

Modelo de asignación de presupuesto basado en la eficiencia y eficacia. (Model for budget assignment based on efficiency and effectiveness.)

[Author(s)]

[Date of Publication] Junio 2015

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

[Modelo; Presupuesto; Eficiencia; Eficacia; Financiamiento; Salud.] [Model; Budget; Efficiency; Effectiveness; Financing; Health]

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. David Castellanos. 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

Modelo de asignación de presupuesto basado en la eficiencia y eficacia

Junio, 2015

INDICE

1. Introducción.....	3
1.1. La función de financiamiento.....	3
1.2. Marco legal del financiamiento en Honduras	4
1.3. Estructura del sistema de salud	5
1.4. Configuración de la estructura organizacional del Gobierno.....	8
1.5. Compromisos del Gobierno	9
2. Desarrollo de la propuesta	9
2.1. Línea base.....	10
2.2. Qué es una línea base	10
2.3. Metodología.....	11
2.4. Comentarios a la línea base.....	16
2.5. Ampliación de cobertura.....	16
2.6. Línea base.....	17
2.7. Estimación de cobertura 2015-2038	17
2.8. Inversión requerida.....	18
2.9. Escenarios del modelo.....	19
2.10. Información de las matrices.....	19
Comentarios.....	24
Bibliografía.....	27

1.Introducción

Los sistemas de salud tienen la responsabilidad, no solamente de mejorar la salud de las personas, sino de protegerlas contra las pérdidas financieras del costo de la enfermedad y de tratarlas con dignidad. Así pues, los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales!:

- Mejorar la salud de la población a la que sirven
- Responder a las expectativas de las personas
- Brindar protección financiera contra los costos de la mala salud

El financiamiento equitativo de la salud es, junto con la buena salud y la capacidad de respuesta, una de las tres metas principales de los servicios de salud². La equidad del financiamiento y la protección frente al riesgo financiero se basan en la noción de que cada hogar debe pagar una proporción equitativa de los gastos de salud. La determinación de proporción equitativa dependerá de los criterios que fije el país en función de variables poblacionales, económicas y de otros riesgos que afecten a la salud.

En todos los países, la equidad del financiamiento abarca dos aspectos fundamentales: la mancomunación de los riesgos entre las personas sanas y las enfermas y la distribución del riesgo entre niveles de riqueza y de renta. Básicamente, la mancomunación significa que las contribuciones de quienes están sanos permiten pagar la atención prestada a quienes están enfermos, de modo que éstos no tienen que soportar la doble carga de la enfermedad y del gasto financiero en atención de salud.

El concepto de riesgo, aunque vinculado, refleja la premisa de que la equidad no significa que todo el mundo contribuya por igual, independientemente de la renta o la riqueza, sino que contribuyan más quienes dispongan de más recursos financieros. En términos prácticos, asumir esos conceptos relacionados con la equidad del financiamiento es un paso necesario para evitar que los hogares sufran gastos catastróficos cuando enferma uno de sus miembros.

1.1. La función de financiamiento

Conceptualmente, el propósito del financiamiento es contar con fondos, así como establecer incentivos financieros adecuados para los proveedores, con el objetivo de lograr que todas las personas tengan acceso a servicios eficaces de salud. Para lograr que la población tengan acceso a servicios de salud, son fundamentales tres funciones interrelacionadas: recaudación de ingresos, mancomunación de recursos y compra de las intervenciones.

- *Recaudación de ingresos*: la obtención de los ingresos que puede ser a través de diversas vías: impuestos generales, contribuciones obligatorias a seguros de salud de carácter social, contribuciones a seguros privados, pago directo del bolsillo.

¹ OMS. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 2000.

² Murray C. and Frenk, J. A WHO framework for health system performance assessment. GPR, documento de trabajo n° 6, noviembre 1999. Ginebra

- *Mancomunidad de recursos*: acumulación y administración de los recursos en un fondo común de forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan todos los miembros del fondo. A esta función se le denomina también aseguramiento, tanto si es explícito o voluntario como si es implícito (cuando se financia a través de impuestos).
- *Compra de las intervenciones*: proceso por el cual se paga a los proveedores con recursos financieros mancomunados para que presten un conjunto determinado o no de intervenciones de salud. La compra estratégica de los servicios de salud debe hacer frente a tres aspectos fundamentales: i) qué intervenciones se deben comprar; ii) a quién se han de comprar; iii) cómo se deben comprar. La compra desempeña una función fundamental para alcanzar la coherencia de los incentivos externos para los proveedores mediante los mecanismos de contratación, elaboración del presupuesto y el pago. La compra tiene dos objetivos: i) Evitar la micro compra (compra de intervenciones en una escala tan pequeña que viene a ser igual a la micro administración de los proveedores) y ii) diseñar y poner en práctica mecanismos eficaces de contratación y pago. Por último, debe ser considerado también el copago como medida para reducir la demanda, en aquellos casos donde se evidencie una sobreutilización injustificada de la demanda, como consecuencia de esquemas de pago anticipado.

1.2. Marco legal del financiamiento en Honduras

En mayo de 2013 se aprobó el **Modelo Nacional de Salud (MNS)**³ con el propósito de: *contribuir, a través del desarrollo de sus tres componentes, al establecimiento de un sistema nacional de salud plural, integrado y debidamente regulado, que centre su razón de ser en la mejora equitativa del estado de salud de los individuos, las familias, la comunidad en su entorno, de manera sostenible y financieramente solidario que dé respuesta a las necesidades y demandas legítimas de la población. Y tres objetivos:*

- Mejorar el **acceso equitativo** de la población, a los beneficios de una atención integral en salud, especialmente las de aquellos grupos poblacionales tradicionalmente excluidos por razones de índole económica, cultural, geográfica o de género.
- Incrementar la **eficiencia y eficacia** del sistema nacional de salud, promoviendo intervenciones costo efectivas y servicios con calidad, así como la articulación y coordinación entre diferentes actores del sector salud, para mayor impacto en el mejoramiento de los indicadores de salud del país.
- Contribuir al **ejercicio progresivo de la salud** como un derecho de la población y su responsabilidad en el autocuidado y su participación activa en la construcción en sus diferentes ambientes de desarrollo, fortaleciendo la participación y control social de la gestión.

El MNS comprende el desarrollo de tres componentes: Atención / Provisión; Gestión de servicios de salud; y Financiamiento / Aseguramiento. Asimismo, el **Marco conceptual, político y**

³ Secretaria de Salud. Modelo Nacional de Salud. Tegucigalpa, mayo 2013.

estratégico de la reforma del sector salud⁴ señala que el abordaje de la función de financiamiento deberá considerar:

- La **tendencia a la progresividad vertical** en el financiamiento proveniente de los impuestos generales, de la liberalización de los techos y progresividad de las cotizaciones y de la ampliación de la cobertura del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y la creación de seguros especiales.
- La posibilidad del **establecimiento de un fondo único** (Fondo Nacional de Salud) en el que la mayor proporción provenga de ingresos públicos (impuestos directo), la asignación de los recursos se ajuste por factores de riesgo y se incluya los aportes del régimen contributivo.
- El desarrollo de un **sistema de Protección Social en Salud** con un subsistema de Aseguramiento Público en Salud y otro de carácter privado que implicará la definición de un Plan Obligatorio de Salud, la vigilancia del aseguramiento, la regulación del conjunto de prestaciones, un sistema de afiliación, la definición de la población a asegurar y con qué mecanismo de financiamiento, la gestión del riesgo en salud tanto como el riesgo financiero y la racionalización de costos administrativos.
- El desarrollo de la capacidad para **modular y corregir las desviaciones**⁵ que pueda experimentar el financiamiento sectorial, la vigilancia del financiamiento sectorial, impulsar reformas sobre el alcance y modalidades de aseguramiento social en salud que tiendan a la cobertura efectiva de grupos excluidos garantizando el equilibrio financiero, racionalizar la regresividad de los gastos de bolsillo y tutelar la implantación de Paquetes Obligatorios e Integrados de Servicios de Salud (POSS).
- La **definición de proveedores de servicios de salud** con gestión descentralizada de la provisión y sus formas de pago, entendido estos como las distintas formas que existen para transferir los recursos del agente financiero a los proveedores (mecanismos de pago)

I.3. Estructura del sistema de salud

El financiamiento está relacionado con la estructura del sistema de salud y el grado de participación de los distintos subsectores. El sistema de salud de Honduras está integrado por el subsector público, el subsector privado y el resto del mundo.

El **subsector público**, está conformado por la Secretaría de Salud, que ejerce una doble función de rector del sistema y proveedor de servicios, otras Secretarías del Gobierno Central, Instituciones descentralizadas (entre las que se encuentra el Instituto Hondureño de Seguridad Social) e Instituciones del Gobierno Local que financian y proveen servicios de salud.

El **subsector privado**, está conformado por los seguros privados y otros proveedores privados con fines y sin fines de lucro.

⁴ Secretaría de Salud. Marco conceptual, político y estratégico de la reforma del sector salud. 2009

⁵ La modulación del financiamiento consiste en corregir las desviaciones de los servicios públicos de salud con respecto a las prioridades definidas por el Estado y lograr que las diversas modalidades y mecanismos de financiamiento (públicos y privados) se complementen.

El **resto del mundo**, está conformado por fondos que provienen del exterior del país para ser usados en el año objeto de estudio.

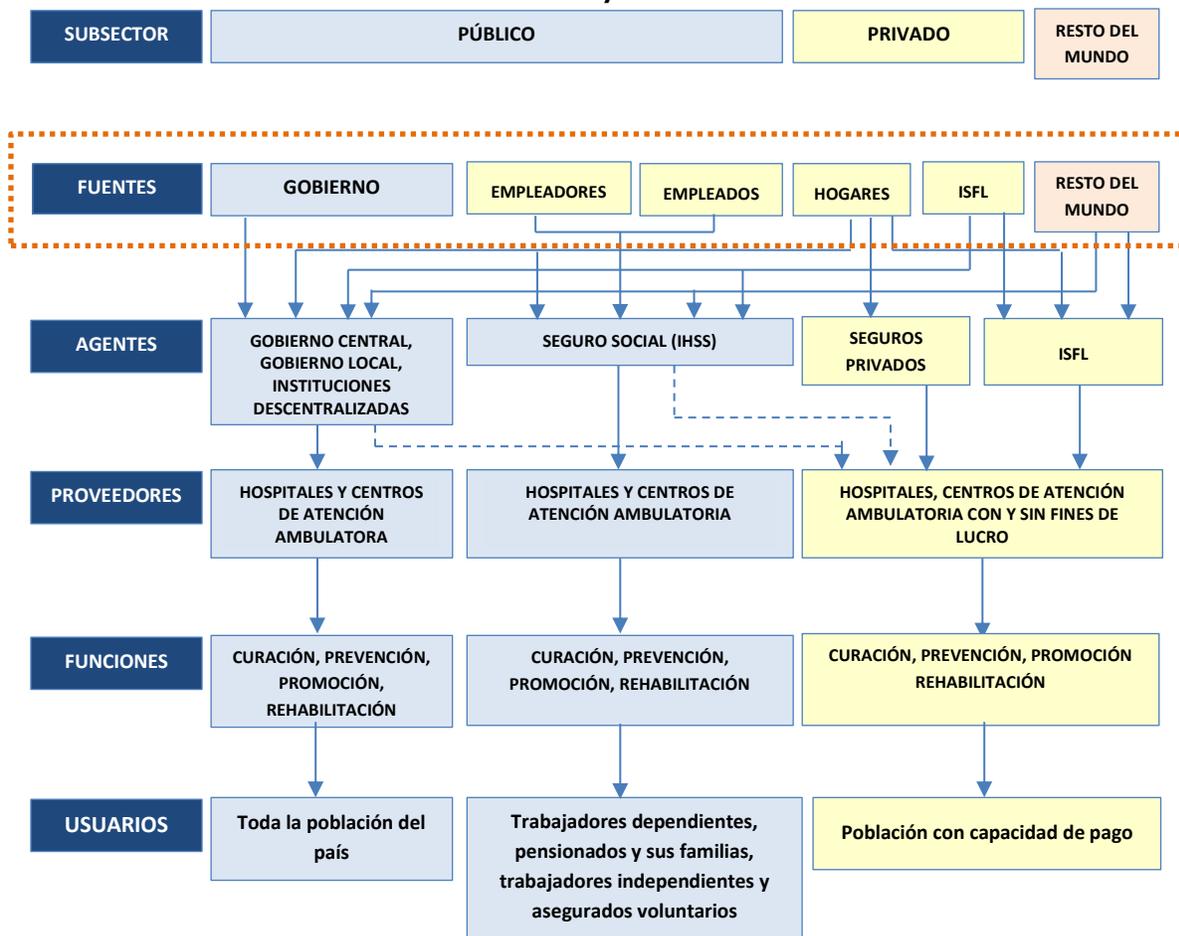
En este marco, el financiamiento de la salud se realiza a través de tres tipos de fuentes de financiamiento: fondos públicos, fondos privados y el resto del mundo.

- Los *fondos públicos*: provienen de impuestos generales, donaciones, préstamos y fondos propios, los cuales se destinan a los agentes de financiamiento⁶ de carácter público.
- Los *fondos privados*: provienen de individuos o instituciones de naturaleza privada, tal como:
 - Fondos de los empleadores: son aquellos que financian los bienes y servicios del seguro social. Los empleadores pueden ser de carácter público o privado.
 - Fondos de los hogares: son aquellos que aportan recursos al seguro social, a los seguros privados y los pagos directos de los hogares por los bienes y servicios de salud consumidos.
 - Fondos de las Instituciones Sin Fines de Lucro (ISFL) que sirven a los hogares, son aquellos que financian el consumo de bienes y servicios prestados a través de agentes de carácter público, de carácter privado y por las propias ISFL.Otros fondos privados, que integran las aportaciones de personas físicas y jurídicas nacionales en forma de fondos o aportaciones en especie monetizadas.
- *Resto del mundo*, incluye las unidades institucionales no residentes que emprenden transacciones con las unidades residentes, tienen vínculos económicos con estas y aportan fondos para el financiamiento de la salud.

En el gráfico que consta a continuación, se puede observar el flujo de fondos desde las unidades que proveen los recursos financieros, hacia los agentes que son las entidades que mancomunan y canalizan los fondos hacia los proveedores de bienes y servicios de salud y toman las decisiones sobre el tipo y cantidad que van a financiar y quién tiene derecho a recibirlos.

⁶ Los agentes de financiamiento son las instituciones o entidades que canalizan los fondos proporcionados por las fuentes de financiamiento y hacen uso de dichos fondos para pagar o comprar bienes y servicios de salud.

Estructura del sector salud y fuentes de financiamiento⁷



En 2014 se elaboró el Estudio de Gasto de Financiamiento, tomando el 2011 como año de referencia. Según consta en dicho estudio, el total de financiamiento fue de 28,835.4 millones de lempiras, de los cuales, el 34.16% corresponde a fondos públicos y el 61.97 a fondos privados. El resto del mundo representa un 3.86%.

Gasto per cápita en salud

GASTO EN SALUD	Lempiras	Dólares ⁸
Gasto per cápita en salud	3,509.96	184.23
Gasto per cápita en salud del subsector público	1,199.16	62.94
Gasto per cápita en salud del subsector privado	2,165.30	114.18
Gasto per cápita en salud del resto del mundo	135.51	7.11

Un dato significativo del estudio, es el porcentaje que representa las aportaciones que realizan directamente los hogares en relación al total de los fondos privados. El 80.70% de proceden del

⁷ Secretaria de Salud. Estudio de Gasto y Financiamiento en salud. Año 2011, elaborado y editado en 2014.

⁸ Tipo de cambio 2011: 19.052. Fuente: Banco Central de Honduras.

bolsillo de los hogares. El gasto en salud de los hogares refleja el esfuerzo financiero que estos soportan como un porcentaje del gasto del consumo doméstico para proveerse de determinados bienes y servicios de salud que consumen en el mercado. Puede explicar, en cierta medida, el grado de equidad en el acceso a los servicios de salud por la limitada capacidad financiera para asumir el gasto. Veamos el comportamiento del gasto de los hogares en salud, año 2011.

Indicadores del gasto de los hogares en salud. 2011	%
Gasto de los hogares sobre el gasto total en salud	50.01%
Pago directo de los hogares sobre el gasto privado	74.31%
Gasto indirecto de los hogares sobre el total del gasto de los hogares	7.91%
Pago directo de los hogares sobre el total del gasto de los hogares	92.08%

El pago directo de los hogares en 2011 fue de 13,280.2 millones de lempiras, que representa un 92.08% del gasto total de los hogares, del cual el 50.99% fue consumido en medicamentos, el 25.21% en servicios hospitalarios y el 20.76% en servicios ambulatorios.

La interpretación de esta información no deja lugar a dudas. El financiamiento es inequitativo. Un estudio reciente⁹ muestra a Honduras como el país donde mayor incidencia tiene el gasto de bolsillo destinado a salud sobre el empobrecimiento de los hogares (5%) de entre doce países de Latinoamérica.

La cobertura de la seguridad social que, según datos del IHSS, es de 18.57% (en 2011) para el régimen de enfermedad-maternidad, sigue siendo una limitación, no obstante la manifestación expresa en el Plan de Gobierno y en el Plan Nacional de Salud 2014-2018 de “situar la cobertura universal de salud como prioridad fundamental para la disminución de las desigualdades en salud.

I.4. Configuración de la estructura organizacional del Gobierno

En este contexto, debe ser también señalada la importancia de la nueva configuración de la estructura organizacional del Gobierno a partir de enero de 2014, que introduce un elemento de competencia interna dentro de los sectores o cluster, creados por área prioritaria de acuerdo con el Plan de Nación y Visión de País y el Plan de Gobierno, entre otros.

La Secretaria de Salud forma parte del Sector de Desarrollo e Inclusión Social, junto con otras 11 instituciones entre las que se encuentra educación, las cuales deben competir por los recursos financieros que, en el marco de la política pública de desarrollo y fiscal definida por el Gobierno, le asigna a dicho sector.

Las reglas de la competencia se muestran estrictas. En una situación de limitaciones financieras, la administración de los escasos recursos exigen comportamientos cada vez más eficaces y, especialmente, eficientes de las instituciones que los administran para el logro de un valor público centrado en la persona.

⁹ M. Peticara “Incidencia de los gasto de bolsillo en salud en siete países lationamericanos”. Serie Políticas Sociales N° 141 (LC/L..2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica de América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008.

Las relaciones de complementariedad, armonización y alineamiento de las instituciones que forman parte del sector son fundamentales para alcanzar los objetivos y metas definidos por el mismo, tal como se refleja en el cuadro de indicadores sectoriales¹⁰, a los cuales contribuye la Secretaría de Salud con su desempeño.

1.5. Compromisos del Gobierno

De la situación descrita en el apartado anterior, deriva algunos de los compromisos del Gobierno que motiva el desarrollo de la propuesta de asignación de presupuesto. El acuerdo standby entre el Gobierno y el Fondo Monetario Internacional (FMI) incluye una referencia estructural: “Presentar un programa para el desarrollo de un marco fiscal de mediano plazo con una claro anclaje y objetivos de política fiscal”, que sean desarrollados en junio de 2015¹¹. Según señala SEFIN, el desarrollo de las líneas base mejorará el MGMP al establecer los requisitos para continuar con el nivel actual de los servicios de cada institución. Esto permitirá que la línea base proyecte los cambios en costos relacionados con el aumento o la disminución de los conductores de demanda en el futuro.

La Secretaría de Salud es una de las instituciones que forman parte de la iniciativa piloto para la elaboración de la línea base 2015 y la estimación de los requerimientos financieros para ir extendiendo, de forma gradual, la cobertura de los servicios de salud.

2. Desarrollo de la propuesta

A partir del marco descrito anteriormente, este informe describe la metodología de asignación de presupuesto institucional, basado en criterios de equidad y prioridades estratégicas señaladas en el marco normativo, político y estratégico de salud, especialmente definido en el Plan Nacional de Salud 2014-2018 y en el Plan Estratégico Institucional 2014-2018, los cuales responden de forma objetiva a los mandatos institucionales señalados por la Visión de País y Plan de Nación, el Plan de Gobierno 2014-2018 y de forma específica en salud, al Plan de todos para una vida mejor.

En dichos documentos constan varios puntos que justifican el desarrollo de este estudio: i) la prioridad manifestada por el Gobierno para extender la cobertura hasta hacerla universal; ii) las restricciones financieras impuestas por la situación del país; iii) las estrategias y resultados esperados por la aplicación de las medidas contempladas en el Plan Nacional de Salud 2014-2018 y en el Plan Estratégico Institucional 2014-2018.

La propuesta se estructura en dos momentos: i) Elaboración de la línea base 2015; ii) Proyecciones para estimar los requerimientos financieros que vayan ampliando la cobertura hasta llegar a la cobertura universal.

¹⁰ Secretaría de Salud. Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados (SIMEGpR). 2015

¹¹ SEFIN, instructivo sin publicar, mayo 2015.

2.1. Línea base

La Secretaría de Finanzas ha situado a la Secretaría de Salud entre las instituciones piloto, como institución que forma parte del Sector de Desarrollo e Inclusión Social al igual que la Secretaría de Educación, dado que son las dos instituciones que juntas consumen el 85.74% del total del presupuesto aprobado del sector para el año 2015¹², y sólo la Secretaría de Salud representa un porcentaje del 30.6% del mismo.

Presupuesto aprobado año 2015

Presupuesto aprobado año 2015	Monto	%
Total presupuesto aprobado año 2015	185,482,013,773	100
Total Sector Desarrollo e Inclusión Social	40,749,169,319	21.97
Total Secretaría de Salud y Secretaria de Educación	34,939,987,778	85.74
Total Secretaría de Salud	12,493,966,349	30.66

Las instituciones piloto, entre las que se encuentra la Secretaría de Salud, deben elaborar para el mes de junio de 2015 la línea base del presupuesto, mientras que las demás instituciones se utilizará una línea base simplificada, la cual sólo considera la inflación y tal vez otros factores de costos, como por ejemplo, la deuda.

Las líneas base deben proyectar los niveles actuales de servicios, que normalmente son consistentes con el presupuesto aprobado. Sin embargo, no siempre ocurre esto, en cuyo caso, es probable que la ejecución real del presupuesto 2015 sea diferente a la del presupuesto aprobado, por lo que, el proceso tiene que empezar por la re-estimación del presupuesto 2015.

2.2. Qué es una línea base

La línea base determina que es lo que estamos haciendo en un año determinado que, a los efectos del análisis que se presenta en este documento, es el 2015. Implica identificar cuanto nos cuesta lo que estamos haciendo y, a partir de este punto, estimar cuando nos costará hasta el 2019, proyectando los montos de la línea con determinadas variables.

Para estimar que va a costar mañana, se pueden considerar un par de años atrás como referencia a nivel de ejecución con el fin de identificar los hitos que hicieron cambio en las instituciones. Es posible, que el año que se toma como base, se hayan producido limitaciones en el presupuesto, por indicaciones de contención de gasto, leyes especiales, el proceso de ejecución, entre otros, por lo que es razonable pensar que dicho monto no cubre el 100% de las necesidades de costo/gasto.

Sin embargo, analizar la composición de la línea base y los factores que han condicionado su ejecución, es sumamente relevante, como punto de partida, antes de asignar techos, para posteriormente, una vez asignados los techos, poder estimar la proyección 2016-2019 en un marco de gasto de mediano plazo.

¹² PCM I40/2014 de 18 de diciembre de 2014, sobre Ingresos y Egresos de la Administración Pública 2015.



El propósito es presentar una descripción clara y precisa de la producción institucional y cuáles son los programas / productos susceptibles de cambios positivos o negativos, los cuales se tomarán en cuenta en el momento de definir los techos de la institución. Permite:

- Identificar la oferta de bienes y servicios de la institución.
- Cuál ha sido el comportamiento de la producción y de los costos/gastos según programa presupuestario.
- Hacer proyecciones para estimar los requerimientos financieros futuros manteniendo como hipótesis el nivel de servicios que se presta en el año base.

La línea base debe ser estimada para todos los programas que constituyen la Estructura Programática Presupuestaria (EPP). Se debe diferenciar entre programas que contribuyen a proporcionar bienes y servicios de valor público a la población (programas productivos) y aquellos otros que responden a acciones de funcionamiento y/o transferencias.

2.3. Metodología

Método y criterios para la estimación de la línea base 2015:

- Se debe reflejar la cantidad por grupo de gasto de cada programa de acuerdo con el presupuesto aprobado de los fondos nacionales, fondos externos y los recursos propios (fondos recuperados o pagos por la prestación de servicios).
- La línea base se construye con el presupuesto aprobado 2015 como la base para las proyecciones futuras, sin embargo, se considera que esta base puede no ser realista debido a que algunos gastos requeridos no se incluyen en el presupuesto 2015, por lo tanto, se requieren nuevas estimaciones incluyendo estos gastos requeridos para establecer una base realista (2015) y proyección de línea base (2016-2019). A estas cantidades, se les llama re-estimaciones 2015.
- Para hacer las re-estimaciones 2015 se deberá considerar lo siguiente:
 - o Grupo 10000 Servicios personales: se calcula usando la planilla más reciente proyectada para todo el año conforme a los ajustes realizados en el Anexo desglosado de sueldos y salarios y/o planillas. También se incluyen los costos colaterales relacionados y los compromisos derivados de contratos colectivos, estatutos y reglamentos especiales. Es decir, todo lo que constituye un compromiso de carácter legal y generara algún tipo de presión durante el año.
 - o Grupo 20000 Servicios no personales: se calcula utilizando las facturas reales de las empresas de servicios públicos correspondientes al primer trimestre y proyectadas para todo el año.

- Para los demás grupos de gasto, deberán basarse en los contratos que requieren gastos adicionales al presupuesto aprobado, en los casos que se requiera.
- Para la proyección hasta el 2019 se ha utilizado:
 - La inflación anual indicada por SEFIN para estimar los costos por unidad para el periodo 2016-2019.
 - Conductor de costo: población para cada uno de los programas de prestación de servicios: primer nivel de atención y segundo nivel de atención. Población año 2015 según datos del INE.

En las matrices siguientes se presenta:

- a. El resumen de los programas incluyendo: Fondos Nacionales (FN), Fondos Externos (FE) y Fondos Propios (FP). En esta matriz, en la primera columna se presenta el presupuesto aprobado 2015 y en la tercera columna el presupuesto estimado a ejecutar durante 2015, siguiendo las indicaciones de SEFIN. La diferencia, refleja aquellos gastos que se estiman se ejecutaran debido a la implementación de compromisos de la institución y deudas.
- b. Presupuesto proyecto a partir de la línea base aplicando como correctores: la inflación y el conductor de costo (población atendida).

20 Provision del Segundo Nivel								
TABLA DE PRESUPUESTO LINEA BASE								
OBJETO		Presupuesto Aprobado 2015	Diferencia entre Aprobado y Ejecución Estimada	Ejecución Estimada 2015				
GASTO	DESCRIPCION				2016	2017	2018	2019
1000	Servicio Personales	3438653,691	-186041,816	3624695,507	3824053,760	3996136,179	4175962,307	4368056,573
2000	Servicio no Personales	659444,555	4832,000	654612,555	690616,246	721693,977	754170,206	788862,035
3000	Materiales y Suministros	874486,414	306306,851	568179,563	599429,439	626403,764	654591,933	684703,162
4000	Bienes Capitalizables	537599,010	-	537599,010	567166,956	592689,469	619360,495	647851,077
5000	Transferencias y Donaciones	14322,600	-	14322,600	15110,343	15790,308	16500,872	17259,912
6000	Activos Financieros	-	-	-	-	-	-	-
7000	Servicio de la Deuda Publica	-	-	-	-	-	-	-
9000	Otros Gastos	-	-	-	-	-	-	-
COSTO TOTAL DEL PROGRAMA		5524506,270	125097,035	5399409,235	5696376,743	5952713,696	6220585,813	6506732,760
Inflación					5.50%	4.50%	4.50%	4.60%

99 Transferencias al Sector Publico y Privado								
TABLA DE PRESUPUESTO LINEA BASE								
OBJETO		Presupuesto Aprobado 2015	Diferencia entre Aprobado y Ejecución Estimada	Ejecución Estimada 2015				
GASTO	DESCRIPCION				2016	2017	2018	2019
1000	Servicio Personales	-	-	-	-	-	-	-
2000	Servicio no Personales	-	-	-	-	-	-	-
3000	Materiales y Suministros	-	-	-	-	-	-	-
4000	Bienes Capitalizables	-	-	-	-	-	-	-
5000	Transferencias y Donaciones	2273555,419	73637,301	2199918,118	2320913,614	2425354,727	2534495,690	2651082,492
6000	Activos Financieros	-	-	-	-	-	-	-
7000	Servicio de la Deuda Publica	-	-	-	-	-	-	-
9000	Otros Gastos	-	-	-	-	-	-	-
COSTO TOTAL DEL PROGRAMA		2273555,419	73637,301	2199918,118	2320913,614	2425354,727	2534495,690	2651082,492
Inflación					5.50%	4.50%	4.50%	4.60%

LINEA BASE SESAL 2015

Numero Programa	Título del Programa	PRESUPUESTO						
		2015	Diferencia	Ejecución estimada 2015	2016	2017	2018	2019
1	Actividades Centrales	734066,159	-828421,649	1562487,808	1648424,637	1722603,746	1800120,914	1882926,476
18	Rectoría de Salud	529059,183	-1701,115	530760,298	559952,114	585149,959	611481,708	639609,866
19	Provision del Primer Nivel	3584029,684	252850,995	3331178,689	3591710,174	3835910,549	4096714,107	4379436,541
20	Provision del Segundo Nivel	5524506,270	125097,035	5399409,235	5821697,031	6217514,212	6640243,004	7098499,454
99	Trasferencias al Sector Publico y Privado	2273555,419	73637,301	2199918,118	2320913,614	2425354,727	2534495,690	2651082,492
Total Institución		12645216,715	-378537,432	13023754,147	13942697,571	14786533,194	15683055,423	16651554,829
Total Cambio					918943,424	843835,622	896522,229	968499,406
Cambio debido a la inflación					716306,478	618302,728	646126,351	690206,526
Cambio debido al Conductor					202636,946	225532,894	250395,878	278292,880

1	Actividades Centrales	VOLUMEN ESTIMADO						
		PRESUPUESTO						
		2015	Diferencia	Ejecución estimada 2015	2016	2017	2018	2019
CONDUCTOR DE COSTO								
PRESUPUESTO ANUAL		734066,159	-828421,649	1562487,808	1648424,637	1722603,746	1800120,914	1882926,476
COSTO UNITARIO POR CONDUCTOR					-	-	-	-
inflación					5.500%	4.500%	4.500%	4.600%

18	Rectoría de Salud	VOLUMEN ESTIMADO						
		PRESUPUESTO						
		2015	Diferencia	Ejecución estimada 2015	2016	2017	2018	2019
CONDUCTOR DE COSTO								
PRESUPUESTO ANUAL		529059,183	-1701,115	530760,298	559952,114	585149,959	611481,708	639609,866
COSTO UNITARIO POR CONDUCTOR					-	-	-	-
inflación					5.500%	4.500%	4.500%	4.600%

19	Provision del Primer Nivel	VOLUMEN ESTIMADO						
		PRESUPUESTO						
		2015	Diferencia	Ejecución estimada 2015	2016	2017	2018	2019
CONDUCTOR DE COSTO		5336,985		5336,985	5454,399	5574,395	5697,032	5822,367
PRESUPUESTO ANUAL		3584029,684	252850,995	3331178,689	3591710,174	3835910,549	4096714,107	4379436,541
COSTO UNITARIO POR CONDUCTOR		671.55		624.17	658.50	688.13	719.10	752.17
inflación					5.500%	4.500%	4.500%	4.600%

20	Provision del Segundo Nivel	VOLUMEN ESTIMADO						
		PRESUPUESTO						
		2015	Diferencia	Ejecución estimada 2015	2016	2017	2018	2019
CONDUCTOR DE COSTO		5336,985		5336,985	5454,399	5574,395	5697,032	5822,367
PRESUPUESTO ANUAL		5524506,270	125097,035	5399409,235	5821697,031	6217514,212	6640243,004	7098499,454
COSTO UNITARIO POR CONDUCTOR		1,035.14		1,011.70	1,067.34	1,115.37	1,165.56	1,219.18
inflación					5.500%	4.500%	4.500%	4.600%

99	Trasferencias al Sector Publico y Privado	VOLUMEN ESTIMADO						
		PRESUPUESTO						
		2015	Diferencia	Ejecución estimada 2015	2016	2017	2018	2019
CONDUCTOR DE COSTO								
PRESUPUESTO ANUAL		2273555,419	73637,301	2199918,118	2320913,614	2425354,727	2534495,690	2651082,492
COSTO UNITARIO POR CONDUCTOR					-	-	-	-
inflación					5.500%	4.500%	4.500%	4.600%

2.4. Comentarios a la línea base

El conductor de costo, siguiendo las recomendaciones de SEFIN, únicamente se ha aplicado a los dos programas de provisión directa de servicios: primer y segundo nivel de atención.

Se analizaron las instituciones que reciben transferencias a través del Programa 99 que son de dos tipos: i) Instituciones internacionales (como por ejemplo, OPS) e instituciones regionales (como por ejemplo, INCAP) con las cuales, Honduras tiene firmado un convenio y realizan, fundamentalmente, servicios de apoyo técnico a la Secretaría de Salud; y ii) Instituciones públicas o privadas que prestan servicios de salud. Entre este grupo se encuentra: el Hospital Escuela Universitario, el Hospital de San Lorenzo, el Hospital de Hermano Pedro, Teletón, Cruz Roja, etc. Gerencia Administrativa no ha proporcionado la información sobre el monto de cada uno de los grupos. Si se dispusiera de dicha información, se le debería aplicar la población como conductor de costo a los Hospitales y otras instituciones que proveen servicios de salud en el primer nivel de atención.

El conductor de costo del Programa 19: Provisión de servicios de salud del primer nivel de atención y del Programa 20: Provisión de servicios de salud del segundo nivel de atención, es la población. La fuente de la población 2015 es el INE, a partir de dicho año no se dispone de datos oficiales. El crecimiento anual para la proyección es de 2.2, el cual se ha aplicado para los años 2016 al 2019. Se estima que la cobertura de la Secretaría de Salud, es de 60% (este dato proviene de ENDESA).

Se ha aplicado la inflación anual señalada en la matriz.

En relación con los fondos propios y de acuerdo con la información facilitada por la Gerencia Administrativa, se asume que los fondos recuperados recaudados son ciertos y que esta cantidad es la ejecutada. Comprende los fondos recuperados en los establecimientos del Primer nivel de atención (Programa 19) y del Segundo nivel de atención (Programa 20). No se dispone información de los fondos recuperados por los servicios que prestan las unidades técnico normativas del nivel central. No se dispone información de la utilización de los fondos recuperados, por lo que se ha distribuido proporcionalmente a los gastos que presentan ambos niveles.

Se ha asumido que los montos de sueldos y salarios siguientes constan en la línea base, a falta de otra información de Gerencia Administrativa: i) Deuda del incremento de los médicos permanentes del año 2013 para ser aplicado en el 2015 y 2016; ii) Deuda del 25% de riesgo laboral; iii) deuda de vacaciones profilácticas de los odontólogos.

2.5. Ampliación de cobertura

La ampliación de cobertura es una prioridad nacional y un compromiso en la agenda política del Gobierno. El Fondo Monetario Internacional (FMI) solicitó a la SESAL que revisará una propuesta en la cual, el FMI había formulado una estimación de requerimientos financieros para la aprobación e implementación de la Ley Marco de Protección Social. Dicha propuesta descansa su proyección en dos factores: inflación e incremento estimado únicamente de la población cubierta por la SESAL.

La propuesta elaborada por el FMI fue analizada por el equipo técnico del Área de Estudios y Finanzas de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión con el apoyo de ULAT, y se propusieron cambios en base a las siguientes consideraciones:

- a. La Secretaria de Salud (SESAL) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) son los dos principales proveedores de servicios de salud de carácter público. La Secretaria de Defensa (a través del Hospital Militar) brindan servicios de salud a su personal, oficiales retirados, oficiales de la policía nacional y familiares. Las instituciones descentralizadas proveen asimismo servicios de salud, tal como, la Universidad Nacional Autónoma, el Instituto Nacional de Jubilación y Pensiones de los Empleados y Funciones del Poder Ejecutivo (INJUPEMP) y el Instituto Hondureño de Prevención de Alcoholemia, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA), entre otras instituciones.
- b. Las empresas que ofrecen seguros de salud a través de pólizas grupales o pólizas individuales / familiares que cubren distintos tipos de riesgo, las instituciones sin fines de lucro (asociaciones y fundaciones), así como los hogares que pagan directamente los bienes y servicios de salud, conforman el sector privado.
- c. Las empresas aseguradoras operan en el país bajo la tutela de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros / Superintendencia de Seguros y Pensiones, las cuales ofertan seguros de salud, accidentes, daños y vida.

En base a ello, el equipo técnico elaboró un modelo que fue presentado y discutido con el FMI y con SEFIN, basado en los siguientes entendimientos:

- Línea base 2015. El monto del año base corresponde a la ejecución estimada.
- La meta de la cobertura es llegar al 95% de la población, como máximo, en el 2038.
- La cobertura total es la suma de la cobertura de la SESAL y la cobertura del IHSS.
- Se debe estimar el costo de la SESAL, de acuerdo con la cobertura que esta debe proveer.

2.6. Línea base

El presupuesto de 2015 corresponde a la línea base elaborada para el presupuesto 2016-2019, descrito anteriormente.

2.7. Estimación de cobertura 2015-2038

Se estima las siguientes coberturas con datos de 2014

- SESAL: 60% de la población, estimada a través de encuesta
- IHSS: estimada a partir de los datos de cobertura proporcionados por IHSS
- Privado/sin cobertura: 5%

Se han estimado las siguientes coberturas:

- SESAL: 60% de la población total, a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) año 2015, que es el último año que proporciona. A partir del 2016, se ha estimado un crecimiento anual de 2.

- La estimación de la población cubierta por la SESAL tiene una correlación de 0.9826 (medido por el índice de correlación de Pearson) respecto al costo anual per cápita. Esto significa que lo que se gasta por individuo se mantiene constante en el tiempo adecuándose a la variación de la población y a la inflación.
- IHSS: estimada con datos de 2010-2014 con una recta de tendencia ($y=0.16+16.58$) a partir de los datos de cobertura proporcionados por el IHSS, en los cuales se observa alguna diferencia entre la población proporcionada por el INE y la población del IHSS.

Año	Población total INE	Población total IHSS	Población cubierta IHSS	% según IHSS
2010	8,045,990	8,041,654	1,402,622	16.8
2011	8,215,313	8,200,795	1,474,119	16.87
2012	8,385,072	8,303,399	1,594,395	17.09
2013	8,555,072	8,535,692	1,636,481	17.01
2014	8,725,111	8,535,692	1,686,649	17.53

- La extensión de cobertura de la población se ha estimado haciendo una simulación de tres escenarios para llegar a una cobertura del 95%.
 - Cobertura del 95% de la población total en el 2038 (escenario lento)
 - Cobertura del 95% de la población total en el 2030 (escenario medio)
 - Cobertura del 95% de la población total en el 2022 (escenario rápido)
- En cada escenario consta: i) la cobertura de población de la SESAL (régimen subsidiado); ii) la cobertura de población del IHSS (régimen contributivo que cubre enfermedad-maternidad); y iii) la cobertura conjunta de ambas instituciones. En la medida que el IHSS amplíe la cobertura del régimen contributivo, la población del régimen subsidiado disminuirá.

2.8. Inversión requerida

- Para estimar la inversión, se ha considerado únicamente la población que sería cubierta por la SESAL (régimen subsidiado), dado que SESAL no dispone de información de la ejecución presupuestaria del IHSS (que cubre al régimen contributivo).
- Como factores para la estimación, se ha considerado la inflación y la población. No se han considerado la implementación de otras medidas de política que podrían tener un impacto en la inversión requerida, tal como, un incremento mayor de la población que cotizaría a través del régimen contributivo por la aplicación de medidas de generación de empleo u otras que mejoren y/o amplíen la afiliación de los trabajadores actuales y de otros grupos; la implementación de medidas para el control de gasto en medicamentos y/o el establecimientos de mecanismos de copago para los mismos (fondos recuperados); la aplicación de mecanismos contractuales ajustados a los costos en el proceso de descentralización, entre otras.

- No se han considerado otras medidas de riesgo, tal como, envejecimiento poblacional, cambios epidemiológicos, cambios en el uso de tecnología médica, cambios demográficos, pobreza, desempleo y trabajo
- La diferencia de las rectas del costo per cápita en dólares y del costo per cápita en lempiras puede ser debida a una aceleración del valor del dólar en relación al lempira o puede verse influido también por la estimación de la inflación.

2.9. Escenarios del modelo

A partir de estas consideraciones se ha construido el modelo con tres escenarios:

Escenario 1: progresión lenta, se alcanza el 95% de cobertura en 2038.

Escenario 2: progresión media, se alcanza el 95% de cobertura en 2030

Escenario 3: progresión rápida, se alcanza el 95% de cobertura en 2022

2.10. Información de las matrices

Las primeras tres matrices, muestran la estimación de población para el análisis de tres escenarios para los años:

- Población total: años 2014 y 2015, según dato del INE; años 2016-2038: proyección de la población basada en un incremento de 2% anual, estimado a partir de la diferencia entre los años 2015-2020.
- Total de crecimiento: 2% anual
- Población atendida total: población cubierta anual que representa la sumatoria de las coberturas proporcionadas por la SESAL y el INE
- Población atendida por la SESAL: población cubierta anual únicamente por la SESAL.
- Incremento anual SESAL: estimación del incremento de la población cubierta por la SESAL, para que sumada a la población cubierta por el IHSS, vayan ampliando la cobertura hasta llegar al 95%.
- Cobertura total: sumatoria de la cobertura de la SESAL y la del IHSS.
- Cobertura del IHSS: población cubierta por el seguro de enfermedad-maternidad del IHSS. Hasta el 2014 son datos proporcionados por el IHSS. A partir del 2015 se ha estimado mediante una recta de tendencia.

La matriz siguiente, presenta el presupuesto anual requerido de acuerdo con el nivel de cobertura estimado por la SESAL y el costo/gasto unitario por persona cubierta.

POBLACIÓN ESCENARIO I								
Año	Población	Tasa de crecimiento	Población atendida total	Población atendida SESAL	Incremento anual SESAL	Cobertura SESAL	Cobertura total	Cobertura IHSS
2014	8725,111	INE	6764,579	5235,067		60.00	77.53	17.53
2015	8894,975	INE	6897,164	5336,985		60.00	77.54	17.54
2016	9072,875	2.00%	7067,769	5461,870	0.2	60.2	77.90	17.7
2017	9254,332	2.00%	7279,458	5626,634	0.6	60.8	78.66	17.86
2018	9439,419	2.00%	7515,665	5814,682	0.8	61.6	79.62	18.02
2019	9628,207	2.00%	7710,268	5959,860	0.3	61.9	80.08	18.18
2020	9820,771	2.00%	7939,111	6137,982	0.6	62.5	80.84	18.34
2021	10017,187	2.00%	8164,007	6310,828	0.5	63	81.50	18.5
2022	10217,530	2.00%	8364,070	6457,479	0.2	63.2	81.86	18.66
2023	10421,881	2.00%	8641,824	6680,426	0.9	64.1	82.92	18.82
2024	10630,319	2.00%	8895,451	6877,816	0.6	64.7	83.68	18.98
2025	10842,925	2.00%	9144,923	7069,587	0.5	65.2	84.34	19.14
2026	11059,783	2.00%	9411,876	7277,337	0.6	65.8	85.10	19.3
2027	11280,979	2.00%	9697,130	7501,851	0.7	66.5	85.96	19.46
2028	11506,599	2.00%	9932,496	7674,901	0.2	66.7	86.32	19.62
2029	11736,731	2.00%	10208,608	7887,083	0.5	67.2	86.98	19.78
2030	11971,465	2.00%	10479,821	8092,710	0.4	67.6	87.54	19.94
2031	12210,895	2.00%	10782,220	8327,830	0.6	68.2	88.30	20.1
2032	12455,112	2.00%	11055,158	8531,752	0.3	68.5	88.76	20.26
2033	12704,215	2.00%	11385,517	8791,317	0.7	69.2	89.62	20.42
2034	12958,299	2.00%	11763,544	9096,726	1	70.2	90.78	20.58
2035	13217,465	2.00%	12152,137	9410,835	1	71.2	91.94	20.74
2036	13481,814	2.00%	12551,569	9733,870	1	72.2	93.10	20.9
2037	13751,451	2.00%	12962,117	10066,062	1	73.2	94.26	21.06
2038	14026,480	2.00%	13384,067	10407,648	1	74.2	95.42	21.22

POBLACIÓN ESCENARIO 2								
Año	Población	Tasa de crecimiento	Población atendida total	Población atendida SESAL	Incremento anual SESAL	Cobertura SESAL	Cobertura total	Cobertura IHSS
2014	8725,111	INE	6764,579	5235,067		60.00	77.53	17.53
2015	8894,975	INE	6897,164	5336,985		60.00	77.54	17.54
2016	9072,875	2.00%	7076,842	5470,943	0.3	60.3	78.00	17.7
2017	9254,332	2.00%	7297,966	5645,143	0.7	61	78.86	17.86
2018	9439,419	2.00%	7525,105	5824,121	0.7	61.7	79.72	18.02
2019	9628,207	2.00%	7719,896	5969,488	0.3	62	80.18	18.18
2020	9820,771	2.00%	7929,291	6128,161	0.4	62.4	80.74	18.34
2021	10017,187	2.00%	8153,990	6300,810	0.5	62.9	81.40	18.5
2022	10217,530	2.00%	8384,505	6477,914	0.5	63.4	82.06	18.66
2023	10421,881	2.00%	8673,089	6711,691	1	64.4	83.22	18.82
2024	10630,319	2.00%	8969,863	6952,228	1	65.4	84.38	18.98
2025	10842,925	2.00%	9275,038	7199,702	1	66.4	85.54	19.14
2026	11059,783	2.00%	9644,131	7509,593	1.5	67.9	87.20	19.3
2027	11280,979	2.00%	10080,683	7885,404	2	69.9	89.36	19.46
2028	11506,599	2.00%	10530,839	8273,244	2	71.9	91.52	19.62
2029	11736,731	2.00%	10994,969	8673,444	2	73.9	93.68	19.78
2030	11971,465	2.00%	11413,595	9026,485	1.5	75.4	95.34	19.94
2031	12210,895	2.00%	11661,404	9207,014	0	75.4	95.50	20.1
2032	12455,112	2.00%	11914,561	9391,155	0	75.4	95.66	20.26
2033	12704,215	2.00%	12173,178	9578,978	0	75.4	95.82	20.42
2034	12958,299	2.00%	12416,642	9770,557	0	75.4	95.82	20.42
2035	13217,465	2.00%	12664,975	9965,969	0	75.4	95.82	20.42
2036	13481,814	2.00%	12918,274	10165,288	0	75.4	95.82	20.42
2037	13751,451	2.00%	13176,640	10368,594	0	75.4	95.82	20.42
2038	14026,480	2.00%	13440,173	10575,966	0	75.4	95.82	20.42

POBLACION ESCENARIO 3								
Año	Población	Tasa de crecimiento	Población atendida total	Población atendida SESAL	Incremento anual SESAL	Cobertura SESAL	Cobertura total	Cobertura IHSS
2014	8725,111	INE	6764,579	5235,067		60.00	77.53	17.53
2015	8894,975	INE	6897,164	5336,985		60.00	77.54	17.54
2016	9072,875	2.00%	7140,352	5534,453	1	61	78.70	17.7
2017	9254,332	2.00%	7483,053	5830,229	2	63	80.86	17.86
2018	9439,419	2.00%	7931,000	6230,016	3	66	84.02	18.02
2019	9628,207	2.00%	8393,871	6643,463	3	69	87.18	18.18
2020	9820,771	2.00%	8872,085	7070,955	3	72	90.34	18.34
2021	10017,187	2.00%	9366,069	7512,890	3	75	93.50	18.5
2022	10217,530	2.00%	9723,002	7816,411	1.5	76.5	95.16	18.66
2023	10421,881	2.00%	9934,137	7972,739	0	76.5	95.32	18.82
2024	10630,319	2.00%	10149,828	8132,194	0	76.5	95.48	18.98
2025	10842,925	2.00%	10370,173	8294,838	0	76.5	95.64	19.14
2026	11059,783	2.00%	10595,272	8460,734	0	76.5	95.80	19.3
2027	11280,979	2.00%	10825,228	8629,949	0	76.5	95.96	19.46
2028	11506,599	2.00%	11041,732	8802,548	0	76.5	95.96	19.46
2029	11736,731	2.00%	11262,567	8978,599	0	76.5	95.96	19.46
2030	11971,465	2.00%	11487,818	9158,171	0	76.5	95.96	19.46
2031	12210,895	2.00%	11717,574	9341,334	0	76.5	95.96	19.46
2032	12455,112	2.00%	11951,926	9528,161	0	76.5	95.96	19.46
2033	12704,215	2.00%	12190,964	9718,724	0	76.5	95.96	19.46
2034	12958,299	2.00%	12434,784	9913,099	0	76.5	95.96	19.46
2035	13217,465	2.00%	12683,479	10111,361	0	76.5	95.96	19.46
2036	13481,814	2.00%	12937,149	10313,588	0	76.5	95.96	19.46
2037	13751,451	2.00%	13195,892	10519,860	0	76.5	95.96	19.46
2038	14026,480	2.00%	13459,810	10730,257	0	76.5	95.96	19.46

Presupuesto total y unitario 2015-2038

Año	Presupuesto	Lempiras			Dólares		
		Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3
2015	13023754,147	2,440	2,440	2,440	110.67	110.67	110.67
2016	13625299,915	2,495	2,490	2,462	107.76	107.58	106.35
2017	14148486,378	2,515	2,506	2,427	103.44	103.10	99.83
2018	14724056,627	2,532	2,628	2,363	99.19	102.92	92.57
2019	15401363,231	2,584	2,682	2,318	96.42	100.06	86.50
2020	16109825,940	2,625	2,732	2,278	93.27	97.10	80.96
2021	16850877,933	2,670	2,780	2,243	90.79	94.51	76.26
2022	17626018,318	2,730	2,828	2,255	89.46	92.69	73.91
2023	18436815,161	2,760	2,855	2,312	87.61	90.64	73.41
2024	19284908,658	2,804	2,883	2,371	86.65	89.09	73.28
2025	20172014,457	2,853	2,912	2,432	86.02	87.79	73.32
2026	21099927,122	2,899	2,920	2,494	85.28	85.89	73.35
2027	22070523,769	2,942	2,909	2,557	84.42	83.47	73.38
2028	23085767,863	3,008	2,900	2,623	84.21	81.19	73.42
2029	24147713,184	3,062	2,894	2,689	83.63	79.04	73.46
2030	25258507,991	2,994	2,908	2,758	83.16	77.50	73.49
2031	26420399,358	3,043	2,983	2,828	82.47	79.47	73.52
2032	27635737,729	3,107	3,059	2,900	82.15	81.50	73.56
2033	28906981,664	3,154	3,137	2,974	81.35	83.57	73.59
2034	30236702,821	3,189	3,216	3,050	82.23	85.70	75.46
2035	31627591,151	3,224	3,298	3,128	83.15	87.89	77.39
2036	33082460,344	3,260	3,383	3,208	84.08	90.13	79.36
2037	34604253,519	3,298	3,469	3,289	85.05	92.43	81.38
2038	36196049,181	3,336	3,557	3,373	86.04	94.78	83.46

Comentarios

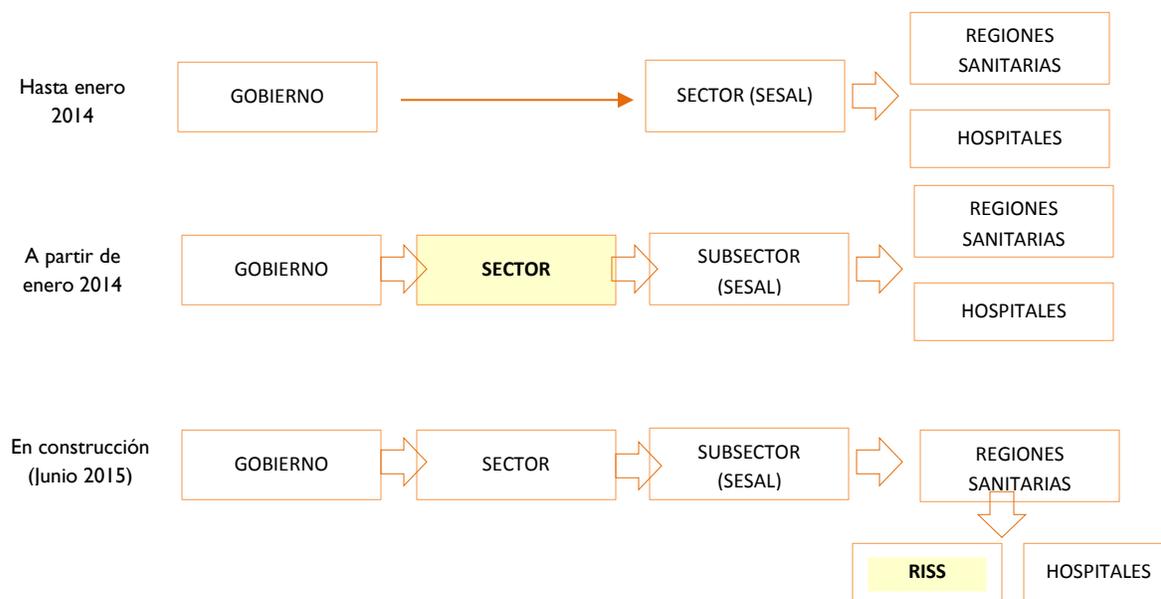
El Gobierno evidencia un interés creciente en la adopción de medidas que mejoren la equidad, calidad, la eficiencia y la transparencia en el uso del gasto público.

Los Gabinetes Sectoriales han introducido un factor de competencia por los recursos financieros entre las instituciones que forman parte del mismo que puede ser interpretado, asimismo, como un factor de incertidumbre ante la certeza de asignación de determinados recursos.

Ello obliga a las instituciones a mejorar el proceso de planificación, programación y, especialmente, a ajustar la necesidad y ejecución de recursos financieros a la producción, medida esta, a través de unidades de medida objetivas y focalizadas en la mejora de las condiciones de salud de la población o valor público.

La elaboración de la línea base permite un conocimiento de los gastos por programa y facilita hacer una proyección de los requerimientos que la institución necesitará, manteniendo la misma estructura de costos que existe en la línea base. Representa, al mismo tiempo, una limitante, dado que la referencia para la estimación de requerimientos financieros, no refleja los costos que se requerirán en el futuro en la medida que cambie la estructura de costos debido a, entre otros motivos, por cambios en la tecnología médica, por los mandatos institucionales, por el conjunto de prestaciones a garantizar que se determine por nivel, por cambios en la patrón epidemiológico o demográfico no esperados o por cambios en las políticas y estrategias institucionales.

El flujo de fondos ha cambiado. Hasta enero de 2014, el Gobierno asignaba directamente a la Secretaría de Salud el presupuesto anual, el cual se estimaba a partir de datos históricos sin estar sustentado en un análisis de consumo de recursos y sin estar vinculado a una lógica de planificación, desde el nivel de país hacia niveles de institución y centros por nivel de atención.



Actualmente, la SESAL está definiendo el Conjunto de Prestaciones a Garantizar según tipo de establecimiento, lo cual arrojará una nueva estructura de costos, que deberá verse reflejado en la asignación interna de los recursos financieros y está conformando y poniendo en funcionamiento las Redes Integradas de Servicios de Salud. Lo cual, agregará un nuevo elemento en el flujo de fondos que deberá ser analizado.

No obstante, aunque el proceso de asignación de presupuesto presenta bajo el modelo descrito en este documento, una mejor aproximación a la realidad de las necesidades financieras que se requiere para alcanzar los objetivos previstos en el Plan Nacional de Salud 2014 y 2018, así como ir dando respuesta a la ampliación de la cobertura, se deberá caminar hacia la implementación de un método de costeo que ajuste con mayor precisión los requerimientos financieros y aporte mayor equidad en la asignación de recursos.

La previsible aprobación de la Ley Marco de Protección Social, introduce un nuevo elemento que no escapa al comentario anterior. La asignación y administración de los fondos mancomunados que propone, deberán ajustarse a las prestaciones que sean, financieramente factibles y sostenibles y respondan al patrón epidemiológico del país y/o de las regiones o redes. Requerirá la determinación de instrumentos de gestión de los fondos, herramientas de identificación y administración de beneficiarios, métodos de costeo que ajusten la medida de equidad y de eficiencia distributiva y asignativa.

Sólo por citar algún ejemplo, se señalan puntos de análisis y discusión que afectan a la concepción del modelo de asignación de presupuesto y otros mecanismos de relacionamiento¹³ entre los actores que intervienen en el sector:

Financiamiento a las regiones / municipios: mancomunación de recursos y asignación a los proveedores por medio de: pago capitulo puro / pago capitulo ajustado y/o pago por desempeño.

Revisión del presupuesto público global del primer nivel de atención. Revisión de la eficiencia distributiva¹⁴ del presupuesto en salud, para distribuir entre niveles y priorizar en aquellos municipios que tienen una menor capacidad de inversión¹⁵. La eficiencia distributiva debe valorarse a partir del presupuesto total de fondos públicos, incluyendo el primer y el segundo nivel, para que responda con objetividad a la prioridad señalada por el Gobierno de potenciar la Atención Primaria en Salud (APS) como “puerta de entrada” al sistema. Ello reduciría el enfoque curativo y potenciaría el de prevención.

Revisión de la composición de la cartera de servicios y sus costos. Revisión de la eficiencia asignativa, relacionada con la producción, para su adecuación a las necesidades y demanda de la

¹³ Sánchez Ruano, E. Informe de consultoría: Definición de mecanismos de pago por nivel de atención. En Diseño de una metodología de costo estándar por nivel de atención. 2012

¹⁴ Stiglitz, J. propone valorar a las instituciones por la eficiencia distributiva, que mide no sólo los resultados que obtienen sino también la eficiencia con la que estos resultados se distribuyen en la comunidad.

¹⁵ En 2011, el 19% del presupuesto se asignó a los 228 municipios más pobres y el 81% a los demás 60 municipios (FOSDEH “La asignación pública de recursos: ¿Consolida la desigualdad o promueve un desarrollo social y productivo más equitativo? 2011.

población. Esto tiene que ver con la cartera de servicios a subsidiar y con el criterio de equidad horizontal y vertical (tratar de manera equitativa a todos los que tienen la misma necesidad de salud y dar preferencia a aquellos con las mayores necesidades).

Bibliografía

Los datos utilizados para la elaboración del método se han obtenido de los reportes del SIAFI y otros datos de los registros internos de la Gerencia Administrativa, de la Dirección de Recursos Humanos y de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión.

Adicionalmente, se han consultado otros datos e información de:

Instituto Nacional de Estadística (INE). Población 2014 y 2015

Murray, C. Frenk. J. A WHO framework for health system performance assessment. GPR, documento de trabajo n° 6, noviembre 1999. Ginebra

OMS. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 2000

Perticara, M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Serie Políticas Sociales, N° 141, Santiago de Chile. CEPAL, 2008.

Sánchez Ruano, E. Informe de consultoría: Definición de mecanismos de pago por nivel de atención, en Diseño de una metodología de costo estándar por nivel de atención. 2012.

Secretaria de Finanzas: datos de inflación y tipo de cambio

Secretaria de Salud

_____ Modelo Nacional de Salud. 2013

_____ Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud. 2014

_____ Plan Nacional de Salud 2014-2018

_____ Plan Estratégico Institucional (PEI) 2014-2018

_____ Marco conceptual, político y estratégico de la reforma del sector salud. 2009



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