla No. 1 Desabastecimiento de Medicamentos en los Establecimientos de Salud).

3.2 PASO 2 ANÁLISIS DE LAS BRECHAS DE SUFICIENCIA

La atención de salud es suficiente cuando la oferta de los servicios es adecuada en cantidad y se brinda con integralidad, de manera que atiende todo lo que la demanda necesita, y en forma equitativa para todos los que la necesitan. Por ejemplo, el embarazo; los servicios de salud de la red deben tener la capacidad de atender a todas las embarazadas (cantidad) y a cada embarazada se debe brindar todos los servicios (equitativa) como ser mínimo 5 atenciones prenatales, atención odontológica, citología, pruebas de laboratorio según norma (incluyendo hemograma, VIH, malaria, ITS, examen general de orina, toxoplasmosis), atención institucional del parto, planificación familiar y atención de violencia intrafamiliar, entre otros (integralidad).

Las brechas de suficiencia son las siguientes:

- Cobertura y Acceso
- Integralidad

3.2.1 Análisis de la brecha de Cobertura y Acceso

La brecha de Cobertura y Acceso ocurre con la privación de la posibilidad de que la totalidad de los grupos de población obtengan los servicios que necesitan, en el momento y lugar que los necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable. Para realizar el análisis de la situación actual de Cobertura y Acceso, vea [Ejemplo No. 9](#) para completar la [Tabla No. 14](#) y [Tabla No. 15](#), y concluir sobre lo siguiente:

- ¿Cuántas comunidades tienen acceso a los establecimientos de salud?
- ¿Cuántas Comunidades no tienen acceso? (Tabla 14 complete y formule una conclusión)
- ¿Cuáles barreras se identifican en el acceso de mujeres y hombres?
- ¿Cuál es la demanda satisfecha e insatisfecha? Por procedencia, sexo, ciclo de vida, etnia y por tipo de servicio. Tome en cuenta la población potencial calculada en la MATRIZ e. “Población Área Geográfica de Influencia”, y contraste el dato con la población atendida durante el año.
- ¿Cuántos establecimientos de salud no solicitan pago por los servicios de salud que prestan? ¿Qué porcentaje representa? (Tabla 15 complete y formule una conclusión)
- ¿Cuál es el porcentaje de la población del área de influencia de la red que vive en el área rural y vive bajo la línea de pobreza? Obtenga el dato remitiéndose a la Matriz e. “Población Área Geográfica de Influencia”

3.2.2 Análisis de la brecha de Integralidad

La brecha de Integralidad se presenta cuando la cantidad de beneficios que los proveedores de servicios de salud brindan no permiten cubrir las necesidades de servicios de salud de forma completa e integral conforme a lo que requiere la demanda, y de acuerdo a: **i)** un enfoque centrado en la persona, la familia, la comunidad y el entorno con énfasis en aquellos factores determinantes y condicionantes de la salud, **ii)** estrategias para el abordaje de la salud en las

que la promoción, prevención, curación y rehabilitación constituyen un continuo, y **iii)** el tratamiento de los problemas para los diferentes ciclos de vida de las personas y las condicionantes de género, diversidad e interculturalidad.⁶ Ejemplo: Hay servicios de atención de parto, pero no hay sangre segura disponible o no hay vacunas para los neonatos o métodos anticonceptivos que la usuaria solicita en el puerperio inmediato.

Para identificar la situación actual de la brecha de integralidad vea [Ejemplo No. 10](#) en donde analizará si se brinda el servicio a los usuarios para atender las diez primeras causas de morbilidad en la red de manera integral y formule una conclusión.

3.3 PASO 3. ANÁLISIS DE LAS BRECHAS DE CALIDAD

La calidad en la atención de los servicios de salud se brinda cuando se logra la satisfacción del usuario y los servicios cumplen con estándares de calidad establecidos que aseguren la entrega del mayor número de beneficios disponibles de las ciencias de la salud, con el mínimo riesgo posible para la población atendida. Los estándares de calidad sirven como parámetro de medición de la calidad esperada en un sistema de salud. Las brechas de calidad son la de Continuidad, Competencia técnica, Seguridad, Género y Cultural, Trato y Relaciones, y la de Comodidad.

3.3.1 Análisis de la brecha de Continuidad

La brecha de Continuidad acontece cuando en ocasiones se brinda los servicios requeridos y en otras ocasiones no, causando así interrupciones, suspensiones y repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Por ejemplo, unos meses la usuaria obtiene el método de PF que necesita y otros meses no hay disponibilidad. Haga un análisis en cada una de las redes de servicios existentes en el departamento y concluya respondiendo las siguientes interrogantes para cada red.

- ¿Existe disponibilidad de los servicios abiertos de manera permanente?
- ¿Existe disponibilidad del personal de salud?
- ¿Existe disponibilidad permanente de medicamentos e insumos críticos?
- ¿Existe facilidad de tránsito a través de los diferentes establecimientos de la red, hasta la resolución de sus problemas?

Se entiende que un establecimiento de Salud tiene facilidad de tránsito hacia un establecimiento de mayor complejidad cuando:

- Existe carretera transitable en invierno y verano.
- Existe sistema de transporte interurbano matutino y vespertino.
- Existen en la comunidad medios alternativos de transporte para trasladar pacientes

Para responder a las interrogantes anteriores, pase al [Ejemplo No. 11](#) y complete la [Tabla No. 16](#) y la [Tabla No. 17](#).

⁶ Modelo Nacional de Salud. Secretaria de Salud de Honduras. Mayo 2013.

3.3.2 Análisis de la brecha de Competencia técnica

El recurso humano deberá poseer habilidades específicas para poner en práctica los conocimientos técnicos que permitan el desempeño eficaz de sus responsabilidades específicas.

Se recomienda abocarse al Departamento de Recursos Humanos para obtener la información necesaria para el análisis de esta brecha.

Para realizar este análisis, vea [Ejemplo No. 12](#) y complete la [Tabla No. 18](#) y la [Tabla No. 19](#).

3.3.3 Análisis de la brecha de Seguridad

Identifique la brecha de Seguridad (la atención que se brinda no cumple con los protocolos oficiales de atención en procura del mínimo de riesgo posible para el usuario), dando respuesta a las preguntas siguientes:

- ¿Qué nivel de cumplimiento existe de las normas de atención?
Para determinar el cumplimiento de normas se tomará como un primer paso que los establecimientos de salud dispongan de los manuales de las normas en físico. Se considerará el cumplimiento de las mismas en los últimos informes de supervisión realizados, monitoreo de indicadores de calidad, etc. y determine en que grado están cumpliendo con las normas los establecimientos de salud.
- ¿Qué porcentaje de complicaciones obstétricas y pediátricas se reportan?
Para este caso revise los reportes de monitoria de RAMNI a nivel de Región y otros que tenga disponible.
- ¿Qué razón de mortalidad se registra en las Redes?
Considerando que el último informe de ENDESA, el nivel mínimo de desagregación es por departamento, para fines del plan se requiere los casos ocurridos por red (razón de mortalidad):
 - Razón de muertes Maternas.
 - Razón de muertes Infantiles.
 - No. De muertes por Violencia y Desastres Naturales.

Vea [Ejemplo No. 13](#) para completar las [Tablas 20, 21, 22, 23, 24](#).

3.3.4 Análisis de la brecha de Género y Cultura

El término género se refiere a “los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.

Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos”.

Las desigualdades crean inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria.⁷ La brecha de género acontece cuando no se respeta la condición y diversidad de género que permite la aplicación del principio de igualdad en la atención de salud entre mujeres y hombres.

Existen las siguientes barreras para el análisis de género:

1. Personal de salud no capacitado para identificar barreras de género.
2. No existe información consignada sobre las barreras de género.

Determine la brecha de Género al analizar si la oferta de servicios por nivel y establecimiento de salud es congruente con su demanda prioritaria y el perfil de salud (por sexo, edad y ciclo de vida). Para este análisis remítase al [Ejemplo No. 14](#) y complete la [Tabla No. 25,26, 27, 28, 29, 30, 31, 32.](#)

En relación a la brecha de cultura se deberá tomar en cuenta su definición, como todo conjunto de conocimientos, creencias, arte, valores, costumbre y cualquier otro hábito y capacidades adquiridas por el hombre como miembro de una sociedad, que determina y regula la conducta humana.

La brecha de cultura acontece cuando no se respetan los conocimientos, creencias, valores, costumbres e idioma de los usuarios.

En la atención a las comunidades Garífunas los servicios deberán contar con pertinencia lingüística al colocar rótulos en lengua Garífuna en los lugares en donde se brinda la atención (archivo, pre-clínica, clínica, post-clínica, farmacia), así como con el recurso humano que hable esta lengua (brecha cultural).

Analice la brecha de cultura tomando en cuenta la población de la red que pertenece a grupos étnicos y los establecimientos de Salud de la red que brindan servicios con pertinencia cultural y lingüística. Para este análisis remítase al [Ejemplo No. 14](#) y complete la [Tabla No. 25,26, 27, 28, 29, 30, 31, 32.](#)

3.3.5 Análisis de la brecha de Trato y Relaciones

La brecha en el Trato y Relaciones existe cuando la atención en salud carece de cortesía y respeto a la persona, sus principios y creencias, así como de un interés/compromiso genuino por atenderle y satisfacerle sus necesidades de salud.

⁷ Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/topics/gender/es/>, 2013.

Determine esta brecha contestando las siguientes interrogantes:

- Cuenta la Red con mecanismos de medición y mejora permanente de la satisfacción de usuarios en los que se mida lo siguiente:
 - ¿Cuentan los establecimientos de salud públicos con ambientes amigables por tipo de servicio? Eje. Espacio físicos identificados con nombre de los servicios, espacio privado para consejería en planificación familiar; para atención de mujeres embarazadas; consejería de VIH.
 - ¿Brindan información y orientación al usuario y sus acompañantes?
 - ¿Brindan servicios con pertinencia cultural y lingüística respetando la idiosincrasia de los grupos étnicos?

Si su respuesta a las interrogantes anteriores es positiva, describa los mecanismos que utiliza.

- Demanda satisfecha e insatisfecha:
 - Para medir la satisfacción de la demanda, revise si se tienen encuestas realizadas previamente en los diferentes establecimientos de salud de la red, y utilice ese dato.
 - Si no cuenta con encuestas de satisfacción, puede optar por realizar una reunión con actores claves dentro de la población de la red (presidente de patronato, personal voluntario de salud, entre otros) para obtener una opinión sobre si la “demanda” (población potencial) está o no satisfecha con los servicios de salud que se brindan en los establecimientos de salud de la red.
 - Otra opción podrá ser utilizar una metodología práctica (entrevista o encuesta corta) que permita recolectar información sobre el grado de satisfacción de la demanda.

3.3.6 Análisis de la brecha de Comodidad

La brecha de la Comodidad es aquella que ocurre cuando los servicios no cuentan con las condiciones de higiene, confort y privacidad que se requiere. Responda lo siguiente en relación a esta brecha:

- ¿Cuántas unidades por tipo de servicio cuentan con ambientes agradables? Cómodos, limpios y con privacidad.
 - Revise los resultados de encuestas de salida de satisfacción de usuarios, u otra fuente (buzón de quejas y sugerencias, libro de quejas) que indique esta dimensión.

Nota: En los lugares en donde no existe resultado de encuestas de salida, será el personal del establecimiento de salud quien deberá evaluar esta dimensión.

COMPONENTE IV: PRIORIZACIÓN DE LA OFERTA CON CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON BASE A LAS NECESIDADES Y DEMANDAS

La priorización de la oferta de servicios de salud es un paso **importante** en el proceso de la gestión de la provisión porque permite entre otros aspectos:

- Identificar y priorizar el conjunto de prestaciones de salud conforme a la demanda.
- Readecuar las capacidades instaladas disponibles.
- Desarrollo de alianzas y utilización de la capacidad social disponibles en salud al nivel local.
- Construir la integralidad del modelo nacional.
- Contribuir a la planificación estratégica con una visión gerencial orientada a la gestión por resultados con calidad.

Contribuye a que la Región Sanitaria ejerza la función de conducción y armonización para la provisión de servicios, así como la introducción de la gestión por resultados para el logro de resultados con eficiencia, calidad y equidad.

Los **objetivos** de este componente son:

- Definir un conjunto de prestaciones de salud, orientado al logro de resultados que permitan ir cerrando las brechas y barreras que la población tiene para acceder a servicios de salud.
- Determinar la modalidad de gestión que asegure el acceso a la prestación de servicios de salud con calidad.
- Orientar la asignación, uso apropiado y distribución de los recursos.

4.1 PASO I. Priorización de la Oferta a través del análisis de la demanda y la oferta de Servicios de Salud de la Red

4.1.1 Revisión del perfil de salud y Configuración del Conjunto de Prestaciones de Salud

- Considere las 10 primeras causas de enfermedad que identificó previamente, y revise la [Tabla No. 5](#) “10 Primeras Causas de Morbilidad en la Red” que se encuentra en el ítem de “Eficacia” en el Componente III “Análisis de Brechas”. Luego proceda a identificar los servicios de salud que debe brindar la red de servicios de salud para atender la demanda, tomando en consideración el Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud del Modelo Nacional de Salud.

El Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS) es una lista de bienes y servicios de salud dirigidos a satisfacer y atender apropiadamente las necesidades y demandas de salud que el Estado se compromete a garantizar a toda la población, implicando derechos y obligaciones para los actores del sistema.

De acuerdo al MNS el CPS será universal y junto a las prioridades regionales y locales será el eje ordenador de la producción de servicios en las Redes Integradas de Servicios de Salud del nivel primario (micro-redes) y su complemento en los niveles hospitalarios, así como en las intervenciones de interés sanitario (salud pública);

incluirá los principales servicios que demanda la población y aquellos orientados a enfrentar –además- los factores de riesgo para la salud de la población; por lo que, constituirá lo que los proveedores de servicios de salud de cualquier nivel de atención y complejidad, deberán hacer prioritariamente⁸.

4.1.2 Establecimiento de metas para cerrar las brechas identificadas

- Tome como base las respuestas encontradas en el análisis de las variables estudiadas para cada brecha en el componente III, proceda a definir las metas por año con respecto a las brechas identificadas que se propone reducir.

4.1.2.1 Cierre de las Brechas de Consistencia

4.1.2.1.1 Cierre de la brecha de la Oportunidad y Disponibilidad de los Servicios

Con base a la conclusión del ítem de “Oportunidad y Disponibilidad” del componente III de “Análisis de Brechas” con respecto a las preguntas:

- ¿Están los servicios disponibles en el lugar que se requieren?
Lugares / ambientes de desarrollo humano de atención
- ¿Están los servicios disponibles en el momento en que se requieren?
Días y horarios de atención
- ¿Existe congruencia entre la cartera de servicios y el perfil de salud de la población?

Indique los establecimientos de salud que se requieren aperturar, lugar donde se requieren, y periodo en que se propone aperturar. Vea [Ejemplo No. 15](#) para completar [Tabla No. 33](#).

4.1.2.1.2 Cierre de la brecha de la Oferta de Servicios

Para cerrar esta brecha, planifique que los servicios que se brindan en los establecimientos de salud cumplan con los requerimientos para atender la demanda tanto individual como colectiva de acuerdo a la norma (licenciamiento). Seguidamente identifique si se requiere la construcción, el tipo de establecimiento, y la ubicación necesaria para acercar los servicios de salud a la mayoría de las comunidades de difícil acceso (considere lo que planteo anteriormente para reducir la brecha de continuidad).

Respecto a la cantidad y tipo de establecimientos de salud necesarios para cubrir la demanda, considere el resultado del análisis que se hizo previamente de esta brecha, basado en la “demanda potencial”, y si respondió que son insuficientes, enumere que tipos de establecimientos de salud se requieren en la red para

⁸ Guía de Configuración del Conjunto de Prestaciones de Salud. Secretaria de Salud. 2012

completar la oferta de servicios necesaria para atender la demanda. Vea [Ejemplo No. 16](#) y complete las [Tablas No. 34-36](#).

4.1.2.1.3 Cierre de la Brecha de Eficacia

Para determinar las acciones necesarias para que los servicios que se brindan u ofrecen contribuyan a satisfacer las necesidades de salud de la población objetivo, proceda a analizar en las [Tablas. 37 a 52](#) del [Ejemplo No. 17](#), y registre las acciones por ciclo de vida, sexo y grupo de edad que considere necesarias brindar en las estrategias de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Así mismo, en las [Tablas 53 a 55](#) determine las acciones necesarias para que los servicios que se brindan u ofrecen contribuyan a satisfacer las necesidades de salud de la población colectiva, de manera que se traduzcan en beneficio de toda la población, incluyendo actividades de protección y prevención (información, educación y comunicación), vigilancia de la salud, y el mejoramiento del medio ambiente; así como las acciones específicas para atender emergencias y desastres naturales.

4.1.2.2 Cierre de las Brechas de Suficiencia

4.1.2.2.1 Cierre de la Brecha de Cobertura

- Para fines de programación y presupuesto, inicialmente es necesario determinar los requerimientos de recursos humanos para atender de manera integral y oportuna la demanda de la población. Analice la capacidad ociosa (horas disponibles para brindar atención, sin utilizar) de la red, remitiéndose a la **MATRZ** c. “Capacidad Instalada de Establecimiento de Salud Públicos/Producción Anual de Servicios”, luego:
 - En el [Ejemplo No. 18](#) complete la [Tabla No. 56](#), enumerando las acciones de reorganización que tomará para cerrar la brecha de la capacidad ociosa anual por establecimiento de salud público de la red (brecha directa).
 - En el [Ejemplo No. 18](#) complete la [Tabla No. 57](#), enumere las acciones para el cierre la brecha indirecta (capacidad ociosa en otros servicios del establecimiento de salud).
- Identifique la situación actual de cobertura y acceso determinando la población potencial que se pretende cubrir por año, vea [Ejemplo No.18](#) y complete la [Tabla No. 58](#).
- Tome en consideración el listado de establecimientos de salud públicos que atienden en su mayoría comunidades que no cuentan con vías de comunicación ni transporte terrestre. Resuma en la [Tabla No. 59](#) los establecimientos de salud que no cuentan con vías de Comunicación o Transporte terrestre y defina el número de EAPS requeridos para cubrir esta

población, según el criterio definido (I EAPS urbano por mil familias o 5,000 habitantes; I EAPS rural por 600 familias o 3000 habitantes).

4.1.2.2.2 Cierre de la Brecha de Acceso

- Tomando en cuenta la frecuencia de uso de servicios de salud (total atenciones dividido entre la población total) por sexo, ciclo de vida y por establecimiento de salud; proyecte la frecuencia de uso propuesta para cada uno de los tres años (2015, 2016, 2017).

Remítase al análisis y cierre de la brecha de la capacidad ociosa y proyecte la meta para cada año por ciclo de vida, sexo y grupo etario. Vea [Ejemplo No. 19](#) y complete [Tabla No. 60](#) y [Tabla No. 61](#).

- Las barreras económicas son uno de los principales determinantes de acceso. Partiendo del análisis de la brecha de acceso, pase al [Ejemplo No. 15](#) e indique en [Tabla No. 62](#) cuantos establecimientos de salud públicos de la red, expresado en porcentaje, no solicitarán pago por los servicios que prestan.

4.1.2.2.3 Cierre de la Brecha de Integralidad

El cierre de la brecha de Integralidad permitirá brindar una atención que cubra las necesidades de servicios de salud de forma completa e integral conforme a lo requerido por la demanda. Con base a las conclusiones formuladas sobre la situación actual de la brecha de integralidad. Escriba las acciones específicas respecto a las barreras identificadas de acuerdo a las estrategias de promoción, prevención, curación y rehabilitación, viendo [Ejemplo No. 20](#) y complete [Tabla No. 63](#).

4.1.2.3 Cierre de las Brechas de Calidad

4.1.2.3.1 Cierre de la brecha de Continuidad

El cierre de la brecha de continuidad se logra al brindar los servicios requeridos en forma permanente y con disponibilidad todo el año.

Revise el resultado de análisis de esta brecha, vea [Ejemplo No. 21](#) y complete la [Tabla No. 64](#) con las acciones que considera pertinentes para mantener la apertura permanente de los establecimientos de salud.

Asimismo en [Ejemplo No. 21](#) y [Tabla No. 65](#) enumere las acciones a tomar para lograr un abastecimiento permanente de medicamentos e insumos críticos en todos los establecimientos de salud públicos de la red durante todo el año.

4.1.2.3.2 Cierre de la brecha de Competencia técnica

Basado en el análisis previo de la brecha de competencia técnica, pase a [Ejemplo No. 22](#) y complete [Tabla No. 66](#) y registre por cada establecimiento de salud público de la red, las acciones a tomar para el cierre de la brecha de competencia técnica basado en los hallazgos del análisis previo.

4.1.2.3.3 Cierre de la brecha de Seguridad del Paciente

Para fines de esta guía, considere los hallazgos del análisis de brechas relacionado con la disponibilidad de normas de atención en físico en los establecimientos y el cumplimiento de las mismas, asegurando una atención de calidad para minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos y mitigar sus consecuencias. En [Ejemplo No. 23](#) indique en [Tabla No. 67](#) que acciones tomará para dotar de normas a cada establecimiento de salud, así como el correcto cumplimiento de estas ([Tabla No. 68](#)).

El Sistema Nacional de Calidad en su política establece dos grandes componentes: a) Normalización y reglamentación técnica y b) Vigilancia de la calidad. En el primer componente se definen como áreas prioritarias para el desarrollo de la normativa de calidad en salud: habilitación, certificación y recertificación de los recursos humanos, certificación de servicios y establecimientos, procesos de atención y gestión, mejora continua de la calidad y acreditación.

Para fines de implementar el Sistema y la Política de Calidad, la SESAL ha incorporado en su estructura organizativa una instancia con funciones específicas para este propósito (ver Reglamento Interno de Organización y Funciones de la SESAL, 2014).

4.1.2.3.4 Cierre de la Brecha de Trato y Relaciones

Enumere que mecanismos utilizará la red para medir:

- La mejora de la satisfacción de las personas usuarias, diferenciadas por sexo, respecto al trato
- Cuántos establecimientos de salud públicos tienen ambientes amigables por tipo de servicio. Ej. Espacio físicos identificados con nombre de los servicios, espacio privado para consejería en planificación familiar; para atención de mujeres embarazadas, rampa de acceso para sillas de ruedas.
- Cuántos establecimientos de salud públicos brindan información y orientación al usuario y sus acompañantes
- Cuántos establecimientos de salud brindan servicios con sensibilidad cultural (toma en cuenta las creencias y lenguaje) respetando su idiosincrasia de existir grupos étnicos.

4.1.2.3.5 Cierre de la Brecha de Género y Cultura

Para el cierre de la brecha de género tome las conclusiones del análisis de esta brecha y remítase a la sección de cierre de la brecha de eficacia, la cual considera temas para la atención de salud de las mujeres y los hombres por ciclo de vida y grupo etario; y genere conclusiones respondiendo las siguientes preguntas:

- Identifique las acciones concretas a realizar para eliminar las barreras de género identificadas.
- Identifique las acciones a realizar contra la discriminación en el lenguaje, trato y oportunidades del cuidado en salud hacia las mujeres y los hombres según ciclo de vida y edad.
- Identifique el número de casos de violencia doméstica e intrafamiliar atendidos y referidos.

Basado en el análisis de la brecha de cultura, explique en el [Ejemplo No. 24](#) en la [Tabla No. 69](#) los mecanismos que implementará para disminuir la brecha, de tal manera que esos grupos reciban atención con pertinencia cultural y lingüística, y el periodo en que se hará efectiva la decisión.

4.1.2.3.6 Cierre de la Brecha de Comodidad

Basado en los resultados del análisis de la brecha de comodidad, enumere los mecanismos que utilizará la red para medir:

- La mejora de la satisfacción de los usuarios respecto a la comodidad (los servicios se brindan en condiciones de higiene, confort y privacidad).

COMPONENTE V: ESTIMACIONES DE FINANCIAMIENTO

Las estimaciones de necesidades financieras para el funcionamiento de las RISS tienen los objetivos siguientes:

1. Identificar necesidades de financiamiento para operativizar las estrategias de cierre de brechas.
2. Identificar necesidades de gestión de recursos adicionales con otras fuentes de financiamiento.

La gestión por resultados plantea el pago por producto/servicios ofertados desde la necesidad de la demanda, siendo una forma innovadora de financiamiento para la provisión de servicios de salud. Una de las formas de pago que se ha venido utilizando para la provisión de servicios del primer nivel, es el pago per capita conjuntamente con pagos por servicios, como ser, la atención de parto, para fines de incentivar el incremento del parto institucional establecida como política para la reducción de la mortalidad materna.

Las estimaciones de necesidades financieras para el funcionamiento de las RISS se abordan desde la perspectiva de la inversión y de los costos recurrentes o de funcionamiento para la provisión de servicios de salud.

El reordenamiento funcional de las unidades que proveen servicios de salud integrándolas en redes y articulándolas con los diferentes niveles de complejidad establecidos en el MNS determinara necesidades de inversión que contribuyan en la consecución de los objetivos de cierre de las brechas de acceso, calidad, eficiencia y equidad identificadas en las poblaciones de las redes en cada Región Sanitaria. Por tanto, las decisiones de financiamiento deberán dirigirse hacia: a) lograr el acceso a la atención en los establecimientos de salud; b) que la atención se brinde en las distintas fases de la evolución del proceso salud/enfermedad; y c) que los servicios brinden atención integral con calidad y en el momento en que se requieran.

Con base a ello, se requiere que el financiamiento en salud esté enfocada al mejoramiento de la capacidad de oferta para cerrar las brechas identificadas en los grupos poblacionales; asimismo, la oferta de servicios considerará primeramente la necesidad de integrar la capacidad instalada disponible, independientemente de a quien pertenezca la propiedad, para maximizar la inversión existente en los territorios de las Regiones Sanitarias y evitar duplicar esfuerzos de inversión.

La estimación del financiamiento servirá para la programación y uso eficiente de recursos basado en la identificación de las necesidades según las estrategias definidas para el cierre de brechas y su ordenamiento en el CPS. Esta incluirá la proyección de las inversiones, como ser: infraestructura física, adquisición de equipos, mantenimiento de la infraestructura física y equipos, desarrollo del Talento Humano y desarrollo de Capacidades de Gestión e Inversión Tecnológica. Y también la estimación del costo de funcionamiento de todas las RISS para la provisión de servicios.

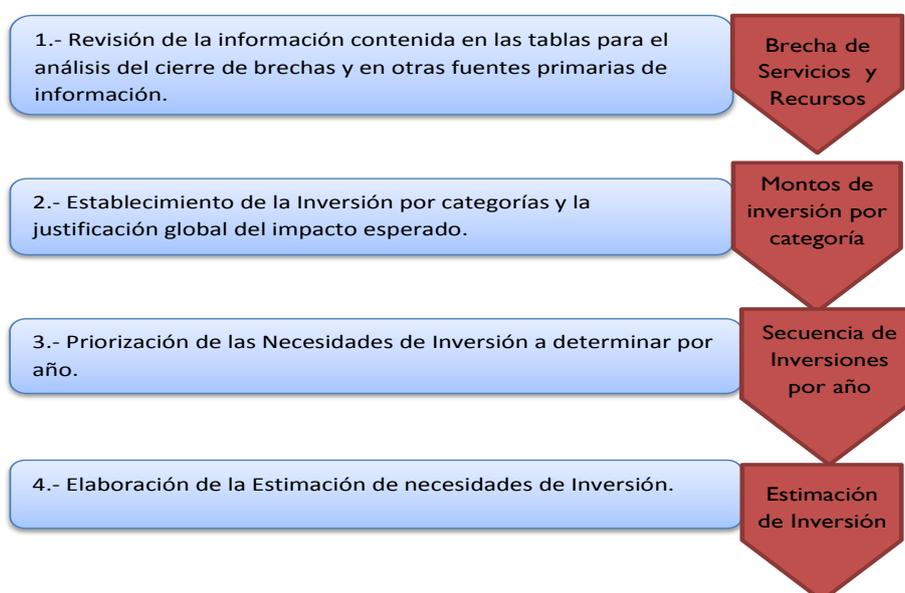
También deberá contar con un sistema de seguimiento y control de la inversión, que permita, entre otros: a) mantener enfocada la inversión en las prioridades definidas inicialmente; b) ajustar la estimación de acuerdo a la modificación en el tiempo de algunas variables sociodemográficas o de cambios en la situación de la inversión privada que afecte la disponibilidad de tecnologías en los territorios; c) la antelación en la preparación de estudios, diseños y presupuestos para la gestión y ejecución del financiamiento para la inversión; y d) la transparencia de la programación y ejecución de los recursos en infraestructura y la dotación de equipo.

Los lineamientos que deberá regir la estimación de las necesidades de financiamiento serán los siguientes:

- Fomentar la ampliación de la cobertura de los servicios de salud previa identificación de necesidades de la demanda y de acuerdo a las estrategias priorizadas.
- Reorganizar los servicios en respuesta a la actualización de la oferta de servicios acorde a las necesidades de la demanda y los avances tecnológicos.
- Planeamiento territorial y articulado (con los diferentes actores del sector salud), permitiendo ampliar la capacidad resolutive para extender la cobertura en la red y la atención del individuo en sus ámbitos de desarrollo (familia, hogar, comunidad y trabajo).

- Fomentar la promoción y prevención en salud individual y salud pública con el fin de:
 - Mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, permitiendo así la prevención y el diagnóstico precoz de enfermedades, acentuado en el primer nivel de atención.
 - Dotar de equipo e infraestructura para la promoción de la salud (equipos multimedia, ambientes físicos adecuados, etc.).
 - Articular las distintas unidades de una red de servicios de salud (dotación de redes informáticas y de comunicaciones, fortalecimiento de los sistemas de información en salud y de información geográfica, el desarrollo de sistemas de monitoreo y evaluación, entre otros).

El presente grafico resume los pasos para la elaboración de la estimación de necesidades de Inversión



5.1. PASO I: Revisión del Análisis de brechas y el Cierre de las brechas directas e indirectas

La elaboración de la estimación de las necesidades de financiamiento se inicia con la revisión del componente de cierre de brechas, incluyendo brechas basadas en la capacidad disponible instalada ociosa; dado que para estas brechas se desarrollarán una serie de acciones de reorganización para utilizarlas y que probablemente demandaran recursos complementarios.

Para ello debe obtener las tablas que contienen la información sobre el análisis del cierre de brechas, y que brindarán las necesidades a expresarse en términos monetarios por año.

Al analizar la información de las tablas se dará cuenta que algunas de ellas están brindando información muy resumida y que para obtener los datos para la estimación de financiamiento se deberá remitir a las fuentes primarias que alimentaron algunas de ellas.

5.1.1 Revisión de fuentes primarias de información.

Al considerar el análisis de las propuestas para el cierre de las brechas de la oferta y la demanda expresadas en el [Ejemplo No. 25](#) con las [Tablas No. 33 a la No. 69](#), con base a la capacidad instalada analizada, y así mismo al contrastar la oferta disponible con la demanda potencial de servicios de salud, obtendrá como producto las necesidades de financiamiento.

5.1.2 Clasificación de los requerimientos de inversión

Cada red deberá completar las tablas que se muestran a continuación por municipios y luego la región deberá realizar el consolidado de la información en el [Ejemplo No. 25 Tablas 70 a 75](#).

Realice por municipio, la clasificación de los requerimientos de inversión por tipo y fuente de información utilizando el formato de las Tablas 70 a 75:

- **Obras:** Construcción de nuevos establecimientos de salud, ampliación de obras de infraestructura y mejoramiento de obras de infraestructura
- **Adquisición de equipos médicos:** Adquisición de equipo para nuevos establecimientos y reemplazo de equipo en mal estado
- **Adquisición de equipos no médicos:** Adquisición de equipo para nuevos establecimientos y reemplazo de equipo en mal estado
- **Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos:** Reparación de equipo médico en mal estado, reparación de equipo no médico en mal estado y reposición de partes fungibles
- **Desarrollo de Talento Humano:** Becas para formación de técnicos en salud y cursos de actualización anual sobre las normativas en salud
- **Desarrollo de Capacidades de Gestión e Inversión Tecnológica:** Adquisición de software para gestión de servicios e investigaciones en campo

5.2 PASO 2: Elaboración de la Estimación de Necesidades de Inversión por categoría y por año

La elaboración de la estimación de la Inversión a través de la consolidación de todos los productos de los pasos anteriores para el cierre de la brecha existente entre la oferta de servicios del establecimiento de salud y la demanda potencial, vea [Ejemplo No. 25](#) y complete la [Tabla 76](#).

5.2.1 Estimación Financiera para cada categoría de inversión

Tomando como insumo los requerimientos de inversión por categoría expresadas en las tablas elaboradas en el paso anterior, realice las estimaciones financieras para cada categoría de inversión que será objeto de financiamiento, utilizando unidades de medida estándar y precios de mercado, asegurando la elaboración de una bitácora de cálculo que será útil para que, cada año, sean actualizadas las estimaciones con fines de gestionar los fondos para la ejecución de la inversión.

- Las obras deberán calcularse por metro cuadrado y utilizando los precios por zona, según lo establece por el Colegio de Ingenieros Civiles o la Cámara de Comercio.
- Los equipos deberán recoger un mínimo de especificaciones técnicas para obtener los precios de mercado.
- Las reparaciones de equipo deberán también especificar, aun cuando sea de forma general, el daño del mismo.

5.2.2 Priorización de las Inversiones

La priorización de las inversiones se establecerá anualmente partiendo del ordenamiento por categorías de la inversión, ya expresadas en términos financieros en la etapa anterior. Realice un proceso de ordenamiento y priorización por año, seleccionando según mayor puntaje asignado por cumplir los requerimientos que permiten la solución lógica y secuencial de los problemas de acuerdo al cuadro en el [Ejemplo No. 25](#) y complete la [Tabla 77](#).

5.3 PASO 3. Estimación de las necesidades financieras para cubrir costos recurrentes o de funcionamiento

El Plan Regional para la Gestión de la RISS introduce un abordaje de la provisión de servicios de salud con un enfoque de integralidad, continuidad y cuidado de la salud de la población, entre otros. Esto demanda realizar ajustes en el proceso de la planificación operativa y de formulación de presupuestos, para que este último incorpore las estimaciones de inversión y también del costo recurrente para la provisión de servicios, utilizando la metodología de estimación de costo per capita la cual relaciona la población, el nivel de uso de los servicios, el volumen de prestaciones, para finalmente establecer un costo per capita al año y un volumen de financiamiento para la red integrada, necesario para alcanzar los resultados en salud planificados.

La herramienta para este cálculo está disponible en el ANEXO No. 4 documento en formato Excel y en el ANEXO No. 5 cuenta el con su respectivo documento metodológico: “Guía para la Estimación de Costos de Servicios del Primer nivel salud” que permitirá realizar las estimaciones financieras por año para cada una de las redes integradas. Una vez calculado el costo per capita también se conocerá el financiamiento de los costos directos e indirectos y del gestor para cada red integrada por año.

COMPONENTE VI: PRIORIZACION PARA LA GESTION DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL DE LAS REDES INTEGRADAS

La **gestión por resultados de la provisión** son las acciones necesarias para desarrollar, fortalecer, y garantizar la asignación adecuada de recursos, su uso transparente ligado a procesos de monitoria, evaluación (indicadores de gestión) y control; rendición de cuentas y auditoria social para el logro del impacto deseado en el bienestar/ salud de la población.

La **priorización para la gestión de la provisión** se define como el establecimiento del orden de delegación de las funciones, la modalidad de gestión, y los mecanismos de cómo realizar y/o delegar la gestión de las redes (a gestores), entendiéndose como la delegación de la

función de gestión de recursos (insumos materiales, recursos financieros, humanos y normativos) necesarios para la prestación de los servicios de salud.

La priorización de la gestión de la provisión, se visualiza desde la Región Sanitaria, como el fortalecimiento institucional que permite dentro de un escenario de separación de funciones e implementación de la gestión por resultados, el desarrollo eficiente y efectivo de la conducción institucional e interinstitucional, así como los relacionamientos con todos los actores territoriales involucrados en la producción de bienes y servicios de salud. Desde el punto de vista de los gestores de las redes, la priorización de la gestión de los servicios pretende valorar el cómo obtener los objetivos pactados con calidad, de acuerdo a una definición clara del Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud, la organización de sus procesos y la toma de decisiones sobre el uso de los recursos.

La selección y priorización del mecanismo para delegar la gestión de la provisión es **importante** porque facilita al equipo regional adecuar la asignación y delegación de la gestión de los recursos (materiales, financieros, humanos y normativos) a las condiciones particulares de las redes integradas, que permitan al gestor la prestación de servicios de salud con calidad.

Contribuye a visualizar los requerimientos para garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios con el fin de seleccionar el mecanismo de gestión de la red integrada.

Los **objetivos** de la priorización de la gestión son:

1. Seleccionar la modalidad de gestión para la provisión del Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud.
2. Facilitar la identificación del conjunto de requerimientos o áreas críticas a abordar para el cierre de las brechas (porcentaje de cobertura, nivel de calidad, competencia técnica, etc.) y disponibilidad de recursos (capacidad instalada, recursos humanos, participación social) con el fin de alcanzar los resultados con los estándares de calidad definidos.

Actualmente, la SESAL trabaja con tres modalidades de gestión: 1) la delegación de la gestión a organizaciones con personería jurídica propia, 2) la contratación de organizaciones para proveer un paquete de servicios específicos, y 3) la delegación a través de compromisos de gestión a gestores propios de la institución.

También, para identificar las competencias, funciones y recursos de la gestión de la provisión a asignar al gestor, es necesario que el equipo regional responsable de este proceso analice la viabilidad y factibilidad del mecanismo de gestión que se seleccione, a través de la revisión del marco legal y financiero de dicho mecanismo.

6.1 PASO I. Criterios para la selección de la modalidad de gestión para la provisión del Conjunto de Prestaciones del Servicio de Salud y de Paquetes Específicos

Las modalidades de gestión ofrecen diferentes ventajas y oportunidades para atender los requerimientos de recursos y alcanzar los resultados pactados para mejorar la salud de la población. Las ventajas están referidas en *la autonomía* adquirida por el gestor, para la contratación de recursos, la compra oportuna de insumos; siempre y cuando el financiamiento

esté disponible; y *las oportunidades* se refieren a la potestad de negociación por parte del gestor de apoyos adicionales para la inversión y para completar el financiamiento de los gastos recurrentes de la provisión de servicios.

Las rigideces presupuestarias a nivel institucional en muchas ocasiones impiden implementar acciones dado que el financiamiento se asigna por objeto de gasto a nivel del SIAFI. Si por la vía de la gestión ante terceros un gestor obtiene una donación de medicamentos, el ahorro en este rubro presupuestario le permitirá al gestor invertirlos en otras necesidades; a diferencia del gestor institucional que está sometido a las rigideces presupuestarias.

Basados en las estrategias de intervención definidas para atender y/o reducir las brechas de consistencia, suficiencia y calidad identificadas en la RISS, la Tabla 2 que se describe a continuación, ayudara en la selección de la modalidad de gestión (gestor no institucional, gestor institucional o compra de servicio) pertinente de acuerdo a la realidad local, los requerimientos y sus implicaciones para desarrollar las estrategias de cierre de brechas a través de su análisis de viabilidad.

Tabla 2. Criterios para la Selección de la Modalidad de Gestión

REQUERIMIENTOS BASADAS EN LAS ESTRATEGIAS	IMPLICACIONES	MODALIDAD DE GESTION QUE VIABILICE LOS REQUERIMIENTOS
Abordaje de la brecha plantea un incremento de EESS, de equipos de APS y otros RRHH	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar la rigidez administrativas y financieras para la contratación de recursos humanos • Gestión de fuentes de financiamiento adicionales 	
Abordaje de la brecha plantea la adecuación de los recursos para la oferta (horarios y flujos, capacidad ociosa)	<ul style="list-style-type: none"> • Decisiones operativas • Negociaciones con el personal 	
La brecha será atendida con mejores instalaciones físicas y equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de fuentes de financiamiento adicionales 	
La brecha será atendida con la adecuación del CPS o incorporación de nuevas prestaciones	Recursos financieros para implementar la adecuación del CPS	

6.2 PASO 2 Análisis del Marco Legal

6.2.1 Revisión de los marcos normativos, operativos y contractuales del estado

La revisión de los marcos normativos, operativos y contractuales del estado permitirá determinar los procesos que pueden ser asumidos por el gestor en el marco de estas leyes y /o los instrumentos de relacionamiento establecidos por la SESAL (por ejemplo, lo establecido en los convenios de gestión). A continuación se brindan algunos ejemplos:

1. El gestor está legalmente autorizado para firmar contratos con profesionales o con proveedores de servicios e insumos
2. El gestor posee capacidad administrativa y financiera para comprar los medicamentos, a excepción de aquellos que la SESAL ha definido proporcionárselos debido a que son de difícil adquisición en el mercado nacional o porque su costo disminuye al hacer las compras utilizando la economía de escala.
3. En el caso de que la red cuente con plazas vacantes, se dará participación al gestor en el proceso de selección a fin de que el contrato sea firmado por la autoridad competente (SESAL).
4. El gestor también podrá contratar una empresa o una asociación de profesionales para disponer de recursos médicos, enfermeras u otros profesionales, lo que significa que el gestor se centra más en su rol y no tanto en el control de los recursos humanos.
5. Cuando se trate de una compra de servicios o de un paquete específico, la RS deberá establecer los procesos de adquisición y llevar a cabo la capacitación del personal para su realización.
6. La disponibilidad financiera en el presupuesto con fines de hacer compras de servicios o paquetes específicos, requerirá que la RS haga la previsión presupuestaria en el rubro de gastos específicos para este fin.
7. Para los gestores institucionales la delegación de procesos de gestión presupuestaria esta designado para aquellos reconocidos como unidades ejecutoras dentro del instrumento legal denominado **Presupuesto de Ingresos y Gastos**, el cual es aprobado anualmente por el Congreso Nacional.

6.3 PASO 3 Criterios para la selección del gestor y la transparencia del proceso

En ausencia de un mecanismo disponible en la SESAL que certifique las instituciones que gestionan y proveen servicios de salud, a fin de contar con la identificación de dichas organizaciones para garantizar la idoneidad de los proveedores de servicios de salud a quienes se les delegue la gestión de los mismos, se propone aplicar un mínimo de estándares de gestión exigibles para la selección de los gestores de la RISS, adaptados del Manual de Certificación de Organizaciones Proveedoras de Servicios de Salud Básicos 2005.

Los estándares de certificación son premisas que definen un requerimiento que servirá de parámetro para medir o comparar con la situación real. Los niveles de cumplimiento de los estándares se definen por medio de los criterios. Con los criterios definidos podrá comparar la situación real con el ideal (estándar) y evaluarla en forma objetiva, salvaguardando la transparencia del proceso (Ver ANEXO No. 6 Estándares de Certificación en formato electrónico Excel).

6.4 PASO 4 Ruta crítica para las actividades preparatorias basadas en el mecanismo de gestión

Una vez que se ha identificado el mecanismo de gestión a utilizar para cada una de las redes integradas, se definirán las actividades, responsables y tiempos de realización para llegar al momento de la negociación y la firma del instrumento de relacionamiento entre el gestor y la SESAL.

Estas actividades dependerán de la modalidad de gestión seleccionada y su marco legal de relacionamiento con el ente financiador (SESAL).

COMPONENTE VII: ORGANIZACIÓN DE LA GESTION DE LA RED INTEGRADA PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Este componente tiene como **objetivo** plantear necesidades de organización de los procesos de trabajo a lo interno del gestor de la red integrada y de las microredes para alcanzar los resultados establecidos en los planes.

La gestión de la provisión de los servicios de salud se basa en resultados, lo que implica que el gestor debe organizar los procesos de gestión clínica y de pacientes para las microredes, así como el de conducción de la red integrada (planificación, organización, dirección, control, y coordinación); por tanto, es necesario que cuente en su organización/operación con algunas condiciones mínimas a cumplir.

7.1 PASO 1 Gobernanza del gestor de la RISS

La Gobernanza se está considerando como fue descrita en la Guía para la Delimitación y Configuración de las RISS, que significa “una forma de gobernar más cooperativa, diferente del antiguo modelo jerárquico... y que en la actualidad implica que las instituciones estatales y no estatales, los actores públicos y privados participan en la formulación y aplicación de políticas públicas. La estructura de la gobernanza moderna no se caracteriza por la jerarquía, sino por actores corporativos autónomos (es decir, organizaciones formales) y por redes entre organizaciones (Rhodes, 1997:53)”, asimismo, se deben retomar las responsabilidades asignadas en dicho documento que se refieren a i) coordinar a los diferentes órganos de gobierno de las entidades que la componen; ii) formular y asegurar que la visión, misión, objetivos y estrategias sean consistentes a través de toda ella; iii) asegurar que alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de sus resultados y sus procesos; iv) normalizar sus funciones clínicas y administrativas; v) asegurar su financiamiento adecuado; y vi) asumir la efectividad del desempeño propio como órgano de gobierno.

7.2 PASO 2 Equipo Técnico Coordinador y Asistencial del Gestor

En los convenios de gestión que actualmente firma la SESAL con los gestores del primer nivel establecen la composición del equipo técnico coordinador y asistencial del gestor. El Gestor

deberá garantizar la contratación de los Recursos Humanos técnicos pactados, respetando los perfiles y requisitos establecidos por la SESAL:

- a. Equipo Técnico Coordinador será conformado por:
 - Un Coordinador(a) de la red de servicios (profesional universitario de la salud con experiencia en gerencia de servicios de salud)
 - Un(a) supervisor (a) de enfermería por un promedio de 5 unidades de salud (Enfermera(o) Profesional con experiencia en monitoria, supervisión y evaluación o actividades afines)
 - Enfermera(o) Profesional para la CMIE
 - Un Coordinador(a) de promoción (Bachiller en promoción)
 - Un Administrador(a)
 - Un Estadígrafo y Asistente
- b. Equipo Asistencial
 - Un Médico(a) General por cada 9,000 habitantes,
 - Una Enfermera(o) Profesional por cada 15 mil habitantes
 - Un(a) Auxiliar de Enfermería por cada 4 mil habitantes.
 - Un Odontólogo(a) por cada 8000 habitantes, quienes rotaran en las diferentes Unidades de Salud y los EAPS según necesidad de la población en un 70% de su tiempo en las comunidades y centros educativos.

Asimismo, el Gestor debe contratar el personal necesario para atender CONE básico y ambulatorio y la Atención Integral a la Niñez con base Comunitaria (AIN-C). El Gestor procurará contratar personal calificado de los pueblos indígenas de las comunidades beneficiarias incluidas en el Convenio.

- c. Equipo de Atención Primaria en Salud (EAPS)
 - un médico (3 horas),
 - una Auxiliar de Enfermería, y
 - dos promotores de salud

Se deberá organizar un EAPS por cada 5,000 habitantes,⁹ el cual será responsable de desarrollar las acciones de promoción de la salud, prevención del daño, atención y rehabilitación contenida en la cartera de servicios en el hogar, la comunidad, escuela, el centro de trabajo y la US.

Si en el transcurso del año es necesario sustituir personal técnico (auxiliar, médico, promotor, enfermera profesional), tanto a nivel del gestor, como de las unidades de salud, deberá justificarse y comunicarse a la Región Sanitaria.

El gestor podrá contratar a personas que desempeñen funciones con la Secretaria de Salud a condición de empleado permanente o temporal, siempre y cuando no exista traslape de

⁹ ORGANIZACIÓN DE LA PROVISION DOCUMENTO BASE PROPUESTA DE CRITERIOS PARA ESTABLECER ARTICULACION ENTRE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION Y LA COMUNIDAD. Secretaria de Salud. 2014

Jornadas; todo lo anterior en base a lo establecido en la Ley del Estatuto del Médico Empleado, Ley del Estatuto del Personal Profesional de Enfermería de Honduras y sus Reglamentos.

7.3 PASO 3. Organización interna del gestor

7.3.1 Procesos de trabajo de la gestión clínica y de pacientes de la microred

Para alcanzar los resultados establecidos en los planes, el gestor organiza los procesos de trabajo de los proveedores de la microred y de la RISS relacionados con las funciones de la gestión clínica y la gestión de pacientes.

El transitar de un enfoque de la gestión de los servicios a la gestión por procesos permitirá dos cambios importantes:

1. “Horizontalizar” la gestión de procesos a través de la coordinación entre departamentos y servicios, de manera que se habla de “nuestro” usuario en lugar de “mi” usuario.
2. Los procesos son la base para la mejora de la calidad, efectividad, eficiencia y satisfacción.

La **gestión por procesos** es una forma de organización diferente de la tradicional organización funcional, en la que prima la visión del usuario sobre las actividades de la organización. Los procesos así definidos son gestionados de manera estructurada y sobre su mejora se basa la de la propia organización. La administración por procesos organiza los servicios de salud en función de los intereses del usuario. Existe un propietario del proceso, se describen los pasos, se identifican los usuarios y proveedores y se describen los indicadores para medir su eficiencia y efectividad.¹⁰

La gestión por procesos estructurada, con recursos y coordinación adecuada, optimiza la utilización de estos y mejora la calidad de la atención. La gestión por procesos es un elemento estratégico de la excelencia que genera sistematización, disminuye la variabilidad de la asistencia clínica y permite la mejora continua.

Los procesos de trabajo deberán contar con los instrumentos y formatos, que contengan los pasos requeridos para su adecuada ejecución de forma estandarizada. Se deberá determinar la factibilidad de incorporar procesos automatizados con apoyo de herramientas y programa informáticos a los procesos optimizados.

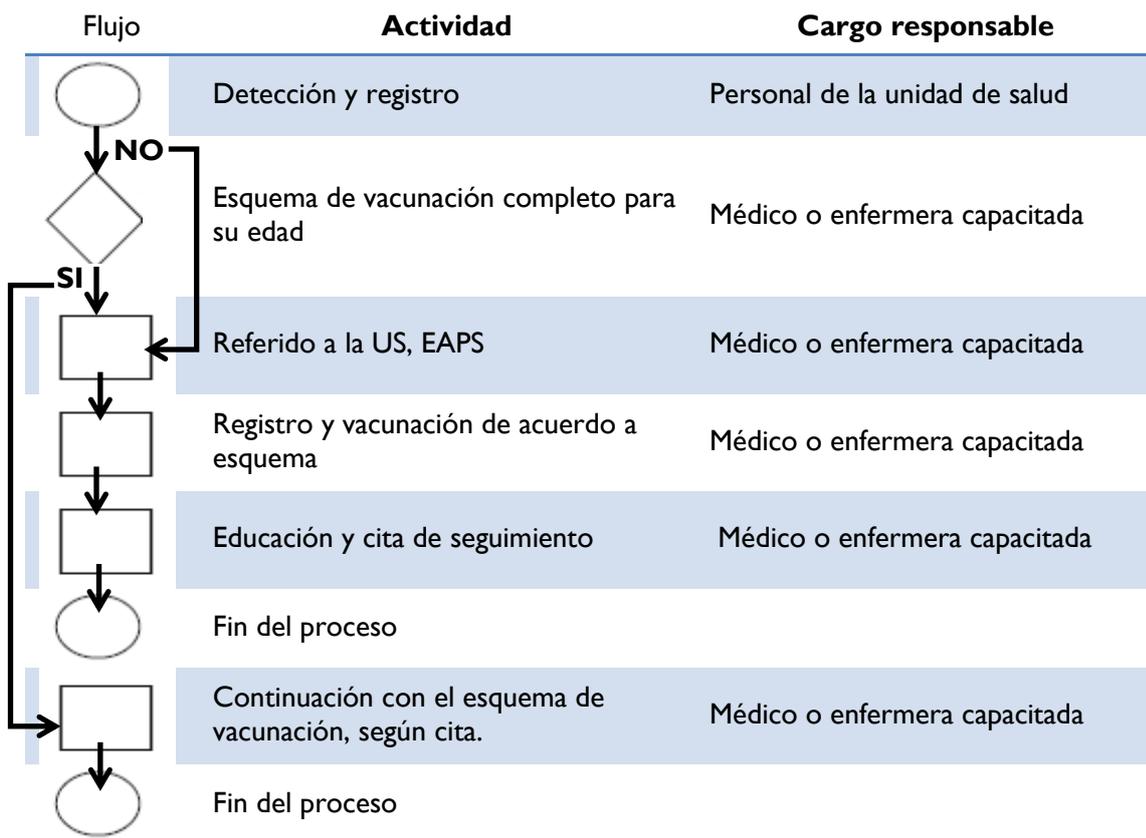
En cuanto a la implementación de los procesos de trabajo, cada equipo gestor de la red será el equipo conductor y responsable de su implementación en cada unidad de salud bajo su responsabilidad.

¹⁰ Propuesta de planteamiento metodológico para reorganización de flujos de atención por tipo de servicio (CONE, PF, AEIPI, AIN-C). Iniciativa Salud Mesoamérica | 2015-MSH. Agosto 2014.

A continuación se presenta un ejemplo de un proceso de gestión clínica de pacientes:

Procesos prioritarios del sistema de atención materna infantil del primer nivel de atención por grupo etario.

Proceso 5.1: Grupo de edad de 1 a 04 años esquema de vacunación según norma.



7.3.2 Procesos de trabajo de gestión de recursos

El gestor deberá decidir la organización que le permita una gestión operativa eficaz de los recursos financieros, materiales, tecnológicos y humanos para asegurar el logro de los

resultados previstos (gestión por resultados). Deberá considerar entre otros factores, lo siguiente:

- **Gestión de recursos para la salud como un derecho:** La Constitución de la Republica establece el derecho a la salud de las personas, por ello los recursos deben estar disponibles para el cuidado de la salud no como una dádiva del Estado o del gestor, sino que como respuesta a un derecho que tienen las personas que habitan en el área de responsabilidad de la red de servicios y que deben dar respuesta a su demanda, tomando como base lo planteado en el Modelo Nacional de Salud que indica que la atención debe centrarse en la persona, familia, comunidad y su entorno (hogar, escuela, trabajo, comunidad) haciendo énfasis en la promoción y prevención sin descuidar la curación y rehabilitación.
- **Gestión de redes continuas, complementarias e integradas:** significa que el gestor debe identificar y establecer mecanismos que aseguren la continuidad y complementariedad de las acciones que faciliten la debida articulación de los distintos establecimientos de salud de la red (públicos y no públicos) de acuerdo a los niveles de atención y escalones de complejidad creciente en el marco de lo que es una red integrada de servicios de salud (RISS).
- **Principios y normas de la contabilidad patrimonial del estado y contabilidad analítica de costos:** los productos de salud a ofrecer deberán cumplir con estos principios, permitiendo así asegurar la suficiencia de los fondos asignados para el cumplimiento de las actividades y también no pone en riesgo el flujo de fondos de parte de las fuentes financieras debido a prácticas administrativas inadecuadas.

7.4 PASO 4. Elaboracion del Plan de Trabajo

El plan de trabajo de la red debe estar alineado al plan estratégico de la región sanitaria, para ello deberá:

- Revisar la planificación estratégica a largo plazo de la región sanitaria. Es necesario que el gestor conozca los objetivos y resultados previstos en el plan a largo plazo de la región (plan estratégico) y planes a mediano y corto plazo, para que el plan de trabajo del gestor de la red esté alineado con los objetivos y resultados planteados en los planes de la región y que a su vez responden al plan estratégico institucional y al Plan de Nación establecido. La región sanitaria deberá proveer al gestor los objetivos y resultados respectivos.

Requisitos de los Planes de Trabajo

- **Revisión de brechas y barreras:** Las actividades y tareas que se planteen en el plan de trabajo deben estar orientadas a cerrar brechas y eliminar barreras, para ello la región debe proveerle al gestor las metas establecidas previamente para el **cierre de cada brecha;** y a su vez el gestor debe identificar las actividades y tareas a realizar para el logro de las metas.

- **Integrar el plan al presupuesto:** se debe asegurar de que exista una adecuada integración entre la planificación y el presupuesto, lo que significa que en el plan no deben aparecer actividades o tareas que no tengan un respaldo presupuestario.
- **Integrar fuentes de financiamiento** que contribuyan al logro de las metas, así el gestor debe identificar que otras fuentes financieras, adicionales a las que la SESAL le adjudica, están disponibles (eje. Municipalidad, ONG, agencias de cooperación externa etc.), y especificar en el plan de trabajo la fuente de financiamiento para cada actividades.
- **Elaborado de forma participativa** con los actores de su red, es necesario que el plan sea elaborado con actores claves de la red de servicios ya que su involucramiento permite establecer compromisos de ejecución de las actividades y vincular el accionar con los objetivos y resultados.

7.5 PASO 5. Establecimiento de mecanismos de control

El control es la función administrativa que debe ser enfocada a vigilar la consecución de los objetivos y resultados previamente establecidos en la planificación, para ello es necesario que el gestor:

- Establezca mecanismos que aseguran el control programático, financiero (mecanismos que permitan conocer y dar seguimiento a los costos, y a la producción) de la calidad (mecanismos de control de los procesos de atención y los productos de salud que le permita introducir medidas correctivas y/o de mejora de forma oportuna y continua). Ejemplo asegurar la implementación de la normativa sanitaria y de atención a las personas, desarrollar mecanismos de monitoreo y evaluación, entre otros.
- Establezca mecanismos de transparencia, rendición de cuentas y control social de la gestión.

7.6 PASO 6. Establecimiento de mecanismos de coordinación

Es necesario que al momento de organizarse, el gestor considere que deberá establecer mecanismos para sincronizar las diferentes actividades y diversos actores para asegurar que funcionen adecuadamente en la consecución de los objetivos y resultados, tanto al interior de los equipos de provisión y gestión como al exterior con los diferentes actores del territorio. Para ello deberá:

- Planificar la coordinación, debiendo identificar con claridad los recursos humanos responsables de hacer la coordinación con los actores locales que contribuyan al logro de las metas y al financiamiento del plan, así como la definición del mecanismo que se utilizará para que desarrollen estas actividades (ejemplo, reuniones periódicas con los actores involucrados; visitas individuales periódicas a los actores, entre otros.)
- Fortalecer, propiciar y participar en espacios de concertación, discusión y control con los actores locales de forma sistemática y continua

COMPONENTE VIII: Elaboracion del Plan Regional de Gestión de la RISS

La elaboración del Plan regional de gestión de la RISS tiene como objetivo planificar la ejecución de las estrategias y metas para el cierre de las brechas involucradas en el acceso universal a los servicios de salud en tiempo y por red integrada de servicios, vinculándolos con el presupuesto requerido por año.

En el proceso de formulación del Plan de Gestión de la RISS (ANEXO No. 7 en formato electrónico Excel), la Región Sanitaria también les trasladará a las redes integradas, a través de planes específicos, la responsabilidad de alcanzar determinados resultados para lograr la mejora en el acceso a servicios de salud. Estos se plasmarán en instrumentos diseñados para formular las estrategias y metas para cada año, con el fin de permitir orientar los planes operativos y de acción de las diferentes microredes.

COMPONENTE IX: Monitoreo del proceso y resultados de la gestión

El monitoreo del proceso y resultados de la gestión tiene como **objetivo**, verificar que los recursos del proceso de gestión se desarrollen de acuerdo a las metas establecidas.

La Región Sanitaria debe elaborar e implementar un plan de monitoreo para verificar que los elementos del proceso de la gestión se estén realizando adecuadamente, lo que constituye la garantía de que se van a lograr los resultados esperados con esta nueva modalidad de gestión, con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población, reduciendo las brechas de acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud en los territorios atendidos por cada red.

Para la elaboración e implementación exitosa del Plan de Monitoreo del Proceso y Resultados de la Gestión, y el establecimiento de una cultura de este proceso, la Región Sanitaria deberá seguir y perfeccionar los siguientes pasos:

9.1 Paso 1. Planificación del proceso de monitoreo

El punto de partida será la incorporación en el POA – Presupuesto por Resultados de las actividades principales del Plan de Monitoreo, como ser

- a. **Levantamiento de la información:** incluyendo personas, tiempos y costos.
- b. **Análisis de la información:** incluyendo personas, tiempos y costos.
- c. **Utilización de la información:** incluyendo personas, tiempos, costos y modalidades de utilización de la información

9.2 Paso 2. Organización del proceso de monitoreo

Incorporadas en el POA, las actividades de Monitoreo del Proceso de Gestión, la Región Sanitaria deberá garantizar las siguientes tareas de corte organizativo:

1. Designar las personas y/o equipos encargados de realizar el monitoreo, asignar responsabilidades, para el levantamiento, análisis y utilización de la información
2. Capacitar o inducir en el Plan de Monitoreo.
3. Garantizar los aspectos logísticos conforme a las actividades establecidas en el Plan de Monitoreo.
4. Verificar la pertinencia de los indicadores y compartir los entendimientos claves de

cada indicador en el proceso de análisis y utilización de la información.

9.3 Paso 3. Recopilación de información veraz

- a. Utilizar el “Plan de recopilación de la información” que se establecerá como eje principal del Plan de Monitoreo y que parte del tablero de indicadores de Monitoreo de la gestión (*periodicidad*).
- b. Ejecución de las visitas, actividades y tareas del acto de levantamiento de los indicadores de gestión de las redes, y de la compilación y resguardo de los diferentes tipos de documentos que garantizan la calidad y sustento de la información.

La gestión es un proceso muy dinámico y los equipos encargados de los procesos de Monitoría deben tener una alta capacidad de adaptación al cambio, en especial una actitud creativa para lograr la mejor adaptación de los indicadores establecidos, principalmente para el seguimiento de los resultados esperados; ya que, se deben utilizar aquellos ajustables al perfil epidemiológico y de salud del territorio. Para este fin, se elaborará una guía de monitoreo a partir de los pasos de este componente, que deberá contener un banco de indicadores amplio, para que las regiones puedan seleccionar los apropiados según las brechas enfrentadas, o temáticas más frecuentes a abordar (ciclos de vida, grupos etarios, patología endémicas, entre otros).

Los indicadores de resultados en su mayoría podrán coincidir con los establecidos por el financiador para verificar el cumplimiento del convenio asumido por el Gestor; sin embargo, deben ser dinámicos y adaptables, tanto al perfil epidemiológico como al de salud de la red, y a los avances/logros de la reducción de las brechas para la re-priorización de las estrategias y los mismos indicadores.

9.4 Paso 4. Análisis de la información

Para lograr que la información recopilada tenga el análisis requerido, es importante cumplir con los siguientes aspectos:

1. Las actividades de análisis deben ser planificadas y organizadas (cumplir pasos 1 y 2).
2. En el análisis de la información se convoca a personas que conformen equipos multidisciplinarios, con participantes pertinentes a los indicadores que se analizan.
3. El análisis de la información se realiza mediante una Metodología definida, para lo cual la SESAL garantizará una guía.

La información para el análisis debe recopilarse en la tabla siguiente:

Pregunta	Indicador	Fuente	Recolección de Datos			Análisis		
			Método	Fecha completado	Persona Responsable	Tipo de Análisis	Fecha completado	Persona responsable

9.5 Paso 5. Utilización de la información

Los equipos que realizan Monitoría y no utilizan la información, realizan un proceso incompleto de esta importante metodología de control de la gestión. Para utilizar la información, las Regiones Sanitarias deberán tomar en cuenta los elementos siguientes:

- a. Uso para la toma de decisiones: la información analizada concluye con propuestas de intervención diferenciadas por niveles, que sean factibles y viables de implementar; y otras que no señalan el nivel de intervención, no son factible o viables de implementar, estas hacen que el proceso de monitoreo quede truncado.
- b. Otros usos de la información, también la información debe ser utilizada para compartir con otros socios, programas, instancias o sectores, las lecciones aprendidas. En este sentido, se deben programar intercambios de resultados entre redes, y/o utilizar la información para compartir con todos los niveles de la SESAL, las mejores prácticas (Benchmarking), y entre otras utilidades para la elaboración de documentos que faciliten la gestión de recursos, sean a través de proyectos o mediante búsqueda de donantes o involucrando a los demás actores del territorio.

9.6 Paso 6. Control de la Información

El Proceso de Monitoreo debe garantizar el control de la calidad de los indicadores, para ello se debe incluir en las actividades del Plan:

- a. Vigilancia de la pertinencia de los indicadores. Responde a ¿estamos midiendo lo que se debe medir?
- b. Vigilancia de la calidad de los indicadores y la información recopilada, mediante la aplicación de los criterios siguientes:
 - ✓ Precisión: ¿Son los datos suficientemente precisos para presentar un cuadro justo de la ejecución y facilitar decisiones del(os) gerente(s) al nivel apropiado?
 - ✓ Veracidad: ¿Reflejan los datos una estable y consistente colección y proceso de análisis a lo largo del tiempo? ¿Tienen el debido sustento o evidencia?
 - ✓ Confiabilidad: ¿Todos los participantes del análisis lo comprenden de la misma manera?
 - ✓ Oportunidad: ¿Se presentan los resultados en el momento/tiempos establecido?

La Secretaría de Salud deberá elaborar una guía que permita ejecutar a cabalidad los pasos señalados en este componente; es decir, señalará los detalles de:

1. Planificación del Plan de Monitoreo y Evaluación (M&E)
2. Organización del Plan de Monitoreo y Evaluación (M&E)
3. Recopilación de la información y construcción de los indicadores
4. Procesos de Garantía de Calidad de la información y de los indicadores
5. Procesos de análisis de la información
6. Utilización de la información

Esta guía de monitoria y evaluación deberá desarrollarse con base a la tabla de indicadores que a continuación se presenta, y que se vincula en su organización con el Modelo Lógico del contenido de esta guía, que aparece en la siguiente figura.

PROCESOS	RESULTADOS
----------	------------

Insumos (estructura)	Actividades	Productos	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
Recursos humanos Normas. Materiales Equipos	Acciones o intervenciones según los componentes o estrategias de la guía	Lo que resulta después de realizar las actividades	Indicadores de Resultados (Cambios o efectos esperados con la implementación de las actividades del proceso)		Indicadores de Impacto

En el documento ANEXO No. 8, en formato electrónico Excel, encontrará el tablero de mando con los indicadores de procesos, resultados e impacto que podrá utilizar según el contexto local de la red.

VI.BIBLIOGRAFIA

1. Directiva Administrativa para la elaboración del Plan Maestro de Inversiones en Hospitales e Institutos. Perú. Julio 2010 http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1187_LEG281.pdf
2. Documento técnico: Planeamiento Multianual de Inversiones en Salud a Nivel Regional. Perú 2011 <http://www.politicassalud.org/site/documentos/pmi-libro-final.pdf>
3. Indicadores de Gestión de los Servicios de Salud para la toma de Decisiones. OPS, Washington, DC, 2007. <http://www.mgpss-perc.com/content/43/files/indicadoresdegestiondelosserviciosdesalud.pdf>
4. Ley de Municipalidades y su Reglamento. Decreto número 134-90.
5. Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. Secretaría de Salud. Marzo 2009.
6. Modelo Nacional de Salud. Secretaria de Salud. Secretaria de Salud, Honduras. Mayo 2013.
7. Normas y formatos del Plan Bienal de Inversiones. Colombia.2008 <http://www.boyaca.gov.co/?idcategoria=2128#> . Accesado 2 de Agosto, 2013
8. Plan de Gobierno 2010-2014. Gobierno de Honduras, 2010.
9. Plan Nacional de Salud 2010-2014. Secretaría de Salud. Honduras. 2010.
10. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N0. 4. OPS/OMS, Washington, DC, 2010.
11. Sistema Nacional de Calidad en Salud. Política de Calidad. Secretaría de Salud, Honduras. Septiembre del 2010.

VII. GLOSARIO

Ambientes amigables: contexto centrado en las necesidades y particularidades de los usuarios por sexo, ciclo de vida, edad.

Acreditación: Procedimiento mediante el cual un organismo autorizado otorga reconocimiento formal de que un organismo o persona es competente para llevar a cabo tareas específicas.

Asociaciones municipales: modalidades asociativas, la mancomunidad o asociación de municipios se define como una entidad territorial local, auxiliar y subordinada a los municipios miembros, sujeta al derecho público y exclusivamente gestora y ejecutora por delegación, de programas, proyectos y servicios de interés prioritario, que permiten a sus miembros abordar de manera conjunta problemas que no pueden afrontarse individualmente.

Establecimiento desabastecido: aquel al cual al menos en una de sus 4 entregas trimestrales no se le proveyó el total de medicamentos programados según formato establecido por la SESAL (S-06).

Brecha: el espacio existente entre la demanda y la oferta de servicios de salud: entre la situación actual y la esperada.

Brecha directa: la capacidad ociosa anual del recurso humano.

Brecha indirecta: la capacidad ociosa en otros servicios del establecimiento de salud.

Capacidad ociosa: Se entenderá por la cantidad de horas al año que un establecimiento de salud tiene disponible con recurso humano (médico o auxiliar de enfermería), en las cuales no se brindó atención.

Certificación: Es un procedimiento voluntario mediante el cual un tercero, llamado organismo certificador, otorga garantía escrita de que una persona, producto, proceso o servicio cumple con los requisitos establecidos en relación a una normativa o reglamento, y que determinan la existencia de competencias que permiten ejercer correctamente las prestaciones y funciones esperadas.

Comunidades urbanas: comunidad que tiene más de 2000 habitantes, servicio de agua de tubería, comunicación terrestre -carretera o ferrocarril- o servicio regular marítimo, escuela primaria completa, correo o telégrafo y que posea por lo menos uno de los servicios siguientes: alumbrado eléctrico, alcantarillado y centro de salud (Censo de Población y Vivienda 1988).

Comunidades rurales: aquellas comunidades con menos de 2000 habitantes.

Descentralización: transferencia de poder de decisión, competencias y recursos del nivel central del sector salud del país a estructuras subnacionales permitiendo mayor eficiencia en la inversión social.

Descentralización de la gestión: instrumento para la separación de funciones que permita el fortalecimiento de la rectoría.

Descentralización tipo público-social: proceso de gestión de los servicios de salud efectuada por entes constituidos e integrados de acuerdo a la ley que han desarrollado o pueden desarrollar capacidades y experiencias en los campos de la gestión y/o la provisión de servicios de salud, como ser las siguientes distintas a la Secretaría de Salud: municipios, mancomunidades, asociaciones comunitarias, fundaciones constituidos por patronatos de base comunitaria, organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro (ONG).

Descentralización tipo público-público: dota de autonomía de la gestión a unidades pertenecientes a la misma institución, requiriendo para ello la definición y la creación formal de la entidad específica que deberá asumir esta responsabilidad.

Determinantes de la salud: circunstancias influenciadas por factores económicos sociales, normativas y políticas, en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades.

Equipo de Atención Primaria en Salud (EAPS): Integrado por 3 horas médico general, una auxiliar de enfermería, dos promotores de salud, para atender las necesidades de salud de la población.

Gestión por resultados: proceso que permite vincular el financiamiento con los cambios en el perfil de salud enfermedad de una población determinada. Los insumos (RRHH, insumos materiales, equipos y métodos de trabajo) se convierten en un producto concreto y medible.

Grupo étnico: grupo de personas que se diferencian en el conjunto de la sociedad nacional o hegemónica por sus prácticas socioculturales, las cuales pueden ser visibles a través de sus costumbres y tradiciones. Ejemplo: Pech, Tawakas, etc.

Habilitación: Es un proceso desarrollado por el establecimiento o servicio de interés sanitario, y que implica la revisión y el cumplimiento de las condiciones básicas y los estándares de conformidad en cuanto a capacidad operativa, científica y tecnológica que están previamente definidas por el ente rector. El cumplimiento de estos estándares es verificado por una entidad designada por el ente rector y será la Autoridad Sanitaria quien otorgará la licencia sanitaria.

Población Potencial: población que le corresponde atender a la Secretaría de Salud en el área de influencia de una red de servicios. Se obtiene restando de la de la población total de la red

(proyección INE), la población atendida por el Seguro Social y la población atendida por el sector privado.

Primer nivel de atención: conjunto de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de salud que se realiza en comunidad, la familia, los individuos y los servicios básicos de la población con los recursos que conjuntamente dispongan

Producto: bien material o servicio final que surge como resultado de la combinación de insumos requeridos para su producción. Son generados a través de proceso, procedimientos y acciones llevadas a cabo en un centro de gestión productiva o centro de costo.

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

Segundo nivel de atención: conjunto de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de salud que se realiza en los hospitales, con enfoque integral y orientación preventiva, con el objetivo de enfrentar los problemas de salud que por su complejidad demanden recursos de mayor calificación.

Seguridad del paciente: garantiza una atención de calidad para minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos y mitigar sus consecuencias

Tasa de frecuentación: promedio de servicios recibidos por persona al año

Unidad territorial básica: espacio geográfico donde se concentra la población a beneficiar.