

## Herramientas Gerenciales del Sistema de Protección Social en Salud. (System Management Tools Social Protection in Health)

---

[Author(s)]

[Date of Publication] Marzo 2015

[Development objective] RI 4.2 Servicios Sostenibles Materno- Infantil y Planificación Familiar.  
[IR 4.2 Sustainable Maternal Child and Family Planning Services]

[Herramientas Gerenciales; Protección Social; Salud; Público; Modelo.] [Management tools;  
Social protection; health; public; model.]

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

---

Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud  
Management Sciences for Health  
200 Rivers Edge Drive  
Medford, MA 02155  
Telephone: (617) 250-9500  
<http://www.msh.org>



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

# ***HERRAMIENTAS GERENCIALES DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD***

**SPSS**



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

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



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

**PROPUESTA TÉCNICA  
HERRAMIENTAS GERENCIALES  
DEL COMPONENTE DEL  
SISTEMA DE PROTECCIÓN  
SOCIAL EN SALUD DENTRO DEL  
MODELO NACIONAL DE SALUD**

Tegucigalpa, Marzo del 2015

## TABLA DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN .....	1
ANTECEDENTES.....	3
INTRODUCCIÓN .....	8
MARCO DE ACTUACIÓN .....	12
Marco Político de la Reforma.....	13
Marco del Modelo Nacional de Salud .....	16
Marco del Financiamiento .....	18
Marco Operativo.....	23
Marco del Aseguramiento .....	26
Marco Contractual.....	30
HERRAMIENTAS GERENCIALES.....	33
Sistema de Control Contractual del Aseguramiento .....	34
Modalidades Tipo de la Gestión Descentralizada.....	36
<i>Modalidad Público-Privada</i> .....	39
<i>Modalidad Público-Público</i> .....	40
Sistema de Identificación Beneficiarios del Régimen Subsidiado .....	41
Identificación e Incorporación de Grupos Priorizados a los Costos del Aseguramiento .....	43
Sistema de Control Financiero del Sistema de Protección Social en Salud .....	45

ESTUDIOS ECONÓMICOS .....	47
Estudio Actuarial para el Establecimiento de un Régimen de Aseguramiento Público en Salud.....	47
Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud.....	47
Elaboración de la propuesta para la creación del Fondo del Sistema de Salud .	48
Estudio de Necesidades de Recursos Financieros para la implementación de los Modelos de Gestión y Aseguramiento .....	48
Estudio de Equidad en el Financiamiento en Salud .....	48

## **PRESENTACIÓN**

En el presente documento se desarrollan las propuesta técnicas de los instrumentos gerenciales que en el marco de la reforma y desde el punto de vista del compromiso de la USAID/ULAT requiere para su construcción un sistema de aseguramiento público no contributivo régimen subsidiado - en el ámbito institucional de la Secretaría de Salud y lo definido por el Modelo Nacional de Salud - como expresión del Sistema de Protección Social en Salud.

Cada una de las herramientas posteriormente tendrá un documento propio donde se desarrolle cada uno de los temas en particular y a profundidad.

Al momento se consideran cinco herramientas, una de ellas como producto de una consultoría, y cinco estudios económicos relacionados de los cuales uno está en ejecución y otro ya ha sido realizado.

Las herramientas en cuestión son:

1. Propuesta Metodológica para la identificación e incorporación de grupos humanos priorizados a la estructura de costos del aseguramiento (consultoría).
2. Sistema de Control Contractual de Aseguramiento.
3. Sistema de Control Financiero del Sistema de Protección Social en Salud.
4. Sistema de Identificación de Beneficiarios del Régimen Subsidiado.
5. Modalidades Tipo de Gestión Descentralizada.

Se enfatiza que el desarrollo de las herramientas es sinérgico, no necesariamente dan salida a todas las inquietudes y necesidades pero si son las que han sido identificadas como necesarias en éste momento específico.

A la luz de la propuesta de la Ley Marco de la Protección Social y su versión aprobada por el Congreso se tomaran previsiones que tendrán su lugar en las herramientas, al momento se incorporarán los lineamientos generales.

Los estudios considerados pero no totalmente desarrollados en el presente documento son:

- a) Estudio Actuarial para el establecimiento de un régimen de aseguramiento público en salud.
- b) Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud
- c) Elaboración de la propuesta para la creación del Fondo del Sistema de Salud.
- d) Estudio de necesidades de recursos financieros para la implementación de los modelos de gestión y aseguramiento.
- e) Estudio de equidad en el financiamiento en salud

... Además de las consignadas en las leyes, le compete:

1.- ...

2.- Asegurar mediante un régimen específico, el acceso permanente y oportuno a servicios de salud suficiente, integral y de calidad a fin de proteger prioritariamente a la población económicamente más deprimida ante eventualidades que puedan provocar daños a la salud.

3.- ...

PCM 061-2013, del 18 de diciembre 2013, publicado en La Gaceta No. 33,341 del 29 de Enero del 2014.

## ANTECEDENTES

Ante la necesidad de una delimitación conceptual, operativa y funcional fueron desarrollados por la USAID/ULAT algunos documentos de trabajo sobre el Sistema de Protección Social en Salud, a saber:

1. MARCO ESTRATÉGICO, TÉCNICO Y OPERACIONAL DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. Aseguramiento Público en Salud, Régimen Subsidiado, 2013.
2. Propuesta Plan de Implementación Gradual para la Obtención de Servicios de Salud Dentro del SPSS en los Servicios de Salud de la SESAL con Gestión Descentralizada de la Provisión, 2013.
3. ESCENARIO DE CONSTRUCCIÓN PROPUESTA SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, RÉGIMEN SUBSIDIADO, SPS-RS, Diciembre 2013.
4. Aseguramiento. Análisis de Algunas Experiencias de Países en Latinoamérica, Mayo 2014.
5. SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. Sub-Sistema de Aseguramiento Público en Salud, Régimen Subsidiado. Marco Conceptual y Operativo. Enero 2014.

Los objetivos del Marco Estratégico, Técnico y Operativo del SPSS mencionado hablan de su alcance y se presentan a la letra a continuación.

1. *Esbozar y compartir una propuesta que facilite el consenso y toma de decisiones para iniciar aquellos procesos necesarios para el cumplimiento, vía su instrumentación, de las funciones sustantivas rectoras de la Garantía del Aseguramiento y la Modulación del Financiamiento en salud.*
2. *Compartir, ante las diferentes audiencias políticas y técnicas de la SESAL y en general del Estado, los elementos conceptuales básicos identificados sobre la protección social en salud.*
3. *Generar entendimientos y consensos sobre la protección social en salud, que incluya un Sistema de Aseguramiento Público en Salud y un posible Régimen Subsidiado.*
4. *Someter a la crítica propositiva de las diferentes audiencias, una posible alternativa de separación de la provisión, su gestión y financiamiento, de las funciones sustantivas de la Rectoría SESAL para su traslado a un ente receptor ad-hoc.*
5. *Generar espacios de discusión de los posibles escenarios para el desarrollo en el mediano y largo plazo de sistemas de entendimientos relativos al aseguramiento público.*
6. *Sensibilizar a diferentes actores sobre las implicaciones y su responsabilidad para la visualización, el diseño, implementación y desarrollo de un Sistema de Protección Social en Salud en Honduras.*

En éste primer documento fue conceptualmente definida, sobre la base del marco legal vigente y la Política de Protección Social de Honduras, una estructura funcional y operativa que fue discutida y ajustada y que se presenta a continuación.



El Sistema de Protección Social en Salud fue delimitado en un subcomponente de aseguramiento público en salud y otro subsistema de carácter privado, el aseguramiento público se subdividió en un componente contributivo y otro no contributivo y en éste último se considera el régimen subsidiado que es el motivo de atención.

Además del régimen subsidiado se consideró un régimen de cobertura siniestral sobre la base de las experiencias internacionales que han establecido la necesidad de incluir seguros de salud en una serie de actividades, giros de operación y situaciones en las cuales pudiesen requerir asistencia médica muchas personas a una vez lo que ha llegado a agotar los recursos de los sistemas de salud que tuvieron que enfrentar tal situación.

Otros rubros incluidos en la cobertura siniestral son aquellos relacionados con las atenciones de mayor complejidad y alto costo que incluso pudiesen provocar una situación catastrófica al extenuar el patrimonio de una persona o familia. Un caso especial es el del IHADFA que por ley se financia al gravar licores y tabacos

Algunos de los tipos de seguros mencionados son del conocimiento público y muchas personas ya pagan seguros por transporte sanitario o seguro de protección escolar, etc., pero el caso es que se requiere ordenamiento y direccionalidad para el financiamiento del sistema de

urgencias y emergencia médicas de los sistemas públicos que son los que básicamente responden ante tales emergencias.

En la Propuesta de Implementación Gradual del SPSS, se desarrolla un escenario de construcción gradual del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), Régimen Subsidiado (RS) estableciendo a grandes rasgos una ruta crítica en cinco pasos, cuatro a lo interno de la SESAL seguido de un proceso de externalización, es decir:

*“A lo inmediato, a lo interno y en rasgos generales se estima factible, sin transgredir el ámbito de la Secretaría, el desarrollo e implementación de los instrumentos del aseguramiento en al menos cuatro etapas, es decir:*

- 1. La SESAL instrumentaliza y operacionaliza un sub-sistema de aseguramiento público en salud con los gestores/operadores de los servicios con gestión descentralizada de la provisión desarrollando las herramientas operativas, gerenciales y regulatorias que considere necesarias.*
- 2. La SESAL articula y alinea sus procesos de gestión con el desarrollo e implementación de los instrumentos de aseguramiento dentro de los sistemas con gestión descentralizada de la provisión.*
- 3. La SESAL amplía el aseguramiento en salud en el proceso de organización y descentralización de las Redes Integradas de Servicios de Salud.*
- 4. La SESAL generaliza en todos los sistemas descentralizados de salud el uso de los instrumentos operativos, gerenciales y regulatorios desarrollados y fortalece la gestión de la provisión.*

*Posterior y paralelamente se desarrollaría un proceso de externalización del sub-sistema de aseguramiento en una herramienta financiera en un escenario de separación de la SESAL de las funciones de Provisión y Financiamiento de los Servicios de Salud.”*

La visualización del desarrollo de algunos de los elementos del aseguramiento dentro del marco institucional de la SESAL se explica por el hecho de que existe la necesidad pero no se cuenta con el marco legal ni estructural que pudiese hacer posible la implementación de un Régimen Subsidiado.

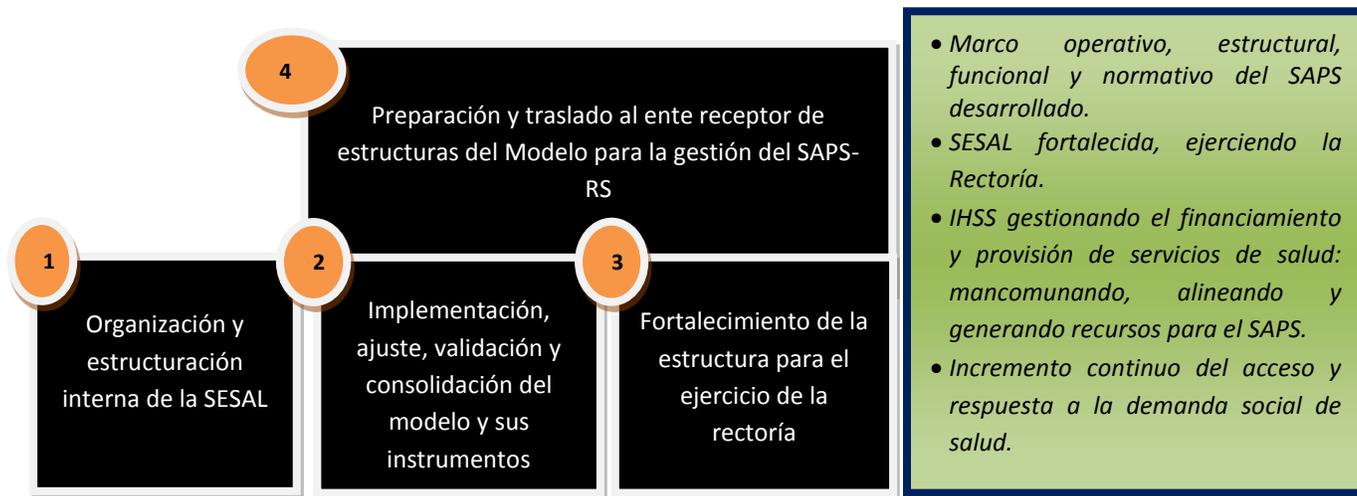
El nicho de aplicación de los desarrollos logrados se define como los procesos de organización y descentralización de las RISS y su regulación por el momento se incluiría en los instrumentos de relacionamiento que establezca la SESAL con

*Los gestores/operadores de Redes Integradas de Servicios de Salud actúan como intermediarios financieros de recursos públicos y por ello prestan servicios públicos debiendo estar sujetos a regulaciones de funcionamiento que aseguren su eficiencia, la transparencia en el uso de recursos y las garantías financieras necesarias para la protección del capital social.*

*Propuesta Plan de Implementación Gradual para la Obtención de Servicios de Salud dentro del SPSS. USAID/ULAT, 2013*

los gestores independientes con gestión descentralizada de la provisión.

Para ello la SESAL y el IHSS considerado como ente receptor se preparan como se ilustra.



En el documento propuesta del Escenario de Construcción se esbozan *“algunas referencias de los sistemas de financiamiento de nuestro continente americano, la inserción del aseguramiento dentro del Modelo Nacional de Salud y se visualiza la separación de fondos para el financiamiento de la Provisión de Servicios Personales (Paquetes Garantizados de Servicios de Salud y Paquetes Especiales) y aquellos relacionados con el financiamiento de la Rectoría y el Desarrollo Sectorial.”*

Para el análisis de algunas experiencias latinoamericanas se hizo una comparación de su marco jurídico, la existencia de planes de salud y aseguramiento, como se organizan los sistemas y como focalizan a sus beneficiarios generando un documento resumen.

De las experiencias más cercanas se realizó una revisión de sus manuales de operaciones y se concluyó sobre su operabilidad.

Del análisis de todos los factores se pudo concluir sobre experiencias afines sin que necesariamente puedan o deban ser replicadas en nuestro medio y que sin embargo son fuente de profunda reflexión.

Al análisis de las experiencias foráneas se agregó el de las experiencias nacionales.

Finalmente se desarrolló un documento del Marco Conceptual y Operativo del SPSS con fines de socialización y en él se toca el tema haciendo una presentación con énfasis en los diferentes entendimientos y avances, así como la exposición de criterios básicos y la contextualización.

Sus objetivos declarados fueron:

1. Sensibilización del tema, responsabilidad indelegable del estado.
2. Desarrollar, fortalecer y construir entendimientos y consensos.
3. Presentar una guía para la discusión.
4. Abrir espacios para la discusión conceptual y operativa de escenarios a mediano y largo plazo, planes de trabajo y cronograma de actividades.

El documento fue de gran ayuda en los primeros acercamientos a los equipos técnicos de la SESAL.

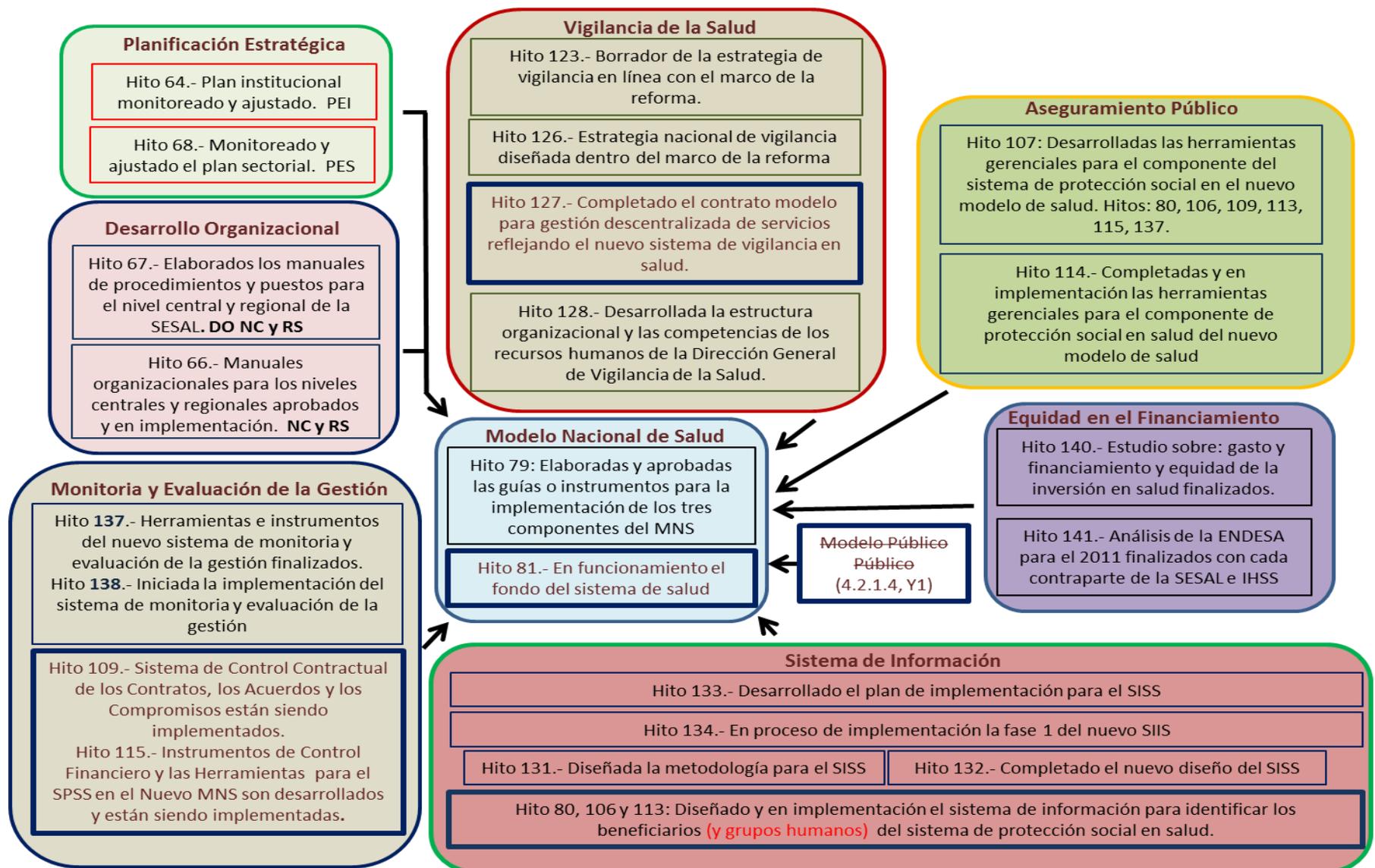
## **INTRODUCCIÓN**

La implementación del Modelo Nacional de Salud es un reto de singular proporción y alrededor de ello se construyen los diferentes procesos y sub-procesos de asistencia técnica que se están implementando desde el Componente de Reforma.

De forma parcial, sin llegar a pretender ser exhaustivos, y a la vista de los desarrollos más cercanos es posible identificar los siguientes procesos:

1. Planificación Estratégica con dos sub-procesos:
  - a. Plan Institucional monitoreado y ajustado (PEI), y
  - b. Monitoreado y ajustado el plan sectorial (PES)
2. Desarrollo Organizacional, con sus respectivos sub-procesos:
  - a. Manual de Organización y Funciones del Nivel Central,
  - b. Manual de Procesos y Procedimientos del Nivel Central,
  - c. Manual de Puestos y Responsabilidades del Nivel Central,
  - d. Manual de Organización y Funciones de las Regiones Sanitarias,
  - e. Manual de Procesos y Procedimientos de las Regiones Sanitarias,
  - f. Manual de Puestos y Responsabilidades de las Regiones Sanitarias
3. Vigilancia de la Salud con su variedad de sub-procesos.
4. Monitoria y Evaluación de la Gestión y sus sub-procesos.
5. Implementación del Modelo Nacional de Salud y el desarrollo de sus incontables instrumentos de gestión.
6. Estudios y consultorías de financiamiento en salud:
  - a. Gasto y Financiamiento,
  - b. Equidad en el Financiamiento,
  - c. Estudio Actuarial,
  - d. Conformación del Fondo Nacional de Salud, y
  - e. Identificación e Incorporación de Grupos Priorizados.
7. Sistema de Información y sus sub-procesos aún por iniciar.
8. Aseguramiento Público con sus herramientas gerenciales.

Todos los procesos y sub-procesos listados apoyan la definición, implementación y desarrollo del Modelo Nacional de Salud, cada uno a lo interno cursa dentro de una complejidad única y a su vez se apuntalan unos a otros como componentes que son de la visión objetivo de la Reforma del Sector Salud. A continuación se exponen de forma gráfica.



Por su parte la construcción de un sistema de aseguramiento público no contributivo, uno de los tantos procesos listados, se hace partícipe de los otros procesos y su cristalización requiere opere dentro de un accionar articulado en un complejo sistema de relaciones delimitadas inicialmente dentro del marco institucional de la Secretaría de Salud.

No es la función de la SESAL el asegurar a las personas, sin embargo es en su seno que se genera el embrión del aseguramiento público en salud, régimen subsidiado hasta agotar el marco institucional, preparando el momento cuando entes ad-hoc reciban las funciones de gestión y financiamiento de la provisión y sean capaces de construir a nivel nacional un Sub-Sistema de Aseguramiento Público en Salud como eslabón del Sistema de Protección Social del país.

Así se define un “Sistema de Aseguramiento Institucional” de existencia virtual que permite estructurar el orden conceptual.

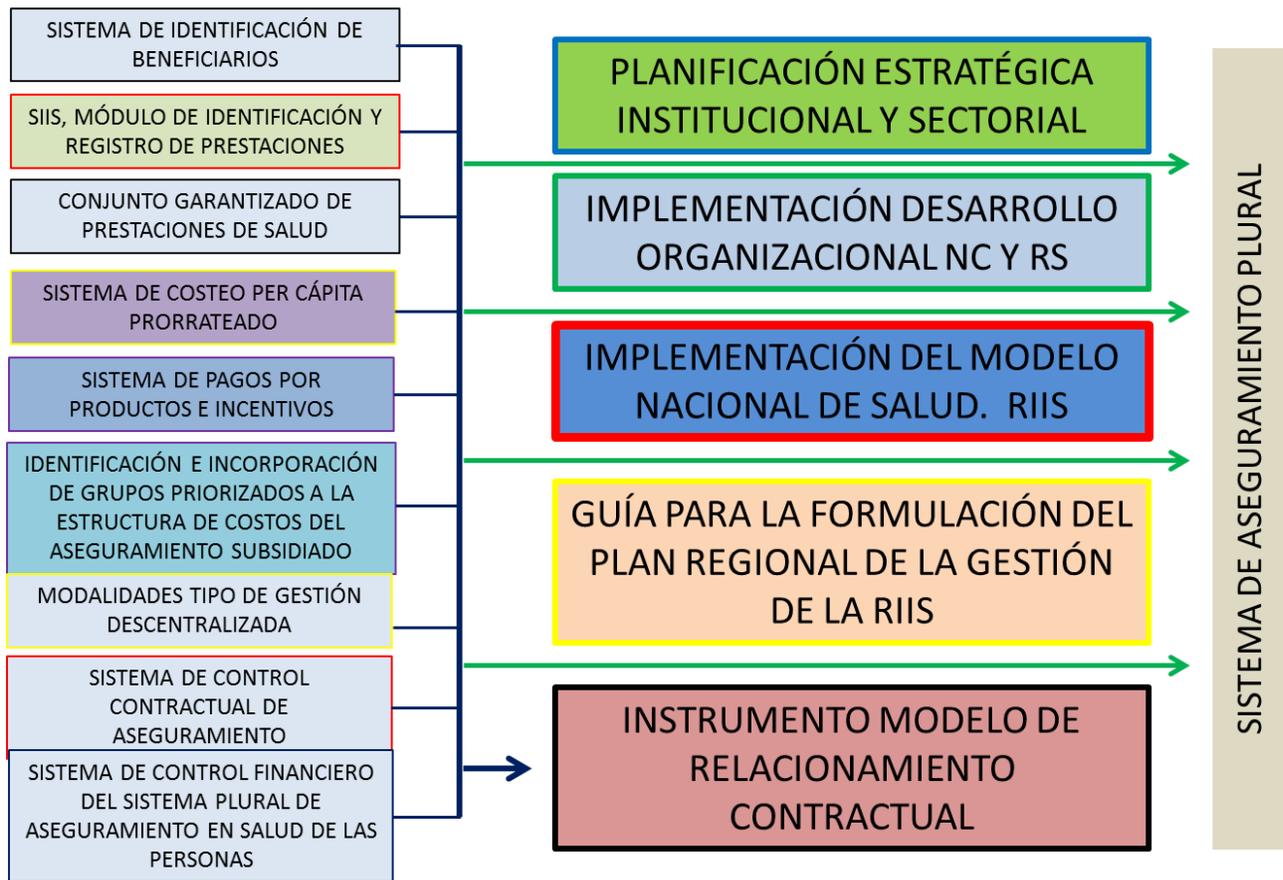
Descrito el ámbito planteado, para potenciar la labor del Rector – si se quiere como área de experimentación - se validan y aplican instrumentos de gestión del aseguramiento en los relacionamientos que la SESAL establece actualmente con gestores operadores con gestión descentralizada de la provisión.

Tal accionar requiere fortalecer al Rector y dotar a la Secretaría y sus socios de herramientas que como procesos coadyuvantes permiten avanzar en el desarrollo del germen del que llamamos en corto el régimen subsidiado.

Las herramientas mencionadas no son unipropósito o unidireccionales, se alinean con los procesos generales dentro del marco de la reforma y en especial con la implementación de Modelo Nacional de Salud.

A continuación, como un ejemplo que no agota el tema se esquematiza.

## INSTRUMENTOS DEL ASEGURAMIENTO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS, SESAL



Respondiendo a la óptica de la construcción del aseguramiento dentro del marco de la SESAL la reagrupación de procesos y sub-procesos no implica su sumisión o jerarquización a otra lógica de funcionamiento sino más bien es la expresión funcional multivariada de su interdependencia.

El avance es sinérgico, una vez se cuenta con un instrumento - cualquiera que éste pudiese ser – se considera, se complementa y se incorpora en lo que cabe a los otros desarrollos.

A continuación se procede a la exposición de las características técnicas de aquellas herramientas gerenciales en desarrollo para la construcción escalonada de un sistema de aseguramiento público en salud, régimen subsidiado cuyo embrión nacerá y fortalecerá en el seno de la SESAL.

## **MARCO DE ACTUACIÓN**

Se considera el marco de actuación de las herramientas gerenciales del Sistema de Protección Social en Salud - llamadas específicamente a operar en el marco del Modelo Nacional de Salud - aquellas regulaciones, sistemas organizativos, delimitaciones conceptuales y operativas que interactúan y establecen un marco factible de desarrollo.

La expresión del Sistema de Protección Social en Salud, Sub-Sistema de Aseguramiento Público en Salud dentro del Modelo Nacional de Salud se concreta en su componente no contributivo, específicamente en un régimen subsidiado.

No necesariamente se listan todos los elementos que influyen para el establecimiento de un marco factible de desarrollo de un sistema de aseguramiento público en salud, régimen subsidiado, pero si los esenciales.

Se abordan los siguientes elementos marco del aseguramiento público en salud:

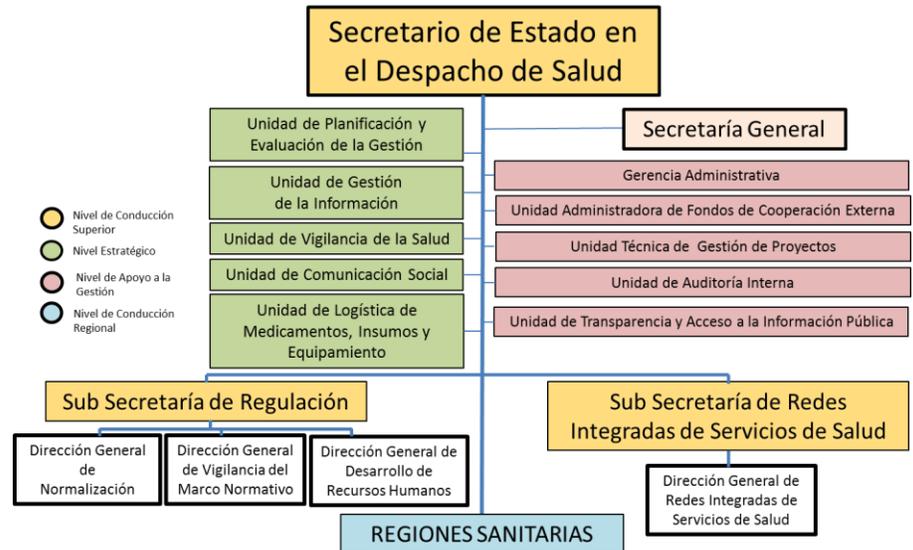
1. Marco Político de la Reforma como elemento conductor,
2. Marco del Modelo Nacional de Salud como primera norma de la organización de los servicios de salud,
3. Marco del Financiamiento como las regulaciones y definiciones para la gestión financiera,
4. Marco Operativo como las regulaciones que definen, amparan y delimitan el aseguramiento público,
5. Marco del Aseguramiento como la forma organizativa que podrá tomar, y
6. Marco contractual como el nuevo paradigma que se contrapone a un sistema jerárquico sin manejo de variables de financiamiento y dentro del cual adquieren vida propia las modalidades tipo de gestión de la descentralización.

## Marco Político de la Reforma

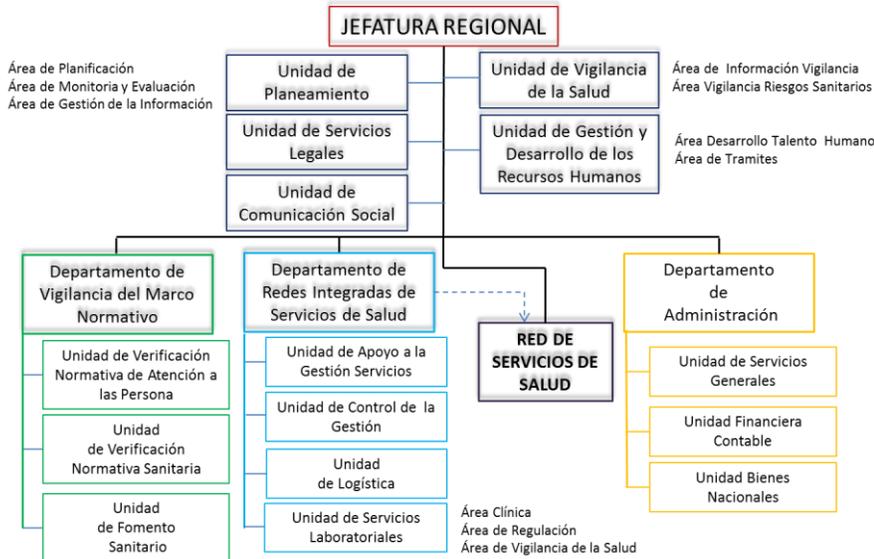
El planteamiento final de Reforma de Sector Salud plantea la separación de las funciones de la Provisión y el Financiamiento de la Provisión de las estructuras de la SESAL y su fortalecimiento como Rector Sectorial.

Las funciones de la gestión y financiamiento de la provisión que la Secretaría de Salud ejerce serán inicialmente circunscritas a unidades internas especializadas y en un futuro a entes independientes.

### ORGANIGRAMA NIVEL CENTRAL, SESAL



### ORGANIGRAMA DE LA REGIÓN SANITARIA



El nuevo PCM 061-2013 establece una estructura organizativa del Nivel Central de la SESAL encaminado a la creación de estructuras especializadas que den salida al desarrollo de los procesos de la Reforma del Sector fortaleciendo el rol rector, facilitando la descentralización y permitiendo mejores

procesos de gestión y financiamiento de la provisión que por el momento sigue siendo una responsabilidad delegada en la Secretaría de Salud.

Por su parte el organigrama de las regiones sanitarias<sup>1</sup> aunque aprobado y publicado con anterioridad al del Nivel Central responde en fines a éste último.

Ahora bien, la consecución de los fines de la reforma del sector salud implica trabajar en múltiples macroprocesos, todos congruentes y sinérgicos que confluyen a la preparación, en escenarios transicionales sucesivos, de la SESAL para el ejercicio fortalecido de la rectoría, la separación de la función de la provisión de servicios a través de la descentralización de la gestión de la provisión, el incremento de la cobertura a los grupos poblacionales más postergados y



el aseguramiento del financiamiento de los servicios de salud a aquellos y aquellas que requieren de la extensión solidaria de la sociedad y el estado.

En el transitar se van creando las condiciones operativas para la gestión descentralizada de la provisión y su generalización, delegando la organización de la provisión y la compra directa de bienes y servicios de salud a intermediarios financieros<sup>2</sup> en la forma de organizaciones sociales y públicas con las cuales la Secretaría establece compromisos contractuales que se convierten en su mecanismo de relacionamiento.

Una nueva o reformada Ley del Seguro Social y/o una Ley General de Salud o en su defecto una ley específica sobre las formas y mecanismos de financiamiento de la salud son eventos políticos factibles que pueden a corto plazo cambiar las reglas y acelerar los procesos.

En todos los casos la Secretaría conserva la gestión ad-hoc de los bienes públicos en la extensión que considera necesaria además de aquellos servicios relacionados con el desarrollo

<sup>1</sup> Acuerdo Ministerial No. 2760 del 9 de Agosto del 2012, publicado en La Gaceta No. 32,937 del 29 de Septiembre del 2012.

<sup>2</sup> Gestores-Operadores de la Provisión.

sectorial o de producción de conocimiento y desarrollo del capital humano o aquellos de elevada externabilidad o la provisión de alto costo o complejidad, etc.

La separación de la SESAL de las funciones de gestión y financiamiento de la provisión no es necesariamente un solo acto, el financiamiento bien puede derivar a un Fondo Nacional de Salud, mientras la responsabilidad de la gestión de la provisión podría delegarse al Instituto Hondureño de Seguridad Social.

En todos los casos la Secretaría ejerce su rol rector a través de sus funciones esenciales: Conducción Sectorial, Regulación, Garantía del Aseguramiento, Modulación del Financiamiento y Armonización de la Provisión.

## **Marco del Modelo Nacional de Salud**

El Modelo Nacional de Salud establece dos tipos de servicios de salud, el primero el que se oferta a las personas que podemos considerar que son servicios de prevención con y sin externabilidad, recuperación de la salud (diagnóstico y tratamiento), mitigación o eliminación del daño (rehabilitación).

Un segundo grupo de prestaciones de salud se refieren a aquellos caracterizados como acciones colectivas que también reciben el nombre de bienes públicos y están más relacionadas con las funciones esenciales de la rectoría.

El primer grupo de prestaciones son las más susceptibles a incluirse directamente en un sistema de aseguramiento público de la salud.

Está aún por determinar el Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud a garantizar, es evidente que incluirá prestaciones de los grupos recién descritos y siempre habrá dentro de la provisión un ámbito reservado para la actuación del rector.

Las prestaciones sujetas al aseguramiento deberán ser proveídas en todos los ámbitos de desarrollo humano y al menos considera el lugar de trabajo o de estudio, el hogar familiar de las personas y la comunidad que le rodea.

Otro particular de la agrupación de las prestaciones es que deben responder a los ciclos de vida de las personas y estos estratos son definidos a conveniencia siendo necesario que los prestadores se organicen operacionalmente acorde.

Las prestaciones serán convertidas en el lenguaje del aseguramiento en productos los cuales tendrán una expresión financiera a hacerse efectiva por el financiador ante el intermediario financiero al existir comprobación del cumplimiento pactado.

# MODELO NACIONAL DE SALUD ATENCIÓN Y PROVISIÓN DE SERVICIOS

SISTEMA NACIONAL DE SALUD PLURAL, INTEGRADO Y DEBIDAMENTE REGULADO.

**Género, Transparencia, Participación y Auditoría Social**



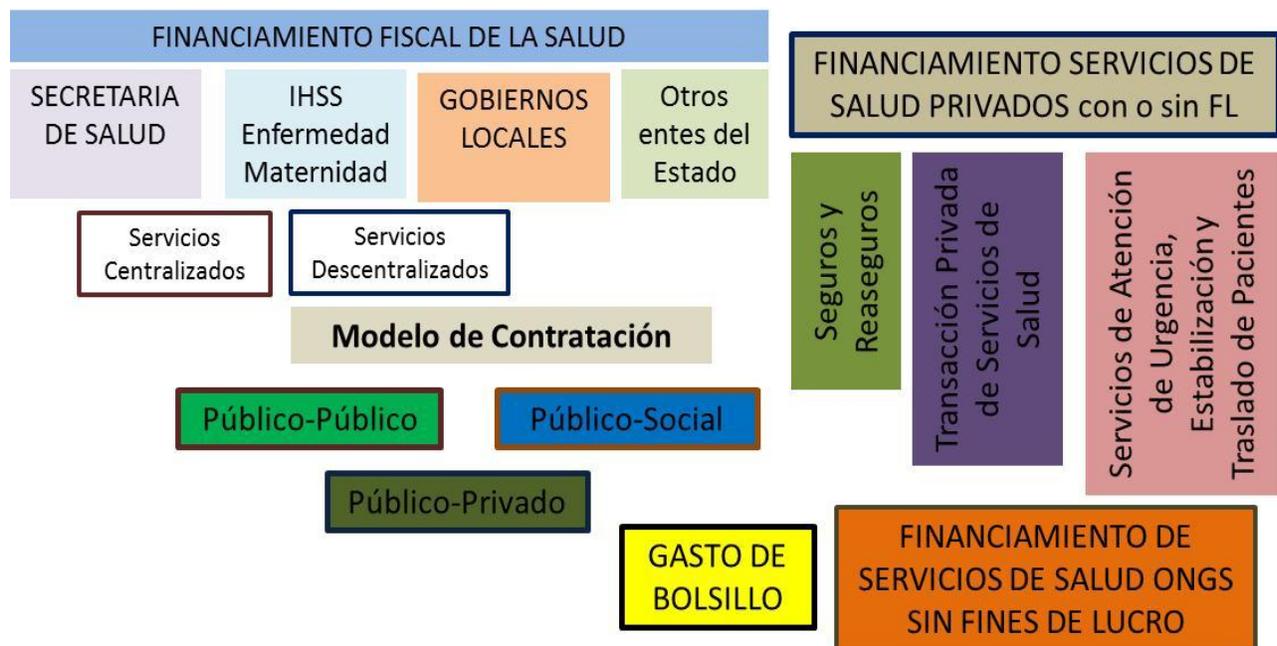
## **Marco del Financiamiento**

El financiamiento de la salud requiere criterios para la asignación de recursos en consideración los siguientes parámetros:

NECESIDADES DE FINANCIAMIENTO	
Prestaciones de salud en respuesta a la demanda social de servicios de salud. Canasta Subsidiada de Servicios: Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud y Paquetes Específicos de Salud para grupos especiales.	<p style="text-align: center;"><b>FONDO DE SALUD</b> Aseguramiento Público en Salud</p>
Necesidades de financiamiento de los sistemas de gestión. Costos transaccionales.	
<b>Financiamiento de satisfactores de la demanda social de atención en salud que no cuentan con financiamiento o son deficitarios o involucran situaciones de gasto catastrófico o atenciones de alta complejidad o son de alta externabilidad y en definitiva son declarados de interés público.</b>	<p style="text-align: center;"><b>FINANCIAMIENTO DE LA RECTORIA Desarrollo Sectorial</b></p>
<b>Inversiones en salud de interés sanitario y/o de garantía de servicios de los bienes públicos (Funciones Esenciales de la Salud pública).</b>	
<b>Actividades de desarrollo de los servicios e investigación.</b>	
<b>Actividades sectoriales e institucionales de regulación en salud.</b>	
<b>Actividades de garantía del aseguramiento, armonización de la provisión y modulación del financiamiento.</b>	
<b>Actividades de desarrollo del talento humano y producción del conocimiento.</b>	
<b>Actividades de gestión sectorial (conducción).</b>	
<b>Financiamiento de las estructuras institucionales del Rector y sus niveles de gestión.</b>	

La delimitación del área de implementación de las herramientas financieras y sus estructuras administrativas delimita los alcances de cualquier propuesta de trabajo para la identificación de las características de la gestión financiera.

La salud es una producción social por tanto el financiamiento del Modelo Nacional de Salud corresponde a todas las fuentes públicas y privadas que hacen posible la provisión de servicios de salud.



La SESAL establece sistemas de redes integradas de servicios de salud (RISS) con sus gestores operadores que canalizan los recursos financieros a través de la coordinación y alineamiento de las fuentes, cada red recibe fondos del presupuesto nacional y se complementa en la producción de servicios con las otras fuentes posibles.

Actualmente el estado a través de la SESAL financiaría la demanda social en salud a través del aseguramiento del financiamiento de las prestaciones de salud para la población que no puede proveer para sí misma – individual o a través de un mecanismo de aseguramiento – y garantiza a toda la población la oportunidad de poder acceder a satisfactores de su demanda de salud.

La SESAL establece, con carácter básico y obligatorio, un o unos Conjuntos Garantizados de Prestaciones de Salud (CGPS) y paquetes específicos para grupos especiales por niveles de

complejidad, las cuales, son las prestaciones mínimas que una persona o grupo de personas pueden recibir y las cuales deben tener en todo tiempo soporte financiero.

Las prestaciones del CGPS se definirán, al menos como: esenciales, suficientes, integrales, oportunas, continua, en función de la persona respetando su identidad, con calidad y costo eficientes.

Las prestaciones de los paquetes específicos para grupos especiales se agotan en si mismos, se adosan a poblaciones específicas en temporalidad estipulada estableciendo una limitada continuidad.

La población susceptible de financiamiento solidario para la prestación básica de servicios de salud estará compuesta por los estamentos de la población definidos por autoridad competente e incluida en los tres primeros quintiles de distribución de la riqueza o en condición de vulnerabilidad que amerita una intervención del estado.

El financiamiento solidario podrá ser total o parcial, debiendo el/la beneficiario(a) cubrir parte del costo de las prestaciones en dependencia de su capacidad económica.

Deberá establecerse mecanismo o mecanismos que permitan a la población susceptible de ser financiada solidariamente acceder a los satisfactores de su demanda social en salud.

Los/las usuarias(os) de los servicios de salud de las redes integradas de atención que cuenten con un mecanismo de aseguramiento diferente al Régimen Subsidiado deberán podrán hacer uso de los servicios de la red asegurando la SESAL generando la necesidad de que se hagan las compensaciones económicas necesarias y se evite el subsidio cruzado.

Independientemente del CGPS, la SESAL considerará el financiamiento de aquellas prestaciones de salud de interés sanitario que por la carga de enfermedad tanto como por el perfil epidemiológico y demográfico de la población se requieran para satisfacer la demanda social de atención en salud y definirá las fuentes de financiamiento y mecanismos de acceso de la población.

La SESAL identificará las áreas de involucramiento de sus niveles Central y Región Sanitaria en la definición del financiamiento tanto como sus mecanismos de asignación, pago y de control del gasto.

Por el momento, en un escenario transicional, la modulación, asignación, distribución y pago serán potestad del Financiador (Nivel Central SESAL) a través de la instancia en la cual se delegue, total o parcialmente, una o varias funciones.

Los gestores operadores serán los responsables directos de la recepción de los recursos financieros y los encargados de la organización de la provisión a través de la compra de servicios.

Los mecanismos de transparencia en la gestión financiera podrán ejercerse, sin ser exhaustivos de la siguiente manera:

- Rendición y petición de cuentas,
- Auditoría social
- Facturación
- Contabilidad analítica
- Auditoría independiente

Adicionalmente se establecerán mecanismos de monitoria, supervisión y evaluación de los procesos, productos, costos y pagos de la provisión de servicios. El financiamiento en todo caso se ajustará al marco jurídico vigente.

En el caso de la gestión financiera a través de un Fondo de Salud éste deberá considerar actores como ser las Aseguradoras Privadas, Universidades públicas y privadas, la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, la Secretaría de Seguridad, la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social y cualquier otro ente o figura estatal o privado con injerencia en el campo de la Protección Social.

Para los escenarios descritos con o sin un Fondo de Salud debe considerarse lo referente a:

- a.- la recolección de recursos,

- b.- definición de productos (objeto del aseguramiento);
- c.- definición del conjunto garantizado de servicios de salud y paquetes especiales (alcance del aseguramiento);
- d.- niveles de subsidio de la prestación de servicios (cobertura del aseguramiento)
- e.- niveles de gestión;
- f.- características de la gestión financiera:
  - f.1.- la mancomunación de recursos
  - f.2.- la asignación,
  - f.3.- mecanismos de compra de servicios,
  - f.4.- formas de pago por productos, y
  - f.5.- la complementariedad de los recursos.
- g.- mecanismos de monitoria y control de la gestión financiera,
- h.- identificación del usuario(a) (sujeto del aseguramiento);
- i.- manejo fiduciario de recursos.

A nivel macro el planteamiento de un Fondo de Salud establecería la mancomunación y complementariedad de recursos para el financiamiento de todos los componentes del Sistema de Aseguramiento Público en Salud en sus componentes contributivo y no contributivo.

A nivel meso el sistema de gestión financiera del Fondo de Salud puede considerar el tener dos escenarios de actuación, el primero el de los actuales sistemas descentralizados de servicios de salud y el segundo del financiamiento de todos los servicios de salud que proveen el Conjunto Garantizado de Prestaciones y Paquetes Especiales decir redes centralizadas y descentralizadas que son financiados por la Secretaría sea con fondos propios o no.

## Marco Operativo

La Constitución Política de la República de Honduras establece el marco para el desarrollo de lo que puede definirse como un Sistema de Protección Social reconociendo el cuidado de la salud como un derecho y la prioridad que el estado le concede al cuidado y protección de la infancia y la maternidad.

En sus postulados la Constitución define lo que debe considerarse como Seguridad, Previsión y Asistencia Social estableciendo que la primera deberá ser prestada y administrada por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y para ello define la obligación del estado, los patronos y los trabajadores para con su financiamiento.

Tanto para la Asistencia como para la Previsión social el mandato constitucional establece que deberán crearse sistemas independientes los cuales deberán ser unitarios y estatales con financiamiento público y privado.

Puede definirse como financiamiento no público y privado aquellos fondos provenientes – en calidad de aporte solidario o cotización voluntaria u obligatoria - de las organizaciones de la sociedad civil, las empresas con fines de lucro, las personas receptoras o interesados de los beneficios de la Seguridad, Previsión y Asistencia social y cualquier otra fuente que concurra en su financiamiento otro que el estado. El Estado participa en el financiamiento de las estructuras de la Seguridad Social como Estado y como patrono.

**ARTÍCULO 119.-** El Estado tiene la obligación de proteger a la infancia. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos. Las leyes de protección a la infancia son de orden público y los establecimientos oficiales destinados a dicho fin tienen carácter de centros de asistencia social.

**ARTÍCULO 123.-** Todo niño deberá gozar de los beneficios de la **seguridad social** y la educación. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud, para lo cual deberá proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales desde el período prenatal, teniendo derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, educación, recreo, deportes y servicios médicos adecuados.

**ARTÍCULO 142.-** Toda persona tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido.

Los servicios de **Seguridad Social** serán prestados y administrados por el Instituto Hondureño de Seguridad Social que cubrirá los casos de enfermedad, maternidad, subsidio de familia, vejez, orfandad, paros forzados, accidentes de trabajo, desocupación comprobada, enfermedades profesionales y todas las demás contingencias que afecten la capacidad de producir.

El Estado creará Instituciones de Asistencia y Previsión Social que funcionarán unificadas en un sistema unitario estatal con la aportación de todos los interesados y el mismo Estado.

**ARTÍCULO 143.-** El Estado, los patronos y los trabajadores, estarán obligados a contribuir al financiamiento, mejoramiento y expansión del Seguro Social. El régimen de **seguridad social** se implantará en forma gradual y progresiva, tanto en lo referente a los riesgos cubiertos como a las zonas geográficas y a las categorías de trabajadores protegidos.

**Constitución de la República de Honduras**

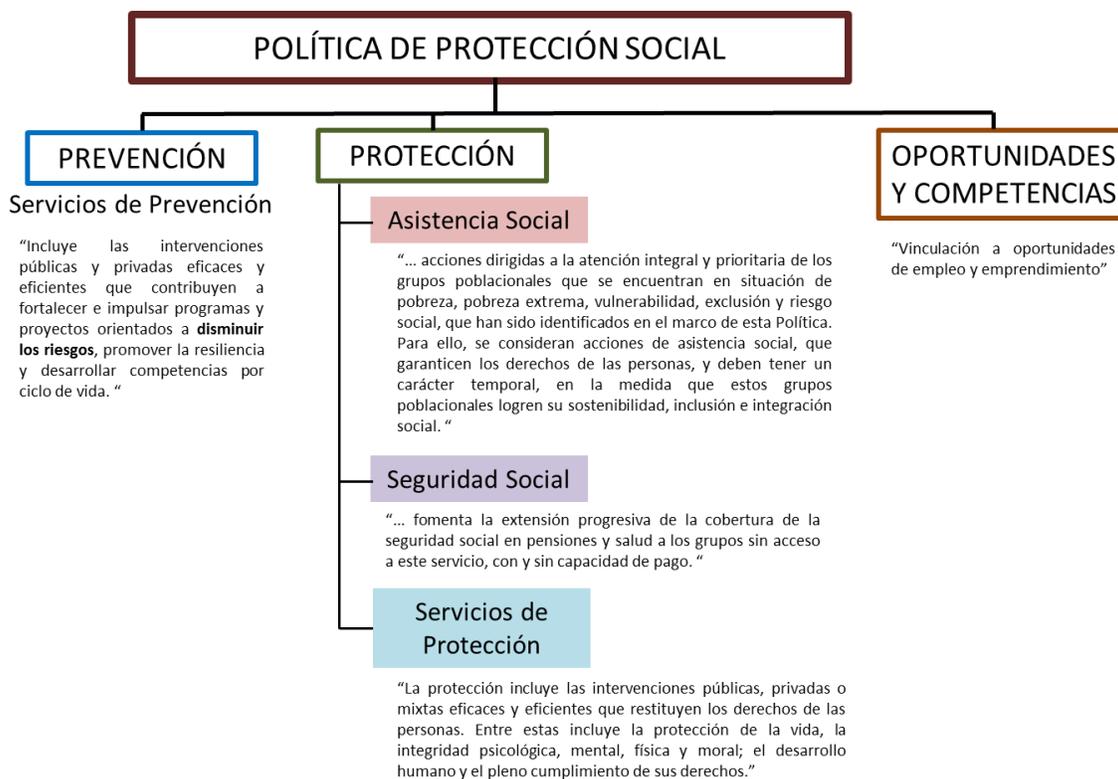
También se establece que la implementación de la Seguridad Social deberá ser gradual y progresiva tanto en lo referente a los riesgos a cubrir como las zonas geográficas y las categorías de los trabajadores a ser cubiertos.

Por su parte dentro de la Política de Protección Social (PPS)<sup>3</sup> de Honduras se definen tres componentes básicos articulados: a) Prevención; b) Protección y c) Oportunidades y Competencias.

Dentro del componente de Protección la PPS incluye la Asistencia Social, la Seguridad Social y los Servicios de Protección estableciendo a la letra la necesidad de "... fomenta la extensión progresiva de la cobertura de la seguridad social en pensiones y salud a los grupos sin acceso a este servicio, con y sin capacidad de pago."<sup>4</sup>

**PPS, Objetivo Estratégico**

Generar gradual y progresivamente condiciones sociales que contribuyan al bienestar personal y colectivo, así como a la potenciación de las habilidades y capacidades para el ejercicio pleno de los derechos de las personas en situación de pobreza, pobreza extrema, vulnerabilidad, exclusión y riesgo social, a fin de crear y ampliar sus oportunidades de generación de bienestar y riqueza familiar y colectiva logrando su inclusión activa en la sociedad.

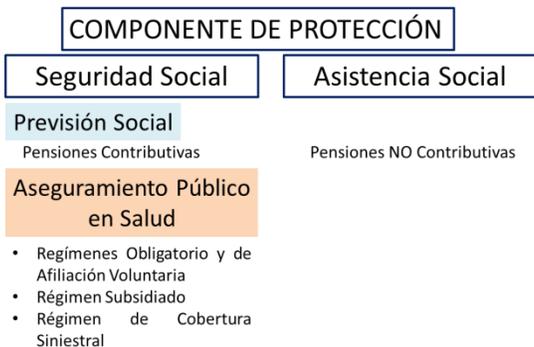


<sup>3</sup> Aprobada por unanimidad del Gabinete de Gobierno en Consejo de Ministros del 08 de Marzo de 2012, mediante Decreto Ejecutivo PCM 008-2012, publicado en el Diario Oficial "La Gaceta" el miércoles 28 de marzo de 2012.

<sup>4</sup> Documento PPS, Protección, pp 16. <http://www.desarrollosocial.gob.hn/images/pps.pdf>.

Atendiendo el mandato, la Protección Social deberá integrar los componentes listados “desde un enfoque integral e incluyente de acuerdo al ciclo de vida, a través de la interacción y articulación con la seguridad social, asistencia social, seguridad alimentaria, servicios de salud, educación, mercado laboral y otras políticas, programas y proyectos ...”<sup>5</sup>.

## POLÍTICA DE PROTECCIÓN SOCIAL



Sin definir instituciones específicas, sino más bien las funciones, la PPS establece los componentes de lo que sería el Sistema de Protección Social el cuál se extiende a todos los y las hondureñas(os) independientemente de su capacidad de contribuir económicamente a su establecimiento, operatividad, sostenibilidad o desarrollo.

Desarrollando el concepto, dentro del Componente de Protección de la PPS, la Seguridad Social cristaliza a través de sus componentes contributivo<sup>6</sup> y no contributivo, considerando como elemento de éste último un sistema de aseguramiento público en salud<sup>7</sup> en lo que sería dado en llamar Aseguramiento Público en Salud (APS), Régimen Subsidiado.

De lo conceptual a lo operativo dentro del Sistema de Seguridad Social lo que se identifica como aseguramiento público – componentes contributivo y no contributivo - es una herramienta financiera que permite garantizar el financiamiento de la provisión de servicios y donde la gestión define que la asignación se establezca de acuerdo a las prioridades nacionales en salud, factores de desventaja y exclusión social tanto como variables identificadas de la gestión de riesgo en salud.



<sup>5</sup> Idem, Objetivo Específico No. 2, pp. 12.

<sup>6</sup> Función que actualmente llena el IHSS.

<sup>7</sup> Actualmente coexisten algunos elementos embrionarios de tal sistema en la SESAL.

## Marco del Aseguramiento

Las fuentes de financiamiento de los servicios de salud de los diferentes países son variadas, en América el caso de Cuba puede considerarse como ejemplo del financiamiento total por fondos estatales y el de los EEUU como el de mayor gasto de fondos particulares.

Aparte los extremos, todos los sistemas de salud tienen un componente de financiamiento proveniente del erario público (Canadá: 74%; EEUU: 42%; Chile: 35%; Costa Rica: 25%)<sup>8</sup> los cuales se complementan con fondos de la seguridad social, diferentes tipos de seguros privados y gasto de bolsillo de los y las usuarias(os).

### ASEGURAMIENTO PÚBLICO EN SALUD

Es el acto mediante el cual - ante la eventual aparición de un daño a la salud y/o la ocurrencia de una exposición a un factor de riesgo – el Estado y una persona física o jurídica constituidos en las partes contractuales (principal y agente) concluyen en establecer y garantizar su responsabilidad de financiar (principal), organizar y proveer (agente) con calidad y de forma eficiente, continua y suficiente determinados servicios de protección y promoción de la salud y/o prevención, reversión, mitigación y control del daño tanto como la recuperación y rehabilitación de la función afectada para una persona/población asegurada.

Independientemente del aporte del Estado, los países tienden a la construcción de herramientas financieras que les permite orientar el gasto en salud en beneficio de los ciudadanos menos favorecidos, una de estas herramientas es el aseguramiento.

El aseguramiento de la salud puede definirse como el mecanismo para la minimización del riesgo de no poder acceder a los satisfactores sociales de salud y tal garantía se expresa en el financiamiento oportuno y adecuado de los servicios para que cualquier persona, o las personas elegibles, gocen de ellos.

El aseguramiento de la salud, tiende a llenar al menos las siguientes necesidades:<sup>9</sup>

- Ampliación de cobertura,
- Sustentabilidad financiera,
- Incrementar el acceso y la equidad,

<sup>8</sup> Cuadernos de Economía, Año 27, No 81, pp. 183-197, Agosto 1990, Chile. Castañeda, T. El Financiamiento de Sistemas de Salud: Alternativas y Dilemas. <http://www.economia.puc.cl/docs/081casta.pdf> Consulta: 22 de Noviembre del 2013

<sup>9</sup> Maceira, D. Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Argentina, Marzo 2001. <http://www.paho.org/hq/documents/dimensioneshorizontalyverticalenelaseguramientosocialensaluddeamericalatinayelca-ES.pdf>. Consulta: 22 de Noviembre del 2013

- Sistematizar la oferta de servicios,
- Distribuir los costos y minimizar o diluir los riesgos financieros.

Asimismo en su conceptualización el aseguramiento sigue algunos principios generales del “seguro social”, a saber: a) registro delimitado de beneficiarios, b) el derecho de acceso a un paquete de servicios, c) incorporados criterios (herramientas) financieros en la gestión de recursos y d) solidaridad en el financiamiento entre los sanos y los enfermos.<sup>10</sup>

Por otra parte los sistemas de aseguramiento en su búsqueda de equidad establecen un balance entre al menos dos dimensiones definidas una como horizontal relativa a la participación de las fuentes de financiamiento (Estado, Seguridad social, aseguramiento privado y gastos de bolsillo) y la otra vertical relativa a la recaudación progresiva de recursos, mancomunación efectiva, asignación eficiente y formas de contratación y pago adecuadas.<sup>11 12</sup>

Los modelos preferentes de aseguramiento en América Latinas son catalogados como:<sup>13</sup>

1. Modelo Público Integrado: atención pública universal con paquetes de servicios no establecidos. Naciones del caribe de habla inglesa y Costa Rica.
2. Modelo Segmentado: tres subsistemas desarticulados, servicios de salud financiados por la Secretaría de Salud, otros por una institución de seguridad social y un tercer grupo por el sector privado. Mayoría de las naciones latinoamericanas.
3. Modelo Público con Subcontratos: cobertura teórica universal con un paquete definido de servicios financiados por el Estado. Un buen ejemplo es el Sistema Único de Salud de Brasil.
4. Modelo Intensivo en Contratos: servicios de salud financiados con una mezcla de fuentes de recursos y básicamente prestados a través de intermediarios financieros. Son un buen ejemplo Chile, Argentina, Colombia y Uruguay.

---

<sup>10</sup> *Idem*

<sup>11</sup> *Ibidem*

<sup>12</sup> *Ruiz Gómez F, Zapata Jaramillo T, Garavito Beltrán L. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003–2008. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(2):107–15.*

<sup>13</sup> *Idem*

En el país de un modelo segmentado y sin garantía de sostenibilidad económica de la oferta se desea transitar a un modelo plural, integrado y debidamente regulado proveyendo servicios en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) sobre la base de sistemas con gestión descentralizada de la provisión.

La modalidad de aseguramiento propuesta se concreta en un Aseguramiento Público de la Salud, específicamente, en un Régimen Subsidiado que asegure el financiamiento de una canasta de servicios a la población con mayor postergación social.



La propuesta de Aseguramiento Público de la Salud, circunscrito o no al Régimen Subsidiado, deberá considerar los principios y ejes transversales contenidos en el Modelo Nacional de Salud y al menos las siguientes consideraciones financieras:

1. Sostenibilidad: la propuesta deberá considerar los mecanismos de sostenibilidad financiera necesarios para la existencia y fortalecimiento del sistema propuesto;
2. Seguridad: la propuesta deberá considerar la intangibilidad de los recursos para fines que no sean los del financiamiento dentro del Aseguramiento Público en Salud.
3. Gestión financiera de múltiples fuentes de financiamiento: propuestas de control y eliminación de subsidios cruzados, uso escalonado de recursos, compensación por servicios prestados, cobro de servicios a aseguradoras privadas, diferenciación del gasto no de los usuarios, etc.
4. Fortaleza: consideración de reservas técnicas, gasto diferenciado, fondo de inversiones, manejo fiduciario, etc.

## **Marco Contractual**

En éste marco se introducen tres conceptos de gestión, nuevos en nuestro ámbito: comisionamiento, compra y contratación.<sup>14</sup>

A entenderse el primero (el comisionamiento), como el acto prolongado, repetido y ordenado de generar y organizar los procesos que conllevan a una acción de compra, lo segundo, la compra, como el acto puntual – no por ello carente de complejidad - de llegar a un acuerdo razonable de compra venta de mutuo beneficio y finalmente la contratación como la formalización del acuerdo de compra.<sup>15</sup>

El comisionamiento, utilizado también como sinónimo de puesta en marcha o explotación<sup>16</sup>, es extremadamente complejo, la institución debe preparar todos los contenidos que le permitan iniciar un proceso de compra, como ejemplo y no pretendiendo extenuar el tema o exponer los elementos en algún orden: haber definido prioridades, poblaciones, territorios, formas organizativas, riesgos, normas, productos, demanda, costos de producción, costos transaccionales, mercado, capacidad instalada, actores, formas de pago, necesidades, grupos humanos vulnerables, disponibilidad financiera, locación territorial, formas de financiamiento, subsidios, mecanismos de mancomunación, complementación y compensación, proveedores, capacidad instalada, etc.

La compra, siguiendo procesos de acuerdos justos para las partes, actuando en condiciones de mercado y considerando un sistema de salud articulado, plural y debidamente regulado, dos actores libres; el primero con capacidad financiera y necesidad de obtener servicios de salud y el segundo con capacidad de comprometerse como intermediario financiero para proveer los servicios de salud (productos) que el primero demanda concluyen un ejercicio de compra venta.

---

<sup>14</sup> Secretaría de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud. Durán Valverde, F. Diseño y Desarrollo de Estrategias y Mecanismos para la Contratación, Monitoria y Evaluación de Proveedores de Servicios de Salud, Informe Final de Consultoría. Tegucigalpa, Mayo del 2004.

<sup>15</sup> Jurnal NFPA Latinoamericano, Definiendo el Comisionamiento.  
[http://www.nfpajila.org/?activeSeccion\\_var=50&art=475](http://www.nfpajila.org/?activeSeccion_var=50&art=475) Consulta el 12 de Junio del 2014

<sup>16</sup> Gobierno de España, Ministerio de Industria, Energía y Turismo, Secretaría General de Industria y de la Pequeña y Mediana Empresa. Creación y Puesta en Marcha de una Empresa, Junio 2013.  
<http://www.ipyme.org/publicaciones/creacionempresas.pdf> Consulta 12 de Junio 2014.

La contratación son las condiciones a que se someten la Secretaría, en ejercicio de su rol rector y en su calidad de comprador de servicios de salud<sup>17</sup>, y un segundo actor (gestor-operador) capaz de organizar la provisión y/o proveer directamente los productos requeridos en las condiciones, calidad, número, plazos, personas y lugares que se le establecen a cambio de una compensación económica mutuamente ventajosa.

El gestor operador bien puede ser un agente privado con o sin fines de lucro, un ente delegado o descentralizado del estado, una municipalidad o una mancomunidad o una asociación de ciudadanos con solvencia legal y económica en capacidad de obligarse y cumplir con las condiciones que se le solicitan, en ese tenor pueden ser establecidos relacionamientos debidamente regulados de carácter público-privado, público-público o público social.

El contrato es la objetivación del nuevo paradigma propuesto dentro del dado en llamar “*enfoque contractual*” donde se introducen elementos empresariales “*modernos*” comunes a todas las formas de administración sean éstas públicas o privadas.<sup>18 19</sup>

El contrato es el instrumento, ello marca y define el nuevo tipo de relacionamiento a establecer - diferente al actual que se basa en relaciones jerárquicas y que no considera elementos económicos inherentes a la producción de bienes y servicios - para la compra de servicios de salud, a continuación con fines ilustrativos se provee una amplia definición genérica.

*El **contrato** es un acuerdo de voluntades, verbal o escrito, manifestado en común entre dos o más, personas con capacidad (partes del contrato), que se obligan en virtud del mismo, regulando sus relaciones relativas a una determinada finalidad o cosa, y a cuyo cumplimiento pueden compelerse de manera recíproca, si el contrato es bilateral, o compelerse una parte a la otra, si el contrato es unilateral. Es el contrato, en suma, un acuerdo de voluntades que genera «derechos y obligaciones relativos», es decir, sólo para las partes contratantes y sus causahabientes. Pero, además del acuerdo de voluntades, algunos contratos exigen, para su perfección, otros hechos o actos de alcance jurídico, tales como efectuar una determinada entrega (contratos reales), o exigen ser formalizados en documento especial (contratos formales), de modo que, en esos casos especiales, no basta con la sola voluntad. De todos modos, el contrato, en general, tiene una connotación patrimonial, incluso parcialmente en aquellos celebrados en el marco del derecho de familia, y es parte de la categoría más amplia de los negocios jurídicos. Es función elemental del contrato originar efectos jurídicos (es*

<sup>17</sup> Ante un escenario de separación total o parcial de las funciones de gestión y financiamiento de la provisión se consideraría un diferente comprador, conservando la Secretaría la potestad y el ejercicio de sus funciones esenciales pudiendo imponer su rol rector en cualquier ámbito de su jurisdicción.

<sup>18</sup> Idem. Diseño y Desarrollo de ...

<sup>19</sup> Heras Gómez, A. El Contrato Programa, El Instrumento de Cambio en la Administración Sanitaria Vasca. Auditoría Pública pp 32-35. Sin fecha.

decir, obligaciones exigibles), de modo que a aquella relación de sujetos que no derive en efectos jurídicos no se le puede atribuir cualidad contractual.

Wikipedia. <http://es.wikipedia.org/wiki/Contrato> Consulta el día 12 de Junio del 2014.

El Estado de Honduras en materia de contrataciones se rige por La Ley de Contratación del Estado<sup>20</sup> y su Reglamento<sup>21</sup>, estos no precisan la contratación de servicios de salud sin embargo por su naturaleza podría considerarse la aplicación de acápites de sus artículos 1, 60 y 63 que pudiesen plantear la posibilidad de una forma de contratación ad-hoc.

La Ley menciona tres tipos de contratos, a saber: Contrato de Obra Pública, Contrato de Suministro y Contrato de Consultoría; su Reglamento considera los Contratos de gestión de servicios y de concesión, Contratos de orden patrimonial, Contrato de Obra Pública, Contrato de Suministro y Contrato de consultoría.

En los casos de contratos de gestión de servicios, el Reglamento los coloca en la jurisdicción de la “... Ley de Promoción y Desarrollo de Obras Públicas y de la Infraestructura Nacional, aprobada por Decreto 283-98 del veinte de noviembre de mil novecientos noventa y ocho y su Reglamento...”<sup>22</sup>

A pesar de que el Reglamento incluye en el ámbito de la Ley y el Reglamento los contratos por bienes y servicios<sup>23</sup> ninguno da salida a las especificidades actuales de la contratación de servicios de salud dentro del Modelo Nacional de Salud.

Una adecuación del marco legal vigente o un nuevo instrumento jurídico se vuelve necesario.

**CAPITULO I. DISPOSICIONES GENERALES, AMBITO Y REGIMEN JURIDICO**

**ARTÍCULO 1.- Ámbito de aplicación.**

...

Los contratos de gestión de servicios públicos de concesión de uso del dominio público o de concesión de servicios u obras públicas, se registrarán por las disposiciones legales especiales sin perjuicio de la aplicación supletoria de los principios generales de la presente Ley.

**CAPITULO IV. PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN. SECCIÓN CUARTA. LICITACIÓN PRIVADA**

**ARTÍCULO 60.-Supuestos específicos.** Procederá también la licitación privada en los casos siguientes:

- 1) Cuando, en atención al objeto del Contrato, existiere un número limitado de proveedores o de contratistas calificados, no mayor de tres (3), ...

**SECCIÓN SEXTA. CONTRATACIÓN DIRECTA**

**ARTÍCULO 63.-Supuestos.** La contratación directa podrá realizarse en los casos siguientes:

...

- 6) Cuando se trate de trabajos científicos, técnicos o artísticos especializados; ...

Ley de Contratación del Estado de Honduras.

<sup>20</sup> Decreto Legislativo No. 74-2001 publicado en La Gaceta No. 29,583 del 17/Sept./2001.

<sup>21</sup> Acuerdo Ejecutivo No. 055-2002 publicado en La Gaceta No. 29,793.

<sup>22</sup> Idem, Reglamento ..., Artículo 4. Contratos de gestión de servicios y de concesión

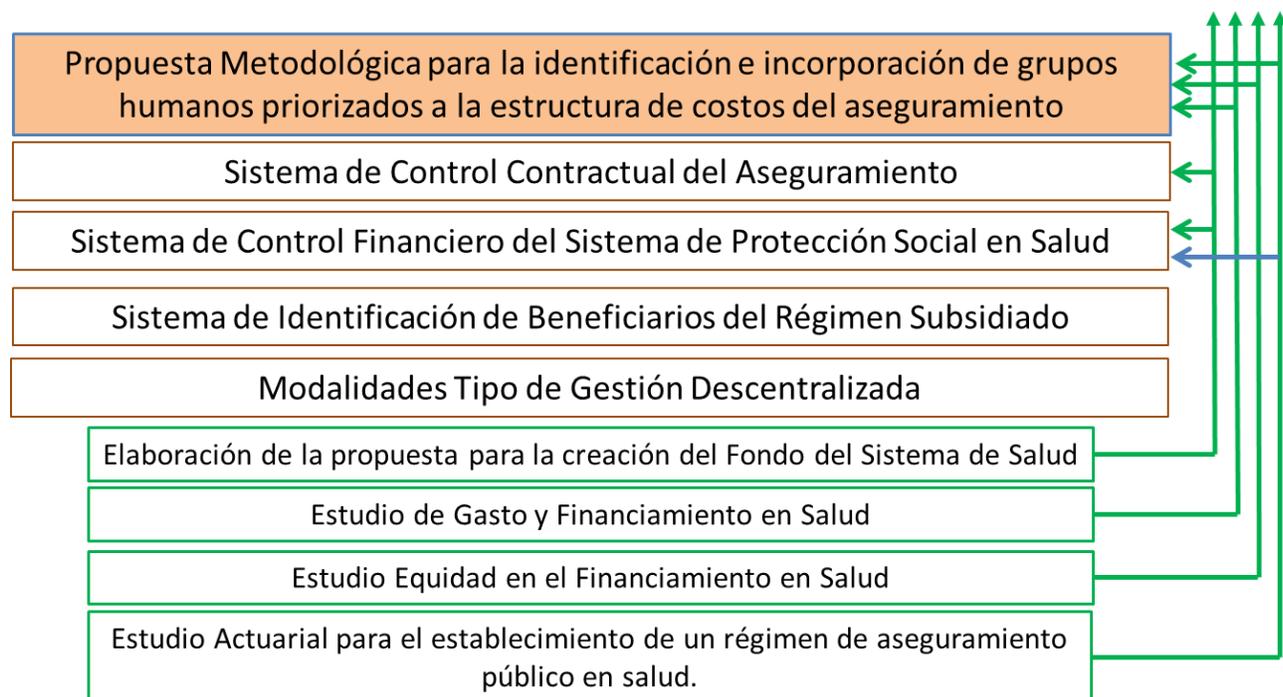
<sup>23</sup> Idem, Reglamento ..., Artículo 2. Ámbito de aplicación.

## HERRAMIENTAS GERENCIALES

Para efectos de éste documento son Herramientas Gerenciales del Componente del Sistema de Protección Social en Salud dentro del Modelo Nacional de Salud aquellas definidas en los hitos correspondientes a la planificación del Proyecto.

Tales herramientas responden a los postulados de la Reforma del Sector Salud, los ejes transversales del Modelo Nacional de Salud, los postulados de sus tres componentes y en especial el de Gestión que es el marco de aplicación de los instrumentos o herramientas. Los avances en cada una de ellas son heterogéneos y a continuación se grafican.

### HERRAMIENTAS GERENCIALES DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (SPSS), RÉGIMEN SUBSIDIADO (RS) DENTRO DEL MODELO NACIONAL DE SALUD



Se enfatiza que la lista no responde a todas las necesidades, se limita a aquellas producto de un compromiso establecido por el Proyecto USAID/ULAT y que se alinean y articulan con los otros componentes de trabajo.

## **Sistema de Control Contractual del Aseguramiento**

Se han identificado ocho procesos necesarios a ser considerados en procesos de control de aseguramiento a través de gestores independientes con gestión descentralizada de la provisión.

- a. **SUJECCIÓN:** acto de hacer partícipe a una persona de los beneficios de la seguridad social.
- b. **CONTROL DE GASTO:** acciones relativas al análisis del cumplimiento programático de la inversión.
- c. **CONTROL DE ACTIVIDADES:** análisis de los registros que permita concluir sobre la calidad de la atención recibida.
- d. **CONTROL DE PAGOS:** comprobación de la idoneidad y temporalidad de la erogación por fuente de financiamiento.
- e. **CONTROL DE LA PRESTACIÓN:** medios de verificación del uso de los servicios por derechohabientes.
- f. **COBERTURA:** relación de las personas que reciben servicios entre el total que debe recibirlos.
- g. **SUBCONTRATACIÓN:** formas de verificación del cumplimiento de las condicionalidades de la subcontratación de proveedores de bienes y servicios de salud
- h. **COSTOS:** determinación del monto necesario a desembolsar para la obtención de un bien o servicio de salud.

En el escenario actual los procesos identificados deberán ser monitoreados en "... al menos cuatro niveles de gestión, la primera la del el rector-normador o autoridad sanitaria con sus regiones sanitarias ejerciendo funciones delegadas en representación del primero<sup>24</sup>; la segunda, la del gestor-operador de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que actúa como un intermediario financiero; la tercera la microgestión de las unidades productoras de servicios de salud como proveedores directos y la cuarta, la gestión clínica, que es donde se define el uso de los recursos puestos a disposición para la prestación misma."<sup>25</sup>

---

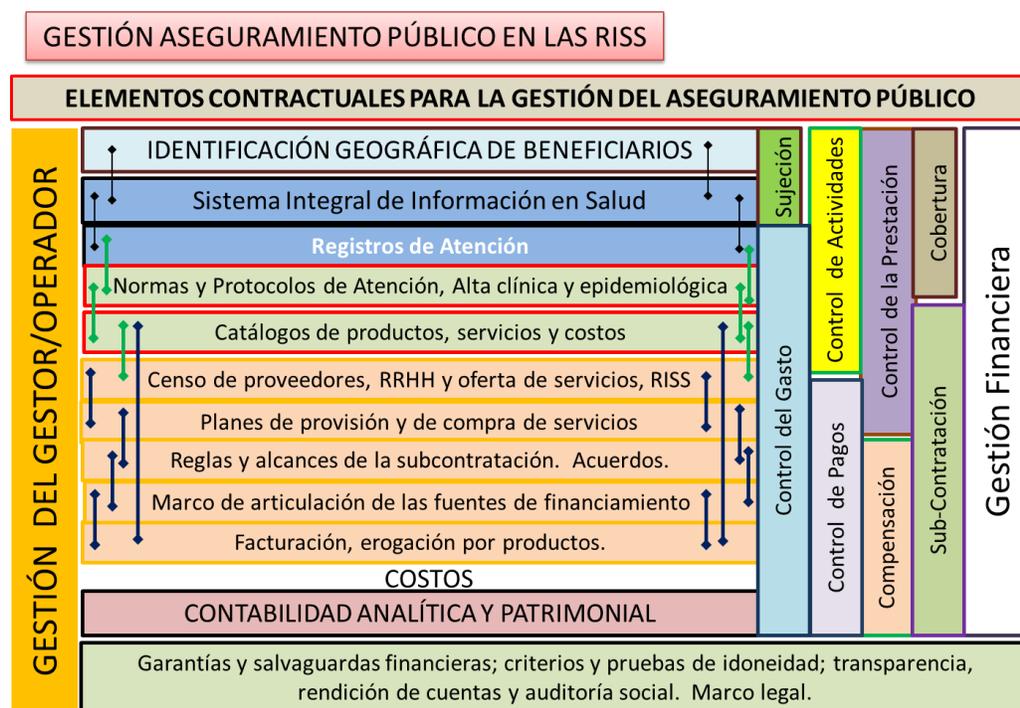
<sup>24</sup> Decreto Ejecutivo Número PCM 061-2013 del 18 de Diciembre del 2013. Publicado en La Gaceta No. 33,241 del 29 de Enero el 2014. Artículo 69.

<sup>25</sup> USAID-ULAT. Sistema de Seguimiento y Control Operativo de los Compromisos Contractuales Relativos al Sistema de Protección Social, Aseguramiento Público en las Redes Integradas de Servicios de Salud en el Marco del MNS y los Lineamientos de la Reforma. Documento borrador en desarrollo.

La gestión contractual del aseguramiento y su control a través de un instrumento de relacionamiento contractual requiere al menos los siguientes elementos:

1. Insumos normativos: normas y protocolos de atención, guías de procedimientos, catálogos de productos, servicios y costos, reglas y alcances de la subcontratación, y finalmente un marco de articulación de fuentes de financiamiento.
2. Sistema de identificación: sistema de identificación geográfica de beneficiarios, sistema integral de información en salud, registro de atenciones, facturación y erogación por productos, planes de provisión y compra de servicios; censo de proveedores, recursos humanos y oferta de servicios; y contabilidad analítica y patrimonial.
3. Protocolos y rutinas de análisis para la sujeción, control del gasto, de las atenciones, cobertura y la compensación financiera.
4. Contabilidad Analítica y Patrimonial

De forma condensada se esquematiza a continuación.



## Modalidades Tipo de la Gestión Descentralizada

Para efectos conceptuales nuestra referencia más importante se vuelve lo establecido por el Documento Marco de la Reforma<sup>26</sup>, donde se definen dos modalidades de gestión en consideración para la descentralización de servicios: público-público y público-social, a la letra:

*La descentralización adoptará diferentes modalidades de acuerdo a las circunstancias del nivel local. La combinación y complementación de las modalidades de descentralización tipos público-público y público-social se constituirán en el eje central de la separación de la función de provisión de servicios.*

*La modalidad público-social presupone la participación de las 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. El proceso se hará a través de la gestión de los servicios de salud efectuada por municipios, mancomunidades, asociaciones comunitarias y fundaciones constituidos por patronatos de base comunitaria. Significará en la práctica que se reasignan las funciones de gestión de la provisión a antes constituidos e integrados de acuerdo a la ley.*

*La modalidad público-público consistirá en dotar de autonomía 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.*

*En cualquier caso, en la práctica corresponderá a la operación de un nuevo modelo de gestión de la provisión de los servicios de salud, que establecerá una forma diferente del relacionamiento del ente rector con los proveedores, 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 entre el gestor de los servicios y el rector institucional y se definirán las responsabilidades, los resultados esperados, y los modelos de atención, gestión y financiamiento que deberán operar.*

*... significa también que con los nuevos modelos se cambiarán las reglas del financiamiento para los proveedores públicos que deberán actuar de acuerdo a gestión por resultados.*

*... el funcionamiento de las redes de servicios determinará la redefinición de los sub-sistemas de gestión financiera, de recursos humanos, materiales e información descentralizándose al gestor ... éstas responsabilidades ...*

*Secretaría de Salud, Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, Tegucigalpa MDC, Marzo 2009. Pp 56,57*

Desde las disposiciones legales que regulan la capacidad contractual del estado<sup>27</sup> se diferencian dos tipos de relacionamiento, el público público y el público privado, el tipo público social considerado por el documento marco de la reforma del sector salud se engloba dentro de los relacionamientos público privados.

<sup>26</sup> Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, Acuerdo Ministerial No. 629 del 27 de Febrero del 2009, La Gaceta No. 31,387 del 8 de Abril 2009.

<sup>27</sup> Ley de Contrataciones del Estado.

El mercado de oferentes es muy limitado, encontrar socios para constituir acuerdos para la gestión descentralizada de servicios de salud no es tarea fácil, los gobiernos locales y sus mancomunidades, las organizaciones de la sociedad civil que pudiesen acompañar a la Secretaría y la Secretaría misma en sus niveles central y regional requieren de un proceso de desarrollo gerencial.

Los procesos de trabajo requeridos de los gestores/operadores de las Redes Integradas de Servicios de Salud son muchos y muy complejos, recibirían el financiamiento para la provisión de servicios de salud en la Red, serían los responsables de la organización de la red de servicios asegurando el pago por productos y su articulación con otras redes o servicios.

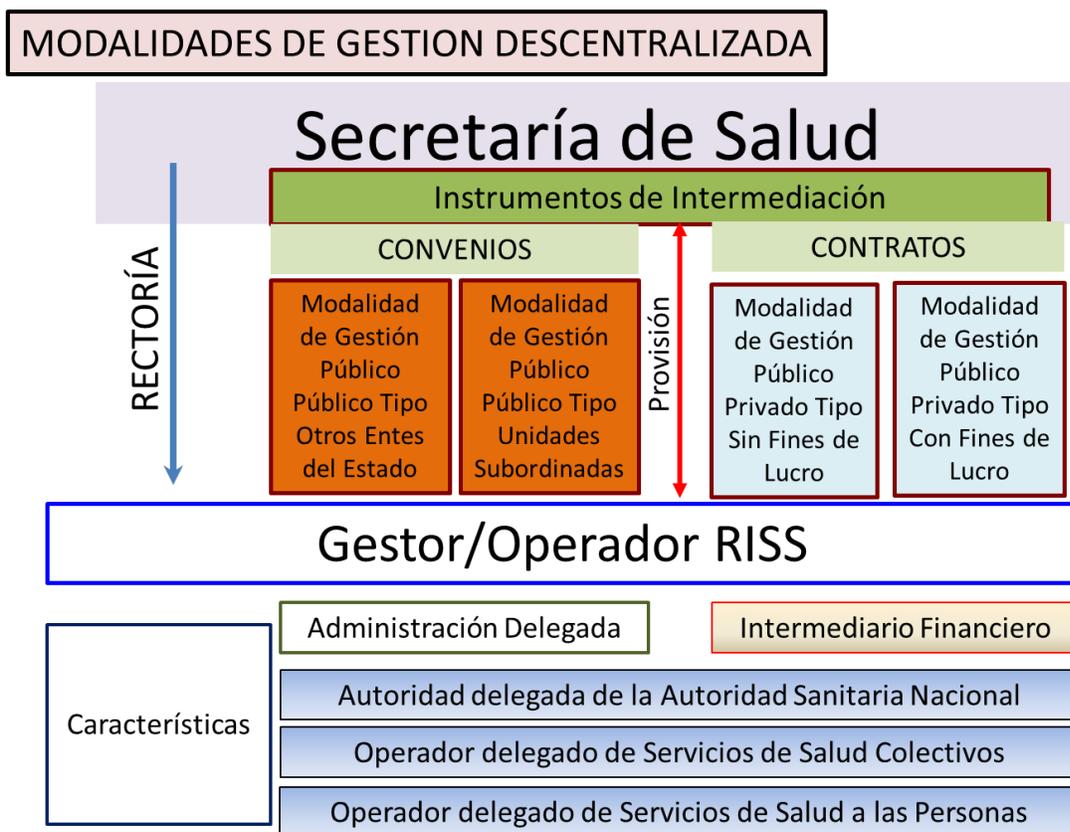
Siendo extensivos pero no exhaustivos a continuación se identifican tales procesos mencionados en el acápite anterior.

RESPONSABILIDADES DEL GESTOR/OPERADOR		
Operar un sistema de Sub-Contratación de Servicios de Salud, Facturación y Pago por Productos	Operar mecanismos de transparencia y rendición de cuentas	Operar procesos de coordinación con la comunidad
Operar mecanismos de compensación financiera	Operar sistema de contabilidad analítica	Operar un Plan de Mantenimiento y Reposición
	Operar procesos de coordinación institucional	Operar Plan Operativo SESAL-Gestor
Operar mix de formas de pago	Operar instrumentos y mecanismos de monitoria, evaluación y verificación	Operar funciones delegadas
Operar el Régimen Subsidiado del Sistema de Aseguramiento Público en Salud	Operar mecanismos de articulación con otras redes o servicios	Operar mecanismos de reforzamiento de la aplicación del marco normativo
Operar una Red Integrada de Servicios de Salud	Operar el marco relacional con el Nivel Intermedio de la SESAL y gobiernos locales	Operar procesos de consecución de recursos complementarios

Los entes públicos al convertirse en gestores/operadores actúan en virtud de una responsabilidad delegada y por ser parte de la administración pública no se requiere el considerar la Ley de Contratación del Estado.

Cuando los entes privados sin fines de lucro actúan como gestores/operadores lo hacen en virtud de un compromiso contractual que tipifica y delimita sus actuaciones, establece los mecanismos de traslado y gestión del financiamiento de las RISS y su forma de operación.

Se ilustra el concepto en el entendido que los procesos en mención actualmente se llevan a cabo dentro del marco de la Secretaría de Salud en su condición dual de Rector y responsable de una buena parte de la provisión de servicios de salud, en virtud de lo cual, actúa como Principal al establecer relacionamientos contractuales con gestores/operadores descentralizados, desconcentrados o independientes para desarrollar modelos con gestión descentralizada de la provisión.



A continuación se procede a ampliar los contenidos de cada una de las modalidades de gestión posibles.

### **Modalidad Público-Privada**

El planteamiento político de la reforma del sector salud, el Modelo Nacional de Salud y el Plan de Salud 2014-2018 plantean el establecimiento, la construcción de un sistema de salud plural, articulado y debidamente regulado organizado en Redes Integradas de Servicios de Servicios de Salud (RISS).

Por su parte el Modelo Nacional de Salud a la letra establece:

*“..., Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) se entenderá como el conjunto ordenado y articulado de todos los proveedores de servicios de salud, tanto públicos como no públicos o privados, que ofertan sus bienes y servicios, como mínimo el CGPS<sup>28</sup> y los paquetes específicos para grupos especiales, a una población y a un territorio definidos, sujetos a una instancia común, y que deberán estar dispuestos a rendir cuentas por sus resultados clínicos, económicos y por el estado de salud de la población a la que sirven”*

**Acuerdo Ministerial No. 1000-2013 de fecha 20 de mayo del 2013, Modelo Nacional de Salud, pp 33.**

Consideramos al menos dos tipos de la modalidad Público-Privada, la establecida con organizaciones privadas sin fines de lucro y la segunda con organizaciones ´privadas con fines de lucro.

Las modalidades contractuales con ambas modalidades tipo de gestión se regulan por la Ley de Contrataciones del Estado.

---

<sup>28</sup> Conjunto Garantizado de Servicios de Salud. Nota del autor.

### **Modalidad Público-Público**

Son considerados como tales los convenios de prestación de servicios de salud con gestión descentralizada los establecidos entre la Secretaría de Salud y entes considerados como parte de la administración pública (centralizada y descentralizada) o como segunda acepción una unidad subordinada que haya sido desconcentrada.

Por lo anterior consideramos dos tipos de modalidad de gestión descentralizada público-público, aquella con entidades públicas fuera de la Secretaría de Salud y la establecida entre la Secretaria de Salud y una unidad subordinada.

En ambas modalidades tipo al establecerse compromisos contractuales no se requiere seguir los procedimientos de la Ley de Contrataciones del Estado.

ARTÍCULO 2.-La Administración Pública puede ser centralizada y descentralizada Cuando en el texto de la presente Ley, se use la expresión 'Administración Pública', se entenderá que comprende los dos tipos mencionados

ARTÍCULO 9.- La Administración Pública Centralizada, está constituida por los órganos del Poder Ejecutivo.

...

ARTÍCULO 42.- La desconcentración podrá ser funcional o geográfica

ARTÍCULO 43.-La desconcentración funcional se verifica mediante la creación de entidades u órganos que no obstante depender jerárquicamente de un órgano central, se les atribuye competencia propia, la cual ejercitan con autonomía técnica administrativa y financiera.

Las entidades y órganos desconcentrados podrán ordenar pagos contra cuentas especiales abiertas en el Banco Central de Honduras, y suscribir contratos de suministros de bienes, obras o servicios u otros permitidos por las leyes, hasta los límites que determinen las normas de su creación o las Disposiciones Generales de los respectivos presupuestos.

ARTÍCULO 47.- La administración descentralizada está integrada por la siguiente categoría de entidades:

- 1) Instituciones Autónomas; y,
- 2) Municipalidades o Corporaciones Municipales.

...

ARTÍCULO 51.- Las instituciones autónomas se dividen en institutos públicos y empresas públicas, y el grado de autonomía de cada una se determinará en la Ley de su creación, según la naturaleza y propósito de sus respectivas funciones

ARTÍCULO 52.- Los institutos públicos son los que se establecen para atender funciones administrativas y prestación de servicios públicos de orden social, tales como la educación y la seguridad social, cuyo patrimonio se constituye con fondos del Estado.

Ley General de la Administración Pública

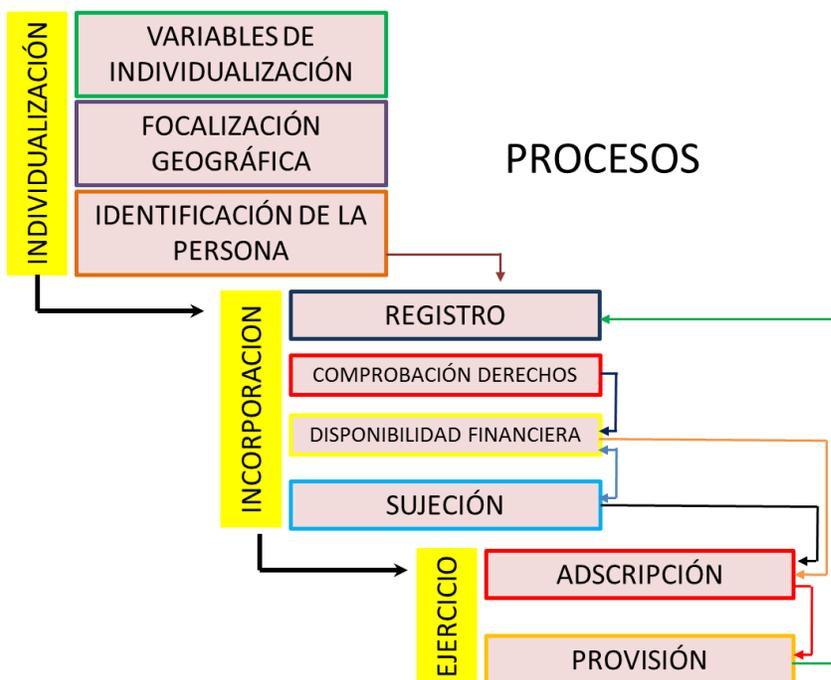
## Sistema de Identificación Beneficiarios del Régimen Subsidiado

La ficha de identificación para el Régimen Subsidiado puede ser personal o familiar, es una decisión a tomar antes de su construcción, los datos deberán recogerse de acuerdo al número de identidad proporcionado para cada ciudadano por el Registro Nacional de las Personas y complementarse con los de Migración y Extranjería.

Aunque se conocen experiencias de identificación de beneficiarios sobre la base del núcleo familiar se recomienda considerar la identificación individual de cada persona independientemente de si luego para su atención se aglutinan en familia.

La llave de entrada al sistema es el número de identidad, la forma en que se registra la información es aquella de la base de datos que se acceda, de las mismas se rescata solo la información clave que genera el derecho temporal a un nivel de subsidio de los servicios de salud definidos en listados de beneficios.

### SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO



El registro centralizado de un sistema de identificación de beneficiarios del Régimen Subsidiado debe ser común al de cualquier otro tipo de seguro o subsidio que el estado aplique, el Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) sería un componente relacionado pero no el residente.

La identificación puede ser inicialmente territorial y por sucesivas aproximaciones se ira acercando a la persona, un instrumento de tal proceso puede ser el censo que realizan los proveedores descentralizados.

Los derechos económicos se definirían en la puerta de entrada de los servicios subsidiados y a menos que se trate de una urgencia médica, las atenciones del segundo nivel al ser por referencia no requerirían la previsión de la identificación del usuario(a) como sujeto de subsidio; la no definición de ésta última condición no es razón suficiente para negar el servicio.

Los sistemas penitenciarios y otras instituciones públicas con características especiales generaran sus propios sistemas de registros y se enlazarán a discreción de las autoridades de los sistemas de seguridad.

En resumen será necesario seguir los siguientes procesos incluidos en la ilustración precedente:

1. Focalización:
  - a. Construcción del perfil de identificación de beneficiarios,
  - b. Focalización de áreas geográficas con macro descriptores,
  - c. Censo de Hogares
2. Establecimiento de la persona como Sujeto de Beneficios:
  - a. Comprobación de derechos
  - b. Disponibilidad financiera
  - c. Sujeción
3. Inclusión a un sistema de provisión
  - a. Adscripción
  - b. Provisión

## Identificación e Incorporación de Grupos Priorizados a los Costos del Aseguramiento

En particular éste producto será desarrollado a través de una consultoría de la cual se incluyen sus objetivos extraídos de un documento de trabajo en circulación.

En el desarrollo del estudio actuarial para el aseguramiento público<sup>29</sup> ya se consideran macro elementos de estratificación agrupando la población en tres grupos como a la letra se describen:

### III. OBJETIVOS

#### General

Proveer información objetiva para la toma de decisiones en salud basada en métodos, técnicas e instrumentos que proporcionen información precisa y ajustada sobre la realidad del sistema, con el fin de mejorar el grado de eficiencia y efectividad de los resultados en salud de la población.

#### Específicos

- I. Identificar métodos y técnicas de focalización y priorización que respondan a las prioridades políticas y estratégicas del sector salud.
- II. Identificar criterios o variables que permita construir el modelo de focalización y priorización a partir de los datos disponibles en el país provenientes de fuentes oficiales y respondan, entre otros elementos, a las necesidades diferenciales y demandas de la población, a grupos poblacionales, perfil epidemiológico y factores socio económicos, demográficos y culturales.
- III. Construir el modelo de focalización y priorización que describa, entre otros elementos, el método utilizado, la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados, las técnicas de análisis de datos e información, los condicionantes y los requerimientos necesarios para su aplicación en la toma de decisiones.

TDR, Priorización y Focalización en Base a Grupos Poblacionales y Necesidades de Salud. Documento en construcción.

1. *Población Objeto de ser cubierta, estén o no actualmente inscritos al IHSS, en el Régimen Contributivo y Regímenes Especiales apegándose a los lineamientos que marca la Ley del Seguro Social. Cabe mencionar, Esta población se estimó a partir de la Población Económicamente Activa Asalariada con edad de 19 años y más.*

*Adicionalmente se identificó a todos los Jefes del Hogar que cumplan con la condición de asalariados para incluir a su cónyuge y a los hijos e hijas menores de 19 años que no son asalariados como parte de la población objeto de Aseguramiento Público en Salud del Componente Contributivo.*

2. *Población con Capacidad de Cotizar, se conceptualizó como toda aquella persona no asalariada que percibe más de 2 salarios mínimos; así como toda aquella que no es Población Económicamente Activa Ocupada pero que reside en hogares clasificados como No Pobres. El criterio de 2 salarios mínimos mensuales es porque se considera un valor que puede alcanzar a cubrir la canasta básica vigente.*
3. *Finalmente la Población Objeto del Régimen Subsidiado, se obtuvo como toda aquella población que por sus características no es objeto del Aseguramiento Público por el Componente Contributivo y reside en hogares pobres.*

*Idem, Marínez Martiñón ..., Pp. 11.12*

Luego con los mismos fines en variados documentos de la USAID-ULAT se recogen los criterios del documento de Políticas de Protección Social y se definen los criterios de construcción del perfil de una persona susceptible de ser beneficiaría de un aseguramiento público subsidiado en salud.

A continuación su desglose:

<sup>29</sup> USAID-ULAT. Martínez Martiñón, L, Moncada, H. Establecimiento de un Régimen de Aseguramiento Público en Salud, Febrero 2013.

“... cualquiera de los centros urbanos o de las áreas rurales que cumplan con los requisitos de encontrarse en pobreza o extrema pobreza y/o cumplan con los criterios de vulnerabilidad derivada del análisis del daño a su salud personal o colectiva y/o presenten tasas altas de criterios específicos de riesgo en salud que han sido definidas como de acción prioritaria y/o estén en situación de exclusión social por falta de empleo o cualquier otra variable de riesgo social identificada y definida como de importancia, todos o algunos de ellos si no se establece un vínculo de sujeción con los regímenes obligatorio o especial de la Seguridad Social en su componente contributivo o cualquier otro aseguramiento público o privado.”

USAID-ULAT. Sistema de Identificación de Beneficiarios del Régimen Subsidiado. Documento en construcción.

Es reconocido que no necesariamente se tienen sistematizadas las bases de datos que permitan la operacionalización de cualquier modelo de focalización que quiera incorporar variables de exposición a riesgos, daño a la salud, políticas y prioridades nacionales, exclusión social o postergación.

No obstante por múltiples aproximaciones se ira construyendo un sistema de identificación más preciso.

## SPSS

### ¿CÓMO FOCALIZAR E IDENTIFICAR LA POBLACIÓN A SUJETAR AL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

Régimen Subsidiado

1.- Población urbana y rural.

2.- Pobreza y extrema pobreza: Tres primeros quintiles de la línea de pobreza.

3.- Vulnerabilidad: indicadores de daño en salud de acuerdo a políticas y prioridades nacionales.

4.- Riesgo en salud: riesgo reproductivo, nutricional.

5.- Exclusión social: desempleo, discapacidad, identidad, género.

6.- No identificado(a) como sujeto de los regímenes obligatorio o especial.

## Sistema de Control Financiero del Sistema de Protección Social en Salud

En la gestión el control se establece para garantizar el cumplimiento de la planificación, de los procesos, procedimientos o normas y la generación de productos con calidad.

Por lo tanto se interpreta que el control financiero es aquel que se implementa para garantizar el cumplimiento de la planificación financiera, los procesos, procedimientos y normas de manejo y direccionalidad de los recursos y los procesos de pago por productos en número y calidad de acuerdo a lo pactado.

El control financiero permite la adecuación o ajuste de la planificación ante la evidencia de desviaciones de la planificación y/o del manejo y direccionalidad de los recursos y/o de la calidad/cantidad del producto por el cual se paga y/o ante cambios del entorno que afectan, cuestionan o invalidan la planificación.

Los mecanismos de control financiero se establecen en los grandes procesos clave para la gestión de recursos, al momento: la mancomunación, la asignación, la disponibilidad, la contratación, la complementariedad, la articulación, la compensación financiera y el pago por productos.

Para su entendimiento se establecen las definiciones básicas de cada proceso, como referencia, en el recuadro, se incluye la recaudación:

**RECAUDACIÓN:**  
recolección de cánones, cuotas, cotizaciones, primas, multas, pagos, recargos, intereses, tasas, impuestos, etc. a ser dirigidos al financiamiento del aseguramiento público de la salud.

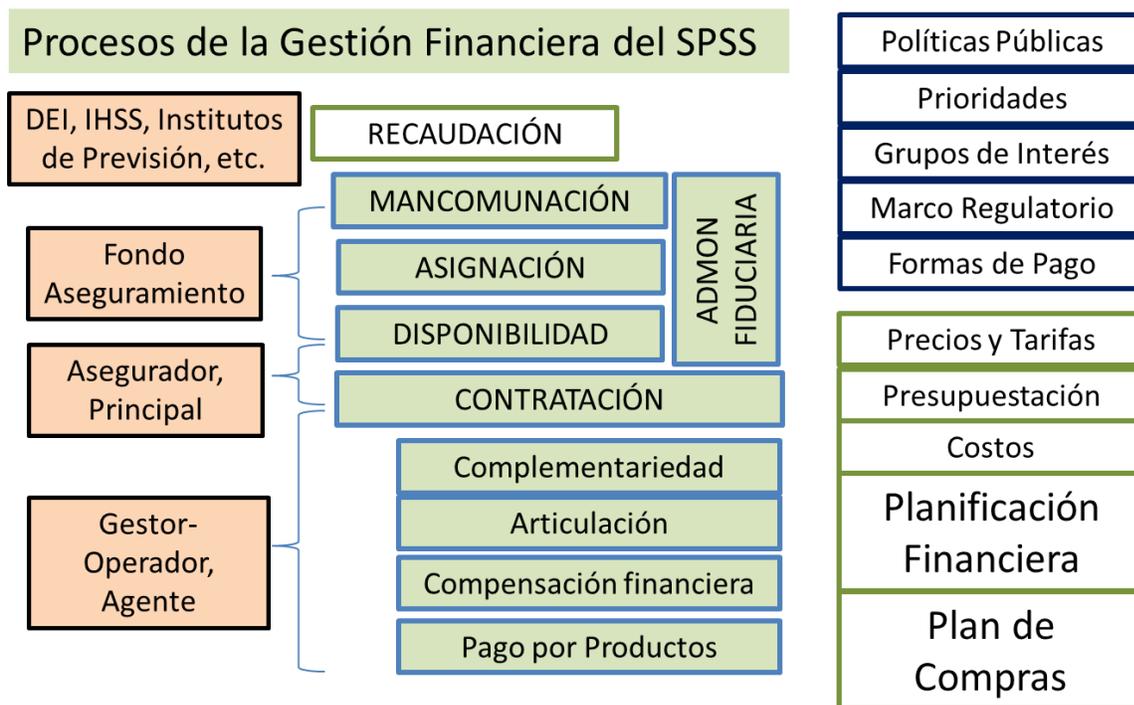
1. **la mancomunación** de recursos es la forma y el grado en que se entremezclan los recursos provenientes de diversas fuentes de financiamiento y la definición de su direccionalidad;
2. **la asignación** será entendido como el proceso mediante el cual se establece qué cantidad de recursos son presupuestados para determinado espacio-población o a una unidad administrativa en particular;
3. **la disponibilidad**, entendida como el acto mediante el cual se establece en qué condiciones están disponibles los recursos y como el principal deberá rendir cuentas;
4. **la contratación** es el proceso de convenir y formalizar un acto de compraventa;
5. **la complementariedad** se referiría a la forma en que bajo un relacionamiento contractual se pone a disposición de un gestor operador recursos de varias fuentes financieras para de forma conjunta financiar uno o varios productos debiendo o no dar cuentas por separado;
6. **la articulación** define el uso sinérgico de recursos puestos a disposición del gestor operador para los mismos fines implicando un aumento de cobertura horizontal o vertical o para fines diversos en el caso del financiamiento de los bienes públicos o funciones de la salud pública y aquellas actividades delegadas que emanen de la rectoría;
7. **la compensación financiera** se presenta cuando habiéndose producido un bien o servicio éste no está incluido en el instrumento de relacionamiento vigente y se requiere emitir una requisición para que otro financiador asegurador que lo considera un gasto elegible cubra los costos en los que ha incurrido el gestor operador; y

8. **el pago por productos** es el acto de cubrir la facturación emitida por el gestor operador cuando la misma sea pertinente.

Paralelo a la gestión de recursos se desarrollan muchos procesos de trabajo sin los cuales es imposible operacionalizarla.

A continuación se ilustra gráficamente.

## CONTROL DE LA GESTIÓN FINANCIERA DEL SPSS



Para cada uno de los procesos identificados habrá que definir los instrumentos de control adecuados.

## **ESTUDIOS ECONÓMICOS**

Los estudios económicos que se están desarrollando son procesos concomitantes con curso independiente al desarrollo de las herramientas gerenciales y proporcionan elementos importantes para éstas últimas e igualmente para otros procesos en curso.

Se enuncian y describen brevemente en orden de su disponibilidad.

### **Estudio Actuarial para el Establecimiento de un Régimen de Aseguramiento Público en Salud**

Estudio terminado a inicios del año 2013 que aportó los siguientes elementos:

- a) Una metodología para la estimación de la población a ser considerada en un Régimen Subsidiado,
- b) Una estimación de la población sujeto de aseguramiento público, régimen subsidiado,
- c) Lineamiento generales a considerar para la estructuración de un Plan de Beneficios y Prestaciones,
- d) Una propuesta de metodología para la estimación de un cápita para del régimen subsidiado,
- e) Un ejercicio de proyecciones financieras en el escenario desarrollado, y
- f) Consideraciones generales sobre las opciones del aseguramiento público.

### **Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud**

Este estudio se obtendrán datos sistematizados que no necesariamente se agotan en los siguientes aspectos básicos:

- a) Gasto por sector: público y privado y resto del mundo,
- b) Gasto por fuentes: gobierno central, gobierno local, instituciones sin fines de lucro, aseguradoras, empleados y empleadores, resto del mundo,
- c) Gasto por agentes: secretaría de salud, gobiernos locales, mancomunidades, instituciones sin fines de lucro, sistemas con gestión descentralizada, etc.,
- d) Gasto por proveedores: hospitales, centros de atención ambulatoria, de atención del parto, etc.,
- e) Gasto por funciones: atención médica hospitalaria, atención especializada y general, medicamentos, laboratorio, etc.,
- f) Gasto por locación: nacional, departamento, municipio,
- g) Por objeto de gastos: medicamentos, sueldos, comida, productos químicos, educación, infraestructura, etc.

El estudio está en curso y finalizando por lo que en breve los resultados estarán disponibles.

### **Elaboración de la propuesta para la creación del Fondo del Sistema de Salud**

Como su nombre lo indica la consultoría nombrada explorará necesidades, andamiajes, condiciones y actores y propondrá escenarios o escenario de creación con sus consideraciones específicas.

### **Estudio de Necesidades de Recursos Financieros para la implementación de los Modelos de Gestión y Aseguramiento**

Su nombre es explícito y sus productos se encaminan a fortalecer los procesos de descentralización de servicios de salud tanto como al desarrollo del aseguramiento público subsidiado.

### **Estudio de Equidad en el Financiamiento en Salud**

El estudio proporcionará elementos de juicio sobre aquellos aspectos de género y otras condicionantes sociales relacionadas con el financiamiento de la salud indicando que factores, indicadores o situaciones serán consideradas al momento de decidir sobre la asignación de recursos en perspectiva de cerrar las brechas.

Se incluye tabla de objetivos de los estudios que están siendo publicitados para la apreciación de su concatenación.

1. Equidad financiamiento en Salud	2. Priorización y focalización en base a Grupos Poblacionales y Necesidades de Salud.	3. Recursos de Recursos Financieros para la Implementación de Modelos de Gestión y Aseguramiento	4. Propuesta de Creación del Fondo del Sistema Salud
<p><b>Objetivo general</b> En el marco de la Reforma del Sector Salud analizar los datos del financiamiento de los cuidados de salud, los criterios y mecanismos de asignación y su evaluación desde la equidad para la propuesta de un sistema eficiente y equitativo de asignación de recursos.</p>	<p><b>Objetivo general</b> Tomar decisiones en salud basadas en métodos, técnicas e instrumentos que proporcionen información precisa y ajustada sobre la realidad del sistema, con el fin de mejorar el grado de eficiencia y efectividad de los resultados en salud de la población.</p>	<p><b>Objetivo general</b> Contribuir a la implementación de los componentes del Modelo Nacional de Salud y los lineamientos políticos y estratégicos del sector salud, en especial, aquellos elementos circunscritos a la estimación de los recursos financieros requeridos para dar sostenibilidad al Sistema de Salud y, en especial, a los modelos de gestión y aseguramiento.</p>	<p><b>Objetivo general</b> Disponer de una propuesta coherente, técnicamente factible, financiera y políticamente viable; que facilite a las autoridades de la Secretaría de Salud plantear - con suficiente solvencia, la creación y organización de una entidad (Fondo Nacional de Salud-FONASA).</p>
<p><b>Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer, a partir de la información disponible, las igualdades/desigualdades, su caracterización, en el financiamiento del cuidado de la salud en los municipios del país integrando, pero no limitándose, a variables como sexo, grupos de edad, regiones sanitarias y quintiles de ingresos.</li> <li>2. Proponer los criterios de equidad y con ellos construir de un modelo de asignación equitativa de fondos públicos para el financiamiento del cuidado de la salud.</li> <li>3. Validar los avances, los hallazgos y el modelo mismo de asignación de fondos públicos para el financiamiento de los cuidados de salud acompañando la transferencia de tecnologías y conocimientos a la contraparte SESAL.</li> </ol>	<p><b>Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. . Identificar métodos y técnicas de priorización y focalización que respondan a las prioridades políticas y estratégicos del sector salud.</li> <li>2. Identificar criterios o variables que ajusten el modelo de priorización y focalización a partir de los datos disponibles en el país provenientes de fuentes oficiales y respondan a las necesidades de la población medidas con el perfil epidemiológico de grupos poblacionales y factores socio económicos y demográficos.</li> <li>3. Construir el modelo de focalización y priorización que describa, entre otros elementos, los actores involucrados, los condicionantes y los requerimientos necesarios para su aplicación en la toma de decisiones.</li> </ol>	<p><b>Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistematizar los datos e información disponible para analizar la composición del financiamiento y la participación del gasto social en el financiamiento de los servicios de salud en el marco de la gestión descentralizada y el aseguramiento público en salud.</li> <li>2. Estimar los patrones de gasto por grupo poblacional y los requerimientos de recursos financieros requeridos para la implementación a nivel nacional del modelo de gestión descentralizada de la provisión y proyecciones.</li> <li>3. Estimar el gasto de los hogares y su participación en el financiamiento de los servicios de salud a partir de fuentes secundarias, utilizando hipótesis de trabajo en función de variables económicas a definir.</li> </ol>	<p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Elaborar y presentar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Fundamentos que respalden la necesidad, conveniencia, factibilidad, viabilidad y oportunidad.</li> <li>2.- Proyecto de políticas orientadas a la protección financiera de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad.</li> <li>3.- Proyecto, en el marco de las leyes del país, de la norma jurídica que corresponda.</li> <li>3.- Opciones viables y factibles, en el contexto actual de Honduras, que permitan la financiación sostenible de la salud, la cobertura universal y la protección social de la salud.</li> </ol>
<p><b>INICIO:</b></p>	<p><b>INICIO:</b></p>	<p><b>INICIO:</b></p>	<p><b>INICIO:</b></p>



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

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