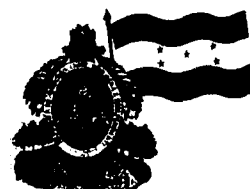


La Gaceta



DIARIO OFICIAL DE LA REPUBLICA DE HONDURAS

La primera imprenta llegó a Honduras en 1829, siendo instalada en Tegucigalpa, en el cuartel San Francisco, lo primero que se imprimió fue una proclama del General Morazán, con fecha 4 de diciembre de 1829.



Después se imprimió el primer periódico oficial del Gobierno con fecha 25 de mayo de 1830, conocido hoy, como Diario Oficial "La Gaceta".

AÑO CCXIII TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS, C.A. 13 DE ABRIL DEL 2009 NUM. 1784

Sección A

Secretaría de Estado en el Despacho de Salud

ACUERDO No. 129

Tegucigalpa, M.D.C., 27 de febrero de 2009

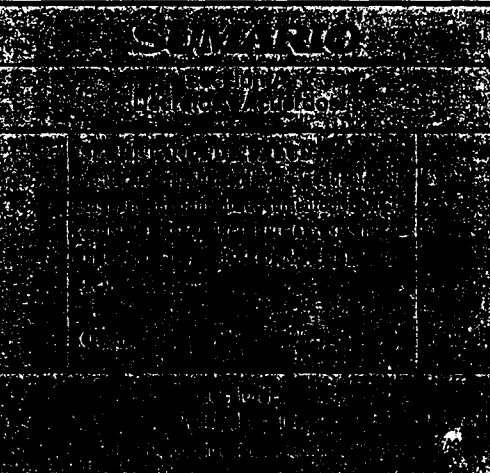
EL SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD

CONSIDERANDO: Que la Constitución de la República reconoce la salud como un derecho social que debe ser protegido por el Estado, y correlativamente, impone a todas las personas, naturales o jurídicas, el deber de participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad.

CONSIDERANDO: Que la salud como bien social y factor de desarrollo de la persona en todos sus aspectos, sólo podrá obtenerse mediante la estructuración de políticas coherentes en esta materia, que garantice la participación integrada y responsable de los miembros de la sociedad y sus instituciones.

CONSIDERANDO: Que la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, como ente rector del sector, tiene a su cargo la normalización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas, a fin de garantizar a la población servicios de salud con calidad, equidad y eficiencia.

CONSIDERANDO: Que con este fin, la Secretaría de Salud ha puesto en marcha un proceso de reforma del sector, el que tiene como postulado básico el fortalecimiento del rol rector



y la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

CONSIDERANDO: Que la complejidad, magnitud y especificidad del proceso de cambio establecido exige contar con un marco común conceptual de referentes políticos y estratégicos, que lo dirija apropiadamente y permita una adecuada instrumentación en la práctica.

CONSIDERANDO: Que dado que un proceso de esta naturaleza se efectúa por aproximaciones sucesivas, el marco referencial debe acotar la formulación de las propuestas que el desarrollo futuro exija, para el ajuste permanente del sistema de salud.

CONSIDERANDO: Que en el ejercicio de la autoridad sanitaria, la Secretaría elaboró una propuesta del marco

referencial de la reforma, la que fue sometida a una consulta nacional en la que participaron diferentes actores relevantes vinculados con el tema.

CONSIDERANDO: Que con las observaciones efectuadas en la reunión Consulta Nacional, se procedió a la formulación de la propuesta final que se somete a su oficialización como marco político obligatorio.

POR TANTO: En uso de las facultades de que está investido y de acuerdo a lo establecido en los artículos 145, 149, 247 de la Constitución de la República, Artículo 28 numeral 3, 29 y 36 numerales 1 y 8; 116, 118, 119 párrafo final y 122 de la Ley General de la Administración Pública; 16, 23, 25 y 67 literal c del Reglamento de Organización, funcionamiento y competencias del Poder Ejecutivo; 25, 27, 30, 60 y 64 de la Ley de Procedimiento Administrativo; 1, 2, 3, 4, 5 y 8 del Código de Salud.

ACUERDA:

PRIMERO: Aprobar en todas y cada una de sus partes el siguiente documento "MARCO CONCEPTUAL POLÍTICO Y ESTRATÉGICO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD", el cual se constituye en la Política Oficial en este campo:

SECRETARÍA DE SALUD

MARCO CONCEPTUAL POLÍTICO Y ESTRATÉGICO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD 2009

INDICE

PRESENTACIÓN	9
CAPITULO I	1
ANTECEDENTES Y PERSPECTIVA HISTÓRICA	1
CAPITULO II	1
CONTEXTO ACTUAL	1
CAPITULO III	1
MARCO GENERAL	1
CAPITULO IV	1

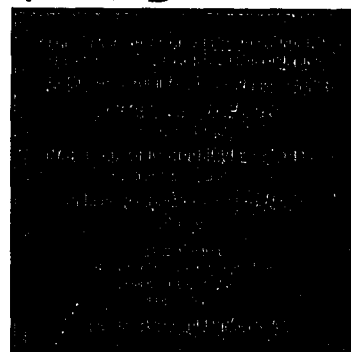
COMPONENTES POLITICOS ESTRATEGICOS Y OPERATIVOS

DEL PROCESO DE REFORMA	1
Valores, principios y ejes referenciales del proceso	1
LOS EJES TRANSVERSALES	1
La Participación ciudadana	1
La Promoción de la salud	1
La gestión con calidad	1
COMPONENTES ESENCIALES DE LA REFORMA	3
FORTALECIMIENTO DEL ROL RECTOR	1
LA SEPARACION DE FUNCIONES	1
La función de provisión de servicios	1
Las funciones de Financiamiento y Aseguramiento	1
CAPITULO V	2
RETOS ESTRATÉGICOS	2

Presentación

El presente documento contiene los elementos conceptuales, en los ámbitos políticos y estratégicos, que deben constituirse en los referentes obligados del proceso de reforma del sector salud. Es el marco orientador del fortalecimiento del ejercicio rector de

La Gaceta



la Secretaría de Salud sobre los actores sociales que intervienen en el proceso de producción social de la salud y del desarrollo de las adecuaciones orgánicas y funcionales que el sistema de salud del país requiere. En ese espíritu no constituye un manual guía operativo para instrumentar las propuestas que se derivan de él, pero contiene todos los elementos que permitirán acotar la formulación de las mismas.

Los cambios propuestos en este documento, apuntan al desarrollo de un sistema de salud más moderno que pueda cumplir con efectividad la misión que la sociedad hondureña le ha encomendado y que contribuya efectivamente a la construcción de un estadio de mayor bienestar para nuestra población.

En ese proceso de reformas se coloca el tema de la participación ciudadana como uno de los ejes fundamentales para profundizar la democracia y lograr un clima favorable de gobernabilidad en nuestra sociedad caracterizada por la exclusión social.

Para su tratamiento, desde la óptica del sector salud, se reconoce que la exclusión social es un fenómeno complejo, con muchas redes de causas interrelacionadas que se refuerzan mutuamente. La falta de acceso a los sistemas de salud y educación destacan entre esas causas que contribuyen a condenar a amplios sectores de la población a una vida de pobreza y miseria. Es impostergable, entonces, que se establezcan mecanismos que garanticen la protección social, especialmente de esa población más vulnerable, y en ello la accesibilidad a servicios de salud adecuados y eficientes son parte muy importante.

Reconocemos que el impulso inicial de este cambio que proponemos fue generado desde hace algunos años cuando, en forma un tanto fragmentada, discontinua e incierta, se diseñaron y pusieron en práctica experiencias novedosas de gestión descentralizada de los servicios de salud. Estas experiencias generaron los conocimientos necesarios que ahora nos permiten pasar de esos ensayos localizados a un amplio proceso de dimensión nacional. En ese sentido, esta propuesta es de construcción colectiva, concentra los aportes de diversos actores del nivel local, regional y central, y permite incorporar una serie de herramientas e instrumentos que ya debidamente probados, que servirán como bases para poner en marcha un nuevo modelo de salud en el país.

Su diseño está fundamentado en la visión de una institución descentralizada, con una gestión de recursos centrada en la obtención de resultados, con la capacidad de toma de las decisiones apropiadas en forma oportuna, más cercana a donde los problemas se enfrentan y con una eficaz y eficiente prestación de servicios de salud.

La presentamos y asumimos con un criterio dinámico y cambiante. Esta es una propuesta que se entiende como un proceso de aproximaciones sucesivas y de articulación progresiva de actores, que busca evitar las duplicaciones y omisiones que han actuado como obstáculos en el pasado.

Así entendida, no se trata de un producto acabado; por el contrario, como resultado de un proceso político y técnico basado en evidencias, estará sujeta al mejoramiento continuo y a la incorporación de los avances, frutos de la experiencia. De igual manera, estará abierta a los propios cambios que la realidad le imponga y a las opciones válidas que puedan partir de la ciudadanía y sus organizaciones. Pero además, aspiramos que trascienda los intereses meramente coyunturales y guíe la gestión en los próximos años, más allá del período administrativo de nuestra responsabilidad directa.

Agradecemos a todas las personas e instituciones que han puesto sus esfuerzos y empeño para que dispongamos hoy de este instrumento estratégico, reclamado permanentemente como una necesidad para la conducción de los cambios que demanda el modelo de salud del país, y queda el documento, en manos de los trabajadores de la salud y de los socios estratégicos dentro y fuera del sector para que se cumpla con ese objetivo final.

CAPITULO I

ANTECEDENTES Y PERSPECTIVA HISTÓRICA

La década de los noventa marcó, a nivel mundial, el comienzo de una nueva etapa en el relacionamiento entre las sociedades y los Estados, en la que comenzaron a predominar los incentivos de mercado y las tendencias a la globalización de las diversas esferas de la vida política, económica y social. Desde entonces, muchos países, el nuestro entre ellos, han estado trabajando en un proceso bajo el marco general de actividades específicas del sector salud afectadas por reformas más amplias del sector público, las cuales han apuntado a una combinación de cambios

en los mecanismos administrativos, financieros y de la prestación de servicios.

Particularmente, en el año 1992 se creó, mediante acuerdo 16-92, y como parte de la Comisión Presidencial de Modernización del Estado, la denominada subcomisión de salud. En las consideraciones que la formalizaron, se consignó que era prioridad del Programa de Modernización del Estado el mejoramiento sustancial de los servicios de salud, y que priorizaría fundamentalmente la población económicamente más deprimida.

Así, durante casi toda la década de los 90s, la estrategia que fue planteada para impulsar el cambio en el sector salud proponía expresamente:

- 1) Mejorar la capacidad reguladora, presupuestaria y de elaboración de políticas, para llevar a cabo las funciones básicas relacionadas con el aseguramiento y garantía de la calidad de los servicios de salud y la asignación apropiada de los recursos.
- 2) Fortalecer la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), para encabezar la implementación de nuevos modelos de servicios de salud globales.
- 3) Fortalecer financieramente al IHSS y mejorar su organización interna, para desarrollar una nueva institución capaz de lograr sus objetivos sociales.
- 4) Reestructurar la red de proveedores públicos y privados para reducir la duplicidad de acciones, aumentar el uso de activos existentes y desarrollar sistemas innovadores para la provisión y gestión de los servicios de salud.
- 5) Fortalecer los sistemas de información claves en el sector.
- 6) Reorganizar la Secretaría de Salud e IHSS.
- 7) Promover y mejorar el acceso a los servicios de salud.
- 8) Apoyar la sistematización de las experiencias y la divulgación de las mismas.

La iniciativa más destacada a mediados de ese período, fue la puesta en ejecución del Proceso Nacional de Acceso. Este proceso se desarrolló en función de tres estrategias básicas: la readecuación de las redes locales de salud, el control social de la gestión, el desarrollo y transformación cualitativa de los recursos

humanos, con la generación de experiencias en cada uno de esos campos.

Posteriormente, en 1999, como resultado de los daños causados por el Huracán Mitch, el gobierno de la República formuló y puso en ejecución, con apoyo de la cooperación internacional, un Plan Maestro de Reconstrucción y Transformación Nacional (PMRTN). Las acciones y actividades de desarrollo y compensación social aparecieron en el marco de la Estrategia de Reducción de Pobreza (ERP), como un componente orientado a la promoción del desarrollo humano sostenible y la reivindicación de los derechos a la salud, vivienda, seguridad y otros.

La ERP también definió la reforma del sector salud como prioridad. Estableció como metas mejorar la salud de la población hondureña; responder a las expectativas legítimas de la población; proveer protección financiera contra los costos en salud; avanzar hacia el aseguramiento universal; asegurar la equidad en la distribución de las aportaciones financieras y en la atención; y, facilitar la participación activa de todos los involucrados en la gestión de la salud como un producto social.

La ERP también sirvió de marco general para la elaboración del Plan de Gobierno en el Sector Salud 2002-2006. En este plan los objetivos consignados fueron mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud. Para su obtención contempló como dos de sus pilares, la reforma del sector y la extensión de la cobertura en la prestación de servicios. En su implementación se pusieron en marcha un conjunto de iniciativas fragmentadas, pudiéndose categorizar a las principales en cuatro grandes grupos: desarrollo institucional de la Secretaría de Salud; desarrollo institucional del Instituto Hondureño de Seguridad Social (que incluyó la separación de sus funciones básicas); mejora en la gestión hospitalaria; y, extensión de la cobertura.

El desarrollo institucional enunciado se orientaba a la transformación de la entidad rectora y financiadora del sector de los servicios de salud. Ello implicaba la separación de las funciones de financiamiento y de provisión, y en materia de provisión de servicios, la modernización y autonomía de la red de atención. Estos esfuerzos comprendieron también el rediseño de la estructura regional, estableciéndose lo que se denominó la departamentalización, para adaptarla a la división política administrativa del territorio, como intento para acercar las

direcciones regionales de la Secretaría de Salud a las autoridades políticas departamentales. En relación con el IHSS se promovieron tres procesos: la consolidación financiera, la modernización institucional y su fortalecimiento como ente asegurador y no como proveedor de servicios.

Con base en los entendimientos anteriores, que como se ha descrito fueron generados en un largo proceso en el que en distintas etapas se plantea la necesidad de transformar el sector salud, se financiaron experiencias de extensión de la cobertura, consideradas bastante innovadoras, con organizaciones ad hoc de la sociedad civil, vistas como experimentos pilotos que podrían, una vez ajustadas conforme los elementos que la práctica brindara, extenderse a otras regiones del país.

En este marco, se ensayó la descentralización de la provisión de los servicios de salud incorporando en el sistema de salud la formalización de contratos con asociaciones municipales u organizaciones sociales de base comunitaria. El instrumento contractual, que se constituyó en la figura del nuevo relacionamiento entre el ente rector y el proveedor de servicios, fijaba las responsabilidades de las partes, incluidos los modelos de atención, gestión y financiamiento que deberían implementarse. Se logró implementar nuevos modelos con 7 proveedores descentralizados en 29 unidades de salud (US), que involucraron 10 de los 298 municipios, para cubrir a una población objetivo de alrededor de 130,000 habitantes.

Paralelamente, se implementaron experiencias de extensión de cobertura a través de la contratación de servicios brindados por equipos itinerantes, pertenecientes a Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) u otros proveedores privados y en las que el mecanismo de pago definido fue un monto per cápita. En los tres años de su funcionamiento, se llegó a cubrir 1,142 comunidades rurales conformadas por 60,000 familias y 289,000 habitantes, las que estaban diseminadas a lo largo de los 95 municipios más pobres del país.

En todo ese devenir, la reflexión obligada giró en torno al porqué de la necesidad de una reforma en el Sector Salud. Dentro del conglomerado de respuestas recopiladas destacaron los mandatos constitucionales que no se están cumpliendo; la situación de que un tercio de la población no tiene acceso a servicios de salud equitativos y de calidad; el modelo de atención actual es ineficiente, ineficaz y es cuestionado continuamente; el modelo de gestión no responde a las expectativas de la sociedad y sólo permite

una limitada participación social; el costo del sistema de servicios actual excede la capacidad económica del Estado y de la sociedad; hay compromisos del país, establecidos en acuerdos internacionales, que no se están asumiendo; y, porque el Plan de Gobierno no se está cumpliendo, dado que el Sector Salud presenta serias limitaciones para alcanzar sus objetivos.

Todas estas premisas también sirvieron de plataforma, en su momento, para la formulación del Plan Nacional de Salud 2021 y la Política Nacional de Salud para el período 2006-2010. En ambos, la reforma del sector salud se define como un proceso de transformación gradual y progresiva del Sistema Nacional de Salud y se concibe como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en las prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

CAPITULO II CONTEXTO ACTUAL.

El sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud, a saber: organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales, y los proveedores de servicios. Así concebido, el sistema de salud hondureño está constituido básicamente por el sector público, compuesto por la Secretaría de Salud y el IHSS, y el sector no público o privado, con y sin fines de lucro.

Se reconoce que en la actualidad el sistema de salud atraviesa un momento crítico, como producto del agotamiento del modelo de atención vigente, y traducido en su limitada capacidad para contribuir a reducir la brecha de la inaceptable situación de exclusión en salud. Esta situación se evidencia de manera específica en los siguientes aspectos:

1) Rectoría débil.

Se manifiesta en las dificultades para la regulación de los aspectos sanitarios, administrativos y financieros de la gestión de salud en los diversos subsistemas, lo cual a su vez resulta en el

bajo cumplimiento de las normas de atención y la falta de transparencia en los procedimientos administrativos y financieros.

Entre los principales problemas en el ámbito de la rectoría, se pueden incluir los siguientes aspectos:

- a) Falta de una definición precisa de los aspectos estratégicos y operativos para lograr los objetivos nacionales de salud, que se expresa en la ausencia de la planificación estratégica del sector.
- b) Escasa implementación de mecanismos de participación y control social en los diversos niveles territoriales y de gestión del sistema de salud.
- c) Incoherencia entre las funciones normativas y programáticas en los distintos niveles de atención, que se continúan desarrollando en la forma tradicional de verticalismo institucional.
- d) Indefiniciones relacionadas con el ejercicio del rol rector y para el desarrollo del proceso de separación de cada una de las funciones sustantivas del sistema (financiamiento, regulación, aseguramiento y provisión).
- e) Escaso desarrollo en el trabajo intersectorial para integrar los esfuerzos de los diferentes actores relacionados con la salud, que deben participar en el cumplimiento de las metas.
- f) Ausencia de mecanismos efectivos de coordinación que permitan un trabajo fluido y en equipo entre los distintos niveles institucionales.
- g) Desequilibrio normativo, caracterizado por exceso de normas con poca aplicación, o ausencia de ellas en diversas áreas de gestión del sistema.
- h) Limitada regulación, y la correspondiente fiscalización, de la calidad en la provisión pública y privada de los servicios de salud.

- i) Estamento legal insuficiente para permitir un sistema más descentralizado y para lograr la integración armónica de los subsistemas público y privado.

2) Fragmentación del Sistema de Salud.

La provisión pública de servicios de salud del sistema, es brindada por el IHSS que atiende a la población trabajadora y sus beneficiarios afiliados a su sistema de aseguramiento, y la Secretaría de Salud que presta servicios a la población no afiliada al Seguro Social, en su mayoría del sector informal de la economía, y consecuentemente la de más escasos recursos económicos.

Frecuentemente, ambas instituciones se concentran en los mismos espacios geográficos del país, manteniendo un relacionamiento poco articulado, sin control sobre la extensión real de la cobertura y sin dimensionar cuánto de los esfuerzos fundamentales se están haciendo para incorporar a los más pobres a los servicios de salud. Todo ello evidencia un sistema público de salud no integrado.

Al interior de las propias instituciones, no hay mecanismos que aseguren la complementariedad de las acciones. Tampoco existen los dispositivos que faciliten la articulación de las distintas unidades de salud, correspondientes a los niveles de atención y escalones de complejidad creciente que han sido definidos, y que deberían seguir un apropiado ordenamiento territorial. Más aún, no existen elementos que garanticen que la provisión de servicios de salud sea adecuada, sistemática y continua.

Por otra parte, el modelo de atención sigue enfocado, casi exclusivamente, a la atención del daño y la enfermedad, con acciones muy poco costo-efectivas, causando con ello un gasto creciente en actividades curativas a expensas de la promoción y producción social de la salud.

3) Limitada capacidad de gestión del sistema.

Existe una limitada capacidad de gestión del sistema en la búsqueda del aseguramiento de la calidad de la atención y del uso racional de los recursos, condicionada por diversos factores. Esto se ha constituido en un obstáculo importante para la consolidación de la responsabilidad social y pública para el disfrute de la salud

como derecho ciudadano, y, con ello, se limita su contribución a la competitividad sistémica del país.

En el régimen administrativo vigente los distintos participantes en el sistema se relacionan en su interior y entre sí a través de líneas jerárquicas; los presupuestos se asignan en función de los recursos asignados previamente (es decir, en base a criterios históricos); el control de los servicios se hace sobre procesos y no sobre los productos esperados de su desempeño; y, la toma de todas las decisiones fundamentales está centralizada en los cuadros de conducción nacional del sistema. Aún cuando se ha puesto en marcha un proceso de transformación, éste es el modelo de gestión todavía dominante en la organización, como reflejo del régimen organizativo tradicional de todo el Estado.

La gran paradoja de este régimen administrativo estriba en que, por un lado, las decisiones se toman centralmente, pero, por el otro, el nivel central carece de las capacidades e instrumentos para determinar la adecuación de los servicios de salud brindados y sus efectos en la población. Adicionalmente, como se trata de un régimen organizado en base a la presupuestación histórica, el nivel central tiene capacidad de decidir sobre una parte relativamente pequeña de los recursos. Tampoco se dispone de mecanismos para lidiar con la "asimetría de información", que se produce entre quienes conducen los sistemas y quienes actúan como proveedores de los servicios.

En este esquema, realmente los recursos financieros se asignan en función de quienes tienen mayor capacidad de ejercer presión sobre quienes toman las decisiones, lo que lleva a que la asignación de los recursos no se realice en función de las necesidades de la población. Finalmente, tienden a primar los intereses de los proveedores de los servicios más fuertes, que no necesariamente responden a las reales necesidades de la población.

En este ciclo administrativo, las instancias centrales operan en función de demandas de quienes proveen los servicios. Estos a su vez se guían por la demanda de la población que llega a sus instalaciones y no de la población en general (es decir, se hace en forma reactiva y no proactiva). De esta forma, no existe claridad en cómo las instancias centrales determinan la distribución de los recursos entre los distintos territorios, regiones y unidades de salud.

La administración de los recursos humanos, particularmente, presenta diferentes rigideces que dificultan su gestión en función del incremento de su productividad. No se tienen definidos los diferentes tipos y cantidades de los recursos necesarios para impulsar el modelo de atención, ni se pueden modificar las modalidades de reclutamiento, contratación y remuneración vigentes. lo que dificulta: innovar la gestión y flexibilizar y descentralizar significativamente la conformación de las planillas; sumar a la antigüedad de la carrera funcionaria el reconocimiento del desempeño, del mérito y de la eficacia; fomentar la asignación de responsabilidades individuales y entrelazar el reconocimiento del desempeño individual con el institucional, y condicionar a concursos la permanencia en el sistema.

4) El financiamiento de la Salud.

Los fondos para financiar el sector salud son de carácter público y de carácter privado. No se dispone de información completa sobre el monto del financiamiento del sector privado, que proviene básicamente de pagos directos del bolsillo de los usuarios y de seguros privados de salud. En lo referente al sector público, el monto total del presupuesto para el año 2005 representaba aproximadamente el 5% del Producto Interno Bruto, de los cuales el 76% correspondían a la Secretaría de Salud y 24% al IHSS en lo correspondiente al régimen de maternidad-enfermedad.

En relación al origen, el financiamiento de la Secretaría de Salud proviene de fondos del Tesoro Nacional (76%), de créditos externos (11%), de donaciones (9%) y, recientemente, del alivio de la deuda nacional (4%).

El financiamiento del IHSS proviene de las cotizaciones de los sectores contribuyentes: a) los empleadores (7.2%), b) los trabajadores (3.5%); y, c) el Estado (1%), para totalizar una aportación equivalente al 11.7% del salario del trabajador, con un techo salarial máximo fijado en Lps. 4,800 mensuales. Del 11.7% aportado por el afiliado, el 8.0% se asigna al régimen de maternidad-enfermedad o seguro de salud, el 3.5% al régimen de Invalidez-vejez-muerte o seguro de pensiones, y el restante 0.2% al régimen de riesgos profesionales.

Tampoco se dispone de información completa y actualizada en relación al aporte de los gobiernos locales como agentes proveedores de atención preventiva y sobre los subsidios directos destinados a la adquisición de medicamentos y otros insumos, para la atención de las personas, en especial las de más bajos recursos.

En cuanto al destino, el 40% de los recursos financieros de la Secretaría de Salud está orientado a la atención hospitalaria, y el 20% a la atención ambulatoria; mientras que del presupuesto del régimen de maternidad-enfermedad del IHSS, el 41% se destina para atención hospitalaria, y el 14% a la atención ambulatoria. En términos globales, considerando solamente los presupuestos de ambas instituciones en el 2005, correspondió a un gasto aproximado per cápita de 957 Lempiras, equivalente a 50 dólares. La proporción de 78.4% del gasto total en cuidados hospitalarios, muy por encima del promedio de varios países de América Latina, expresa el círculo vicioso de la inversión en salud curativa.

Del presupuesto conjunto de la Secretaría de Salud y el IHSS, el 49% de los recursos está destinado a gastos de personal, el 17% para materiales y suministros, el 15% para transferencias, el 10% para bienes capitalizables y el 9% para servicios no personales. Cabe mencionar que el gasto en el rubro de medicamentos constituyó el 62% del gasto en materiales y suministros, representando el 9% del presupuesto total de ambas instituciones.

El modelo de financiamiento global de la salud de Honduras, se considera uno de los más inequitativos del continente. El 56% del gasto de salud proviene de los hogares, y las personas pobres o en peligro de empobrecer, son las que están financiando más el sistema por medio del pago directo de sus bolsillos.

En esas condiciones la primera y más importante de las presiones al sistema de salud está generado por los valores que consagran la salud como un derecho y los objetivos por incrementar la cobertura del sistema de salud, se traducen inevitablemente en la necesidad de revisar el proceso de asignación del financiamiento.

Otra presión fundamental del sistema de salud está producido por el resultado del cambio en los patrones demográficos y epidemiológicos, que ocurre a medida que aumenta el desarrollo

económico y social. Se traduce en un aumento en la esperanza de vida y, consecuentemente, en un envejecimiento progresivo de la población, lo que implica costos crecientes, porque la atención de los problemas derivados del envejecimiento es más compleja, y porque al disminuir la participación porcentual de las enfermedades infectocontagiosas, aumenta la prioridad de esas intervenciones.

Es importante enfatizar como elemento de presión externa para la elevación de los costos en salud, los avances y la comercialización en la industria farmacéutica y, en general, los adelantos científicos que se traducen en nuevos productos y nuevas técnicas de tratamiento y de diagnóstico. En efecto, las innovaciones tecnológicas se producen a velocidad vertiginosa, a lo que se agrega la influencia de la publicidad y la facilidad de acceso a la información por parte de usuarios y del personal de salud.

5) La exclusión social en Salud.

En el contexto descrito tiene particular interés reconocer que la exclusión social es una amenaza que enfrenta nuestra democracia. No se debe olvidar que la construcción de la democracia ha sido el resultado de una lucha social bajo la bandera del arribo a una situación más moderna, más próspera, y más justa para nuestra sociedad. De hecho, importantes avances han sido logrados enfrentando los efectos de la inflación y tratando de integrar nuestra economía en el mercado mundial, y el progreso no se ha limitado a la política y la economía; la esperanza de vida, la salud, la alfabetización, y otros indicadores de bienestar han mejorado y siguen mejorando.

Pero se debe reiterar que un porcentaje alto de nuestra población continúa excluida de los mecanismos existentes de protección contra los riesgos de enfermedad y no cuenta con los recursos para resolver sus problemas. Estas circunstancias están relacionadas directamente con sus condiciones de vida que determinan que los afectados no puedan salir de su situación sin medidas de apoyo del resto de la sociedad. Desde la óptica de la salud, la condición está configurada por la pobreza, la falta de capacidad para hacer oír su opinión y satisfacer sus demandas y una limitada capacidad regulatoria por parte del Estado, sumado a una provisión de servicios de salud con problemas de eficiencia y calidad.

En esta línea de pensamiento, la exclusión social no puede abordarse desde una perspectiva de corto plazo ni establecida con simplicidad. Es un fenómeno complejo, con muchas causas interrelacionadas que refuerzan mutuamente sus características. La pobreza, la desigualdad, la falta de buenos empleos y la ausencia de oportunidades para facilitar la movilidad social para la mayoría, representan áreas en las que aún quedan por hacer grandes esfuerzos; la violencia, la delincuencia y la falta de acceso a los sistemas de salud y educación, entre otras limitaciones, están condenando a los miembros de los grupos excluidos a circunstancias difíciles en su vida.

Es impostergable, entonces, establecer mecanismos que garanticen la protección social en salud concebida específicamente como la garantía para que los individuos o grupo de individuos puedan satisfacer sus demandas en salud, estableciendo procesos destinados a que la población tenga acceso a servicios apropiados, sistemáticos y permanentes, mediante la reasignación equitativa de los recursos con que cuenta el Estado.

CAPITULO III MARCO GENERAL

Desde la perspectiva de los mandatos legales se deben enfatizar algunos elementos de aplicación obligatoria. La Constitución de la República establece que la persona humana es el fin supremo de la sociedad y señala que el Estado, reconoce el derecho a la protección de la salud. También establece el deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad y señala expresamente que el Estado, conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas.

La Constitución manda como obligación del Poder Ejecutivo adoptar las medidas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes y expresa que el Poder Ejecutivo por medio de la Secretaría de Salud, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados del sector, mediante un Plan Nacional de Salud en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados.

Por su parte, el Código de Salud señala que la salud es un derecho humano inalienable y que corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación. Establece que corresponde a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud,

la definición de la política nacional de salud, la normatización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud en los niveles departamental y municipal, y que la Secretaría de Salud actuará por medio de las Jefaturas Regionales y Áreas Sanitarias, respectivamente, bajo un racional principio de coordinación y descentralización administrativa.

El Código también faculta a la Secretaría de Salud, para que mediante resolución delegue o reasigne, en cualquier tiempo y en cualquiera de sus unidades administrativas, dependencias y otros organismos constituidos de conformidad con la ley, las actividades propias del sector salud.

Se puede establecer una clara correspondencia entre los mandatos que sustentan el marco legal, el Plan Nacional de Salud 2021 y la Política Nacional de Salud 2006-2010, en donde estos dos últimos instrumentos constituyen la respuesta a los compromisos de país, adquiridos en la Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Declaración del Milenio.

En el Plan Nacional de Salud 2021 (PNS2021) se especifica que la salud es un bien público y ello justifica la intervención pública en el sector de la salud. Debe aclararse que se considera un bien: cuando es de oferta conjunta y forma parte de las preferencias individuales; son inaplicables los principios de exclusión y de rivalidad en el consumo; genera externalidades positivas o negativas; y puede causar efectos no sólo a las personas que los consumen sino también a otras personas.

El PNS2021 sostiene que el Sistema de Salud requiere seguir avanzando en un modelo organizacional y funcional capaz de promover e incentivar la eficiencia y la mejora de la calidad de los servicios y que dicho modelo descansa en la separación de la rectoría, las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

Acepta que la rectoría es la función más importante de todo sistema de salud y que implica la dirección de las políticas y estrategias de salud, la regulación del sector integrando las instituciones públicas y privadas; la vigilancia del cumplimiento de las normas; y el diseño de los sistemas de información que permitan monitorear y evaluar las necesidades y los resultados para la toma de decisiones. En esa dimensión, la función de fiscalización recae sobre la función rectora, tanto para el sector público como para el privado.

Explica que uno de los aspectos menos equitativos del actual sistema de salud es el observado en el quintil más pobre de la población del país, que paga más de su bolsillo por los servicios de salud, lo que hace imperativo la readecuación del sistema de financiamiento actual. Por ello, propone, basado en el principio de solidaridad, que el aporte de la persona al financiamiento de la salud debe ser acorde con su capacidad de pago, administrado en un fondo común que permita el aseguramiento de toda la población a un conjunto de servicios cuyo alcance dependerá de las prioridades de salud y del financiamiento disponible.

Define que la provisión de servicios de salud puede ser de distinta naturaleza: promoción y prevención individual o colectiva, diagnóstico y tratamiento, recuperación y rehabilitación y que la misma estará a cargo de la Secretaría de Salud, del IHSS, y del sector privado.

Por su parte la Política Nacional de Salud 2006-2010 (PNS06-10) expresa que se continuará desarrollando la reforma del sector salud sobre la base de una visión compartida entre los diversos actores, bajo el impulso de la reorganización institucional, articulando funcionalmente las entidades públicas, las sociales, privadas, y comunitarias con una meta común, de forma tal que el cumplimiento de las funciones de rectoría, provisión, aseguramiento y financiamiento sea definido con claridad.

La PNS06-10 ordena: la implementación de un proceso continuo y sostenido de reforma del sector salud; con nuevas formas de atención, provisión, financiación y gestión de los servicios, a través de modelos flexibles y descentralizados; y que se incluya las redes sociales en correspondencia con los escenarios demográficos, sociales, económicos, epidemiológicos y culturales que caracterizan los espacios-población concretos. Indica que la Secretaría de Salud avanzará en el proceso de provisión de servicios a través de gestores descentralizados y profundizará la autonomía en la gestión hospitalaria. Señala que se asegurará que este proceso cuente con el apoyo de las distintas representaciones de la sociedad civil para que garanticen el control social.

En los aspectos relacionados con el fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud, y su vinculación con el resto de instituciones públicas y privadas del sector salud, la PNS06-10 definió los siguientes aspectos:

- a) El desarrollo y consolidación de la función rectora de la Secretaría de Salud, como autoridad sanitaria nacional, haciendo énfasis en los procesos de regulación que puedan

garantizar la atención integral de la salud con mayor eficiencia y transparencia.

- b) El fortalecimiento organizativo y funcional del nivel central de la Secretaría de Salud para que pueda cumplir con su función rectora.
- c) La profundización del proceso de departamentalización y fortalecimiento de las regiones departamentales en su función rectora.
- d) El fortalecimiento del marco jurídico de la carrera administrativa sanitaria, a través de los mecanismos legales necesarios para regular el empleo y el salario del personal de salud del sector, de acuerdo al cargo.
- e) El desarrollo del marco político, legal y de los procedimientos y normas para ejecutar con efectividad la función de contratación de servicios y su seguimiento.
- f) La implementación de mecanismos de seguimiento y evaluación de todo el proceso de reforma que permita reajustarlo con oportunidad.
- g) El establecimiento de un proceso de alineamiento y armonización de los esfuerzos que, orientados a la reforma, provienen de la cooperación externa.
- h) El desarrollo del liderazgo en el personal en cargos directivos de las instituciones del sector salud a través de la capacitación en temas ligados a la conducción, capacidad de negociación, trabajo en equipo, etc.
- i) La consolidación de los mecanismos de vigilancia, control y rendición de cuentas en las instituciones del sector.
- j) El fortalecimiento de los mecanismos de comunicación social entre las instituciones y la población en general, haciendo que la comunicación sea de doble vía.

CAPÍTULO IV

COMPONENTES POLITICOS ESTRATEGICOS Y OPERATIVOS DEL PROCESO DE REFORMA.

En el marco de los antecedentes históricos descritos; de los mandatos políticos y legales identificados; y en el contexto social esbozado, la reforma del sector salud se configurará con los

elementos que se describirán en este apartado. Estos elementos han sido gestados desde una óptica finalista, histórica y estratégica, en tanto en ellos priman los resultados que se desean obtener en la construcción de un sistema de salud acorde con las necesidades actuales y futuras de nuestra población; se rescatan todos los esfuerzos e iniciativas que en el pasado se pusieron en curso y demostraron efectividad en la direccionalidad que se considera pertinente; y están fincados en las circunstancias favorables actuales, reconociendo que el país posee una tradicional vocación de diálogo que puede facilitar una construcción colectiva hacia el futuro.

La realidad en que vivimos sufre rápidas transformaciones como resultado lógico de fenómenos sociales relacionados con los procesos de globalización y las crisis que genera; el desarrollo de nuevos esquemas para la explicación y abordaje de la salud y enfermedad; la transformación de los patrones epidemiológicos; la vigencia de sociedades multiculturales, y el desarrollo de fuerzas orientadas a reivindicar los derechos humanos.

En este esfuerzo se requiere, además, apropiarse de las necesidades y prioridades en salud, alineando y armonizando, en función de ello, tanto los recursos humanos como los financieros, y posibilitando la integración ordenada de todos los actores del sector, bajo nuevos modelos de actuación y de relacionamiento que contribuyan al logro de las metas fijadas en salud.

El proceso de reforma tiene como objetivo establecer un sistema de salud plural e integrado; que centre su razón de ser en la mejora equitativa de la salud de los individuos, las familias y las comunidades; que responda a las exigencias legítimas de la población; y que sea financieramente solidario. Lograr ese objetivo significará establecer un mejor y más justo sistema de salud, en función de los recursos disponibles.

El diseño de ese sistema está fundamentado en el perfil de una nueva visión política de Estado y en la lógica de asegurar la integración de una serie de procesos estratégicos que la Secretaría de Salud desarrolla actualmente con diversos grados de implementación. Tales procesos, son congruentes con la visión de una institución descentralizada; con una gestión de recursos centrada en la obtención de los resultados; con capacidad para la toma de decisiones apropiadas en forma oportuna, y con una eficaz y eficiente prestación de servicios.

VALORES, PRINCIPIOS Y EJES REFERENCIALES DEL PROCESO.

La reforma del sector salud responde a la necesidad imperiosa de modernizarse y discurrirá en procura de la integración social interna. Sus líneas de acción están conciliadas con las propuestas y acciones específicas del gobierno en lo concerniente a la protección social, entendida como el conjunto de intervenciones sistemáticas cuya finalidad es reducir la carga económica que representa para los hogares e individuos el riesgo social en salud. La reforma está concebida como una forma del ejercicio de la responsabilidad histórica referida a la definición, implementación y establecimiento de mecanismos orientados a dar cobertura a los grupos de población que son afectados por la insuficiencia o falta de ingresos económicos para enfrentar las situaciones deletéreas de la salud.

LOS VALORES Y PRINCIPIOS RECTORES

La direccionalidad del proceso de reforma, desde el diseño hasta su implementación, estará acotada por los principios y valores orientadores que se presentan a continuación:

LA EQUITAD.

Consiste en procurar que la distribución de los servicios de salud y los recursos asignados para tal fin, se efectúe de acuerdo con las necesidades de los hombres y mujeres a lo largo de su ciclo de vida. Es elemento consustancial del enfoque la equidad de género que consiste en proporcionar las mismas condiciones, trato y oportunidades a mujeres y hombres ajustándolas a sus particulares condiciones de vida, de tal manera que se garantice a ambos el acceso y control de las decisiones y los recursos.

La búsqueda de la equidad, impulsará al sistema a establecer mecanismos para el aseguramiento de toda la población, independientemente de su estrato social, al acceso a servicios y a un sistema de financiamiento en el que contribuyan más los que tienen mayor capacidad económica.

LA EFICACIA Y EFICIENCIA SOCIALES.

La eficacia del sistema se entiende como su capacidad para producir el resultado específico de resolver los problemas de salud

de los usuarios de los servicios y de la comunidad en su conjunto. La eficiencia se entenderá como el uso de la mejor y más racional combinación de los recursos disponibles en el proceso de abordaje de la problemática a resolver.

El sistema generará la capacidad para brindar satisfacción verdadera a las necesidades en salud de la población y deberá promover y facilitar el uso de mecanismos que garanticen la calidad en la provisión de servicios de salud.

LA INTEGRALIDAD

Se refiere a la conjunción armónica y efectiva de los distintos componentes del sistema de salud para la satisfacción de las necesidades de salud de las mujeres y hombres, en consideración de la diversidad de la población en cuanto a condiciones sociales, culturales, étnicas, religiosas y otras.

Su aplicación implica el reconocimiento que los individuos tienen una dimensión biológica, psicológica y social, y un entorno personal, familiar y comunitario. Implica también una visión en la que los momentos de prevención, promoción, curación y rehabilitación que contienen las estrategias con que se enfrentan los problemas se mezclan en una expresión equilibrada. Y, finalmente, presupone que las capacidades contenidas en los diversos escalones y niveles del sistema se consideran como un solo conjunto para abordar la red de problemas de salud del total de la población.

LA UNIVERSALIDAD.

Es la capacidad para lograr cobertura de toda la población, con equidad, garantizando la accesibilidad a servicios de salud, según sus necesidades, en todos los niveles de complejidad.

LA SOLIDARIDAD.

Es la acción mediante la cual todos los hombres y mujeres, en todas las etapas de su vida, contribuyen al desarrollo integral de la salud de acuerdo a sus posibilidades y capacidades. El sistema de servicios de salud propiciará este compromiso recíproco y garantizará los servicios a la población.

LA CONTINUIDAD.

Es la capacidad del sistema de asegurar la atención integral de la mujer, hombre, familia y/o comunidad, desde el primer contacto con los servicios del sector salud hasta el nivel en el que se expresa efectivamente la resolución del problema o condición que ha generado la demanda.

LA INTERSECTORIALIDAD.

Este principio fundamenta la articulación congruente de propuestas y recursos de los diversos sectores, (el sector salud y todos los demás vinculados con el desarrollo social, nacional y comunitario), en función de su contribución a satisfacer las necesidades básicas de salud en el contexto concreto en que se desarrolla.

LA CORRESPONSABILIDAD.

Se refiere a la responsabilidad compartida, expresada en la participación de los distintos actores sociales en la identificación y en la solución de la problemática de salud; en la definición y priorización de los problemas de salud; en la planificación, organización, operativización y control de los servicios orientados a la atención integral en salud, y en la definición de los mecanismos que garanticen el uso eficiente de los recursos asignados.

LA TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN GUBERNAMENTAL.

La transparencia en la gestión de los recursos del Estado comprenderá, de un lado, la obligación de las entidades públicas de divulgar toda la información sobre las actividades ejecutadas relacionadas con el cumplimiento de sus fines y, del otro lado, la facultad del público de acceder sin restricciones a tal información, para conocer y evaluar en su integridad, el desempeño, el cumplimiento de las responsabilidades y la forma de conducción de la gestión gubernamental.

La garantía de la transparencia deberá ser uno de los quehaceres básicos de la Secretaría, como rector del sistema de salud, tanto en su accionar administrativo como gerencial. Será

entendida como una forma de actuar congruente entre lo que se postula en el sistema y lo que se hace, la armonización del discurso con la acción. Se refiere a la actitud y práctica de la integridad y la honestidad en las relaciones interpersonales entre los integrantes del sector público de salud y entre éstos y los usuarios, y tiene su expresión mediante la evaluación, auto evaluación y la rendición de cuentas sobre el uso y efectos de los recursos, tanto al interior de la organización como a instancias externas, principalmente la comunidad, de manera que fortalezca las funciones de participación, de observación y vigilancia por parte de la ciudadanía.

TRATO DIGNO

Se refiere a que en el sistema de servicios de salud se brindará a la población un trato digno sin ninguna discriminación por sexo, etnia o religión, y con respeto total a las individualidades, los derechos humanos, y las libertades fundamentales del ser humano, las que el personal de salud estará obligado a observar.

LA ACEPTABILIDAD CULTURAL

Hace referencia a que los servicios de salud serán proveídos respetando los principios, valores y creencias de la población, aceptando que el nivel de riesgo de enfermar y morir está circunscrito a la situación de las personas dentro de un contexto general del desarrollo integral. La Interculturalidad en salud constituye un proceso de relaciones dialógicas mediante las cuales el conocimiento y las experiencias de cada cultura permiten la comprensión, el respeto, el intercambio, la solidaridad y la armonía global y ayudan a reducir las brechas de injusticia social. Favorece la apertura de ideas y propuestas, con el fin de elevar el nivel de satisfacción de los usuarios, la eficiencia de los prestadores del servicio y el impacto eficaz de las acciones de salud. Es una nueva forma de entender las relaciones, acercando los mundos culturales diferentes para armonizar y complementar prácticas en beneficio de grupos en contextos vulnerables.

LA FLEXIBILIDAD

Consistirá en el esfuerzo permanente del sistema para adaptar los servicios ofrecidos, de acuerdo a las experiencias y los conocimientos que surjan de la práctica concreta y en consonancia

con las sugerencias de las personas e instituciones involucradas. De esta forma, se asegurará el mejoramiento constante de los servicios que demanda la población.

LA OPORTUNIDAD

Se refiere a que las acciones para resolver los problemas de la población, se deberán ejecutar en el momento en que se expresa la demanda, teniendo en cuenta la falta de seguridad económica, la pobreza, la falta de educación, y la falta de información en salud que adolece una gran mayoría de la población.

LOS EJES TRANSVERSALES

Se constituirán en ejes transversales de todas las etapas del proceso de reforma los siguientes:

LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

En el proceso de reforma la participación efectiva es el instrumento a través del cual se concreta el poder del ciudadano. Está concebida como la forma de propiciar una democracia genuina, en la que hombres y mujeres, en tanto ciudadanos, tengan la oportunidad de acceder a la información pública, y ser sujetos activos en las deliberaciones sobre sus problemas; la identificación y priorización de sus necesidades; la planificación de las formas en que serán enfrentados; ejerciendo la correspondiente auditoría social, con asideros normativos que pondrán a la vista y conocimiento las reglas claras de la convivencia social.

Deberá inscribirse sobre un modelo de gestión global del proceso que genere las instancias y los dispositivos necesarios para ese ejercicio de ciudadanía de tal forma que se constituya en el principal mecanismo para lograr la transparencia en la acción del Estado. Así concebida, la propia auditoría social, deberá ser ejercida por las diversas instancias de participación, y obligará a las autoridades a atender las necesidades de la población y asumir las responsabilidades derivadas de ello.

En la práctica se traducirá en una relación íntima entre la población (mujeres y hombres líderes comunitarios, redes sociales, organizaciones, etc.) y las instituciones de salud, en los espacios

que se construyan con este fin y que serán formalmente reconocidos, así como en el cumplimiento de las responsabilidades ciudadanas compartidas. Esto deberá consolidarse a través del fortalecimiento de las instancias institucionales definidas, de las formas organizacionales establecidas y de los gobiernos municipales de manera tal que se perfeccione una participación ordenada, sistemática, consciente, responsable y sostenida de la sociedad.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud constituirá la base para lograr la equidad, la democracia y la justicia social. Se concibe como un proceso político y social que abarca, no solamente las acciones orientadas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Proporciona la capacidad para abordar los problemas sanitarios, sociales y económicos, ofreciendo un marco valioso para organizar la acción social y política en el espacio población, a fin de mejorar las condiciones de vida y generar estilos de vida saludable.

La promoción de la salud es un enfoque que opera en los diversos sectores, fomenta el empoderamiento y mejora la calidad de vida. Como no se centra en la enfermedad, ofrece herramientas para hacer frente a los cambios en el perfil sociodemográfico y epidemiológico. Permite responder a las necesidades de grupos de población en contextos de vulnerabilidad especialmente las mujeres, los niños(as), los adultos mayores, las personas con discapacidades y los grupos étnicos.

La ejecución implica garantizar sus prerequisites y proporcionar a las personas los conocimientos y los medios para ejercer un mayor control sobre la misma. Sobre esta base, es responsabilidad del rector de la salud, actuar como mediador a favor de la salud entre los intereses antagónicos que se puedan presentar entre los distintos actores participantes.

Exige que los distintos componentes del sistema de producción social de la salud, dirigidos y conducidos por la Secretaría de Salud, actúen de manera armónica para proporcionar a los ciudadanos las herramientas que les permitan cuidar de su propia salud y brindarles las mejores opciones políticas, legales, ambientales, educativas, y de inclusión en la toma de decisiones.

Deberán generarse las condiciones indispensables para que las poblaciones desarrollen sus potencialidades en aras del bienestar individual y colectivo. Las instituciones del Estado deberán realizar sus funciones, en concordancia con este enfoque, para contribuir al logro del mejor nivel de salud y desarrollo humano posible.

En la promoción de la salud se utilizarán tres medios básicos:

- a) La participación social, que es un proceso en el que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de la actividad social y de las instituciones, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, y que tiene como fin la transformación de su realidad. Incluye, no sólo la participación comunitaria, en virtud de la cual los individuos asumen la responsabilidad de contribuir con su propio desarrollo y bienestar y con el de su comunidad, sino también la de las entidades, públicas y privadas, que impactan directa o indirectamente en el nivel de salud de la población.
- b) La abogacía por la salud, entendida como la combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir los compromisos políticos necesarios, el apoyo para las políticas de salud, la aceptación social y respaldo para un determinado objetivo que contribuye a incrementar el nivel de salud general.
- c) La mercadotecnia social en salud, que se refiere al proceso sistemático de comunicación que facilita la adopción del valor de la salud como práctica social por parte de la población en general y de los actores sociales claves en particular, para impulsar cambios en la sociedad orientados a favorecer los factores salutogénicos, es decir, los que producen salud. Por lo tanto, engloba los conceptos de comunicación social, educación, sensibilización y formación en salud, entendida esta última como el proceso de influir el comportamiento de las personas y de las organizaciones, y producir los cambios en conocimiento, actitudes y destrezas necesarios para proteger o mejorar la salud. Implica además, la adquisición, reafirmación o cambio de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de individuos, grupos y organizaciones con respecto a la salud.

LA GESTIÓN CON CALIDAD

La calidad en salud debe ser considerada como un derecho ciudadano pues el Estado tiene la obligación de garantizar la provisión de servicios de calidad a la población y a los individuos. Es un referente obligado del funcionamiento del Sistema de Salud que debe proveer la certeza a la población que su interacción y relación dentro del modelo de atención adoptado se realiza sobre la base de la más adecuada utilización de los recursos existentes en cuanto recurso humano, tecnologías, insumos y gestión.

Desde la perspectiva de la gestión, significa que tiene que ser con enfoque de riesgo, es decir orientada a los asuntos, áreas y grupos de mayor riesgo, vulnerabilidad y necesidades; enfocada a resultados, y debe ser con calidad. En términos generales, la calidad será entendida como el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.

En el ámbito del sistema y servicios de salud la calidad tiene dos grandes dimensiones que, aunque diferentes, están relacionadas: a) la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores buscará permanentemente garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y, b) la calidad percibida por los propios usuarios, que tomará en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.

También consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de manera tal que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos y, por consiguiente, debe ser la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios. Así, implica el mejoramiento constante de los procesos de atención brindados a satisfacción de las expectativas de la población, entendiéndose que las acciones y servicios de salud deberán tener efectividad comprobada, ser aceptadas con el menor costo y riesgo posible y respetar todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

La atención que se ofrece a los usuarios de los servicios contiene aspectos técnicos, clínicos y humanos que se conjugan para superar los problemas de salud. Sin soslayar los primeros, el

estudio de la interrelación humana que se produce en cualquier nivel de la atención puede arrojar luz sobre la ansiada calidad de la misma. La calidad es un atributo que significa que se es capaz de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, como resultado de la combinación de insumos, equipos, recursos humanos, en un proceso cuyo contenido debe estar acorde a la evidencia científica y ser ejecutado con exactitud y calidez. Un sistema que se enfoque en garantizar la calidad de la atención en salud deberá tener como características principales hacer que el servicio público sea accesible, oportuno, seguro, pertinente y de continuidad.

Las metodologías para mejorar la calidad de la atención de salud han evolucionado rápidamente, como resultado de la enorme experiencia práctica que se ha ganado en diferentes áreas y especialidades en el campo de la prestación de atención de salud; de la creciente complejidad de la prestación de atención de salud y de las nuevas necesidades que ello plantea en términos de que la atención sea eficiente y eficaz en función de los costos; y de las mayores expectativas de los usuarios de los servicios de salud y los avances en los conocimientos sobre mejoramiento, administración y práctica clínica.

El mejoramiento de la calidad no depende, necesariamente, de agregar nuevos equipos, procedimientos, capacitación o suministros. El aumento de los recursos no siempre asegura su uso eficiente y, por consiguiente, puede no redundar en un mejoramiento de la calidad. En otras palabras, el mejoramiento implica hacer los cambios en la organización que permitan usar los recursos en forma óptima. De hecho, es posible mejorar la calidad haciendo cambios en los sistemas de atención de salud ya que al eliminar las pérdidas, el trabajo innecesario y la duplicación de los esfuerzos, se generan mejores resultados y se reducen los costos.

En estas líneas de pensamiento, el mejoramiento de la calidad será otro elemento consustancial al proceso de reforma. Para su abordaje se procederá a realizar las siguientes acciones:

1. Elaboración de la propuesta de Política Nacional de Calidad, asegurando que ésta tenga concordancia con el modelo de atención y de gestión que se está diseñando según lo establecido en el proceso de Reforma del sistema de salud para lo cual

se tutelaré un proceso de generación de consenso con las instancias que correspondan.

2. El diseño de un Sistema Nacional de Garantía de Calidad, en términos de la creación y puesta en marcha de una estructura y mecanismos para operacionalizar los mandatos de la Política Nacional de Calidad que considere:

- Desde la Regulación: la Normalización (normas, estándares, indicadores); el licenciamiento y certificación (acreditación) de proveedores; el rol de los usuarios como demandantes de calidad de los servicios considerando los derechos de los usuarios; y la regulación de los servicios de las aseguradoras privadas.
- Desde el financiamiento: la inclusión de requisitos de calidad en los contratos de gestión y los mecanismos de medición externa de la calidad con fines de pago.
- Desde la provisión: la mejora continua de la calidad en la atención directa que incluirá los procesos clínicos, la gestión de pacientes, la satisfacción de usuarios y los procesos de soporte de la gerencia (planeación estratégica, gerencia financiera, compras, logística, gerencia recursos humanos, servicios de apoyo, etc.).

COMPONENTES ESENCIALES DE LA REFORMA

El proceso de reforma parte del reconocimiento que la misión o razón de ser del Sistema Nacional de Salud consiste en proteger y mejorar, con equidad, el nivel de salud de la población. Presupone que el conjunto de entidades que conforman el sistema actúen en forma sinérgica, para provocar el mayor impacto positivo posible sobre la salud, corrigiendo las fallas o desviaciones que puedan producirse en el proceso, y garantizando que las mejoras en el nivel de salud se den en mayor grado en aquellos segmentos de la población más vulnerables.

Su implementación exige un proceso continuo y sostenido, que implicará la puesta en ejecución de nuevas formas de atención, provisión, financiación y gestión de la salud incluyendo todas las

redes sociales, en correspondencia con los escenarios demográficos, sociales, económicos, epidemiológicos y culturales que caracterizan los ámbitos concretos en que deviene la existencia de la población nacional.

El desarrollo de las diferentes etapas de este complejo proceso deberá hacerse sobre la base de una visión compartida entre los diversos actores relevantes del sector salud, bajo el impulso de la reorganización institucional, y articulando funcionalmente las entidades públicas, sociales, privadas y comunitarias con el propósito de lograr una meta común.

El cambio fundamental que el proceso postula radica en el fortalecimiento del rol rector de la Secretaría de Salud y la separación, de este ente rector, las funciones esenciales de financiamiento, de aseguramiento y de provisión de servicios. También incluye el desarrollo de las acciones pertinentes para que, en el largo plazo, se adjudiquen estas funciones en otros actores institucionales, que deberán crearse.

Se parte del reconocimiento que mientras mayor sea el grado de integración entre los distintos componentes del sistema de salud, mayor será su capacidad de respuesta.

FORTALECIMIENTO DEL ROL RECTOR.

Por definición constitucional le corresponde a la Secretaría de Salud el rol rector del sistema de salud, entendida la rectoría como la función mediante la cual el ente rector lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves, y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria para proteger y mejorar la salud de la población. Sobre esta base, emerge el concepto de rectoría de la producción social de la salud, que entraña un fenómeno mucho más amplio que el de rectoría del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud ya que incluye a todos aquellos actores que intervienen en la génesis y evolución de la situación de salud del país, y de los factores que la determinan, y no solamente a los entes relacionados con la prestación de servicios de salud.

Se hace necesario señalar que existen otras entidades públicas mediante las cuales el Estado ejecuta la función rectora en ámbitos que son complementarios a la actividad sanitaria y que juegan un

papel relevante en el proceso de producción social de la salud. El accionar de estas instituciones, en materia de rectoría, debe hacerse en forma armónica y coordinada con la Secretaría de Salud para evitar traslapes, omisiones o duplicación de funciones.

Como ente rector, la Secretaría de Salud, ha definido para el sistema de salud una visión en el que la población ha aumentado su esperanza y calidad de vida; tiene garantizada, especialmente los grupos más vulnerables, el acceso a un sistema integral, continuo y universal de servicios; la ciudadanía, la familia y la comunidad, fomentan prácticas que los convierten en constructores de sus condiciones de salud y desarrollo; se encuentra satisfecha por el respeto y la calidez encontrada, por la prontitud de la atención, las condiciones y la seguridad de los servicios brindados por el personal de salud; y participa plena, consciente y organizadamente en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios.

En el tránsito a esa visión, ha decidido orientar la reforma del sector, con la construcción de un Sistema Nacional de Salud plural e integrado, debidamente regulado, en el que se incorporen todos los actores públicos y no públicos vinculados con la salud; coordinando y articulando las capacidades resolutorias existentes en las distintas instituciones; estableciendo con claridad los roles y las relaciones entre los actores con una normativa que defina todos los aspectos del sistema; e impulsando el sistema a garantizar el aseguramiento del acceso de todos los ciudadanos, a un conjunto de prestaciones de salud definidas con criterios de equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad.

A la rectoría le corresponden las siguientes funciones sustantivas, no excluyentes entre sí, que deben ser fortalecidas por el proceso de reforma para que puedan llegar a realizarse de manera continua, sistemática, multidisciplinaria, intersectorial y participativa:

a) **La conducción sectorial**, que es la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar las instituciones y grupos sociales en apoyo a la Política Nacional de salud. Es la función mediante la cual se definen prioridades y formulan políticas de salud; se lideran las acciones estratégicas y la consecución

de recursos; y se concerta directamente con los actores sociales del sistema de la producción social de la salud.

Para ello la Autoridad Sanitaria Nacional debe contar con la capacidad para formular, organizar y dirigir la ejecución de la Política Nacional de Salud mediante procesos que definen objetivos sanitarios viables con metas factibles, articulando los actores sectoriales y movilizando los recursos para la consecución de resultados. Estas acciones de carácter político y estratégico deben ser evaluadas de forma sistemática con la participación de los diferentes integrantes del sector.

Significa:

- i. El análisis de la situación de salud y sus determinantes, con la identificación de inequidades en las condiciones y en el acceso a la salud con un enfoque prospectivo; el análisis demográfico y epidemiológico de las demandas y necesidades actuales y futuras de la población; el seguimiento de las ofertas y la dinámica de los procesos de reforma sectorial.
- ii. El desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de poblaciones, los problemas, programas e intervenciones con base a criterios de efectividad, costo e impacto.
- iii. La formulación de políticas que orienten el desarrollo de la salud.
- iv. La construcción de consensos nacionales sobre el desarrollo del sector.
- v. La dirección, concertación y/o movilización de recursos y actores sectoriales.
- vi. La promoción y el establecimiento de estímulos para la participación social a favor de la salud.
- vii. La coordinación política y técnica de los organismos de cooperación externa.

viii. La participación política y técnica en las instancias de integración económica, regional y subregional que sean de interés para el sector salud.

b) **Incluye la planificación estratégica**, que permite que a partir de las Políticas Nacionales de Salud y de los análisis de situación, se formulen planes, objetivos y metas para mejorar, de manera continua la salud; y se definan, negocien y acuerden, las estrategias, las acciones y los recursos necesarios para alcanzar la imagen objetivo establecida; se definan y vigilen los planes que garantizan la cobertura básica, para aquellos ciudadanos amparados bajo el o los esquemas de seguridad social o responsabilidad pública. Estos planes se constituirán en el eje del aseguramiento universal, que se orientará a eliminar las barreras económicas que actualmente enfrentan algunos sectores de la población para acceder a los servicios de salud, y contribuirán a la eliminación del subsidio cruzado que se origina entre el sector público y el de la seguridad social.

c) **La vigilancia de la salud**, mediante la cual se identifican, analizan y da seguimiento al Estado, determinantes y tendencias, con el fin de contribuir a seleccionar, en forma oportuna, las medidas más apropiadas, para proteger y mejorar la salud de la población. La función de vigilancia de la salud trasciende la vigilancia epidemiológica e incluye el seguimiento y análisis de los determinantes claves que, desde las dimensiones socioeconómica y cultural, ambiental, biológica y de servicios de salud producen un efecto significativo, positivo o negativo, sobre la salud. Incluye el seguimiento de la magnitud de la exposición a estos determinantes y de su efecto final sobre el individuo.

d) **La garantía del aseguramiento**, se concibe como la acción de garantizar el acceso universal y equitativo de la población a un conjunto de servicios de salud definido como el básico, complementado con planes específicos para grupos especiales. Es la estrategia o mecanismo estructurado y formal por el cual una persona o familia es protegida o amparada de unos riesgos en salud específicos, a través de un plan de beneficios (conjunto garantizado de prestaciones de salud). La función general de aseguramiento se refiere a la obligación del Sistema Nacional de Salud de garantizar ese acceso referido tanto a los servicios de atención a las personas como aquéllos

destinados a proteger y mejorar el hábitat humano, haciendo mayor énfasis en los sectores más vulnerables de la población, especialmente los más pobres.

e) **El aseguramiento**, implica la gestión del riesgo en salud de los beneficiarios, lo cual puede definirse como la determinación de la probabilidad de ocurrencia de un evento o daño, que afecta la salud o requiere un servicio de salud y que puede vulnerar la economía de la persona o de la familia. Incluye las acciones mediante la cual se da seguimiento a la cobertura que tiene la población en relación con el conjunto de prestaciones de servicios de salud definidos para cada nivel y a la protección y mejoramiento del hábitat humano.

Esta función de aseguramiento incluye tres perspectivas:

i. La perspectiva pública que apunta al establecimiento de los servicios de salud, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto, que cubran a toda la población bajo los principios de equidad y solidaridad. Es decir, implica la definición del conjunto de servicios a los que, sobre la base de la situación de salud, toda la población debe tener acceso, independientemente de quien los provea.

ii. La perspectiva social, que se refiere al conjunto de acciones dirigidas a garantizarle a la población el derecho a recibir el conjunto establecido de servicios de salud.

iii. La perspectiva financiera, entendida como el mecanismo de protección a las personas contra los riesgos de enfermar y morir, que garantiza la disponibilidad de fondos para que cada una de ellas tenga acceso a los servicios de salud en el momento que lo requiera, sin que ello le represente un desembolso económico en el momento de recibir los servicios.

f) **El financiamiento de la salud**, está constituida por las competencias para garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos que, provenientes de diversas fuentes, aseguran el acceso equitativo de la población a los servicios de salud. Su modulación consiste en corregir las desviaciones de los servicios públicos de salud con respecto

a las prioridades definidas por el Estado; y en lograr que las diversas modalidades de financiamiento, tanto de servicios públicos como privados, se complementen. El objetivo de esta función es contribuir a garantizarle a la población el acceso equitativo a estos.

g) La armonización de la provisión de servicios de salud, es entendida como la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios a fin de extender la cobertura de atención de salud de una forma equitativa y eficiente. Es la función rectora que establece el conjunto de servicios de salud que deben ser garantizados por el Estado; define el modelo mediante el cual se entregarán esos servicios; y promueve la articulación y complementariedad de los diversos proveedores, a fin de garantizarle a la población el acceso equitativo, independientemente de la institución que los provea.

h) La regulación de la salud, es una función rectora que consiste en formular, promulgar, interpretar, aplicar y controlar el marco normativo que deben acatar todas las personas naturales y jurídicas, que provean o reciban bienes y servicios de interés sanitario; que realicen actividades o mantengan conductas que por su naturaleza puedan afectar la salud de la población.

La regulación comprende:

- i. El desarrollo y actualización periódica de la legislación nacional de salud.
- ii. El análisis y regulación de productos, establecimientos y servicios de interés sanitario.
- iii. La formulación de normas de atención en salud.
- iv. El desarrollo de programas de garantía de calidad (enfaticando en la acreditación de instituciones prestadoras y certificación de los recursos humanos).
- v. La evaluación de las tecnologías en salud.

La regulación, de la salud se entiende como el diseño de todo el marco normativo sanitario que protege y promueve la salud y garantiza su cumplimiento.

En el proceso de fortalecimiento de la Rectoría, se incluirán las siguientes acciones:

1. El desarrollo del marco y los procesos de regulación que garanticen la atención integral de la salud con mayor eficiencia y transparencia.
2. El desarrollo organizativo y funcional del nivel central de la Secretaría de Salud de acuerdo a la definición y separación interna de sus funciones.
3. La profundización del proceso de departamentalización y fortalecimiento de las regiones departamentales como entes extendidos de la rectoría.
4. El desarrollo del marco político, legal así como de los procedimientos y normas, para ejecutar con efectividad la función de contratación de servicios de salud y su seguimiento.
5. La implementación de los mecanismos para el seguimiento y evaluación de todo el proceso de reforma que permita reajustarlo con oportunidad.
6. El establecimiento de un proceso de alineamiento y armonización de los esfuerzos que provienen de la cooperación externa.
7. El establecimiento de un riguroso sistema de petición y rendición de cuentas entre las diversas instancias institucionales.
8. El desarrollo del liderazgo en el personal en cargos directivos de las instituciones del sector salud a través de la capacitación en temas ligados a la conducción, capacidad de negociación, trabajo en equipo, etc.
9. El fortalecimiento de los mecanismos de comunicación social entre las instituciones y la población en general, haciendo que la comunicación sea de doble vía.

LA SEPARACIÓN DE FUNCIONES

En ese proceso dinámico de redefinición y separación de roles, la Secretaría de Salud desplegará sus esfuerzos hacia el fortalecimiento progresivo de su rol instrumentando las competencias sustantivas que le son propias en materia de la conducción sectorial, la regulación, la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento y la armonización de la provisión. En la medida que el proceso de separación y redefinición avance y se vayan trasladando funciones que ahora el rector está asumiendo a otras instituciones, que deberán crearse debida y oportunamente, se espera que el fortalecimiento del liderazgo de la autoridad sanitaria en todos sus niveles sea creciente.

La separación de funciones exigirá el análisis y decisión sobre el papel que deberá desempeñar en el futuro el IHSS en el sistema de salud, como ente asegurador y como proveedor de servicios. Para ello se procederá a discutir con los actores relacionados este tema con vista a consensuar una propuesta en el contexto de los elementos referenciales establecidos. Los elementos esenciales de esta propuesta deberán incorporarse en los apartados correspondientes de la Ley General de Salud, que al final tendrá que establecer el marco de actuación del sistema reformado.

El ejercicio de la separación de funciones incluirá también el análisis global del accionar de la Secretaría de Salud como ente rector, para identificar, dentro de las funciones que efectivamente le corresponden; como puede y debe redistribuirlas entre los diferentes niveles, en un proceso paralelo de especialización de sus distintos estamentos, y que incluirá aquellas funciones que les serán delegadas de rectoría al nivel departamental.

Este proceso dentro de la Secretaría orientará el desarrollo estructural y funcional de la institución, expresado tanto en la conformación de una nueva modalidad de organización de la rectoría a su interior, como en la relación con los otros actores del sistema de salud, en el cual el nivel departamental representará las unidades desconcentradas de la autoridad sanitaria nacional. En esta línea de pensamiento, las direcciones departamentales como parte de la rectoría serán el nivel intermedio e interlocutor natural con los proveedores, los municipios y el nivel central de la Secretaría de Salud. Para esta misión, su limitada capacidad institucional y técnica actual deberá ser superada en el corto plazo.

Dada su posición estratégica en este modelo descentralizado, las direcciones departamentales jugarán un papel importante en la planificación, implementación y evaluación de las intervenciones. Dentro de las direcciones departamentales, se deberán conformar las unidades que le permitan cumplir a cabalidad las responsabilidades básicas en el plano de la rectoría:

- a) La función de planificación tomándose como base las políticas dictadas por la autoridad sanitaria nacional
- b) La regulación en base a la normalización de los bienes y servicios de salud que sea establecida
- c) La vigilancia de la salud de acuerdo a la norma nacional adoptada.
- d) La administración de los recursos asignados a su nivel.
- e) La monitoría y evaluación de lo pactado con los gestores de la provisión de los servicios que se brindan a la población:

LA FUNCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS.

En este campo los desafíos generales del sistema están representados: porque el acceso a servicios de salud no está completamente disponible, y en algunos casos es inexistente, para grandes segmentos de la población, en particular para los grupos de población que más los necesitan; la oferta de servicios de salud no siempre se ajusta a las expectativas, a los valores sociales y preferencias culturales de la población; en muchos casos, la prestación de servicios de salud es de baja efectividad y calidad técnica; el uso de los recursos disponibles no es siempre el más adecuado, lo que genera ineficiencias y contribuye al incremento innecesario de los costos; y en algunos casos, el financiamiento de los servicios de salud es insuficiente o inestable.

Como las raíces de estos problemas son, en su mayoría, de tipo multicausal, las opciones y estrategias para abordarlos son distintas, dependiendo de su factibilidad política, económica y social. Por ese motivo, no habrá una sola alternativa para el mejoramiento de los servicios y, por el contrario, el abordaje de los problemas (tanto a nivel nacional, regional y local) requerirá del conocimiento profundo de cada realidad en particular.

Se buscará mejorar e incrementar la capacidad operativa de las instituciones del sector e introducir las modificaciones

pertinentes al modelo de prestación de servicios de salud y a su funcionamiento. Se postula que la separación de la gestión de los servicios de salud del conjunto de funciones de la rectoría, a través de un proceso efectivo y acelerado de descentralización administrativa, constituye la estrategia fundamental para hacer posible la extensión de la cobertura de servicios de salud priorizando los grupos excluidos y sub atendidos.

Para ello se procederá a:

1. El diseño e implementación de un nuevo modelo de atención integral y continuo de la salud, basado en el fortalecimiento de la promoción y protección de la salud; la prevención de riesgos y de enfermedades; que se oriente más a la demanda que a la oferta; que favorezca actitudes de corresponsabilidad en el individuo, la familia y la comunidad; que refuerce la responsabilidad institucional de dar respuesta a las necesidades de la población y que incluya la creación y el mantenimiento de entornos saludables y el reforzamiento de la acción comunitaria.
2. El diseño e implementación de modelos de gestión, ágiles, eficientes y más cercanos a la población; basados en la gestión por resultados y en una aproximación de la competencia regulada, que en ningún momento significará el abandono de la responsabilidad del Estado de tutelar el derecho al acceso a servicios de salud apropiados y sin renunciar a ninguno de los principios orientadores de la reforma.
3. La instrumentación de este proceso de separación de funciones a través de la incorporación de los compromisos, convenios o contratos de gestión, entre el ente rector y el que gestiona la provisión de los servicios, en los que se determinarán con claridad las responsabilidades de las partes, hacia una gestión cada vez más descentralizada y transparente.
4. La ampliación de la cobertura de los servicios basada en la priorización de aquellos considerados esenciales, se deberán proveer a la población combinando las distintas estrategias de actuación establecidas, más allá de la clásica inversión en infraestructura que lleva tiempo y consume muchos recursos y que no siempre estarán disponibles. Los indicadores de accesibilidad basados en un análisis estratificado de la situación de salud de los diferentes grupos de la población según condiciones de vida será una base esencial para la

planificación, gestión de los servicios de salud y la evaluación de su impacto en la situación de salud.

En el diseño e implantación de los nuevos modelos de prestación y gestión de los servicios de salud se enfocarán los siguientes puntos claves:

- a) La atención familiar comunitaria, centrada en la promoción, prevención y el cuidado del entorno de las familias.
- b) El financiamiento de una cartera de servicios adecuada a las necesidades locales de la población, mediante una asignación fijada por una tasación per cápita.
- c) La realización de un registro con la característica de un aseguramiento, persona a persona o de conglomerados comunitarios.
- d) La organización de redes de servicios a nivel municipal e intermunicipal.
- e) La gestión descentralizada de los recursos.
- f) El liderazgo de las regiones departamentales en el seguimiento del cumplimiento de los objetivos pactados, en tanto representantes del ente rector en su ámbito de responsabilidades.

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Como ha sido escrito en los apartados anteriores, la descentralización de la gestión de la provisión de servicios de salud dentro de la Secretaría de Salud, como el instrumento de la separación de funciones para permitir el fortalecimiento de la rectoría, constituye un componente esencial del proceso de la reforma del sector Salud. Dado el peso específico que ha tenido hasta el momento la Secretaría de Salud como proveedora de servicios, con la descentralización se logrará que el sistema de salud en su conjunto adquiera la capacidad de respuesta eficaz, eficiente, oportuna y organizada, que las circunstancias actuales demandan.

Para ello, la Secretaría de Salud:

- Avanzará en un proceso acelerado de extensión de cobertura a través de gestores descentralizados de la provisión de servicios; y,
- Profundizará la autonomía de la gestión de las redes de salud intermunicipales y de los hospitales, de forma tal, que se acerquen efectivamente los procesos de toma de decisiones y los recursos, a los territorios y sus poblaciones, para el adecuado enfrentamiento de los problemas.

En el devenir de este proceso, se tomarán las previsiones necesarias para que se cuente con el apoyo de las distintas representaciones de la sociedad civil de manera que se puedan operativizar los mecanismos de control social de la gestión. Se espera el desarrollo de un modelo de atención y gestión que facilite el ejercicio de la democracia y la ciudadanía. Incluirá:

- a) La transferencia de recursos a proveedores públicos o sociales sobre la base de un compromiso, convenio o contrato de gestión.
- b) La implementación del modelo de atención integral en salud que establecerá la articulación entre las diferentes unidades proveedoras, para la conformación de redes municipales, intermunicipales y departamentales de servicios de salud.
- c) El diseño e implementación de modelos de gestión clínica para las unidades de atención de la red de servicios.
- d) El diseño e implementación de intervenciones diferenciadas (focalización) en las redes de servicios de salud para la atención de grupos vulnerables, con énfasis en la mujer, la niñez y la adolescencia.
- e) El diseño e implementación de formas concretas de atención a la salud para aquellos grupos y segmentos de la población que por razones culturales, de edad, sexo, etnia y costumbres, requieran prácticas especiales.
- f) El diseño e implementación de instrumentos administrativos (normas, procedimientos, controles, etc.) para las nuevas funciones delegadas en cada ámbito de gestión.

- g) La capacitación del personal en el desarrollo de intervenciones eficaces de acuerdo al nuevo modelo de atención.
- h) El desarrollo e incorporación de los conocimientos e investigaciones sobre los avances científicos y tecnológicos de forma apropiada conforme las necesidades del país.
- i) La transferencia de tecnologías adaptadas a la realidad local, en correspondencia con las modalidades de provisión de los servicios de salud.
- j) La implementación de planes estratégicos por redes de servicios de salud en todas las regiones departamentales del país.
- k) La capacitación del personal de salud en cargos gerenciales en nuevos conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para actuar con competencia y responsabilidad en la toma de decisiones.
- l) El diseño e implementación de nuevos mecanismos de asignación financiera para las acciones de salud.
- m) La implementación de un sistema de seguimiento y evaluación físico-financiero de la gestión descentralizada.
- n) El monitoreo sistemático del proceso de descentralización.

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 entes 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.

Esto 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. En esencia, 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 de la provisión de servicios estas responsabilidades, el cual a su vez asumirá la responsabilidad de rendir cuenta de los resultados de su gestión al rector.

Para abordar este desafío en las redes intermunicipales y los hospitales, se desarrollará un proceso de modernización administrativa que pueda permitir sustentar la autonomía de la gestión, incluyendo:

- a) El desarrollo de sus instancias de gobierno.
- b) La formalización del relacionamiento a través de los compromisos de gestión y la evaluación del desempeño.
- c) El mejoramiento de los sistemas administrativos básicos.
- d) El mejoramiento de la eficiencia en la asignación de los diversos recursos, cambiando gradualmente del modelo de financiación a través del presupuesto tradicional hacia un modelo de financiación a través de contrato-programa.

- e) La transformación de la estructura presupuestaria con la que actualmente opera la Secretaría de Salud.
- f) El equipamiento y dotación mínima necesaria de insumos en la red hospitalaria.
- g) La implementación de nuevas modalidades de atención alternativas al internamiento, para lograr una mayor eficiencia en la utilización de los recursos y mejorar la satisfacción de la población usuaria.
- h) El desarrollo del proceso de mejoramiento de la calidad, en los servicios clínicos y de apoyo en el ámbito hospitalario, con énfasis en el cumplimiento de estándares.

Un plan de desarrollo específico se formulará para el nivel central de la Secretaría y por cada región y hospital que se incorpore al proceso, en el que se detallarán los aspectos concretos a abordar y las acciones a realizar.

EL PLAN DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

La descentralización es, fundamentalmente, la transferencia de poder de decisión, competencias y recursos del nivel central del sector salud del país a estructuras subnacionales será un medio que posibilitará mayor eficiencia en la inversión social. Presupone que los niveles locales, con el apoyo técnico que se debe brindar desde el nivel central de la Secretaría y de las regiones departamentales de salud, identifiquen las necesidades en materia de salud de su población y propongan las soluciones, identifiquen las capacidades existentes y las opciones plausibles para poner en marcha un proceso de gestión descentralizada de los servicios. El Plan de descentralización de los Servicios de Salud será el instrumento que ordenará la materialización de este componente. Su diseño e implementación permitirá sistematizar los esfuerzos de la expansión nacional de descentralización. Y deberá desencadenar el desarrollo de capacidades en el nivel local para la planificación, gestión, provisión y control social de la oferta de servicios de salud, y de paso, mayor eficiencia y efectividad en el uso de los recursos.

Hará uso de las diferentes opciones para su implementación, dependiendo de las circunstancias particulares y de las capacidades técnicas, administrativas y de compromiso de las organizaciones

del nivel local, que serán las responsables de gestionar los recursos que le sean asignados y proveer los servicios.

Estará en consonancia y soportado por los lineamientos y la legislación que se definan para el "Plan Nacional de Descentralización".

Por otra parte, posibilitará que se vayan definiendo las competencias a transferir al nivel local, los recursos involucrados y el poder de decisión sobre los mismos y las dimensiones de temporalidad del proceso, a la vez que definirá los mecanismos de control social, monitorización y evaluación sistemática de las acciones. En la práctica significará, en el campo de la provisión de servicios de salud, definir quien hace que, con qué recursos, a quienes beneficia y como lo hace.

Su formulación exigirá acciones para construir el consenso inicial, la definición para la participación de los actores en la composición de las mesas de trabajo en que se efectuará la consulta en la fase propositiva, la programación de la etapa consulta, la socialización y adopción del mismo y la presentación del documento final.

El plan de descentralización de los servicios de salud, que se espera tener presentado a principios del 2009, constituirá un anexo especial de este documento.

LAS FUNCIONES DE FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

El elemento medular de la transformación del sistema de salud estará vinculado directamente con la administración del financiamiento de forma que en su origen y destino permita construir el sistema solidario, equitativo, eficiente y eficaz que se aspira; con la garantía del aseguramiento en salud, en el entendido que es la estrategia o mecanismo estructurado y formal por el cual una persona o familia es protegida o amparada de unos riesgos en salud específicos, a través de un plan de beneficios, y con el desarrollo pleno de la función de inspección, vigilancia y control para ejercer la autoridad sanitaria nacional para hacer cumplir las acciones regulatorias.

La separación y consolidación institucional de estas funciones significará arribar a una etapa avanzada dentro del proceso de reforma, con la creación de las instituciones correspondientes para

que las ejerzan independientemente de su denominación. Para este fin, se procederá en el transcurso de los próximos meses a formular y presentar ante todas las instancias que correspondan, una propuesta de Ley General de Salud para que, una vez consensuada sea aprobada y promulgada, que contenga el marco normativo para el nuevo sistema.

También será formulada una opción nacional concertada sobre el financiamiento de la salud que pasará a incorporarse como parte del planteamiento global de esta propuesta. La Secretaría de Salud, como ente rector, tiene en esta área la responsabilidad específica de establecer políticas públicas, que permitan que las diversas modalidades de financiamiento tengan la complementariedad necesaria para permitir el acceso a servicios de salud equitativos.

En la opción que se formulará se tendrá en cuenta:

- Que el mejoramiento de la salud es resultante del conjunto de acciones de orden técnico, operativo, institucional y financiero del sistema y que existe un círculo virtuoso en el que la inversión en salud contribuye al desarrollo social y económico e inversamente dicho desarrollo lleva a un mejoramiento del estado de salud de la población.
- Que el sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud, o que realicen acciones cuyo propósito primario sea promover, restaurar o mantener la salud. De la misma manera, en el sistema de atención sanitaria se incluirán al conjunto de instituciones, organizaciones, personas, establecimientos públicos o privados, actores, programas, actividades y recursos cuyo objetivo principal, frente al individuo, la familia y la comunidad, es la atención de la salud, en sus diferentes acciones de prevención, promoción recuperación y rehabilitación.
- Que constituye un tema de especial relevancia, el análisis del financiamiento y del gasto en salud, pues se necesitarán identificar las maneras de lograr - de forma simultánea - la sostenibilidad financiera y la garantía del acceso equitativo a servicios de salud de calidad. La reforma del sector salud tiene como el reto más importante organizar el uso de los diferentes mecanismos de financiamiento, de tal manera que se resuelva el requisito de equidad identificando las opciones pertinentes para mejorar el desempeño

del sistema y las posibilidades reales de alcanzar las metas establecidas.

- Que se deberá ampliar el análisis tradicional de las fuentes de financiamiento y los usos de los fondos para permitir rastrear el flujo financiero a través del sistema de salud; incluir aspectos vinculados con la cantidad de recursos que está siendo utilizada; el origen de dichos recursos; la composición de los mismos; los tipos de servicios que se están ofreciendo; y la asignación de los mismos.

- La proposición de las acciones en aquellos aspectos en que se puede mejorar el financiamiento.

- La identificación de los criterios para la eficiencia, efectividad y equidad de las contribuciones para financiar el sistema de salud, así como para la distribución de los beneficios que se producen.

- La adopción de las previsiones para asegurar que los grupos humanos con mayor grado de postergación económica y social reciban la atención adecuada y oportuna; y que la protección, que presupone el aseguramiento en salud, signifique garantizar el acceso de la población a los recursos financieros necesarios para continuar su desarrollo humano en casos de enfermedad o discapacidad.

El abordaje de esta función incluirá:

- a) La tendencia a la progresividad vertical en el financiamiento en los impuestos generales; a la liberalización de los techos y progresividad de las cotizaciones del IHSS; a la creación de seguros especiales (cobertura de accidentes de tránsito, seguros para escolares); al establecimiento de tasas municipales; y a la ampliación de la cobertura del IHSS en la medida de la propuesta que se formule en la redefinición de su rol en el sistema de salud.
- b) La consideración, en la administración de fondos, la posibilidad del establecimiento de un fondo único (fondo nacional de salud), en el que la mayor proporción provenga de ingresos públicos (impuestos directos); la asignación de los recursos ajustada por factores de riesgo; aportes del régimen contributivo obligatorio del IHSS para financiar acciones de salud pública; y la implementación de seguros especiales.
- c) El establecimiento del aseguramiento universal mixto que incluirá la definición de un Plan Obligatorio de Salud; la vigilancia del aseguramiento; la regulación del conjunto de

servicios; el establecimiento del sistema de enrolamiento (sistema de información individual o colectivo); la definición de la población mínima a asegurar (equilibrio financiero/dilución del riesgo); y la racionalización de costos administrativos.

- d) El desarrollo de la capacidad para: modular y corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial; la vigilancia y control del financiamiento sectorial; impulsar reformas sobre el alcance y modalidades de aseguramiento social en salud, de tal manera que se tienda hacia la cobertura efectiva a grupos excluidos, con la determinación del equilibrio financiero; racionalizar la regresividad de los gastos de bolsillo en salud de los hogares, especialmente los menos favorecidos y tutelar la implantación de Paquetes Obligatorios de Cartera de Servicios de Salud (POCSS) a toda la población.
- e) La definición de proveedores de servicios de salud y sus formas de pago, entendido como las distintas formas que existen para transferir los recursos del agente financiero a los proveedores (por presupuesto, por viáticos, por admisión), por honorarios por servicios prestados, por capitación, por pago basado en el caso. Se podrán escoger una combinación de estos y no siempre se utilizarán todos.

CAPÍTULO V RETOS ESTRATÉGICOS.

Indudablemente el proceso de reforma avanzará en el sentido, la profundidad y velocidad esperada, en la medida que la Secretaría de Salud vaya fortaleciendo su función de rectoría. Este objetivo podrá hacerse realidad en tanto el proceso sea participativo, socializado y consensuado.

Para su consecución se establecerá la articulación de actores sociales clave, con el fin de que actúen en forma sinérgica para hacer posible los cambios. La articulación de los actores sociales incluye la coordinación de sus acciones, el establecimiento de medios de enlace con y entre ellos y la búsqueda de recursos compartidos para el logro de objetivos comunes.

Los medios de enlace se establecerán mediante la conformación de equipos de trabajo, la normalización de los procesos y la creación de patrones de comportamiento comunes, así como con la construcción compartida de conocimientos y resultados. Entre los mecanismos que serán utilizados se incluirá

la dinamización de las instancias existentes como el Consejo Nacional de Salud, las mesas nacionales de trabajo establecidas para el tema social y el de la salud, y aquellas que involucran el diálogo con la representación de las agencias de cooperación externa.

De la misma manera se dirigirán esfuerzos especiales, dependiendo del campo de actuación y del objetivo que se persigue, a la conformación de redes específicas. Serán entendidas como conjuntos de actores vinculados, coordinados y organizados entre sí, que funcionarán como una unidad de manera sistemática y permanente, con el fin de complementarse y crear sinergias que incrementen el impacto de las acciones sobre una prioridad en salud específica y para potenciar la participación social en la toma de decisiones, logrando objetivos que trasciendan cada actor social por separado.

La formulación e implementación de una estrategia adecuada de incidencia política y comunicación social, para fortalecer el consenso y abordar el disenso que se presenten entre los actores principales en relación al proceso de reforma, y de sus temas específicos, será uno de los retos más importantes en el avance a la construcción del proceso de cambio.

La sistematización de las experiencias exitosas, que tengan un potencial efecto de demostración; su extracción del ámbito local en que se producen para ponerlas al servicio de la perfección del sistema nacional, y su masiva difusión se constituirá en una herramienta efectiva de la transformación institucional. La sistematización implicará analizar las experiencias como procesos históricos complejos en los que intervienen diferentes actores, que se realizan en un contexto determinado y en un momento institucional del cual se forma parte. Significará entender por qué ese proceso se está desarrollando de esa manera, e interpretar lo que está aconteciendo, a partir de un ordenamiento y reconstrucción de lo que ha sucedido, para poder extraer aprendizajes que tengan una utilidad para el futuro y para el resto de componentes del sistema.

El cambio real estribará en la transformación de los recursos humanos. Un proceso de esta naturaleza presupone el desmonte de paradigmas, conceptos, valores, conocimientos, actitudes, estilos de trabajo y prácticas que la operación del sistema exigía para ser sustituidos por los necesarios en la situación reformada. Esto se logrará a través del involucramiento de los trabajadores de la salud en el cambio, del estudio y del intercambio de

experiencias que potencialicen la transformación de los recursos y permita la conformación de una masa crítica de funcionarios con un nuevo pensamiento en salud, cuya inserción apropiada en la institución le permitan el tránsito hacia la meta establecida y liderar el proceso de cambio en los diferentes niveles. Para este fin también se formulará un programa específico de desarrollo de los recursos humanos que incida en todos los ámbitos que incluirá la adecuación del proceso de formación de los recursos futuros. Este programa de desarrollo de los recursos humanos será establecido siguiendo el enfoque de competencias, que implica el saber, pero más que nada el saber hacer. Esto es, permitir contar con las capacidades, habilidades y actitudes para poder manejar el modelo que se quiere implementar.

Indudablemente, que la reforma planteada con esta visión y en esta magnitud generará la necesidad de cambios en el marco legal existente, para crear las condiciones necesarias para la implementación del modelo. Una tarea esencial consistirá en la identificación de esos cambios necesarios y la formalización en las iniciativas de ley correspondientes, entre las que destaca la formulación de una propuesta de Ley General de Salud, que se constituya en el gran marco del nuevo sistema.

Con todo, un reto particular estará representado por la necesidad de implementar las estrategias con una visión de Estado que trascienda los periodos de gobierno particulares y puedan sustentarlo en el largo plazo, que es la visión que tienen los procesos de cambio como el que se postula.

SEGUNDO: La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud será la responsable directa de velar por el estricto cumplimiento de las directrices emanadas de la presente Política.

TERCERO: Para su adecuada implementación, la Secretaría realizará un proceso de socialización con las instancias pertinentes, a fin de coordinar las acciones necesarias.

CUARTO: El presente acuerdo entrará en vigencia a partir de esta fecha y deberá ser publicado en el Diario Oficial La Gaceta. **COMUNIQUESE.-**

CARLOS ROBERTO AGUILAR PINEDA
SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO
DE SALUD

SEIDDA PATRICIA MENDOZA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL