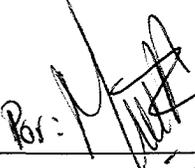


CONSTANCIA

Por este medio le informo que el Plan Estratégico Institucional 2014-2016, fue elaborado por esta unidad y enviado a la Dirección Ejecutiva para su respectiva aprobación, sin embargo no fue aprobado.

Así mismo le informarnos que para el año 2016, esta unidad en conjunto con las Gerencias y áreas competentes, elaboraron un nuevo el Plan Estratégico 2016-2020, el cual SI cuenta con la aprobación de las autoridades Superiores según resolución Certificación Resolución CIIHSS NO.201/28-03-2016

Dado en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., a los trece días del mes de diciembre dos mil dieciséis.

Por: 


ING. SERGIO ROMERO
Jefe Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión

cc: Archivo
cc: Cronológico



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2014- 2018

ELABORADO POR:



UNIDAD DE PLANIFICACION Y
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
UPEG

**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD
SOCIAL**
UNIDAD DE PLANIFICACION Y EVALUACION DE LA GESTION



**PLAN ESTRATEGICO
INSTITUCIONAL 2014- 2018**

TEGUCIGALPA M.D.C. SEPTIEMBRE 2014

COMISIONADOS Y FUNCIONARIOS

COMISIONADOS

VILMA C. MORALES
GERMAN LEITZELAR VIDAURRETA
ROBERTO CARLOS SALINAS

FUNCIONARIOS

RICHARD ZABLAH ASFURA
Director Ejecutivo Interino

VICTOR MARTINEZ
Gerente IVM

HUGO RODRIGUEZ
Director Médico Nacional

JORGE GALLARDO
Gerente Riesgos Profesionales

JORGE ALBERTO VALLE
Jefe Interino de UPEG

COLABORADORES

MARCELO ROMERO
MIGUEL CASTILLO
GILDA PADILLA
JORGE CANO
FERNANDO PONCE
MERCEDES MIDENCE

Presentación

Comisión Interventora IHSS

Al inicio de un nuevo cuatrienio y enfrentando enormes retos se presenta este documento para ser sometido ante Autoridades, las y los trabajadores de la institución y la sociedad en general.

Una de las características principales de la actual crisis es el agravamiento de la situación financiera debido al uso inadecuado de los fondos de los diferentes regímenes. El régimen de riesgos profesionales y de enfermedad-maternidad no cubren sus gastos de operación. Los prestamos entre régimen de IVM y EM aún en contra de las recomendaciones de la C.N.B.S. y T.S.C. que han generado una falta de pago para cubrir con los diversos proveedores y limitado el abastecimiento de diferentes insumos y medicamentos afectando a la población derecho habiente que incluso no se les ha podido cancelar sus prestaciones en dinero por incapacidades temporales laborales con grandes esfuerzos y creatividad se han iniciado a honrar por parte de la Comisión Interventora.

Los servicios médicos subrogados en todo el país presentan también atraso en sus pagos afectando las prestaciones de salud y la calidad de los mismos.

La Comisión Interventora está realizando grandes esfuerzos para sanear las cuentas y haciendo frente a cada una de ellas, con transparencia priorizando de la manera más eficiente posible recuperando la confianza con la mayoría de los proveedores, también realizando negociaciones con el gobierno central para recibir las transferencias que le permitan continuar sosteniendo financieramente la institución, negociando deudas con otras instituciones logrando establecer planes de pago tal es el caso de le DEI, Cooperativas, Colegios Profesionales entre otros

Ante la propuesta nacional de universalización del sistema de salud y previsual el Instituto se prepara para ser una institución de salud eficiente y productora de servicios de calidad que no será posible lograr sin el compromiso decidido de los trabajadores tanto administrativos como de salud.

Cerrar la brecha del 15% de diferencia entre las tasas de cotización y los techos salariales que tiene el IHSS, con el resto de instituciones de previsión; representan un importante obstáculo para lograr esa meta de país y se necesita creatividad y esfuerzos financieros que representan un alto costo de oportunidad para la toda nación.

Para estos próximos cuatro años, el Instituto debe de renovarse en forma estructural y en los aspectos de eficiencia administrativa, controles estrictos de sus operaciones y sobre todo transparencia para preservar el lugar que se merece como institución del estado en materia de protección de la población asegurada

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG) del Instituto Hondureño de Seguridad Social presenta el “Plan Operativo Anual (POA)” año 2015. Y el Plan Estratégico Institucional en condiciones en las que se está pendiente de la aprobación de una Ley Marco de Protección Social y leyes específicas en salud y seguridad social

Se seleccionaron dos áreas estratégicas en la que las unidades deberían de centrar los resultados esperados por sus unidades respectivas una por cada régimen funcionando en el IHSS.

A continuación se presentan los objetivos estratégicos certificados por la Secretaria de Coordinación General de Gobierno (SCGG) para cada Régimen:

Garantizar los servicios de asistencia en salud oportuna y de calidad a la población económicamente activa, asegurada y sus beneficiarios, para mejorar su calidad de vida y contribuir al desarrollo integral de nuestro país (EM)

Satisfacer las necesidades en prestaciones económicas de nuestros derechohabientes en forma oportuna y bajo criterios de eficiencia, que permita garantizar la supervivencia del asegurado y la calidad de vida de sus beneficiarios, pregonando por la universalidad de los mismos mediante el cumplimiento de la Ley (IVM)

Establecer medidas de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales para fortalecer la seguridad integral en las empresas afiliadas públicas y privadas (RP).

Fortalecimiento de las actividades y procesos administrativos para las unidades de nivel central del Instituto Hondureño de Seguridad Social

El plan permite conocer en términos generales los principales objetivos estratégicos en las diferentes Unidades Ejecutoras del Instituto, que pretenden alcanzar durante el año 2015 mediante la realización de las actividades propuestas. Para fines del SIAFI en el IHSS funcionan tres unidades ejecutoras, una por cada Régimen

El documento ha sido elaborado con información brindada por las distintas Unidades Ejecutoras de la Institución y completado con información de la Sub-Gerencia de Estadística y la Sub-Gerencia de Presupuesto.

Objetivos del IHSS

General:

Garantizar a la población hondureña el acceso equitativo al derecho constitucional a la salud, a la asistencia médica, a la protección de los medios de subsistencia y a los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como su protección frente a los costos de la enfermedad

Visión

Es lo que se desea alcanzar en la institución a largo plazo, el escenario futuro deseado que sirve para dar la dirección en el desarrollo de las actividades, considerando fundamentalmente la satisfacción de los usuarios o beneficiarios de los servicios. El IHSS cuenta desde mayo del 2002 con la siguiente visión

Visión Institucional:

“Somos una institución moderna, líder y de prestigio, con cobertura universal fundamentada en Principios y Valores, con recursos humanos calificados, creativos y estables, que provee servicios de seguridad de salud y previsión social integral enfocada en la persona; con alto grado de satisfacción y credibilidad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las familias.”

Misión

La misión define la esencia o razón de ser de la Institución describiendo el propósito principal de ésta, revisando que cumpla con el marco legal para que el personal conozca la razón de ser de cada unidad y oriente sus acciones al cumplimiento de la misma. La misión establece la razón última que justifica la existencia de la institución y delimita su campo de acción

Por medio de la misión:

- Se integran los esfuerzos hacia un objetivo común.
- Se define el campo de especialidad.
- Se delimitan las fronteras de responsabilidad.
- Genera cohesión, motivación y compromiso con la institución.

MISIÓN INSTITUCIONAL:

“Somos una institución de seguridad social, que mediante una organización tecnificada y de cobertura nacional, garantiza el acceso a servicios, con enfoque de calidad, eficiencia, eficacia, equidad y calidez, orientado a la persona y para beneficio de la familia, en procura de contribuir a la prosperidad integral de Honduras.”

Principios y Valores Adoptados por el IHSS (desde 2002):

- ▶ Honestidad, en donde todos nuestros actos internos y públicos se fundamentan en la verdad
- ▶ Planificación, creemos que el éxito está asociado aquellos que saben para dónde dirigirse
- ▶ Respeto, la dignidad del ser humano es sagrada y debe orientarse a preservar su integridad
- ▶ Equidad, a cada quien se le deben asegurar sus derechos independiente de su condición sexo, raza, religión u otro
- ▶ Espíritu de Servicio, no solo debemos servir de la mejor manera sino que sentir y atender la necesidad del usuario
- ▶ Integridad, las políticas institucionales se aplican por igual independiente de las circunstancias
- ▶ Compromiso, el cumplir con lo prometido es la norma de todos nuestros actos públicos y privados
- ▶ Liderazgo, representa el sentido de alto grado de iniciativa y creatividad en los servicios prestados
- ▶ Rendición de Cuentas, transparencia en todos nuestros actos es una norma que se complementa con informar debida y oportunamente a nuestros afiliados.
- ▶ Probidad Mantener conducta intachable al administrar recursos públicos. (antítesis de corrupción)
- ▶ Ética Actos morales que se vinculan al ser humano en la eliminación de las formas que propician la corrupción. Declaración de Cartagena de Indias Julio 2006 “Transparencia contra la Corrupción”

EJES ESTRATEGICOS**I. Sostenibilidad económica y financiera de la Institución**

Política: Mejorar los Ingresos

Política: Disminuir la Morosidad y Evasión

Política: contención de gastos (eficiencia como área fundamental)

Pilar fundamental para la modernización del Instituto y mejorar su eficiencia es completar el proyecto del Sistema Integrado de Información de la Seguridad Social con tres componentes a) Sistema automatizado administrativo y financiero le permitirá al IHSS en control de cuentas por cobrar, por pagar, inventarios, afiliación y recaudación, contabilidad.

II. Organización del Sector

Con la automatización de los procesos muchos de los cuales son aun manuales se logrará mejorar la eficiencia no solo en los aspectos administrativos sino en el hospitalario

Política: Integración del IHSS al Sistema Universal de Salud

El Instituto Hondureño de Seguridad Social tiene funciones específicas declaradas en la constitución de la Republica y por lo tanto está obligada a

La prestación de servicios, que es otra de sus funciones de la institución, la realiza a través de su red propia que la constituyen un hospital y tres clínicas periféricas en Tegucigalpa, un hospital y dos clínicas periféricas en San Pedro Sula, provee el

SISTEMA DE SALUD EN HONDURAS						
SECTOR	PÚBLICO			PRIVADO		
	SECRETARIA DE SALUD	IHSS		CON FINES DE LUCRO	SIN FINES DE LUCRO	
PRESTADORES	HOSPITALES	28	2	HOSPITALES	HOSPITALES	ONG's
	CESAMOS	345	7	PERIFERICAS	CLINICAS	OTRAS INSTITUCIONES DIVERSAS
	CESAR	1045	14	SUBROGADOS	FARMACIAS	
	CMI	45		LABORATORIOS		
FINANCIAMIENTO	FONDOS PUBLICOS		PROPIOS	PÚBLICOS Y PRIVADOS		
ASEGURAMIENTO	PROYECTOS DESCENTRALIZADOS		Subrogados	SEGUROS PRIVADOS		
USUARIOS	63%		15-19%	3-5%		
	SIN COBERTURA ENTRE 15 a 20 %					

primer nivel de atención en El Paraíso, Choluteca, Danlí, Choloma, Roatán, Villanueva y El Progreso subrogando los restantes dos niveles. En el resto de ciudades el Instituto contrata los servicios a empresas de salud (privados y ONG's) cuenta además con convenios con la Secretaria de Salud en Juticalpa y Villanueva.

El Instituto tiene claras sus fortalezas frente al resto de los actores en salud y su rol en el aseguramiento de las personas que contribuyen al financiamiento de la salud y cuales son aquellos que deben ser subsidiados por el estado y asegurar que eso ocurrirá y que no pase a engrosar la mora de la institución.

Con estos antecedentes se puede concluir que el aseguramiento del sector contributivo sería una de las responsabilidades del IHSS ya que se cuenta con un sistema automatizado para la realización del mismo y con mayor experiencia administrativa; por lo tanto el IHSS debería ser la encargada de esta función de cara al inicio del proceso de aseguramiento universal contenido en la propuesta “Para una Vida Mejor de la Presidencia de la República.”

El IHSS es también la Institución con mayor experiencia en la subrogación de servicios de salud utilizada desde 1989 y aplicado en las 15 ciudades en las que presta sus servicios.

III. Cobertura y Calidad de los servicios

Implementado el plan de Garantía de Calidad de los servicios prestados en el IHSS

Mejorada la capacidad resolutive de las Unidades de Salud del IHSS

Mejoramiento de la calidad en el servicio de y hacia nuestro capital humano (empleados)

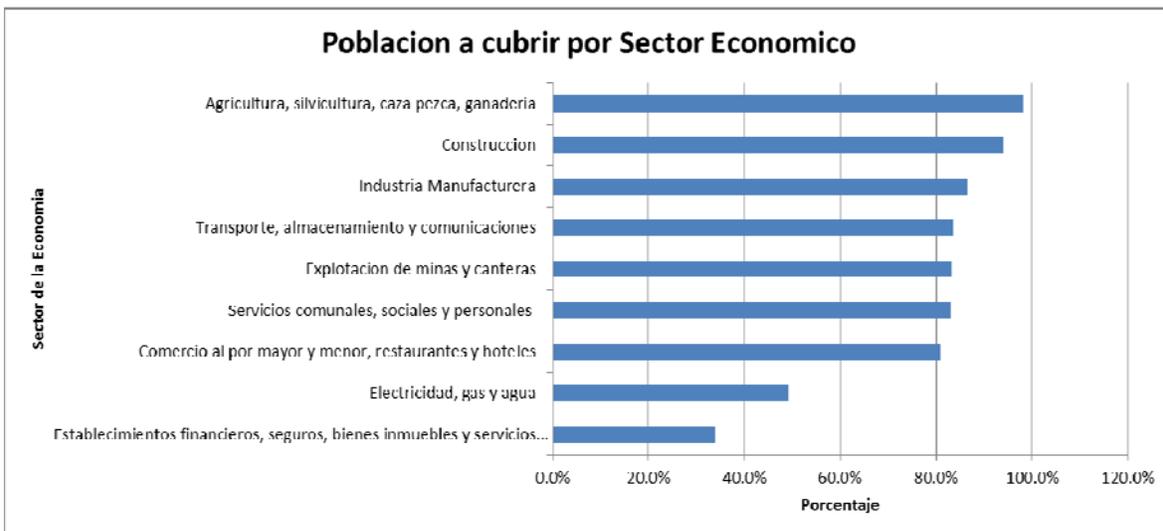
Implementado el Programa de Atención Integral Familiar y Comunitaria (afiliados) PAIS-FC

IV. Protección Social a través de Aseguramiento Universal

Política: Extensión la Protección de la Seguridad Social (Cobertura Geográfica y poblacional de los tres Regímenes o Riesgos).

Actualmente todos los empleados por contrato de las diferentes instituciones del Gobierno Central no cotizan al IHSS, aunque les realizan las deducciones como empleados, no se planifica presupuestariamente las obligaciones patronales por lo que constituyen uno de los más grandes sectores excluidos de la seguridad social en Honduras esto puede significar entre 30 a 50 mil personas afiliadas directas (entre 120 mil a 200 mil indirectos: cónyuges e hijos(as) hasta los 18 años de edad) al IHSS.

En relación al sector no formal de la economía que lo constituyen los trabajadores a cuenta propia, vendedores ambulantes, taxistas, empleado(a)s domésticas, sacerdotes, pastores, los trabajadores agrícolas, entre otros grupos poblacionales; que requiere de estrategias innovadoras en la recaudación y prestación de servicios, el IHSS con el modelo de subrogación puede hacer frente al aumento de la demanda ambulatoria y hospitalaria. El Instituto está definitivamente consiente de que de cara a los procesos del nuevo escenario laboral en Centroamérica y la mejora de la competitividad del país.



Un tratamiento especial de afiliación es la de la población Hondureña viviendo en el extranjero que sobrepasa las 800 mil personas las que podrían afiliar a sus familias en Honduras logrando así disminuir la población excluida de la seguridad social.

El sector turístico, tal como se acostumbra en otros países, se debe de proteger en eventualidades en salud durante su estadía.

Para lograr este objetivo el personal del IHSS tanto en el hospital como en las clínicas periféricas y en todo el país será objeto de capacitaciones periódicas que aseguren el cumplimiento de sus funciones

Al fortalecer e implementar directrices específicas a cada empleado se promoverá el saneamiento de las relaciones entre compañeros dentro de cada área y departamento, incrementando la colaboración y el trabajo en equipo.

Beneficiará satisfactoriamente al usuario, al recibir un servicio de calidad, buen trato, información con ayudas visuales, comunicados escritos, trifolios informativos, identificando un orden de prioridad a las necesidades y expectativas del cliente en el IHSS.

Actuando en función de los más altos intereses del derechohabiente, nuestra acción está orientada a la calidad como valor fundamental, mostrando una actitud que será siempre de una atención personalizada de calidad y calidez ante cada planteamiento expuesto por cada derechohabiente.

Comprender y abordar las necesidades de los usuarios es crucial para lograr una atención de calidad.

V. Transparencia

Política: Asumir la rendición de cuentas en todos los niveles como principio de gestión.

Una Institución como el IHSS donde se hacen compras millonarias en medicamentos, equipo médico, útiles menores médico quirúrgico (entre 800 y 900 millones de lempiras en promedio anual), necesita de procedimientos transparentes en sus sistemas de compras, las instituciones de seguridad social más importantes han logrado mejorar en términos de transparencia colocando en su página Web, en donde se publican aquellos productos sujetos a compras siendo visibles a todos los proveedores y a los que quieren serlo llenado formularios especiales para poder ser sujetos a compras por parte del IHSS, también pueden ver las adjudicaciones, licitaciones y otros procedimientos de compras.

VI. Sistema Mixto Multipilar

Concepto del Piso de Protección Social

La idea de un “piso socio-económico” y su relación con la protección social fue enfatizada por la Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización, que declara: “Un cierto nivel mínimo de protección social tiene que ser una parte aceptada e incuestionable de un piso socio-económico de la economía global.” (Piso de protección social en Honduras 2013)

Desde entonces, la expresión “piso social” ó “piso de protección social” ha sido empleado para designar un número de derechos, servicios y estructuras sociales básicas que un ciudadano global debe acceder. Según lo definido por las Naciones Unidas, el Piso de Protección Social, es un conjunto integrado de políticas sociales diseñadas para garantizar la seguridad del ingreso y el acceso a los servicios sociales para todos, prestando especial atención a los grupos vulnerables.

Los componentes de un piso de protección social consisten en cuatro garantías esenciales:

- Acceso a un paquete nacionalmente definido de servicios esenciales de cuidados médicos para todos los residentes.
- Seguridad económica, al menos al nivel de la línea de pobreza nacionalmente definida para todos los niños, por medio de prestaciones a las familias de tales niños con fines de facilitar acceso a nutrición, educación y cuidados
- Ingreso mínimo por medio de asistencia social para todas las personas en edad activa, que no sean capaces de acceder al mercado de trabajo.
- Seguridad económica, al menos al nivel de la línea de pobreza definida nacionalmente, por medio de pensiones por edad y por discapacidad para todos los residentes en edad avanzada o discapacitados.

La alternativa consiste en una inclusión paulatina de los componentes en el tiempo de manera que los costos iniciales de instalación no se sufran todos en conjunto, además se puede emplear un enfoque de grupo familiar en lugar de individuo para de esta manera basándose en un beneficio primario por la primera condición que se desea proteger se paguen en adición beneficios secundarios por esta condición o alguna otra



CONJUNTO GARANTIZADO DE PRESTACIONES Y SERVICIOS EN SALUD:

Muchos países ante la imposibilidad de atender la demanda de la totalidad de las enfermedades del espectro epidemiológico que cuenta con más de 14 mil diagnósticos reconocidos en el Código Internacional de Enfermedades CIE-10 han desarrollado lo que se llama cartera de prestaciones o portafolio de servicios. El IHSS como institución de salud ha realizado varios estudios para definir el conjunto de prestaciones financiables con los recursos disponibles, pero el cambio del perfil epidemiológico del país definido como en transición (enfermedades agudas y crónicas no transmisibles) el problema sigue siendo los montos asignados para cubrir esos costos, especialmente en medicamentos.

¿Porque debe de estar garantizado este conjunto de prestaciones? porque cualquier sistema que se implante en un país debe asegurarse en cumplimiento de convenios internacionales en materia de protección al derecho a la salud y procurar disminuir la inequidades que se presenten en el sector y al principio de garantizar el acceso universal a prestaciones en salud.

Este se convierte en el pilar básico garantizado universalmente para todo ciudadano residente el en país.

1) Planes de Cobertura Especial: (como se ha definido en la propuesta de Ley Marco de Protección Social del Presidente de la Republica) Son planes previsionales diseñados actuarialmente por parte del Instituto Hondureño de Seguridad Social con el propósito de propiciar el aseguramiento definitivo de las personas no asalariadas, tales como: profesionales o trabajadores independientes; miembros de asociaciones gremiales o étnicas y de cooperativas de producción, así como los participantes de empresas asociativas; ministros de cualquier culto religioso; hondureños emigrantes; así como miembros de misiones diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país.

Para tales fines se crearán esquemas previsionales financiados a través del monotributo y/o con subsidios parciales otorgados por el propio Sistema, a fin de brindar alternativas de aseguramiento que les permita acceso a los sucesivos niveles de cobertura.

2) Plan de Capitalización Colectiva (PCC): Es un plan obligatorio contributivo, cuyo objetivo es proporcionar coberturas amplias y optimizadas de acuerdo al esfuerzo de contribución, ante las contingencias derivadas de las enfermedades y maternidad (E y M); Discapacidad, Vejez y Muerte (DVM) y Riesgos Profesionales, para todos los asalariados y sus dependientes, basado en la distribución actuarial y solidaria de los riesgos, según lo que establezca la Ley del Seguro Social y demás normativa legal aplicable.

Están obligados a contribuir al Plan de Capitalización Colectiva, con sus aportaciones patronales y cotizaciones individuales, según corresponda a la Ley y Reglamentación especial vigente, a los diferentes regímenes de aseguramiento que constituyen el sistema: Los empleadores y sus trabajadores que devenguen un salario en dinero o en especie, o de ambos géneros, y que presten sus servicios a una persona natural o jurídica, independientemente del tipo de relación laboral o de servicio que los vincule y de la forma de remuneración; así como la persona jurídica o la naturaleza económica del empleador, empresa o institución pública, privada o mixta que utilice sus servicios. Los trabajadores están obligados a suministrar a los empleadores los datos necesarios para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la Ley Marco de Protección Social, Ley del Seguro Social y demás normativa legal aplicable.



Plan Complementario de Coberturas. Constituido por el conjunto de prestaciones y servicios que en materia de cobertura laboral, seguros y pensiones, sean contratadas por los empleadores y/o trabajadores de forma complementaria a los demás pilares, obligatoria o voluntariamente, así como por aquellas coberturas que administren instituciones especializadas por delegación de los diferentes regímenes de aseguramiento que constituyen el IHSS, a fin de garantizar el cumplimiento del Código del Trabajo y de la propia Ley del Seguro Social.

Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC)

Diffícilmente la estructura actual de la distribución de recursos financieros será suficiente para cubrir los altos costos que representan un pequeño grupo de enfermedades tales como el Cáncer, VIH-SIDA, Quemados graves, prematuridad, accidentes graves y violencia de todos los tipos que hoy por hoy se colocan entre las primeras 5 causas de morbi-mortalidad en cualquier institución de salud del país, de allí la importancia de crearlo como un fondo diferenciado de cotización universal para que sea manejado para beneficio general tanto para diagnóstico y tratamiento, investigación, sistema de información y formación del personal de salud para tratamiento de estos casos.

Establecer el perfil de la demanda total y la oferta potencial de servicios de salud, disponible para las enfermedades de alto costo o enfermedades catastróficas en el país es una tarea titánica ante la falta de información proveniente de las prestaciones y costos a causa de estas patologías o incluso tratamiento o pruebas diagnósticas que por su alto costo afectan la economía familiar convirtiéndola como su nombre lo indica en una catástrofe.

Algunas de estas enfermedades representan una alta vulnerabilidad socioeconómica, para la persona individual y su familia a través del manejo de los riesgos asociados al ciclo de vida en sus diferentes etapas, la cobertura de sus

necesidades socioeconómicas básicas, y el acceso a los servicios esenciales para el bienestar y la seguridad en los ingresos

Esto no justificaría (la falta de información) la no creación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC) dentro del Sistema de Protección Social. En los fundamentos del diseño financiero del Fondo se debe considerar las buenas prácticas de la experiencia internacional al descontar los efectos de los cambios se debe de considerar los factores Epidemiológicos y precisar las necesidades de salud de la población, “demanda oculta”. De esta manera, cuando esta demanda se revela, se transforma en demanda efectiva para las instituciones de salud y se trastocan los supuestos de planificación utilizados en los cálculos financieros del Fondo.

Por lo anterior, se concluye que es imprescindible una definición metodológica para la creación de este fondo que debe ser obligatorio y lo deben de pagar todos los asegurados para dispersar entre todos el riesgo de estos eventos y que entonces la cuota sea más baja.

Varios países establecen un listado de estas enfermedades y procedimientos diagnósticos o quirúrgicos. La Dirección Médica Nacional del IHSS ya ha presentado su propuesta de listado.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

OEI 1 SANEAMIENTO FINANCIERO

OBJETIVO: Lograr el saneamiento financiero del IHSS, a través del fortalecimiento de la recaudación de ingresos afiliando a los trabajadores por contrato del Gobierno Central (maestros, obreros de SOPTRAVI, empleados por jornal SAG, INA, Gestión de inclusión ante jefes de personal y Analistas de la Dirección General de Presupuesto, fortalecer la gestión de cobro de la mora público y privada)

OE2. PROPONER NUEVA FORMA DE GOBIERNO DE LA INSTITUCIÓN

OBJETIVO: Redefinir la gobernanza institucional tripartita (Convenio 102) que permita tomar decisiones oportunas, enfocadas en la Ley y su Reglamento.

Adecuado manejo contable de los fondos entre los regímenes

En aplicación del Artículo 58 de la Ley del IHSS correspondiente a la separación contable y financiera de los recursos de los regímenes.

Artículo 58. En lo referente a las recaudaciones, manejo y control de sus recursos, el Instituto actuará con independencia dentro del marco de la Ley. Tales recursos serán empleados en la realización de los programas del Instituto hondureño de Seguridad Social (IHSS), para lo cual deberá existir separación financiera y

contable de los Regímenes de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales y de Invalidez, Vejez y Muerte y los que en el futuro pudieran crearse. Los recursos del Instituto bajo ninguna circunstancia podrán transferirse de un régimen a otro, ni destinarse a otros fines que no sean los señalados en esta Ley y los Reglamentos que al efecto se emitan.

Acciones a Implementar:

- Separación de planillas según régimen para los entidades del gobierno
- Imputación del gasto por centro de costo por régimen
- Administrar los ingresos de los regímenes independientemente.
- Completar estudio para el financiamiento administrativo de la forma de pago del RRHH que trabaja para los tres regímenes.

OEI 3. Modernización de los procesos administrativos institucionales

OBJETIVO: Brindar respuestas oportunas, pertinentes, ágiles en los procesos administrativos para que nuestros derechohabientes puedan solventar sus demandas en las prestaciones de los servicios que brinda la institución.

Estrategias de Modernización de los Procesos Administrativos

- Vincular los presupuestos a los Planes Estratégicos y Planes Operativos Anuales.
- Cumplimiento de las normas internacionales de contabilidad.
- Desarrollar estructura programática que permita asignar presupuesto a los productos entregados a la población asegurada.
- Implementar los procesos informáticos del IHSS.(Realizar un análisis técnico de las aplicaciones del SAP y PCM, junto con las interfaces desarrolladas por la Institución, cuenta individual, entre otros)

OEI 4. DISMINUCION DE LA EVASION

OBJETIVO: Reducir la evasión obrero patronal actual, a través del control de las empresas en el proceso de afiliación de sus trabajadores.

Estrategias de sujeción de empresas:

- Alianzas estratégicas con otras instituciones, tales como Cámaras de Comercio de Tegucigalpa y Cortés, DEI, Alcaldías Municipales, INFOP, Instituto de la Propiedad, RAP.
- Extensión de cobertura (según resolución de Junta Directiva) previo análisis costo beneficio y estudio de mercado

- Peinado de zonas en las diferentes regionales donde ya brindamos los servicios estableciendo alianzas con las fuerzas vivas de la localidad (alcaldías y cámaras de comercio)
- Estaciones de recepción de documentos para afiliación de empresas (ventanillas únicas; alcaldías, Cámaras de Comercio de Tegucigalpa y Cortés)

OEI 5. RECUPERACIÓN DE LA MORA

OBJETIVO: Establecer mecanismos de reducción de la mora, a través de convenios de pago de los patronos y el Estado

Estrategias de cobro:

- Cobro preventivo (evitar mora) y efectivo (forma de pago negociada con el patrono).
- Cobros vía extrajudicial y judicial
- Formalización de la cuenta por cobrar
- Aplicación de la ley (reparos y multas)
- Puesta en marcha del call center
- Cobranza inteligente en relación a la emisión mensual de las hojas de vigencia de derecho
- Promover la bancarización (débitos automáticos)

OEI 7. CONTROL DEL GASTO

OBJETIVO: Reducir la ejecución del gasto, a través del racionamiento y uso adecuado de los recursos físicos y financieros con que cuenta la Institución.

Estrategias de Reducción del Gasto

- Ejecutar el presupuesto, en función de lo aprobado por la Autoridades y el POA.
- Racionamiento en la contratación de personal.
- Realizar un control efectivo del gasto corriente.
- Desarrollar planes de mantenimiento preventivo en el equipo y las instalaciones físicas.
- Implementar plan de compras que permita eficientar la gestión institucional.
- Implementar control de suministros en los almacenes de la institución.
- Definir la cotización del Fondo de Enfermedades Catastróficas.

OEI 8. TRANSPARENCIA

OBJETIVO: Implementar en la forma de trabajo del IHSS, un sistema de rendición de cuentas, capaz de vincular la utilización eficaz y eficiente de los recursos y la actitud implícita de las personas.

Estrategias de implementación de Transparencia Institucional

- Implementar las normas de control interno, que permitan conocer el desarrollo de los procesos administrativos de la institución.
- Implementar presentaciones de rendición de cuentas y resultados, por parte de las unidades ejecutoras, para evaluar la gestión de los mismos.

OEI 9. DESARROLLAR PLAN DE INVERSIONES INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Implementar un plan de inversiones, que contemple instalaciones físicas y equipamiento institucional, para prestar servicios con calidad a los derechohabientes.

Estrategias para establecer Plan de Inversiones

- Establecer diagnóstico de las condiciones de las instalaciones físicas de la Institución.
- Establecer diagnóstico físico del equipo médico y administrativo.
- Realizar estudio de nuevas inversiones físicas a nivel nacional.
- Modificar la Ley para ampliar la cartera de inversiones.

OEI.10 EXTENSION DE COBERTURA ALINEADA A LAS METAS DE VISIÓN DE PAIS

OBJETIVO: Incorporar paulatinamente los segmentos poblacionales excluidos de la seguridad social, según estudios actuariales.

Afiliar lo que establece la Ley del IHSS:

- a) Los Trabajadores que dejen de estar asegurados y voluntariamente deseen continuar en el régimen;
- b) Los trabajadores domésticos;
- c) Los trabajadores a domicilio;
- d) Los trabajadores independientes o autónomos tales como profesionales, propietarios de pequeños negocios, talleres artesanales, taxistas, trabajadores no asalariados, vendedores ambulantes y similares;
- e) Los patronos que sean personas físicas como trabajadores asegurados a servicio, cuando no estén afiliados;
- f) Los miembros de sociedades, cooperativas y otras organizaciones de obreros y campesinos legalmente constituidas;
- g) Los miembros que se dediquen a la explotación de la tierra o actividad agropecuaria de acuerdo con sus necesidades, las condiciones sociales del país y las propias de las distintas regiones y las posibilidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS);
- h) Los trabajos ocasionales y de temporada;
- i) Los jubilados pensionados por invalidez de las instituciones de previsión social;
- j) Otras personas que se dediquen a actividades asalariadas o no, tales como deportistas, estudiantes y religiosos, y,

k) Los trabajadores incorporados al sistema médico de empresa

OEI 11. IMAGEN Y COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Establecer el sistema de comunicación con nuestros clientes sobre el fundamento de una cultura basada en principios y valores, que junto a una administración moderna de servicios de calidad, contribuya a mejorar la calidad de vida de la población asegurada, a través de las siguientes estrategias de promoción:

Estrategias de Promoción Institucional:

En coordinación con la Gerencia de Comunicación Institucional y Marca:

- 1) Sobre derechos y obligaciones de patronos y trabajadores
- 2) Sobre los servicios que brinda el IHSS a sus afiliados
- 3) Sobre requisitos para afiliación de patronos y trabajadores
- 4) Sobre las consecuencias de la evasión de la afiliación de los patronos en detrimento de los beneficios de los trabajadores sobre todo en lo que respecta a su jubilación, etc.

OEI 12. CALIDAD Y CALIDEZ EN LAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA INSTITUCION

OBJETIVO: Fortalecer la prestación de servicios a través del mejoramiento de la administración de salud y previsión, a fin de que sea capaz de satisfacer las necesidades de la población asegurada y beneficiaria, orientado a mejorar su calidad de vida.

Revisar convenios con la SESAL en Hospital de Juticalpa y maternidad de Villanueva

Estrategia de implementación de la calidad

- Descentralización de unidades ejecutoras en la administración de responsabilidades
- Creación de la Unidad de Auditoría Médica e Investigación de Incapacidades Temporales.
- Establecer alianzas en la prestación de servicios médicos con la red privada y pública.
- Implementación de call center “ALO SALUD” en atención a derechohabientes en servicios de salud.
- Trazar un plan para implementar el último estudio actuarial OIT (2013) de la revisión de las tasas y techos de cotización.

OEI13. PROMOCION DE LA SALUD Y PROTECCION DE LOS FACTORES DE RIESGOS.

OBJETIVO: Integrar de forma activa los procesos de participación comunitaria, a fin de dar respuesta oportuna a las necesidades prioritarias en salud y previsión

Estrategias de Atención Preventiva y Comunitaria

- Mejorar la calidad de atención ambulatoria a través de la implementación del PAISFC, dirigidos a la familia integralmente.
- Capacitar al equipo técnico (ESAF), para que trabajen en las comunidades donde se prestan los servicios del IHSS.
- Estudio del impacto financiero de la extensión de cobertura, por el aumento de edad de los niños y niñas de 11 a 18 años de edad y al cónyuge en todos los niveles de atención (Aplicación del Convenio 102, 1952, OIT, ratificado por Honduras en el año 2012).

OEI 14 MEJORA DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

OBJETIVO: Brindar atención hospitalaria oportuna, con calidad y calidez a la población afiliada a la Institución.

Estrategias para mejorar la atención hospitalaria

- Fortalecer los procesos de gestión, control y gerencia en los hospitales.
- Control adecuado del recurso medico en función de la atención en cuanto a horas hospitalarias y ambulatorias contratadas.
- Readequar las instalaciones físicas para brindar una mejor atención en el segundo y tercer nivel de atención
- Reducir los tiempos de espera de la mora quirúrgica de los hospitales de la Institución.
- Mejorar la disponibilidad de insumos, así como medicamentos y material médico quirúrgico.

OEI 15 MEJORA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA

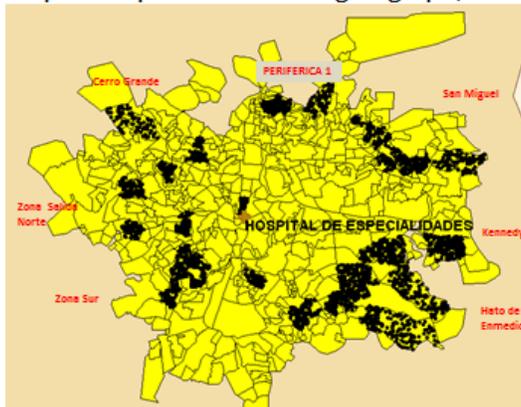
OBJETIVO: Brindar atención pre-hospitalaria oportuna, con calidad y calidez a la población afiliada y no afiliada a la Institución.

Estrategias para mejorar la atención hospitalaria

- Completar el estudio de procedencia de la población atendida en las emergencias de los hospitales de la Institución.
- Redistribuir la población asignada a las Unidades de Salud.
- Sectorizar a la población afiliada de acuerdo a los Equipos de Salud Familiar (ESAF).
- Definir el sistema de funcionamiento en redes integrales en salud.

- Funcionamiento adecuado del sistema de referencia y respuesta (electrónicamente)

Procedencia de Atenciones Emergencias
Hospital Especialidades Tegucigalpa, 2014



Propuesta para mejora de la productividad y acceso a los servicios de Salud del IHSS -TGU

Sistematización y ordenamiento de las prestaciones en salud del IHSS

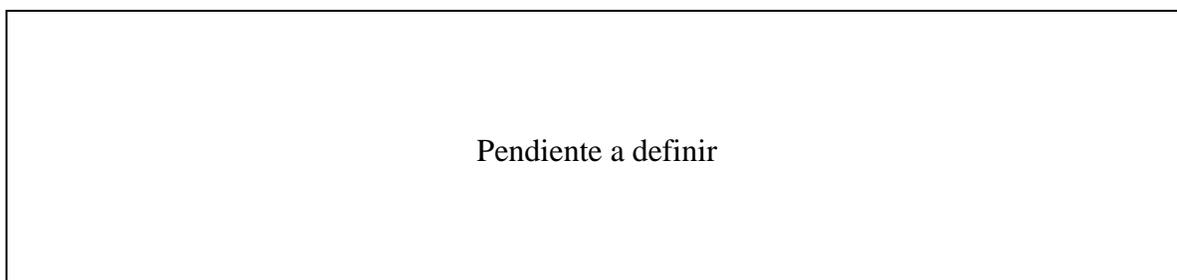


ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura organizacional que se presenta, está conformada por cuatro niveles de organización y gestión:



Dicha estructura está definida de la siguiente manera:



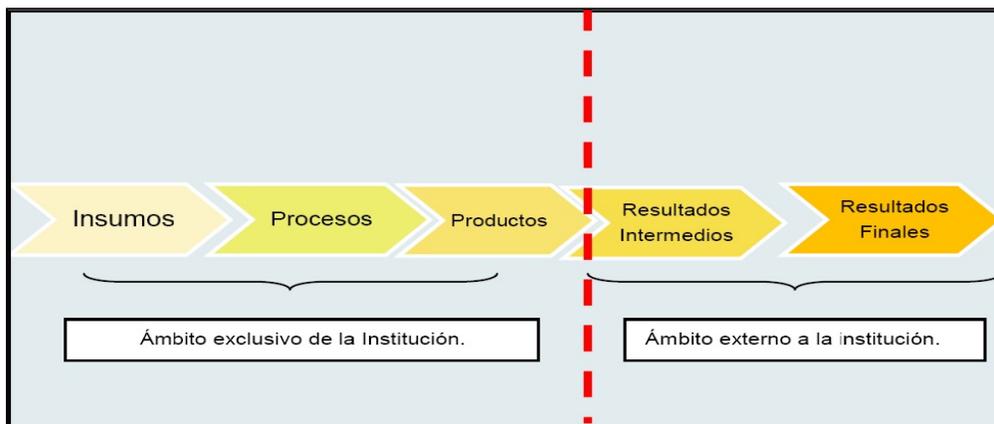
SISTEMA DE EVALUACION PRESIDENCIAL DE GESTIÓN POR RESULTADOS

El rol de planificación estratégica en la gestión orientada a resultados: importancia de construir una cadena de valor público

Las experiencias internacionales en materia de gestión orientada a resultados dan cuenta que la Planificación Estratégica Institucional ha jugado un rol insustituible para generar un marco orientador y estandarizado para que las entidades públicas precisen con claridad su quehacer institucional y cómo concretarán su propósito en objetivos medibles y evaluables. La definición de su quehacer permite delimitar concretamente los bienes y servicios que proveen, para quienes, y evitar duplicidades en la producción de los bienes y servicios en el conjunto de la administración pública. Sin embargo, la principal utilidad de la PEI es determinar (a partir de los productos que genera y para quienes) cuáles son los resultados a los que su entidad contribuye, ya sea de manera directa y única, o bien compartiendo la responsabilidad con otras entidades y/o actores.

Lo anterior se facilita, a través de la construcción de la cadena de valor público. Como se observa en la siguiente figura el ámbito de preocupación de los resultados finales o impactos tiene que ver con los efectos de las políticas públicas en la población objetivo, o ciudadanía.

Cadena de Valor



La metodología de Planificación Estratégica Institucional nos debiera permitir:

- Identificar qué hace, para quiénes y cuál es el efecto o resultado de la entidad, a través de la **Misión**.
- Identificar y comprometer la generación de **Objetivos Estratégicos** relacionados con el quehacer fundamental y los objetivos del plan nación y de gobierno. La selección de estos OEI se realiza confrontando los mejores cursos de acción desde el punto de vista de los recursos y la situación del entorno.
- La Planificación Estratégica Institucional es la base para la planificación operativa anual articulada a las prioridades institucionales, a partir de la traducción de los Objetivos Estratégicos en **Metas** que faciliten su concreción en planes y programas.
- Facilitar el desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación del desempeño institucional, que mida tanto el avance de los Objetivos Estratégicos, a través de **Indicadores de resultado**, así como el cumplimiento de las Metas monitoreados a través de **Indicadores de gestión**.
- Facilitar la rendición de cuentas transparentes, a través del monitoreo y evaluación del desempeño de la gestión. Esto, en la medida que los objetivos deben ser especificados en Metas e **Indicadores** y asignados a los diferentes centros de responsabilidad de la organización. De esta manera, la planificación estratégica permite sentar las bases para el control de gestión.

ALINEAMIENTO DEL POA AL PLAN ESTRATEGICO

El POA es un instrumento de evaluación de los resultados de la gestión del Instituto, en los tres Regímenes (Régimen Enfermedad Maternidad (EM), Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y el Régimen de Riesgos Profesionales (RP)) que administra, por lo que se convierte en una guía fundamental para el seguimiento de los mismos.

Para poder cumplir con los objetivos y metas del plan, la UPEG elaboró en coordinación con la Gerencia Administrativa y Financiera el anteproyecto de presupuesto 2015, técnicamente estructurado, en el cual se priorizan las metas y acciones, programado los recursos financieros que permitan ejecutarlos.

Contextualización

Metas Estratégicas de país:

Las naciones alrededor de Latinoamérica vienen emprendiendo acciones que les permitan cumplir con una de las necesidades fundamentales en sus respectivas naciones como lo es la salud. El tema esta en la agendas política de todas ellas desde la perspectiva de una de las mas sensibles necesidades.

Desde las fundación de las Naciones Unidas, se ha declarado a la salud como un derecho fundamental de las sociedades en 1978 con la Declaración de Alma Ata, las naciones se comprometieron a alcanzar determinadas metas de desarrollo en salud, muchas décadas antes de finalizar el siglo XX se dieron cuenta que no se podría cumplir con el lema de “Salud Para Todos el año 2000”.

Es así como en 1996 en Nueva York las naciones deciden impulsar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) también conocidos como Metas del Milenio y definen los criterios de la Estrategia para la Erradicación de la Pobreza (ERP). Las que se convierten en los pilares fundamentales para definir las metas sectoriales del país.

Durante los últimos años en Honduras se logro concretar el documento de metas del sector salud conocido como **Plan Nacional de Salud 2021** (año en el que el país cumplirá su segundo centenario de vida Republicana).

Visión del sector Salud¹:

- a) “Vemos a una población en Honduras consciente y responsable de su salud, la de su familia, la de su comunidad, que practica estilos de vida saludable y protege su entorno con el apoyo interinstitucional, que participa activamente en el desarrollo económico y social de su comunidad, en función de mantener una salud integral.”
- b) “Vemos a instituciones eficientes, creíbles y articuladas, debidamente rectoradas y de forma descentralizada, que favorecen el desarrollo del potencial del ser humano, que posibilitan una sociedad segura, creativa, tolerante y solidaria, a través de una profundización de la reforma del sector, de la organización civil y el ejercicio de la democracia con transformaciones constantes, sólidas y sostenibles.”

¹ Tomado del Plan Nacional de Salud 2021, 2005

Estrategia del Sector Salud

Todo país tiene como objetivo establecer un sistema de salud que tenga como razón de ser la mejora equitativa de la salud de los individuos, familias y comunidades, que responda a las exigencias legítimas de la población y sea financieramente justo. Esto significa establecer el mejor y más justo sistema de salud, en función de los recursos disponibles.

Para lograr este fin, Honduras requiere de una definición clara de sus necesidades y prioridades en salud, alineando y armonizando tanto los recursos humanos y financieros, como también la integración ordenada de todos los actores del sector, bajo nuevos modelos de gestión y relacionamiento que contribuyan al logro de las metas en salud del país.

En este contexto, Honduras ha decidido orientar la gestión en función de programas de largo plazo bajo un enfoque amplio de sector, pasando de la ejecución de proyectos aislados como lo ha venido haciendo habitualmente hasta ahora, a la ejecución de programas sectoriales e intersectoriales que promuevan el logro de los objetivos y metas en salud, todo ello en el marco del presente Plan Nacional de Salud 2021.

Para la implementación de esta estrategia sectorial, es fundamental diseñar los instrumentos de gestión que permitan implementar las políticas y las estrategias que faciliten el avance hacia esta nueva forma de relacionamiento, que comprende, entre otros: a) la implementación de las estrategias sectoriales con equidad de género; b) el cumplimiento de los estándares definidos para cada estrategia; c) la ejecución presupuestaria de recursos financieros nacionales y externos; y d) el monitoreo y la evaluación de los indicadores de resultado e impacto.

El modelo de atención integral con enfoque sectorial que se visualiza, enfatiza la promoción y protección de la salud y la atención primaria, con procesos continuos y coordinados de atención al individuo y a su ambiente, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa; todo esto en un entorno de familia, laboral y comunitario.

Objetivos y metas del sector

Los objetivos generales y metas globales que el presente Plan se propone alcanzar al 2021, se indican a continuación:

- 1.** Contribuir en forma sostenida al bienestar del pueblo hondureño a lo largo de su ciclo de vida, facilitándole el acceso en forma equitativa, oportuna y asequible a un conjunto de servicios de promoción y protección, recuperación y rehabilitación

de la salud, con eficiencia, eficacia y calidez humana. De manera específica se espera contribuir a:

- a) Elevar en forma sostenida el IDH a, por lo menos, 0.780.
- b) Aumentar la esperanza de vida al nacer a 75 años.
- c) Incrementar el índice de Años de Vida Ajustados a Discapacidad (AVAD), a por lo menos, 70 años.
- d) Reducir al menos a 30% el gasto de bolsillo con relación al gasto per cápita en salud.

2. Elevar a niveles aceptables el rendimiento del sistema de salud y su capacidad de respuesta sensible a las expectativas legítimas de la población, mediante la implementación de nuevos modelos y enfoques de gestión de la salud y de prestación de servicios costo efectivos y con garantía de calidad. De manera específica se pretende incidir en:

- a) No menos del 95% de la población tiene acceso a servicios básicos de salud.
- b) Por lo menos 60% de la población está afiliada a un sistema de aseguramiento.
- c) El 100% de los establecimientos de salud públicos y privados están debidamente licenciados y acreditados.

El Convenio núm. 102 establece las normas mínimas de protección para cada una de las ramas correspondientes de la seguridad social a través de cinco parámetros cualitativos y cuantitativos. Así pues, este informe contempla estos cinco parámetros para cada una de las seis ramas aceptadas en la ratificación del Convenio, que son: 1) la definición de eventualidad; 2) las personas protegidas; 3) el tipo y monto de las prestaciones; 4) la duración del período de calificación; y 5) la duración de las prestaciones y el periodo de espera,

Una vez ratificado un Convenio, los Estados Miembros quedan sujetos a un sistema de control único que garantiza que se apliquen los convenios ratificados. Dentro de los mecanismos de control existe el sistema de control periódico que prevé el examen de las memorias que presentan periódicamente (y por obligación conforme al Artículo 22 de la Constitución de la OIT) los Estados Miembros sobre las medidas que han adoptado para poner en ejecución los Convenios a los cuales se han adherido Honduras, **Análisis de la legislación Hondureña de seguridad social a la luz del Convenio Número 102 de la OIT, 2013**

De cara a este análisis se puede concluir que el Sistema de Seguridad Social en Honduras tiene una brecha pendiente **con el Convenio 102** fundamentalmente en los siguientes puntos:

- a) Asegurar al menos al 50 % de la población económicamente activa
- b) Cobertura en servicios de seguridad social a los niños y niñas hasta los 15 años de edad salud (según la UNICEF hasta los 18 años)
- c) Cobertura de los servicios de salud tanto ambulatoria como hospitalaria a los conyugues (protección a la familia)

- d) Participación tripartita en la gobernanza de las instituciones de seguridad social.

Desconcentración/ Descentralización

A lo largo de la historia ha habido sucesivos procesos de centralización y de descentralización: al centralismo Romano sucedió la descentralización feudal, pero luego la conformación de las naciones exigió el centralismo nacional (según Tocqueville).

En América hay varios ejemplos de estos, la descentralización en varias tribus que sostenían constantemente guerras internas pero ante los conquistadores logró la centralización asumida por los Incas en los Andes (por ejemplo), de manera similar a lo que ocurrió con el Imperio Azteca. Esta doble tendencia centralista, en Europa y en América, facilitó la colonización de la actual América Latina pero luego, en la medida en que se consolidaba la colonización, el centralismo inicial se fue debilitando, hasta el surgimiento de las intendencias, en el siglo XVIII. La Guerra de la Independencia de España en el primer cuarto del siglo XIX y la instauración de la República en Brasil hacia finales de ese mismo siglo, pueden ser consideradas como movimientos descentralizadores – respecto del centro colonial o imperial, según los casos - pero lograda la emancipación, la conformación de las nuevas naciones exigió en cada una de ellas una fuerza centralizadora, cómo podemos ver en este ejemplo depende de las circunstancias la forma de gobernanza que deben adoptar las instituciones de acuerdo a su crecimiento o decrecimiento.

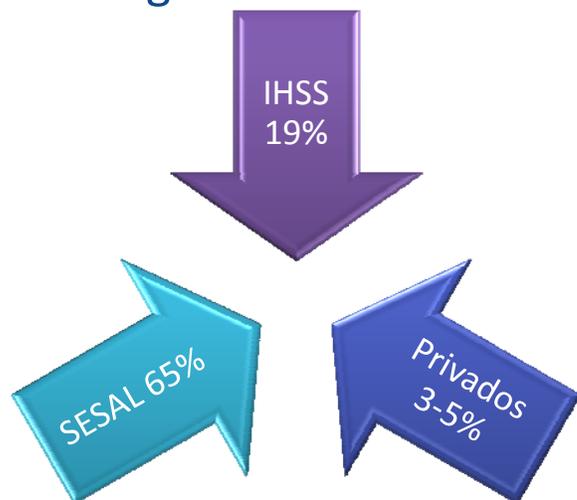
Para alcanzar la visión, la misión, los objetivos y metas antes descritos, la estrategia sectorial se basa en los siguientes principios: en el acceso a servicios de salud, así como garantizar su pertinencia con los requerimientos de calidad.

En materia de Seguridad social se plantea la búsqueda del aseguramiento universal de la población hondureña, la identificación de las funciones que le corresponden en el sector salud así como su marco estratégico.

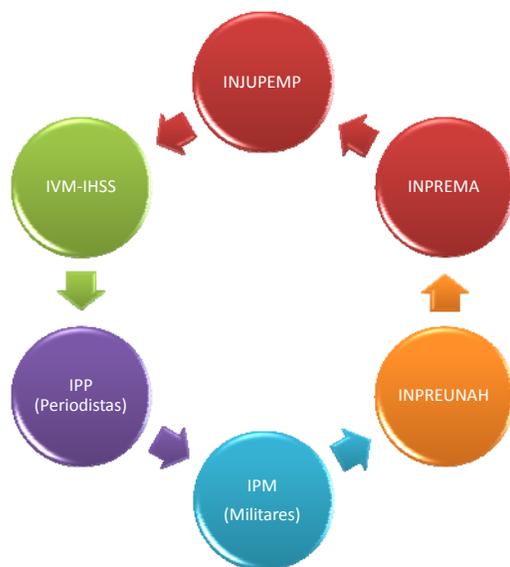
Sistema de Protección Social Fragmentado



Sistema de Salud Fragmentado y segmentado



Sistema Pensiones Fragmentado



Todos los diagnósticos coinciden en que los logros alcanzados a lo largo de varias décadas, en las áreas de la salud y pensiones, ubican al sistema de seguridad social hondureño como un sistema en pleno proceso de desarrollo, con brechas importantes en materia de cobertura, insuficiencia de beneficios y problemas de gestión.

El sistema de seguridad social contributivo está altamente fragmentado ya que se compone de varias Instituciones. El régimen con mayor número de afiliados lo administra el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), el cual otorga prestaciones de asistencia médica, monetarias de enfermedad y de maternidad (bajo el régimen de Enfermedad y Maternidad) y prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes (bajo el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte). Al IHSS se agregan cinco instituciones más que otorgan únicamente prestaciones de invalidez, vejez y muerte y que son las siguientes: i) el Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios Públicos (INJUPEMP); ii) el Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA) ; iii) el Instituto de Previsión Militar (IPM) ; iv) el Instituto de Previsión de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (INPREUNAH) y v) el Instituto del Periodista (IPP).

Hay diferencias notables entre la cotización al IHSS versus los demás institutos siendo el diferencial de más de 15 puntos en el porcentaje de cotización y además el IHSS tiene un techo de cotización cosa que no ocurre con el resto de instituciones de previsionales en Honduras.

Como lo evidencian varios estudios, la cobertura del sistema de seguridad de Honduras se ubica entre las más bajas de la región latinoamericana, con diferencias importantes respecto a los promedios regionales. Situación que a nivel macro se refleja en términos de bajos niveles de inversión social en seguridad social.



Estrategias para el Enfoque Hospitalario:

1. En el área de servicios de salud a la población asegurada

Promoción de la salud

Atención integral al adulto mayor

Salud ocupacional

Atención Materno Infantil

Enfermedades infecciosas

Extensión de cobertura

Fortalecer el PAIS-FC (enfoque de Salud Familiar)

2. En el área de administración

Fortalecimiento administrativo

Transformación del actual modelo de gestión de los servicios de salud

Desarrollo de recursos humanos

3. En el área de desarrollo organizacional

Desarrollo de una estrategia de modernización organizacional

Propuesta de una nueva estructura organizativa

Desarrollo de la cultura organizacional basada en principios y valores

4. Los ejes transversales

Descentralización de actividades operativas

Enfoque integral de la salud

Eficiencia, eficacia, calidad y calidez

Participación social

Planificación estratégica

Aunque como todo sistema de seguridad social, el hondureño afronta deficiencias y una agenda pendiente para su mejoramiento y consolidación en términos de cobertura y alcance, los resultados de estos diagnósticos evidencian que la seguridad social hondureña constituye un instrumento fundamental para el cumplimiento de las metas del país y ha permitido a muchos hondureños mitigar el impacto de los problemas sociales vigentes en el país.

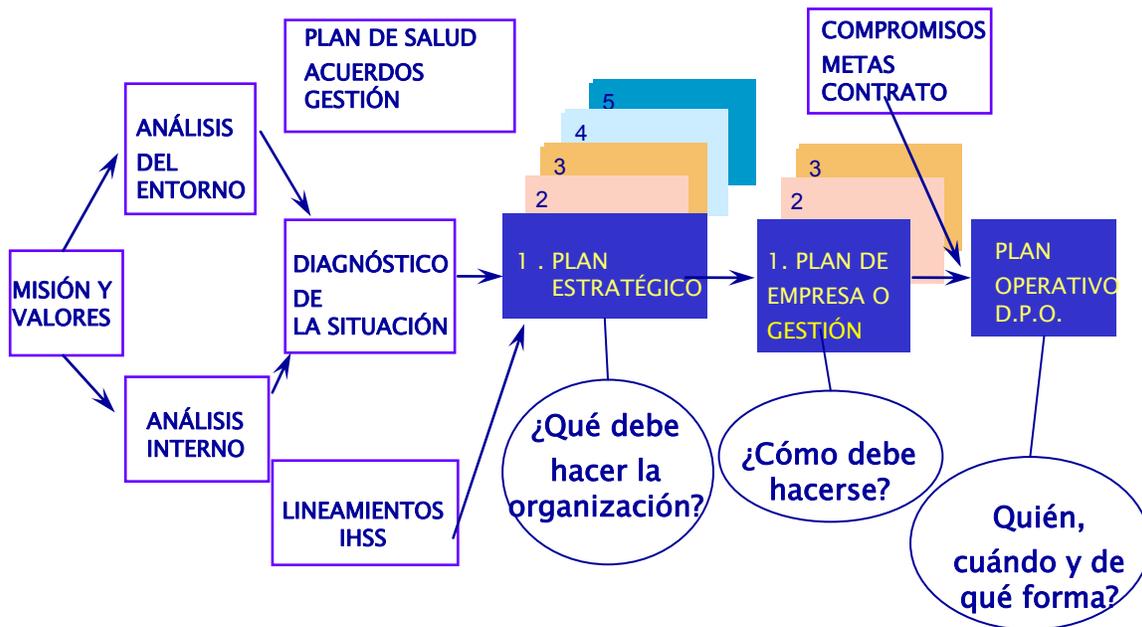
No cabe duda de que un programa de fortalecimiento con acciones concretas adecuadamente orientadas, permitirá al Instituto Hondureño de Seguridad Social adquirir la capacidad institucional para llevar a cabo su función de brindar protección social eficiente y eficaz a los hondureños.

Este documento tiene como objetivo describir el estado actual y perspectivas futuras de la seguridad social hondureña de este modo se provee al sector de un panorama y alcances vitales para el avance de la seguridad social en Honduras, así como de sus perspectivas y retos para los años venideros.

Varios de estos elementos revisten gran relevancia estratégica, como la extensión de la cobertura contributiva del IHSS, para lo que es necesario la revisión y el perfil de los grupos excluidos; la equidad en las cuotas contributivas y acceso a servicios de salud; la actual posición financiera y las proyecciones actuariales de largo plazo para los tres Riesgos (EM, IVM y RP); así como tres temas relacionados con la gestión del IHSS: Reestructuración organizativa y funcional, el rediseño de los procesos y la transparencia.

A la luz de las experiencias internacionales de otras instituciones de seguridad social, en toda Latinoamérica se están realizando esfuerzo para potenciar los sistemas de seguridad social, el IHSS como principal institución gestora de seguridad social del país, debe de cumplir con el rol que la constitución le establece para llevar a cabo su cometido de brindar protección social suficiente y eficaz a más hondureños.

MODELO DE DESCONCENTRACION HOSPITALARIA



Evaluación actuarial de IVM. En cuanto a las prestaciones económicas de largo plazo, (Pensiones), estas se derivan de derechos que se consolidan por la acumulación de cuotas a la seguridad social por largos periodos de tiempo. El cálculo de dichas prestaciones requiere una base de datos que además, contenga la historia detallada de los aportes y salarios individuales de cada afiliado. Lamentablemente el IHSS no cuenta con un adecuado registro físico, ni electrónico, de las historias detalladas individuales de aportes y salarios. Esto debe anotarse como una situación de riesgo creciente para el IHSS, una vez que inicie el periodo de maduración de IVM.

<i>Riesgo</i>	<i>Beneficios</i>	<i>Requisitos</i>
Vejez	40% cuantía básica 1% en exceso de los primeros 5 años cotizados 3% por año postergado	15 años cotizados Edad 60 años para mujeres y 65 años para hombres
Invalidez	40% cuantía básica 1% en exceso de los primeros 15 años cotizados (El porcentaje de invalidez es considerado)	3 años cotizados en los 6 anteriores a la declaratoria de invalidez o bien, 8 cotizaciones mensuales en los últimos 2 años, si se trata de un accidente común
Viudez	40% de la pensión que recibía el pensionado o de la que hubiese recibido	Art. 126° de las exclusiones en el otorgamiento de la pensión
Orfandad	20% de la pensión que recibía el pensionado o de la que hubiese recibido	Menor de 14 o menor de 18 que se encuentre estudiando
Ascendencia	20% de la pensión que recibía el pensionado o de la que hubiese recibido	-

El análisis de los distintos escenarios de proyección considerados en las dos últimas evaluaciones actuariales del Régimen (2003 y 2005,2008 y 2013 todas de la OIT) permiten concluir que el Régimen IVM al analizar los distintos escenarios de cobertura se encuentra en un punto de costos relativamente bajos, debido a factores como la juventud demográfica del programa y la evolución de la cobertura, misma que representa una oportunidad para mejorar las expectativas de sostenibilidad financiera del Régimen.

Si el IHSS logra impulsar la cobertura en forma sostenida a lo largo del tiempo, se garantizaría un crecimiento de la base de cotizantes en forma continuada, y por ende, un cociente de cotizantes/activos más favorable desde el punto de vista del costo actuarial. Por ello, es indispensable el desarrollo de acciones para continuar con la extensión de la cobertura.

Los diversos elementos derivados del análisis prospectivo, llaman la atención sobre la necesidad de considerar el ajuste de otros parámetros del sistema que poseen un impacto importante desde el punto de vista de la contención de costos, tales como el aumento de los techos de cotización; la indización de techos; la modificación de la fórmula de cálculo; y el ajuste de los parámetros de número de cotizaciones y edades a las condiciones demográficas cambiantes.

En el tema de los techos de cotización, la peor posición adoptada sería la de los techos congelados, como había sido la práctica del IVM antes de las últimas reformas. Lejos de representar un ahorro al momento del cálculo de la pensión, implica colateralmente una drástica disminución en el nivel de los salarios cotizantes, que es la fuente principal de las reservas de pensiones. La situación anterior observada en el Escenario base, donde el costo actuarial fue el más alto.

Se puede concluir que en la medida en que la sociedad hondureña logre aprovechar ciertas condiciones deseables del entorno demográfico actual, y garantizar una buena práctica en ciertos aspectos de la gestión de la seguridad social, que incluyen la introducción de los ajustes programáticos pertinentes, el programa IVM del IHSS será capaz de sostenerse financieramente por varias décadas más. Como un resultado de estos análisis, se considera altamente recomendable que el IHSS revise algunos de los parámetros reglamentarios para lograr una mayor sostenibilidad del sistema.

Evaluación del Régimen de Enfermedad Maternidad: El Régimen de Enfermedad Maternidad que ha venido operando el IHSS a lo largo de los años, ha estado caracterizado por tres elementos principales desde el punto de vista del financiamiento y el gasto: (i) un modelo de atención en salud con enfoque asistencialista y curativo, orientado a reparar el daño, típico de los tradicionales modelos de seguro social originados a mitad del siglo pasado; (ii) mejorar la gestión financiera tanto del lado del ingreso (más del 90 por ciento de los ingresos del Seguro de Salud son ingresos por cotizaciones) como del lado del gasto, especialmente lo relativo al modelo de atención de la salud y particularmente la gestión hospitalaria; ¿estás diciendo que el seguro de salud se ha caracterizado por venir mejorando su gestión financiera? (iii) una oferta de beneficios prácticamente ilimitada, en términos de las prestaciones a cubrir que están comprometidas reglamentariamente.

Se puede afirmar que la reforma del IHSS en su régimen previsional de salud, difícilmente podrá cumplir su cometido, si no se modifican significativamente estos tres elementos; íntimamente ligados con la economía de los programas de salud que administra el Seguro Social de Honduras.

El cambio hacia un enfoque basado en el concepto de gestión de la salud, permitiría, por un lado, gestionar mejor la demanda de ciertas categorías de servicios de salud, al menos en el corto y mediano plazo. Un modelo de atención en salud basado en el concepto de promoción y prevención, permitiría al IHSS actuar sobre los riesgos en salud de la población asegurada, y por ende, bajar la carga de enfermedad de mayor costo; el resultado final esperado es un gasto gestionado con mayor eficiencia.

El tema del modelo de atención posee una gran significación desde el punto de vista actuarial, en virtud de que la definición de un modelo cuantitativo actuarial comienza por establecer las premisas y bases para el financiamiento, fundamentalmente desde el punto de vista del gasto. Es decir, el enfoque de modelo de atención adoptado incide directamente sobre los riesgos, y por ende, impacta la carga de enfermedad, los eventos de enfermedad, y finalmente, el costo actuarial del programa.

En cuanto a las prestaciones en salud el cambio **debería suponer cambios estructurales** en el enfoque de la salud, en el diseño organizativo y en los mecanismos de asignación de recursos. Estos cambios se dirigen a enfatizar las acciones de promoción y prevención, la introducción de la gestión por redes, reforzamiento del primer nivel de atención de la salud como puerta de entrada del sistema, gestión hospitalaria basada en resultados, la introducción de elementos y capacidad de gestión de los establecimientos y de gestión clínica en los profesionales que deben prestar servicios.

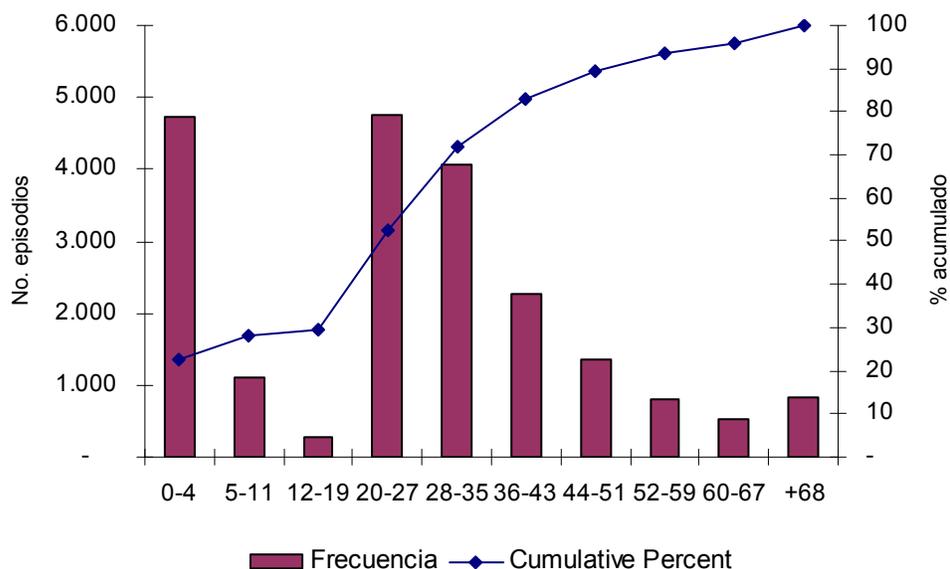
El punto crucial de todo seguro, en este caso de un seguro de salud, se sustenta básicamente en conocer el aporte o prima mensual que el afiliado debe pagar al sistema de seguro, el que se fija conociendo:

- Cuál es el número de enfermos que habrá en un mes determinado dentro de una población determinada. Es decir, de 100 personas (o múltiplos similares), cuántos se enfermarán, cuántos consultarán, cuántos requerirán medicinas, cuántos se hospitalizarán, etc. Esto se realiza por grupos de edad y sexo
- Cuánto cuestan en promedio los tratamientos, que incluyen: la consulta, medicinas, laboratorio, rayos X, hospitalización, etc., por tipo de enfermedad. A esa cantidad se le añade los gastos de administración del sistema y la reserva de contingencia.

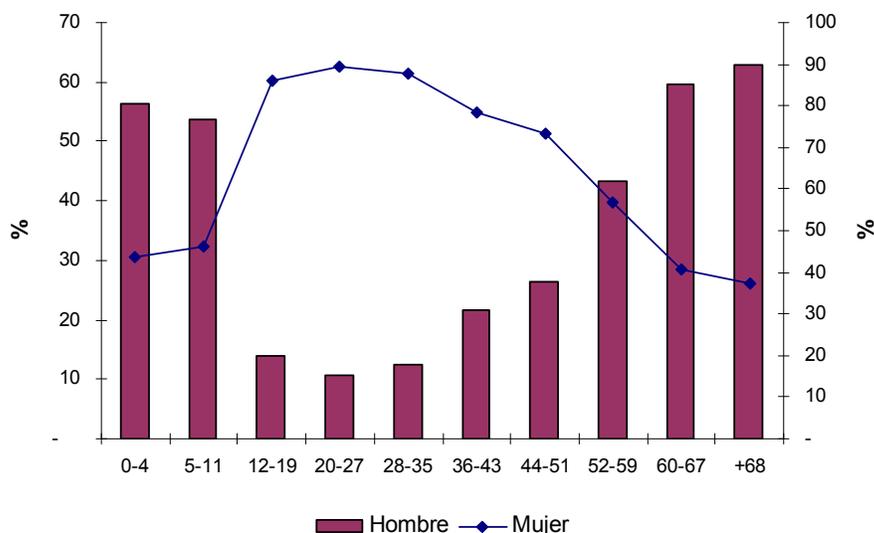
El análisis del consumo de servicios de salud del año 2013 para Tegucigalpa evidencia una concentración en tres grupos de edad.

En primer lugar, el grupo de menores de cinco años consumen aproximadamente el 23 por ciento del total de los episodios clínicos, el siguiente grupo es el 20-27 años que igualmente consume el 23 por ciento y finalmente, el grupo de 28-35

años que demanda aproximadamente el 19,5 por ciento del total de los episodios clínicos.



La alta concentración del consumo de los servicios de salud en el grupo de edad de 20-27 años se debe básicamente a la demanda de servicios de salud que realizan las mujeres (servicios de salud relativos a la salud reproductiva) en este grupo de edad, pero por otro lado podría ser una indicación de los rezagos de atención que presenta el grupo de edad de 12-19 años y que se manifiestan posteriormente en la demanda del grupo de edad de 20-27 años.



En los primeros grupos de edad (0-11 años) los hombres demandan más servicios que las mujeres, pero este patrón se revierte a partir de los 19 años y se mantiene hasta los 59 años. En la vejez, los hombres tienden a demandar más servicios de salud que las mujeres

El análisis del consumo de los servicios de por tipo de asegurado (asegurado, beneficiario o jubilado) evidencia en primer lugar una concentración de la estancia en el intervalo de 0-4 días. Los asegurados consumen el 60 por ciento del total de días de estancia, mientras que los beneficiarios consumen el 38 por ciento y la diferencia (2 por ciento) lo consumen los jubilados.

Finalmente, si se otorga cobertura aseguradora a las madres y sus hijos, y al mismo tiempo se ajusta el techo de cotización, el Seguro de Salud presenta una posición financiera favorable. Esto implica una oportunidad para la sociedad hondureña de pagar una “deuda” social con los grupos de población más desprotegidos (madres e hijos) y con ello asegurar una mejor calidad de vida a su población.



Gestión de servicios de salud. Gran parte de las actividades visibles del IHSS consiste en el financiamiento y la gestión de prestaciones en salud; se trata de actividades típicas de las instituciones de seguridad social de la región latinoamericana.

La reforma en salud nivel mundial, está cambiando profundamente el escenario, y cada día más instituciones de seguridad social avanzan hacia el concepto de *separación de funciones*. Consiste en un modelo que distingue entre las actividades de financiamiento y las de prestación de servicios de salud. El financiamiento es típico de una entidad aseguradora, y es intrínseco a la actividad de seguros, mientras que la prestación de servicios médicos no necesariamente lo es. En los esquemas que se promueven hoy día a nivel mundial, la administración central asume un rol financiador y las unidades médicas o de salud el papel de prestadores.

En este esquema, la tarea fundamental de la administración central es garantizar que los recursos lleguen a los proveedores de una manera equitativa en función de la población que atienden y de las características de dicha población. La prestación del servicio pasa a ser una responsabilidad, delegada, a las unidades médicas, pero la responsabilidad final descansa sobre la administración central.

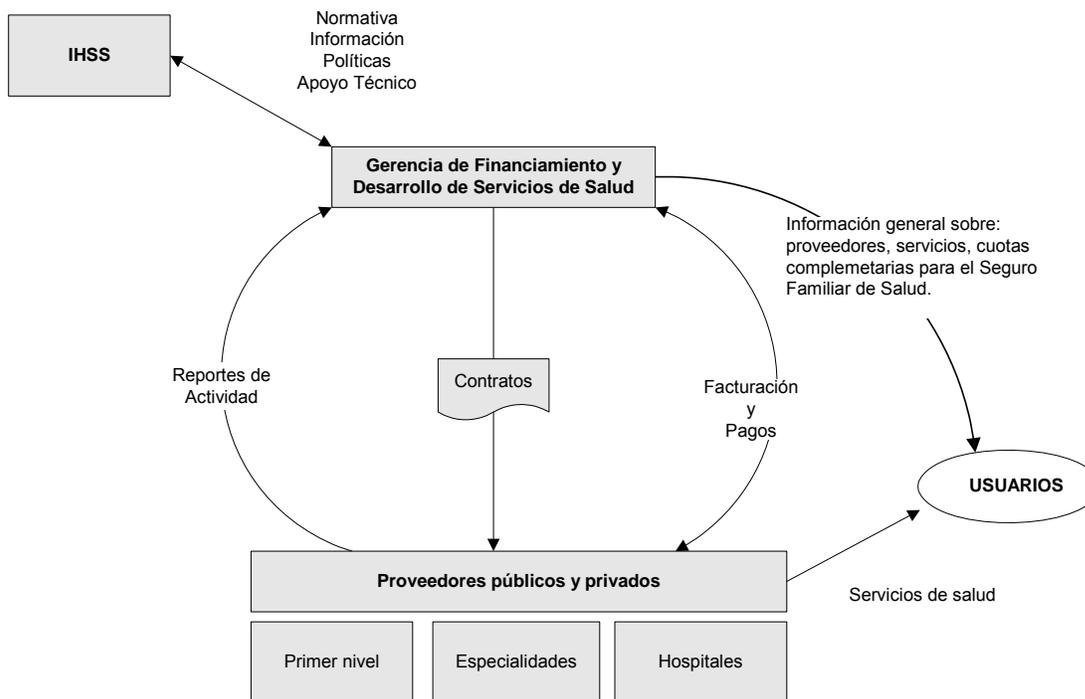
La gestión directa de servicios de salud y la subrogación de servicios asociada a la Unidad de SILOSS, representan dos áreas de significativa importancia dentro de todo el conjunto de actividades del IHSS.

El modelo de subrogación de servicios ha representado para el IHSS un importantísimo instrumento para llevar cobertura a localidades donde la Institución no posee instalaciones propias de salud, pero el análisis determina que definitivamente las empresas de salud en Honduras muestran debilidades gerenciales, de conocimiento de costos y de aplicación del modelo diseñado para el IHSS siendo susceptible de mejoramiento.

Los aspectos a mejorar tienen que ver con el esquema de calidad de la atención, el ajuste de los mecanismos de financiamiento (formas de pago) la introducción de incentivos para funcionar con enfoque de red articulada, mayor énfasis en el concepto de “salud administrada”, (prevención en salud) y mejoramiento de controles y sistemas de monitoria, información, contabilidad entre otros.

Como parte del trabajo se plantean recomendaciones específicas orientadas a mejorar el modelo de SILOSS. Un rediseño exitoso permitirá al IHSS ahorrar recursos que pueden ser aplicados a la extensión de cobertura, y en general al fortalecimiento institucional.

Ya se cuenta con iniciativas en el Congreso Nacional para lograr reformas estructurales a las diferentes prestaciones del IHSS conteniendo las propuestas de reformas para la adecuada entrega de servicios.



3.1. Marco conceptual del ciclo de contratación de servicios de salud

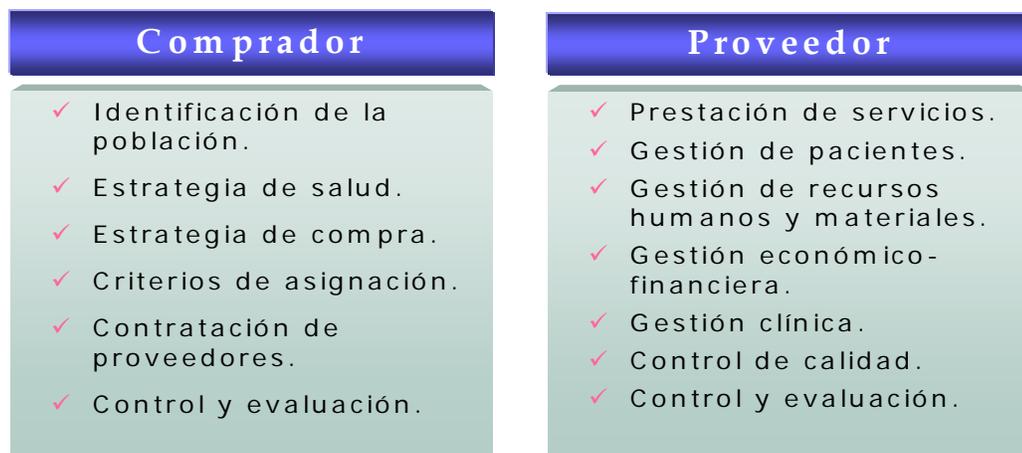
Durante las últimas décadas y de manera creciente, varios sistemas de salud en el mundo han realizado reformas profundas, que pretenden ajustar sus modelos de provisión de los servicios de salud a esquemas en los cuales se minimicen los recursos utilizados y se maximice el bienestar de los usuarios, a la vez que se mejore la eficiencia y calidad del sistema. Todas esas reformas han tenido las siguientes características comunes:²

- Separar la función de financiamiento/compra de servicios de la de prestación, al objeto de delimitar las responsabilidades del que asigna los recursos y define los niveles de cobertura de las prestaciones, del que gestiona los centros y establecimientos sanitarios posibilitando que los servicios lleguen a la población. El financiador/comprador (ambos pueden ser diferentes) asume mayor libertad en el destino de los recursos, a la vez que un mayor riesgo en su responsabilidad de garante último de la cobertura, esto porque delega la prestación del servicio a otro actor. Por el contrario, el prestador de servicios asume mayor autonomía de gestión y, a la vez, un mayor riesgo puesto que tiene asegurados los recursos siempre y cuando alcance los niveles de productividad previstos en los contratos.

²Eurohealth, vol.2, junio 1996

- El financiamiento de la actividad ha de seguir al paciente y no el paciente ir donde haya financiamiento.
- Introducción y reforzamiento del contrato como elemento clave en el establecimiento de las relaciones entre compradores y prestadores de servicios.
- Introducción y simulación de mecanismos de cuasi-mercado en la prestación de servicios, a través de la regulación y contratación que generen una competencia en términos de eficiencia y calidad.
- Reforzar el papel de los pacientes en su relación con los otros participantes del sistema de salud.
- Subrayar y explicitar el compromiso por una mayor calidad en la prestación sanitaria.
- Coordinar actuaciones de carácter intersectorial (ambientales, sociales, hábitos de comportamiento, etc.) que permitan una mejor prevención y promoción de la salud.
- Potenciar la atención primaria de salud, como el primer nivel de acceso directo de la población, aumentando su capacidad resolutive y reforzando su papel de “gatekeeper”, es decir, actuando como decisor de cuál es el recurso sanitario más adecuado para el paciente. El médico general actúa como agente del paciente delante del resto del sistema.

Con base en estas características, en el nuevo modelo se definen funciones claramente delimitadas tanto para el Comprador como para el Proveedor de los servicios, tal como se resumen en la Figura 4.



Se está desarrollado el concepto de ***Función de Compra de Servicios de Salud***, cuyo principal objetivo es conseguir la máxima cantidad y calidad de servicios para la población, mediante intervenciones y servicios que sean costo-efectivos. Este proceso abarca todas las actuaciones que hacen posible la contratación formal de servicios de salud a los diferentes proveedores (centros o establecimientos) que operan en el sistema, para satisfacer la demanda potencial y las necesidades de servicios de salud de la población acreditada. Estos constituyen los *procesos de negocio* en el caso del IHSS.

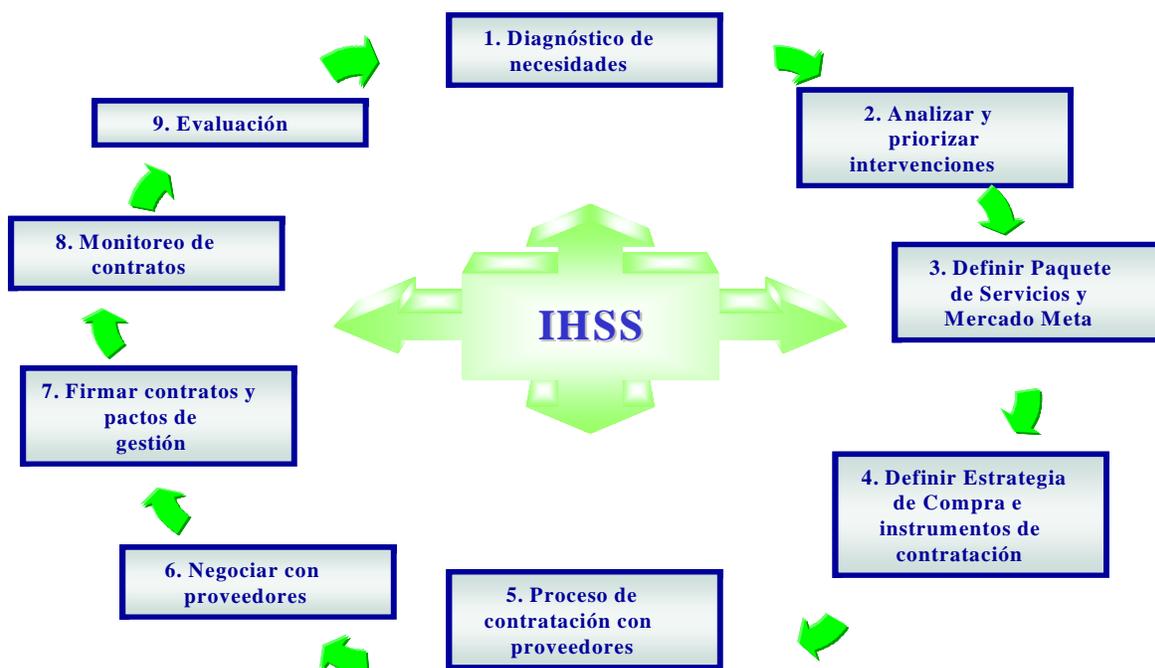
Las etapas básicas de este proceso están constituidas por el establecimiento de las líneas estratégicas de compra para cada ejercicio, el análisis de la demanda/oferta de los proveedores, la negociación, elaboración y formalización de los contratos, la facturación, el seguimiento y la evaluación de los contratos.

En este sentido, la introducción de la función de compra de servicios de salud, supone la agrupación de una serie de subprocesos en cuatro Macroprocesos sustantivos principales:

- 1) *Definición de las necesidades o estrategia de salud*: comprende la identificación de necesidades y prioridades de salud, incluyendo la formulación, operativización y evaluación del Plan de Salud.
- 2) *Estrategia de compra y requerimientos de servicios*: comprende la definición de los planes anuales de compra, y por tanto, la traducción de la estrategia de salud en metas concretas de producción de servicios, fijadas para los proveedores.
- 3) *Proceso de contratación*: incluye los procesos mediante los cuales el comprador interactúa con los proveedores, para establecer las condiciones contractuales, acreditar o seleccionar los prestadores y activar el proceso de contratación administrativa. (ver anexo 3 para Pautas sobre Acreditación de proveedores de salud)
- 4) *Evaluación y gestión del contrato*: consiste en todos los procesos de monitoreo y seguimiento, y la evaluación del cumplimiento de los contratos por parte de los proveedores.

Estos cuatro Macroprocesos conforman el Macro ciclo de Compra de los Servicios de Salud que se representa en la Figura 5.

Figura 5. El Ciclo de Compra de los Servicios de Salud



En relación con la red propia de servicios de salud que administra el IHSS, la conclusiones más importantes del análisis tienen que ver con la ausencia de un modelo de separación de funciones que garantice una desconcentración de riesgo, entre el nivel central y los proveedores propios de servicios de salud (hospitales y clínicas periféricas).

Nuevo Modelo de Atención con enfoque en Salud Integral Comunitaria

Frente a la problemática del primer nivel de atención el IHSS implementa un modelo fundamentado en lo siguiente:

- 1- Una atención de salud personalizada e integral, que contemple todos los factores que atentan contra la salud (factores de riesgo), siendo anticipatorio y que además sea continuo.
- 2- Una atención que de apertura a una mejor accesibilidad al sistema de salud.
- 3- Un modelo que a la vez que atienda la enfermedad, ejecute acciones preventivas para contribuir a elevar el nivel de salud del derechohabiente.
- 4- Incorporara la participación del derecho habiente en las actividades de planificación en salud. Personalizada.

En razón del componente histórico social del proceso salud enfermedad y frente a los resultados que el modelo propuesto ha dado en otros países, el cual esta basado en los pilares ideológicos de:

- Una metodología científica que implique una planificación y evaluación constante.
- Una filosofía que supere los conceptos tradicionales del modelo biológico.
- El concepto democratizador de participación comunitaria.
- La concepción de equipo interdisciplinario el que supera a la acción profesional individual.

El modelo conduce a una expresión de una nueva manera de interrelacionar permanentemente la oferta de los recursos de salud con los requerimientos del individuo, familia y comunidad y por ende del país. Esta relación dinámica constituye una estrategia que para mejorar y acrecentar el nivel de salud del derechohabiente y su familia, integrando al equipo de salud y la comunidad constituida por familias a las acciones de **Promoción ,protección, recuperación y rehabilitación** que sean necesarias a ese nivel

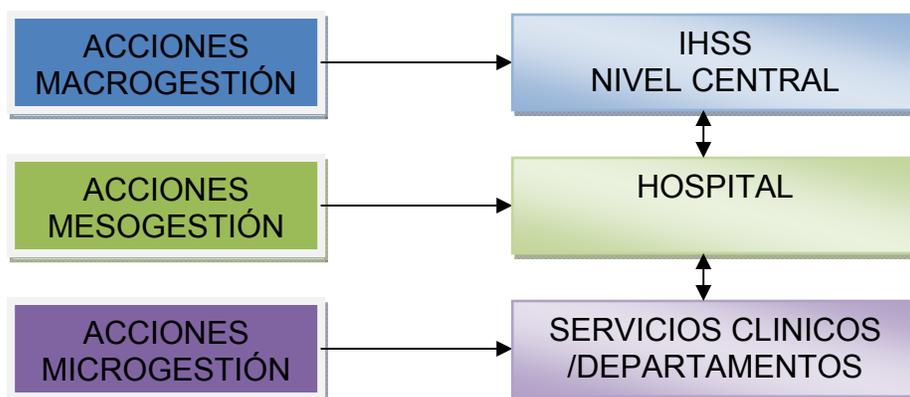
Se ha logrado completar el diseño del modelo de Salud Familiar y Comunitaria que le esta permitiendo al cambiar su enfoque curativo por el de promoción de la salud, la sectorización que paulatinamente se esta organizando con la carnetizacion, el desarrollo de la guías clínicas para el I nivel de atención

Una vez finalizado el Centro para el Servicio de Cirugía Simplificada se esta proyectando el programa de cirugía ambulatoria implemente visitas a las comunidades para disminuir la listas de espera quirúrgica.

De la mano con lo anterior, el IHSS tiene la oportunidad de enfocar la organización de la red de servicios de salud, para que adopte un esquema orientado a la “salud administrada”, al menos en el primer nivel de atención, esto es, mediante listas de afiliados por cada equipo de salud con el cambio del modelo de atención con enfoque de salud familiar y comunitaria. Al respecto, la experiencia internacional indica que esta es una fuente de eficiencia que deben aprovechar los financiadores de servicios de salud como el IHSS.

Los Procesos de Mejora de la Calidad y Capacidad Resolutiva en los Hospitales del IHSS

Desde el año 2004 los Hospitales del IHSS han entrado en un proceso de Diagnostico, diseño de estrategias para convertirlos en modelos de la moderna gestión hospitalaria para ello es necesario establecer los siguientes conceptos:



Cualquier proyecto de mejora de la gestión de los hospitales, contiene múltiples componentes. Cada uno de ellos se identifica con claridad por el nivel dónde se enmarcan sus acciones, a la vez que se identifican las repercusiones o cambios necesarios en los otros niveles. Los cambios que se deseen operar en un nivel de gestión deberán tener reflejos en los otros dos, pues de lo contrario podrían condicionar el fracaso de las estrategias.

En **Macrogestión**, el IHSS debe mantener un papel regulador del conjunto del sector salud para los trabajadores que le son otorgadas en la Constitución de la República y su Ley Constitutiva. En lo que al modelo de relación entre los niveles centrales del IHSS y los dos Hospitales se refiere, será necesario establecer un nuevo papel, ya que con la voluntad de establecer un nuevo modelo de gestión cambian las reglas de juego entre el IHSS y el Hospital. La relación tradicional - aún existente en la mayoría de países - entre el nivel central del IHSS, con función de autoridad reguladora, y de mando jerárquico en línea sobre los dispositivos de salud, debe evolucionar hacia una relación dónde se identifiquen nuevas funciones de cada nivel y sus relaciones.

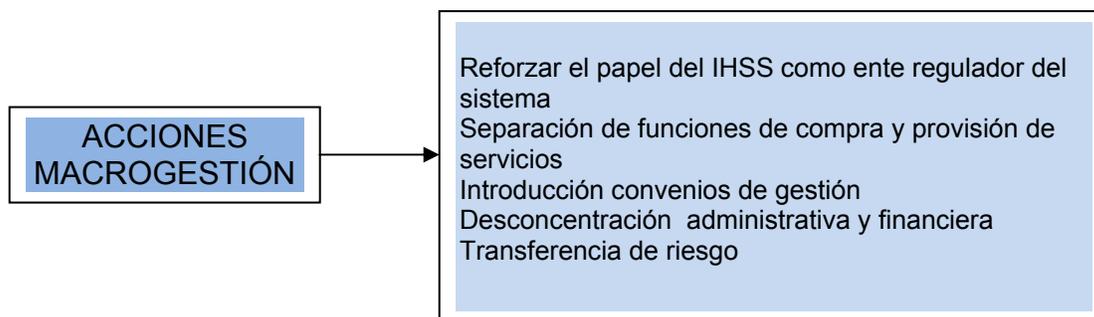
La relación con un Hospital con autonomía de gestión se establece a través de un convenio de gestión en el que se define el mecanismo de compra de servicios entre el ente financiador / comprador del sistema (IHSS) y el Hospital. El IHSS, sin menoscabo de las competencias establecidas por ley, establece la función de compra como nueva relación con el hospital autónomo. Es a partir del cumplimiento de las metas y resultados establecidos en el convenio de gestión como se financia al Hospital, pasando de una asignación de recursos en base al gasto histórico, a una asignación de recursos en base a objetivos de producción y desempeño alcanzados.

La separación de las funciones de financiación, compra y provisión tendrá un efecto positivo sobre la eficiencia al alinear los objetivos del financiador/comprador del sistema (IHSS), que pretende maximizar la oferta de servicios con los recursos de que dispone, con los objetivos del proveedor (Hospital), que trata

de producir los servicios que le están comprando con el consumo mínimo de insumos garantizando los niveles de calidad establecidos en el convenio.

El Hospital, con sus órganos de dirección al frente, tiene en esta nueva situación una primera responsabilidad como es la sostenibilidad financiera de la entidad, sin la cual no será posible la consecución de los objetivos marcados. La relación con el IHSS – en funciones de comprador – es una relación madura a través de la cual no se pueden financiar el déficit estructural o ineficiencias.

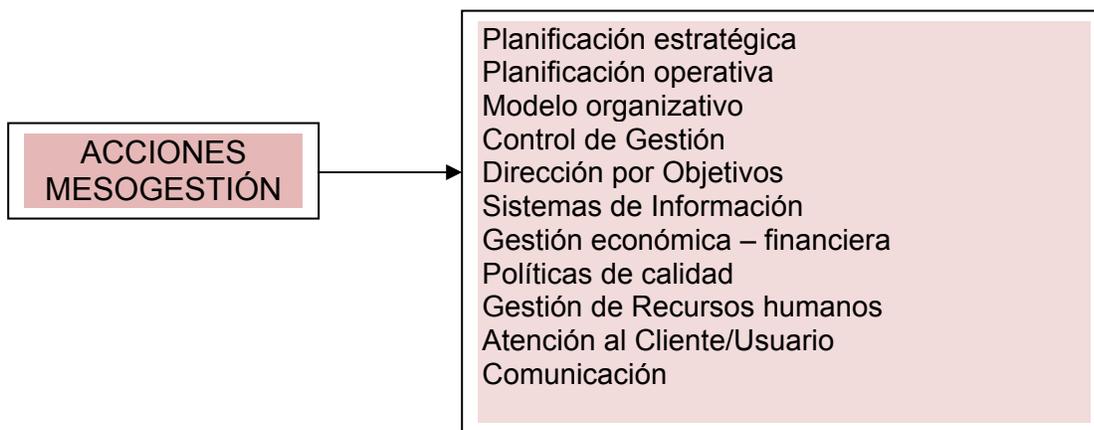
A partir de la relación comprador / proveedor identificamos un modelo de gestión de Hospital diferente, autónomo, que se financia mediante el cumplimiento de los objetivos acordados en los convenios de gestión. Al definirse los componentes de esta nueva función de compra, mejoran los instrumentos de dirección descentralizando los componentes de gestión en el Hospital. De esta forma se transfieren competencias que permitirán identificar con mayor claridad las responsabilidades gerenciales. Se transfieren competencias a la vez que se transfiere riesgo, pero se clarifican la autoridad y responsabilidad gerenciales.



Los Hospitales del IHSS participaron del 2006 al 2008 del proyecto de asistencia técnica para la mejora de la calidad y capacidad resolutive cuyo proceso se vio interrumpido por falta de apoyo a los procesos y su continuidad pero cuya implementación de las acciones del nivel del Hospital están siendo recuperadas durante estos meses del año 2014, sin embargo, el marco legal y de referencia relativo a la desconcentración de los procesos de gestión a los Hospitales, así como el nivel de desarrollo del proceso de separación de funciones y su articulación a través de los convenios de gestión, serán los límites para la ejecución de las actividades que causan frustración en los equipos de trabajo.



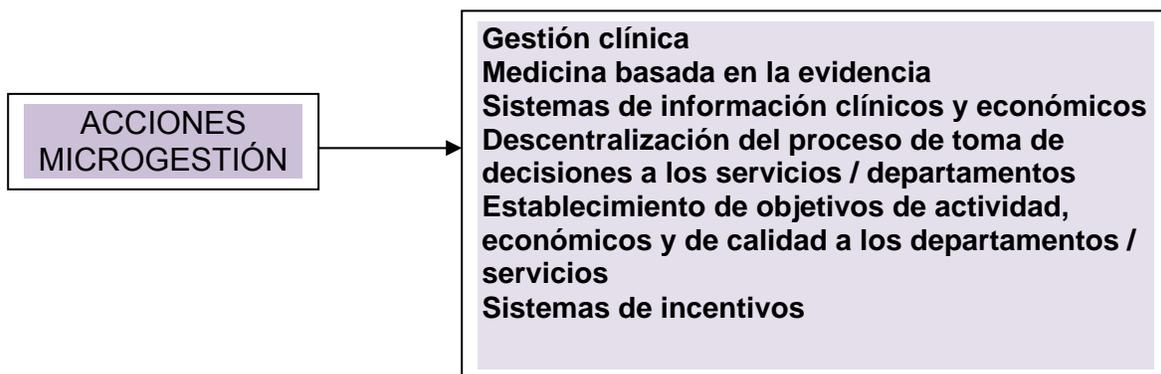
Los planes estratégicos, los planes operacionales, los nuevos modelos organizativos, la definición de los circuitos de información y sus correspondientes niveles de decisión, los sistemas de costes, las políticas de calidad, los modelos de dirección por objetivos, los planes de capacitación y motivación de los recursos humanos, son ejemplos de los contenidos que se abordan desde el nivel Mesogestión, con el objetivo de aumentar la eficiencia de los Hospitales.



Como se ha comentado anteriormente, el diseño del Modelo de Gestión de un Hospital nunca sería completo sin desarrollar acciones en el nivel de **Microgestión**, o lo que es lo mismo, sin definir un modelo de atención adecuado para los ciudadanos. En éste nivel se incluye el conjunto de instrumentos y técnicas que permiten manejar la práctica clínica desde la perspectiva de la mejora de la eficiencia y de la calidad.

Una de las características esenciales del proceso clínico es la toma constante de decisiones sobre las actividades a realizar ante un proceso de enfermedad. Estas decisiones las toman los profesionales sanitarios, especialmente los médicos, en la atención directa a los usuarios de los servicios de salud, y es en este nivel donde se decide la mayor parte del gasto en salud. Las investigaciones sobre la variabilidad en la práctica clínica demuestran que los médicos toman muchas de sus decisiones en creencias no basadas en la evidencia científica, lo que puede comprometer un volumen de recursos considerable. Esto se debe en gran medida al elevado grado de incertidumbre que se asocia a la toma de decisiones clínicas.

Mediante la gestión clínica se intenta disminuir las ineficiencias por estas causas e implicar a los médicos en la gestión de los recursos. Conseguir articular las decisiones clínicas y las necesidades y limitaciones financieras del Hospital es uno de los principales retos a los que se enfrentan los gestores de los servicios de salud, y en particular los gestores de los Hospitales, máxime si estos son organizaciones autónomas. El diseño de órganos de participación que permitan la interacción entre las estructuras clínicas y gestoras, y la formación de directivos y profesionales en los principios y técnicas de la gestión clínica, serán factores clave para el desarrollo de la gestión clínica en los dos Hospitales beneficiarios del proyecto.



Como conclusión, es necesario señalar que desde el punto de vista de la Consultora la puesta en marcha de un Nuevo Modelo de Gestión en los dos Hospitales beneficiarios se logrará con la combinación de acciones a los tres niveles (Macrogestión, Mesogestión y Microgestión), y por otra parte, será fundamental que los cambios que se planteen de manera que sean instrumentos reales para el logro de los mismos.

Estos cambios deberán realizarse en un marco de regulación adecuadamente desarrollado, que permita el fortalecimiento de las funciones estratégicas del nivel central del IHSS, transfiriendo las funciones operativas a los Hospitales mediante el desarrollo de instrumentos de modernización de la gestión hospitalaria y de coordinación entre los distintos establecimientos de salud y niveles del IHSS. Para la consecución de estos objetivos será necesario:

- dotar al ente regulador (IHSS) de mecanismos de control, evaluación e intervención;
- clarificar las funciones y competencias que corresponden a cada organismo;
- que los Hospitales tengan capacidad real de gestión de los recursos que manejan;
- establecer medidas para garantizar la integridad de la atención a las personas mediante mecanismos adecuados que garanticen la continuidad y calidad del proceso asistencial;
- poner especial énfasis en la gestión de los recursos humanos. Los responsables necesitan capacidad de decisión para adaptar sus necesidades de recursos humanos a los servicios a prestar, y para ello deben dotarse de competencias y autoridad, y capacitarse en estos procesos.

Sistemas de Información del IHSS

Una conclusión que se deriva directamente, es que la brecha informática del IHSS es de magnitud tal, que será prácticamente imposible cerrarla en el corto plazo. Por el contrario, la puesta al día de la Institución requerirá fortalecer los esfuerzos para obtener resultados en el tiempo más corto posible. El ciclo de normal de los proyectos informáticos de la magnitud y complejidad que requiere el IHSS, precisa de tiempos críticos para el diseño, programación e implementación y todos los desajustes técnicos y del calendario impactaran definitivamente en los resultados esperados. Es por ello que los esfuerzos de la administración deben ser ponderados o juzgados de acuerdo con plazos razonables para poner en producción y estabilizar los sistemas informáticos que den vida a un sistema de protección universal y al desarrollo de las aplicaciones para todas las prestaciones de servicios que se puedan ofertar.