# Informe de avances del proyecto, año 3, trimestre IV.

[Proyecto MSH/ULAT Honduras]

[Octubre  2014]

Palabras clave:
[Informe; Proyecto; Asistencia Técnica; Salud; Resultado Intermedio; Mortalidad Materna; Niñez; Cuidados Obstétricos; Neonatal;.]

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

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

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

ULAT
Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

# PROYECTO UNIDAD LOCAL DE APOYO TÉCNICO PARA SALUD (ULAT) HONDURAS INFORME AÑO 3 DE PROYECTO OCTUBRE 1, 2013 - SEPTIEMBRE 30, 2014

**Contrato: AID-522-C-11-000001**


**Sometido a:**
**Gustavo Ávila**
**Contracting Officer's Technical Representative, ULAT**
**Project Management Specialist (Health)**
**Health, Population and Nutrition Office**
**U.S. Agency for International Development**

**Sometido por:**
**Juan de Dios Paredes Paz**
**COP- Proyecto**
**"Unidad Local de Apoyo Técnico para la Salud"**
**Management Sciences for Health (MSH)**
**Col. Rubén Darío, C-417**
**Tegucigalpa, Honduras**

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

# Tabla de Contenido


I. Listado de Abreviaturas ..... 3

II. Resumen Ejecutivo ..... 5

III. Objetivos del Proyecto ..... 9

IV. Contexto de País ..... 12

V. Contexto de Proyecto ..... 15

VI. Integración de la Perspectiva de Género ..... 19

VII. Logros del proyecto y retos programáticos ..... 25

RI 4.1 Incrementado el uso y acceso a servicios de salud materna e infantil y de Planificación Familiar de calidad ..... 25

RI 4.2 Servicios sostenibles de materno infantil y planificación familiar. ..... 41

RI 4.4 Uso de datos para la toma de decisiones ..... 72

Plan Ambiental ..... 81

VIII. Productos: octubre 2012-Septiembre 2013 ..... 84

IX. Monitoreo y Evaluación ..... 91

Indicadores PMP- RI 4.1 ..... 91

Indicadores PMP del R.I. 4.2 y 4.4 ..... 97

X. Coordinación con otras contrapartes y actores ..... 102

XI. Conclusiones Generales y Lecciones Aprendidas ..... 106

XII. Informe Financiero ..... 109

1. Estado de rendición de cuentas ..... 109

2. Estado de la implementación del presupuesto ..... 110

3. Matriz de los problemas mayores encontrados ..... 111

4. Implementación de actividades ..... 111

XV. Anexos ..... 112

Informe de bienes no fungibles ..... 112

Historias de Éxito - IV trimestre ..... 114

Entregables - IV trimestre ..... 116

# I. Listado de Abreviaturas

| | |
|---|---|
| ACCESO | Proyecto Financiado por USAID |
| ACDI | Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional |
| AECID | Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo |
| AIN-C | Atención integral a la niñez en la comunidad |
| AMHON | Asociación de Municipios de Honduras |
| ASHONPLAFA | Asociación Hondureña de Planificación de Familia |
| BID | Banco Interamericano de Desarrollo |
| CEVIFA | Centro para la Educación en la Vida Familiar |
| CDC | Centro de control de enfermedades y prevención |
| CLM | Centro de Liderazgo y Gerencia de MSH |
| CONE | Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales |
| CSC | Corporación de Servicios de Cataluña |
| DEC | Centro del Desarrollo de Experiencias de USAID |
| DEE | Proyecto "Facilitando el marco regulatorio para la descentralización" |
| UGDSS | Dirección General de Desarrollo de Sistemas de Servicios de Salud |
| DGVS | Dirección General de Vigilancia de la Salud |
| DH | Departamento de Hospitales de la SESAL |
| DSIF | Departamento de Salud Integral a la Familia |
| EMCC | Equipo de Mejora Continua de la Calidad |
| EMSPF | Estrategia Metodológica de los Servicios de Planificación Familiar |
| ENDESA | Encuesta de Demografía en Salud |
| FOPRIDEH | Federación de Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo de Honduras |
| HCDL | Herramienta consolidadora de datos logísticos |
| HE | Hospital Escuela |
| HM | Hogares Maternos |
| IFC | Individuo, Familia y Comunidad |
| IHSS | Instituto Hondureño de Seguridad Social |
| INAM | Instituto Nacional de la Mujer |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| JICA | Agencia de Cooperación Internacional de Japón |
| M&E | Monitoría y Evaluación |
| MCC | Mejoramiento Continuo de la Calidad |
| MdeGH | Modelo de Gestión Hospitalario |
| MEF | Mujeres en edad fértil |
| MI | Materno Infantil |
| MM | Mortalidad Materna |
| MNS | Modelo Nacional de Salud |
| MSH | Management Sciences for Health (mecanismo implementador -ULAT) |
| MS2015 | Proyecto Iniciativa Mesoamérica 2015 |
| MOF | Manual de Organización y Funciones |
| MOFIHSS | Sistema de modernización financiera del Instituto Hondureño de Seguridad Social. |
| NEXOS | Proyecto de transparencia y mejora de los servicios de gobiernos locales de USAID |
| OIT | Organización Internacional del Trabajo |
| OSC | Organizaciones de la Sociedad Civil |

| | |
|---|---|
| ONG | Organización no gubernamental |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PAIM | Programa de Atención Integral de la Mujer |
| PAIN | Programa de Atención Integral al Niño |
| PEI | Plan estratégico institucional (SESAL) |
| PF | Planificación Familiar |
| PGSD | Programa de género, salud y desarrollo |
| POA | Plan Operativo Anual |
| RAMNI | Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna e Infantil |
| RAMOS | Encuesta de Mortalidad en edad reproductiva |
| RGH | Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria |
| RI | Resultado Intermedio |
| RMM | Razón de Mortalidad Materna |
| RNP | Registro Nacional de las Personas |
| RS | Región Sanitaria |
| RSs | Regiones Sanitarias |
| SEFIN | Secretaría de Finanzas |
| SEPLAN | Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa |
| SESAL | Secretaría de Estado en el Despacho de Salud |
| SIIS | Sistema Integrado de Información Salud |
| SNCS | Sistema Nacional de Calidad en la Salud |
| SMI | Salud Materno-Infantil |
| SPSS | Sistema de Protección Social en Salud |
| SSRP | Sub Secretaría de Riesgos Poblacionales |
| SSRS | Subsecretaria de Redes de Servicio |
| TGF | Tasa global de fecundidad |
| UECF | Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento |
| UGD | Unidad de Gestión Descentralizada |
| UGI | Unidad de Gestión de la Información |
| ULAT | Unidad Local de Apoyo Técnico |
| UPEG | Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión |
| UNAH | Universidad Nacional Autónoma de Honduras |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| USAID | Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional |

## II. Resumen Ejecutivo

Con este documento se presenta el informe anual de las actividades ejecutadas en el marco de la implementación del plan de trabajo del año 3 del Proyecto- Unidad Local de Asistencia Técnica para Salud (ULAT) y que corresponde al periodo del 01 de octubre de 2013 al 30 de Septiembre de 2014. La presentación de este informe se hace en cumplimiento de las cláusulas del contrato AID-522-C-11-000001 que constituye el marco de referencia fundamental del proyecto. En él se describen el contexto y los objetivos del proyecto; la cronología de las actividades realizadas, los logros alcanzados y los principales retos enfrentados por el proyecto; Adicionalmente, se incluye un resumen de las lecciones aprendidas y las principales conclusiones y recomendaciones. Se anexan a este informe los entregables comprometidos y las historias de éxito generadas.

El plan de trabajo del período informado, y sobre el cual versa este informe, fue construido sobre la base del marco de los resultados del proyecto, los avances observados en cuanto a los productos definidos y entregables finiquitados durante los dos primeros años de ejecución del proyecto, la evaluación en cuanto a la implementación del plan de hitos en su versión III aprobada en su oportunidad por USAID, la situación actual de los procesos sujetos de la asistencia técnica, y las actividades específicas que las contrapartes podrían realizar con financiamiento de la USAID para el período 2013-2014, de manera que su ejecución se encontrase debidamente cumplimentada y alineada al plan de ULAT.

El proyecto transcurrió influenciado por una serie de circunstancias que exigieron esfuerzos especiales para ir adecuando la asistencia técnica a las implicaciones derivadas de ellas. Así, la ejecución del plan de trabajo se desarrolló en una primera etapa por la incertidumbre, que por sus propias características generó el proceso electoral que vivió el país hasta su conclusión en las elecciones del 24 de noviembre del año 2013. En este periodo se había previsto que con la elección de las nuevas autoridades gubernamentales se produciría una readecuación de funcionarios y de políticas, que condicionarían la necesidad de ajustes en el planteamiento de asistencia técnica a la luz de las nuevas decisiones nacionales. En una segunda etapa, las circunstancias más relevantes del período fueron generadas por el proceso de transición administrativa de al nuevo equipo gubernamental que se extendieron más allá de lo previsto, pese a que una vez conocido el ganador de las elecciones, se acordó un proceso de transición acelerado para generar condiciones adecuadas para la entrada de la nueva administración. En el sector salud se nombró una comisión de transición bajo la coordinación de la Dra. Yolani Batres, quien había estado fungiendo como viceministra en la administración saliente. Esta comisión incorporó como puntos destacados en su agenda de trabajo la puesta en marcha del nuevo DO de la SESAL, la aprobación de la ley general de salud y la aprobación de los convenios marcos de los hospitales incluidos en el proyecto de implementación del nuevo modelo de gestión hospitalaria, aspectos que eran líneas de acción en el plan de asistencia técnica que el proyecto brinda a la SESAL.

El proceso de transición incluyó: (i) la instalación del nuevo equipo de funcionarios en la cúpula política estratégica de la institución liderado por la Dra. Yolani Batres, quien fue juramentada como la nueva ministra de la SESAL; (ii) la asunción de las responsabilidades específicas de cada uno de los miembros

del equipo con el necesario tiempo de espera que condiciona el empoderamiento sobre sus funciones, y (iii) la adecuación de los funcionarios a la misión asignada y a un nuevo estilo y enfoque de trabajo que impulsa el nuevo gobierno y que gira alrededor del concepto de la gestión por resultados. Todos estos elementos generaron un proceso de transición lento debido a que una parte importante del equipo no contaba con la experiencia necesaria para el nivel en el que fueron nominados, por lo que se necesitó de un tiempo mayor que el esperado para alcanzar la plenitud en su rendimiento. Es importante destacar que en todos los procesos de transición por lo que ha pasado la SESAL, ya sea de una administración gubernamental a otra o en las sucesiones ministeriales dentro de una misma administración, ULAT se ha constituido en un efectivo dispositivo de memoria institucional.

A la situación descrita, en sí misma complicada, se sumó la complejidad representada por la decisión de implementar con el inicio de la nueva administración la nueva estructura orgánica y funcional de la SESAL. Esto exigió, en la práctica, la redefinición de los procesos institucionales, una nueva distribución de funciones, la reingeniería de los procedimientos y la redistribución de los recursos humanos y físicos con que está dotada la SESAL. El desarrollo de las actividades y tareas vinculadas con estos aspectos demandó en todo el período una importante cantidad de esfuerzos de todos los miembros del equipo superior, destacándose que en la formulación de la propuesta de este nuevo DO y en su implementación, la ULAT tuvo y continúa teniendo un papel importante.

Durante esta etapa, también se apoyó a la SESAL en la formulación del plan para los primeros 100 días, en la definición de una herramienta que permitió su monitoreo y en el análisis de sus resultados, los que fueron presentados al despacho presidencial. Con este plan se ordenó el trabajo para la puesta en marcha de la nueva administración y se garantizó la obtención de los resultados que el gobierno fijó en el área de la salud para ese periodo. 12 de las 20 líneas de acción estuvieron directamente vinculadas con el plan de asistencia de ULAT, específicamente: (i) la aprobación de la ley marco del sistema de salud; (ii) la implementación de la reorganización de la SESAL, en base a la nueva estructuración orgánica y funcional aprobada por el presidente en consejo de ministros; (iii) la concertación de los compromisos de gestión por resultados con regiones y hospitales; (iv) la formalización y puesta en ejecución del primer convenio de gestión descentralizada con un hospital; (v) la concertación de los convenios de gestión descentralizados del primer nivel; (vi) la implementación del nuevo modelo de salud, particularmente en el diseño y conformación de las redes integradas de salud y el mejoramiento de sus capacidades resolutivas; (vii) la redefinición presupuestaria de los fondos nacionales para el financiamiento de la gestión descentralizada; (viii) el fortalecimiento del funcionamiento de las regiones departamentales de salud, implementando el nuevo manual de organización y funciones de las regiones; (ix) el fortalecimiento de la función de normalización en el marco de la implementación del sistema nacional de calidad; (x) el fortalecimiento de la función de compra y contratación de servicios de salud tanto a nivel central como regional; (xi) el nuevo modelo de gestión de los RRHH de la SESAL, y (xii) el fortalecimiento de la función de vigilancia de salud.

La tercera etapa del período estuvo condicionada por la consolidación del proceso de asunción plena y empoderamiento de las responsabilidades de la nueva administración de la SESAL y la continuación de los esfuerzos orientados hacia la implementación de la nueva estructura orgánica y funcional de la institución. También continuó la tendencia al establecimiento del nuevo estilo y enfoque de trabajo, que gira alrededor del concepto de la gestión por resultados. Para vincular la etapa inicial de los 100 días con los resultados del periodo total de la administración, también se solicitó apoyo al proyecto para la

formulación del "Plan Nacional de Salud 2014-2018". Un equipo conformado al interior de ULAT estuvo trabajando con los funcionarios de la UPEG en el cumplimiento de esta misión, hasta su presentación, el 9 de julio, a los actores relevantes del sector salud en una ceremonia especial, en la que la ministra de salud también rindió cuentas de las acciones efectuadas durante los primeros seis meses del año. El aspecto más importante en relación al plan radica en que en su contenido también se incluyen la totalidad de las líneas de trabajo de ULAT y, dado que el horizonte de tiempo en que esta formulado trascenderá la fecha en que el proyecto finaliza, se constituye en el primer gran esfuerzo político efectuado desde la planificación en la construcción de la sostenibilidad de estas líneas de acción.

En esta misma línea de pensamiento, también tiene trascendental importancia la decisión del Presidente de la República de someter al Congreso Nacional la aprobación de una propuesta de ley marco de protección social, que deberá ser complementada con una propuesta de ley del sistema nacional de salud y una propuesta del seguro nacional de salud. Para la propuesta de ley del sistema, el presidente integró una mesa con los actores relevantes del sector salud en la que hay participación de ULAT. Se espera que la propuesta pueda incorporar los elementos conceptuales, políticos, y estratégicos de la reforma del sector salud que se han estado impulsando con la asistencia técnica del proyecto.

Por otra parte, un elemento adicional al escenario descrito, fue el derivado de la situación de crisis que atraviesa el IHSS y que motivó el nombramiento de una junta interventora en los aspectos administrativos y de la intervención de los órganos de justicia en los aspectos vinculados con el manejo corrupto de sus recursos. La comisión interventora ha focalizado su trabajo en los problemas de mayor magnitud en el campo de las finanzas y en la preparación de una propuesta de reconformación institucional basada en el concepto de aseguramiento universal. Como consecuencia algunas decisiones requeridas para implementar las actividades vinculadas con la asistencia técnica que el proyecto venía brindando en el campo de la planificación familiar no encontraron el ambiente propicio para su desarrollo y se lentificaron.

Dentro del contexto particular del proyecto actuaron como circunstancias propicias para su desarrollo las acciones de coordinación que se efectuaron con otros proyectos y cuyas líneas de trabajo convergen con las desarrolladas por ULAT, todo ello con el propósito de hacer la entrega de una asistencia integrada a la SESAL potencializando los esfuerzos individuales. En esta línea se pueden mencionar: (i) el mantenimiento de las coordinaciones con NEXOS en las reuniones de trabajo coordinadas por la UGD sobre el abordaje del desarrollo de las capacidades administrativas de los gestores descentralizados y el enfoque de los temas de transparencia y auditoría social en la gestión descentralizada; (ii) la integración en el equipo que está desarrollando el estudio de gasto y financiamiento junto con OPS, la SESAL y el Banco Central; (iii) la coordinación para la revisión y ajuste de la propuesta del proyecto de ley del sistema nacional de salud, con BID y OPS; (iv) con el BID, específicamente con la empresa CSC que ellos han contratado, las acciones relacionadas con la implementación del nuevo modelo de gestión en tres hospitales de la red pública de servicios de salud y la complementariedad de la asistencia técnica que se brinda al departamento de hospitales y a la UGD; (v) con JICA en los aspectos relacionados a la implementación del componente de atención del MNS; (vi) con el BID, bajo la coordinación de la UGD, los aspectos relacionados con la formulación del acuerdo entre la SESAL y la fundación que estará gestionando al hospital de San Lorenzo; (vii) con el proyecto LMG, en el proceso de contratación de servicios, con el fin de poder arribar a una respuesta homologada, y (viii) con Aidstar Plus, en la configuración de las RISS por la participación de las ONG 's que proveen un conjunto particular de

servicios de VIH Sida a poblaciones especiales y con el uso de guías que han sido diseñadas por ULAT dentro del proceso de instrumentación del MNS.

También se deben señalar las dificultades principales que se han enfrentado y que han tenido como consecuencias el enlentecimiento de líneas de trabajo específicas y la posposición en el logro de algunas otras. Se pueden mencionar que la implementación de la nueva estructura orgánica y funcional de la SESAL, ha generado un proceso de transición un tanto más lento que lo esperado. Adicionalmente se observó el retraso en el inicio de la implementación de algunos proyectos cuyo financiamiento dependen de otras agencias y que condicionaron la posposición en el logro de algunos hitos que en principio fueron establecidos para los dos primeros años del proyecto como el sistema de información en salud cuyo desarrollo será financiado por la cooperación canadiense. Con la norma nacional de vigilancia, bajo la responsabilidad del CDC, aunque durante un largo período estuvo estancada, al final logró culminarse y ser lanzada oficialmente constituyéndose en uno de los primeros resultados del plan nacional de salud.

Los resultados más destacados se enlistan en el capítulo de logros del proyecto y retos programáticos, en el cual se describen en forma pormenorizada por sub-resultado intermedio las actividades propuestas a realizar durante el año, los avances y logros en relación a los períodos trimestrales y a la programación establecida, los productos a entregar que corresponden al cuarto periodo trimestral y los principales retos que tuvieron que enfrentarse. En el capítulo siguiente se enlistan por trimestre los productos entregados y los productos que se lograron y que no estaban inicialmente contemplados.

En resumen, en este tercer año del proyecto, todas las líneas de trabajo se ejecutaron en un ambiente positivo y adecuado para el logro de los objetivos y productos planteados y solo algunas de ellas sufrieron atrasos por razones que están debidamente señaladas en este informe.

# III. Objetivos del Proyecto

El plan de trabajo del tercer año del proyecto fue construido sobre el marco de las cláusulas establecidas en el contrato y en consideración de los siguientes aspectos:

- La situación actual de los procesos técnicos sujetos de la asistencia técnica a través del proyecto.
- La evaluación en cuanto a la implementación del plan de hitos en su versión III aprobada por USAID.
- Los resultados obtenidos en el segundo año del proyecto, en cuanto a los productos definidos y entregables finiquitados durante los dos primeros años de ejecución del proyecto.
- Las expectativas de las contrapartes claves de la SESAL en cuanto a los productos y sus características que se pueden alcanzar durante este tercer año del proyecto.
- Las actividades específicas que las contrapartes podrían realizar con financiamiento de la USAID para el período 2013-2014, de manera que su ejecución se encontrara debidamente cumplimentada y alineada con este plan.

Bajos esas consideraciones y en alineación con el marco de resultados de la asistencia de la USAID al país, con su objetivo 4: *"Estado de salud de las poblaciones sub-atendidas y vulnerables mejorado"*, el proyecto ULAT planteó como su objetivo principal continuar proporcionando un liderazgo técnico comprehensivo y eficaz para el apoyo de la USAID a la SESAL y al IHSS a fin de: (i) mejorar la calidad y el acceso a servicios sostenibles de PF y materno infantil, especialmente para las poblaciones excluidas y vulnerables, y (ii) ayudar a transformar el sistema de salud actual en uno que sea descentralizado, plural e integrado y que proporcione servicios de salud eficientes, equitativos y sostenibles para los grupos más vulnerables y excluidos.

En este contexto, para la obtención de las metas propuestas, el proyecto ULAT tiene definidas tres áreas de resultados intermedios, que para la operación las actividades han sido categorizadas dentro de los componentes de reforma y descentralización, desarrollo de políticas, salud materno-infantil y PF, apuntando al logro de resultados en función del marco de objetivos establecido por USAID (Ilustración 1) de la siguiente manera:

RI 4.1: Uso de los servicios de calidad en salud materna e infantil y planificación familiar incrementado.

- Con este resultado se busca fortalecer las capacidades de la SESAL para la formulación e implementación de políticas y estrategias fundamentales dirigidas a hacer posible que la población más vulnerable tenga acceso efectivo y permanente a servicios de salud materna e infantil y de planificación familiar oportunos y con una calidad aceptable. La asistencia bajo esta área de intervención se enfocó en el fortalecimiento del desarrollo integrado, sinérgico y complementario de las intervenciones orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil en el marco de la reforma del sector salud, englobando las acciones orientadas al fortalecimiento de los servicios de planificación familiar y las destinadas para la salud materna e infantil. Específicamente, en esta línea de trabajo, los esfuerzos se orientaron: (i) en planificación familiar, por una parte a la consolidación de los componentes de logística y programación de la estrategia y el uso apropiado de la información que proporciona la

herramienta consolidadora de datos logísticos en la SESAL y por otra a consolidar la implementación de la estrategia de PF en el IHSS, y (ii) para continuar con el desarrollo de los procesos relativos a la salud materna e infantil se trabajará en el desarrollo integrado, sinérgico y complementario de las intervenciones orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil en el marco de la reforma que el nuevo gobierno designe y en la implementación de la estrategia CONE en función del nuevo modelo nacional de salud.

RI 4.2: Servicios sostenibles en salud materna e infantil y planificación familiar.

- Con este resultado se pretende asegurar que las intervenciones en SMI y PF que sean diseñadas e implementadas tengan previstos mecanismos que aseguren su sostenibilidad. Se supone que la sostenibilidad puede garantizarse con el fortalecimiento de las capacidades de la SESAL como ente rector definiendo los marcos políticos, técnicos, financieros y regulatorios que posibilite una provisión de servicios MI y PF adecuada, sistemática y permanente. Para lograrlo se continuaron orientando los esfuerzos de la asistencia técnica en el desarrollo de las principales funciones sustantivas y procesos del sistema de salud para que permitan viabilizar la reforma del sector teniendo a la SESAL como el ente rector, a través de: (i) la implementación continua y sistemática de la estrategia de incidencia política, reenfocándola hacia aquellos procesos que por su interés y dinamismo político se priorizaron por la SESAL; (ii) la consolidación de la planificación estratégica y operativa institucional; (iii) la aprobación final de la nueva estructura orgánica y funcional de la SESAL y la ejecución de su plan de implementación en el nivel central y regional; (iv) la formulación y discusión de un proyecto de ley en el área de salud; (v) la finalización de los planes, procesos, y herramientas del nuevo modelo de salud incorporando la protección social para poblaciones sub-atendidas y vulnerables; (vii) el fortalecimiento de la descentralización de los servicios de salud para incrementar el acceso y cobertura hacia la población más desprotegida; (viii) el desarrollo contextual para la implementación de los procesos de rendición de cuentas y transparencia de los gestores descentralizados de los servicios de salud, y (ix) el desarrollo de una propuesta de marco estratégico, técnico y operacional del SPSS.

RI 4.4: Uso de datos para la toma de decisiones

- Con este resultado se pretende contribuir al mejoramiento de los sistemas de vigilancia en salud con énfasis especial en la vigilancia de la mortalidad materna y de la niñez, el proceso de monitoria y evaluación de la gestión, y el mejoramiento del sistema de información. Para ello, las intervenciones Para ello las acciones se enfocaron a: (i) apoyar en la construcción de la nueva estrategia de vigilancia de la salud; (ii) brindar acompañamiento técnico a la SESAL en el diseño del sistema integral de información en salud; (iii) apoyar el desarrollo de las herramientas e instrumentos del nuevo sistema de monitoria y evaluación de la gestión, y (iv) desarrollar investigaciones sobre financiamiento y gasto en salud.

En el desarrollo de la perspectiva de género para este tercer año del proyecto, se realizó un proceso de transversalización de género en los productos obtenidos a través de la asistencia técnica de ULAT; el apoyo al fortalecimiento de las capacidades del equipo del IHSS en el tema de género para viabilizar su

inclusión en la estrategia de PF actualizada; en la elaboración de una propuesta de política de genero para la SESAL, y en apoyar el proceso de transversalización de género en el estudio de priorización y focalización en base a grupos poblacionales y problemas de salud.

Dada la complejidad de los procesos, se mantuvo la discusión y coordinación permanente con las distintas agencias de cooperación y proyectos con los que hay convergencia en el marco del trabajo de ULAT para asegurar el alineamiento y la armonización de los objetivos, actividades y recursos disponibles.

En las siguientes secciones se presentan los avances y logros obtenidos durante el tercer año del proyecto sujeto de este informe y que corresponden a la ejecución del plan de trabajo, de actividades y tareas para cada uno de los resultados intermedios mencionados junto con sus correspondientes resultados sub-intermedios (Sub RIs). Para ello se hace la descripción comprehensiva de los logros alcanzados con una descripción cronológica para cada uno de los trimestres exponiendo además sus alcances, productos y los retos que fueron enfrentados.

**Ilustración 1- Marco de Resultados Proyecto ULAT**

**Objetivo 4 Asistencia USAID/Honduras**: Mejoramiento en el estado de salud en poblaciones vulnerables y desprotegidas

**Objetivo Proyecto ULAT:** Proporcionar liderazgo técnico integral y eficaz para el apoyo de la USAID para el Ministerio de Salud, IHSS, ASHONPLAFA, y otros socios en la salud en Honduras para:
(1) mejorar la calidad y el acceso a servicios sostenibles de PF y materno infantil, especialmente para las poblaciones vulnerables y excluidas y,
(2) ayudar a transformar el sistema de salud actual en uno que es descentralizado y plural, pero integrado y que proporcione servicios de salud eficientes, equitativos y sostenibles a los grupos más vulnerables y excluidos.

**RI 4.1: Uso de los Servicios de Calidad en Salud Materna e Infantil y Planificación Familiar Incrementado.**
4.1.1: Incremento en el acceso y disponibilidad de servicios efectivos de PF del sector público y privado, para las poblaciones vulnerables y sub-atendidas
4.1.2: Incrementada la capacidad de Proveedores Públicos y Privados para mejorar el acceso a y disponibilidad de servicios MI- especialmente obstétricos y neonatales

**RI 4.2: Servicios Sostenibles Materno-Infantil y Planificación Familiar**
4.2.1: Sistema de Salud Reformado para proveer servicios MI y PF de calidad para poblaciones sub-atendidas y vulnerables
4.2.2: Asegurada la disponibilidad permanente de métodos e insumos anticonceptivos

**RI 4.4: Uso de Datos para Tome de Decisiones**
4.4.1: Actualizados y mejorados los sistemas de M&E y de vigilancia epidemiológica y de la salud.

# IV. Contexto de País

De acuerdo con el último censo realizado en Honduras (2001), el país cuenta con una población total de alrededor de 7,4 millones de personas, de las cuales 54% son jóvenes menores de 15 años. Seis de cada 10 hondureños viven por debajo de la línea de la pobreza y de estos, el 70% viven en pobreza extrema, con una proporción de 2 a 1 entre las poblaciones rurales y urbanas. Las estadísticas muestran brechas en el rendimiento y efectividad del sistema de salud hondureño, especialmente en el abordaje de los determinantes para la salud entre las poblaciones rurales.

La razón de mortalidad materna (RMM) de acuerdo con el estudio "Actualización de la Razón de Mortalidad Materna, Año 2010" es de 73 por 100,000 nacidos vivos. Este valor comparado con la RMM de 1990 (182 x 100,000 n.v.) representa una disminución de un 60% y de un 31.5% para el dato obtenido en el año 1997 (108 x 100,000 n.v.). Las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio con una contribución del 37% (principalmente secundarias a retención de restos placentarios) continúan siendo la primera causa de muerte y los trastornos hipertensivos representan el 25% siendo la segunda causa; dentro de ellos, la eclampsia durante el puerperio (44%) fue la más frecuente. Las condicionantes más importantes para su ocurrencia siguen siendo la atención del parto por personal no calificado (17% de todos los nacimientos ocurren en las comunidades) y en muchos casos sin observación de las normas básicas de atención. Adicionalmente, existe un consumo insuficiente de micronutrientes (hierro, ácido fólico y vitamina A) por parte de las mujeres en edad fértil, que las coloca en condiciones de vulnerabilidad.

En el marco de la política RAMNI se propuso como meta que para el año 2010 ningún departamento presentaría una RMM superior a 90. Según el estudio en referencia, 10 departamentos alcanzaron esta meta: Copán, Cortés, Choluteca, Francisco Morazán, Lempira, Ocotepeque, Santa Bárbara, Valle, Olancho y Yoro. Sin embargo, los ocho que no lograron cumplirla fueron: Atlántida, Colon, Comayagua, El Paraíso, Gracias a Dios, Intibucá, Islas de la Bahía, y La Paz. De estos, en los departamentos de Atlántida y El Paraíso, se observó un aumento en la RMM de 36 y 40 puntos respectivamente con relación al año 1997 (34% y 28% para cada uno de ellos).

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2011-2012: (i) la tasa global de fecundidad a nivel nacional disminuyó de 3.3 en el 2005-2006 a 2.9 hijos por mujer; (ii) la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos aumentó en el mismo período de 62.1% a 66.1%; (iii) la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar es actualmente de un 10.7% entre las mujeres en edad fértil, pero no se puede comparar con la del 2005-2006, por cambios sufridos en las definiciones de los indicadores; (iv) el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han estado alguna vez embarazadas aumento de 22% a 24%, y (v) la tasa global de fecundidad en el área rural disminuyó de 4.1 a 3.5 hijos por mujer, con una prevalencia de uso de los anticonceptivos modernos que aumentó de 50% a 60.6%, entre las poblaciones sub atendidas y vulnerables, especialmente del área rural.

Aunque según los indicadores globales las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres (75.3 años las mujeres, 68.4 años los hombres), en el transcurso de su vida registran mayores tasas de morbilidad y dependen más de los servicios de salud debido al ciclo reproductivo. Las principales causas de muerte siguen asociadas a factores prevenibles como son los riesgos

reproductivos, el cáncer de útero y mama, la violencia de género, el VIH/SIDA y las causas asociadas a infecciones de transmisión sexual (ITS). Los hombres viven menos años y las principales causas de muerte están vinculadas con la violencia social, los accidentes de tránsito y el VIH/SIDA.

En relación a la niñez, la ENDESA 2011-2012 muestra que la tendencia de la tasa de mortalidad en el grupo de 0-5 años, continúa siendo descendente, si se estima que fue de 42 por 1,000 n.v. para el período de 1997-2002, de 32 para el 2002-2007 y de 29 para el de 2007-2012. La mortalidad infantil para los mismos períodos fue de 28, 25 y 24 respectivamente y la mortalidad neonatal, que sigue siendo actualmente la mayor contribuyente, presentó valores de 17, 16 y 17 respectivamente. Esto significa que el 64% de las muertes en los niños menores de un año en el período 1997-2002, el 65% en el 2002-2007 y el 75% en el 2007-2012, fueron durante el periodo neonatal y en el 2007-2012 tuvieron como causas principales la prematurez (22%), la asfixia/trauma al nacer (15%), las infecciones respiratorias agudas (14%), las malformaciones congénitas (13%) y las enfermedades diarreicas (11%).

Estas causas están influenciadas por la calidad de la atención durante el embarazo y el parto, principalmente por los partos no institucionales y por la falta de cumplimiento de los estándares definidos de atención, así como por la limitada disponibilidad de la tecnología e insumos necesarios en los partos institucionales. Esta estructura de la mortalidad infantil demanda la realización de ajustes en los procesos de atención y por lo tanto la reorientación de la asistencia técnica para focalizarla en el abordaje de estas principales causas de muerte.

En cuanto al acceso a servicios permanentes de salud, se sigue considerando que alrededor del 70 - 80% de los hondureños tienen algún tipo de cobertura como respuesta del sistema de salud, lo que incluye a los proveedores del sector público SESAL, IHSS y a los proveedores del sector privado, ya sea con fines de lucro, organizaciones de la sociedad civil (OSC), organizaciones no gubernamentales (ONG), y otras como las instituciones formadoras. De la población atendida, se estima que el 50-60% está cubierta por la SESAL , aproximadamente un 16% por el IHSS , y un 10-15% por el sector privado.

En cuanto al sistema de salud se consideran como sus funciones principales: (1) la rectoría del sector, (2) el financiamiento de la salud, (3) el aseguramiento para garantizar el acceso universal a los servicios básicos, y (4) la prestación de los servicios individuales y de salud pública. Estas cuatro funciones continúan ejerciéndose de manera descoordinada por todos los actores, ya sean públicos o privados. Los esfuerzos de ULAT han continuado orientándose a fortalecer la función de rectoría, a la formulación de propuestas de aseguramiento y a la de fortalecer la prestación de servicios de salud de tal forma que sean brindados con la oportunidad y la calidad deseada. En esta línea de pensamiento, se sigue apoyando a la SESAL en la implementación de una nueva estructura organizacional, tanto en el nivel central como en el intermedio, en el ordenamiento del sistema a través de un modelo nacional de salud que fue aprobado mediante acuerdo ministerial No. 1000-2013 de fecha 20 de mayo del 2013 y en los cambios necesarios en los proceso de planificación y presupuestación que le permitan fortalecer su función rectora y lograr los consensos sobre las políticas, planes o acciones prioritarias en materia de salud mejorando la coordinación y el alineamiento de las contrapartes principales.

De esta manera, se está contribuyendo con los esfuerzos para estrechar la coordinación del trabajo entre las instituciones del sector (principalmente la SESAL y el IHSS) y con otras secretarías de estado como Finanzas y Planificación, para desarrollar mecanismos que le aseguren a la población el acceso a los

servicios de salud de calidad, superando el financiamiento inequitativo del sistema. En el presente, el financiamiento inequitativo del sistema está caracterizado porque proporcionalmente los mayores gastos en salud son efectuados por aquéllos que tienen la menor capacidad de pago. Esto demanda que la SESAL consolide los cambios que se van implementando para fortalecer la función rectora que le corresponde como autoridad sanitaria.

Con relación a la prestación de servicios, se continúa trabajando para enfrentar los problemas de articulación entre los distintos proveedores y entre las unidades de salud de la red pública de servicios, para obtener mayor eficiencia social en la gestión de los recursos. Particular importancia tienen los procesos de adquisición y distribución de medicamentos e insumos, para tornarlos adecuados y suficientes en las unidades de salud que aún siguen siendo gestionadas por las SESAL, la mejora de la productividad y la calidad de los servicios, la superación de las condiciones generadas por horarios que limitan el acceso, largos tiempos de espera, y sistemas de referencia que no dan respuesta. Adicionalmente, se han encaminado acciones para favorecer los mecanismos de auditoría social de tal forma que las comunidades puedan opinar e incidir sobre los servicios de salud que reciben.

En el marco general hay que enfatizar, que para reducir la brecha entre personas con y sin acceso a servicios de salud, se continúa desarrollando el proceso de reforma del sector salud que contempla dos fases: La primera, en operación centrada en la separación de las funciones de rectoría y prestación de servicios, en tanto que la fase segunda se centrará en el aseguramiento en salud, el financiamiento y el acceso universal. El objetivo de ambas fases es la construcción de un sistema de salud descentralizado, plural e integrado, en el que varios proveedores de servicios operen bajo un plan sectorial unificado, conducido por la SESAL que habrá fortalecido su función rectora y procurará la eficiencia, eficacia y calidad de todo el sistema. Es en este propósito nacional en el que ULAT está contribuyendo para alcanzar los objetivos de servicios de salud de calidad incrementados y sostenibles, principalmente para las poblaciones excluidas y sub-atendidas.

**Ilustración 2- Contexto de País en Cifras**

| Indicador | Datos | Observaciones |
|---|---|---|
| **Esperanza de vida al Nacer** | 73.4 | Según Reporte del Desarrollo Humano 2013 |
| **Mortalidad de la niñez (0-5 años)** | 29 por 1000 nacidos vivos | Actualización ENDESA 2011-2012 |
| **Mortalidad neonatal** | 18 por 1000 nacidos vivos | Actualización ENDESA 2011-2012 |
| **Tasa global de fecundidad** | 2.9 | Actualización ENDESA 2011-2012 |
| **Razón de mortalidad materna** | 73 por 100,000 nacidos vivos | Actualización de la razón de mortalidad materna año 2010, publicado 2013 |

# V. Contexto de Proyecto

ULAT continuó brindando asistencia técnica a los procesos esenciales del fortalecimiento del sistema de salud, tratando de proveer el impulso necesario a las iniciativas que sirven para ampliar la cobertura y mejorar el acceso a servicios de salud de las poblaciones vulnerables y sub-atendidas de Honduras. Así, se implementaron acciones que incluyen desde los tomadores de decisiones y líderes del nivel central hasta los proveedores de servicios en el nivel comunitario. Para ello, se continuó efectuando un trabajo conjunto con las contrapartes que han venido actuando como responsables de cada área de acción, con el objetivo de mejorar la capacidad de respuesta y efectividad del sector, así como su empoderamiento, de tal forma que las acciones realizadas, una vez finalizado el proyecto, puedan mantener la sostenibilidad esperada.

La ejecución de las actividades del tercer año del proyecto transcurrió influenciada por una serie de circunstancias que exigieron esfuerzos de adecuación de la asistencia a las implicaciones derivadas de ellas. Es así que en su etapa inicial, el proyecto estuvo inmerso en la incertidumbre generada por el periodo electoral que genera lentificación en el accionar de las instituciones. En una segunda etapa, las circunstancias más relevantes del período fueron generadas por el proceso de transición administrativa que se extendió más allá de lo previsto, pese, a que una vez conocido el ganador en las elecciones, se acordó un proceso de transición acelerado para generar condiciones adecuadas antes de la entrada de la nueva administración. Para ello, en el caso específico del sector salud, se nombró una comisión bajo la coordinación de la Dra. Yolani Batres, quien estuvo fungiendo como viceministra en la administración saliente. Esta comisión incorporó en su agenda de trabajo como puntos destacados la puesta en marcha del nuevo DO de la SESAL, la aprobación de la ley general de salud y la aprobación de los convenios marcos de los hospitales incluidos en el proyecto de implementación del nuevo modelo de gestión hospitalaria. Estos tres aspectos eran líneas de acción en el plan de asistencia técnica que el proyecto brinda a la SESAL.

Una vez nombradas formalmente las nuevas autoridades de la SESAL, se requirió: (i) la instalación de un nuevo equipo de trabajo en la cúpula política estratégica de la institución liderado por la Dra. Yolani Batres, juramentada como la nueva ministra de la SESAL; (ii) la asunción de las responsabilidades específicas de cada uno de los miembros del equipo con el necesario tiempo de espera que condiciona su empoderamiento, y (iii) la adecuación de los funcionarios a la misión asignada y a un nuevo estilo y enfoque de trabajo que impulsa el nuevo gobierno y que gira alrededor del concepto de la gestión por resultados. Todos estos elementos generaron un proceso de transición lento debido a que una parte importante del equipo no contaba con la experiencia necesaria para el nivel en que fueron nominados, por lo que se necesitó un tiempo mayor que el esperado para alcanzar la plenitud en su rendimiento.

Es importante destacar que en todos los procesos de transición por lo que ha pasado la SESAL, ya sea de una administración a otra o en sucesiones ministeriales, ULAT se ha constituido como un dispositivo de memoria institucional.

A la situación descrita, que es en sí complicada, se sumó la complejidad representada por la decisión de la ministra de salud, de poner en marcha la implementación de la nueva estructura orgánica y funcional de la SESAL con el inicio de la nueva administración y que exigió en la práctica, la redefinición de los

procesos institucionales, una nueva distribución de funciones, la reingeniería de los procedimientos y la redistribución de los recursos humanos y físicos con que está dotada la SESAL. El desarrollo de las actividades y tareas vinculadas con estos aspectos demandó en todo esta etapa, una importante cantidad de los esfuerzos de todos los miembros del equipo superior, destacando que en la formulación de la propuesta de este nuevo DO y en su implementación, la ULAT tuvo y continúa teniendo un papel importante.

Continuando en los esfuerzos de la puesta en marcha de la nueva administración y de garantizar la obtención de los resultados que el gobierno fijó, durante esta etapa, ULAT también apoyó a la SESAL en el proceso de formulación del plan para los primeros 100 días, en la definición de una herramienta que permitió su monitoreo y en el análisis de los resultados que fueron presentados al despacho presidencial. En este plan 17 de las 20 líneas de acción estuvieron directamente vinculadas con el plan de asistencia de ULAT, mencionándose específicamente: (i) la aprobación de la ley marco del sistema de salud; (ii) la implementación de la reorganización de la SESAL, en base a la nueva estructuración orgánica y funcional aprobada por el presidente en consejo de ministros; (iii) la concertación de los compromisos de gestión por resultados con regiones y hospitales; (iv) la formalización y puesta en ejecución del primer convenio de gestión descentralizada de un hospital; (v) la concertación de los convenios de gestión descentralizados del primer nivel; (vi) la implementación del nuevo modelo de salud, especialmente en el diseño y conformación de las redes integradas de salud y el mejoramiento de la capacidad resolutiva de la red; (vii) la redefinición presupuestaria de los fondos nacionales para el financiamiento de la gestión descentralizada; (viii) el fortalecimiento del funcionamiento de las regiones departamentales de salud, implementando el nuevo manual de organización y funciones de las regiones; (ix) el fortalecimiento de la función de normalización en el marco de la implementación del sistema nacional de calidad; (x) el fortalecimiento de la función de compra y contratación de servicios de salud tanto a nivel central como regional; (xi) el nuevo modelo de gestión de los RRHH de la SESAL, y (xii) el fortalecimiento de la función de vigilancia de salud.

La tercera etapa del período estuvo condicionada por la consolidación del proceso de asunción plena y empoderamiento de las responsabilidades de la nueva administración de la SESAL y la continuación de los esfuerzos orientados hacia la implementación de la nueva estructura orgánica y funcional de la institución. También continuó la tendencia a establecer un nuevo estilo y enfoque de trabajo que gira alrededor del concepto de la gestión por resultados. Por ello, para vincular la etapa inicial de los 100 días con los resultados del periodo total de la administración, también se solicitó apoyo al proyecto para la formulación del "Plan Nacional de Salud 2014-2018". Un equipo conformado al interior de ULAT estuvo trabajando con los funcionarios de la UPEG en el cumplimiento de esta misión, hasta su presentación, el 9 de julio, a los actores relevantes del sector salud en una ceremonia especial, en la que la ministra de salud presentó además las acciones efectuadas y los resultados obtenidos durante los primeros seis meses de su administración. El aspecto más importante en relación al plan radica en que en su contenido también se incluyen la totalidad de las líneas de trabajo de ULAT y, dado que el horizonte de tiempo en que esta formulado va mucho más allá de la fecha en que el proyecto finaliza, se constituye en el primer esfuerzo político efectuado desde la planificación para la sostenibilidad de estas líneas de acción.

En esta misma línea de pensamiento, también tiene trascendental importancia la decisión del Presidente de la República de someter al Congreso Nacional la aprobación de una propuesta de ley marco de

protección social, que deberá ser complementada con una propuesta de ley del sistema nacional de salud y una propuesta del seguro nacional de salud. Para la propuesta de ley del sistema, el presidente integró una mesa con los actores relevantes del sector salud en la que hay participación de ULAT. Se espera que la propuesta pueda incorporar los elementos conceptuales, políticos, y estratégicos de la reforma del sector salud que se han estado impulsando con la asistencia técnica del proyecto.

Un elemento adicional al escenario descrito, fue el derivado de la situación de crisis del IHSS que a la fecha no ha sido superado y que motivó el nombramiento de una junta interventora. Esta junta ha focalizado su trabajo en los problemas de mayor magnitud en el campo de las finanzas y en la preparación de una propuesta de reconformación institucional basada en el concepto de aseguramiento universal. Como consecuencia algunas decisiones requeridas para implementar las actividades vinculadas con la asistencia técnica que brinda el proyecto no encontraron el ambiente propicio para su desarrollo y se lentificaron.

Dentro del contexto particular del proyecto actuaron como circunstancias propicias para su desarrollo las acciones de coordinación que se efectuaron con otros proyectos y cuyas líneas de trabajo convergen con las desarrolladas por ULAT, todo ello en el ánimo de hacer la entrega a la SESAL de una asistencia integrada y potencializando los esfuerzos individuales. En esta línea de pensamiento se pueden mencionar: (i) el mantenimiento de las coordinaciones con NEXOS en las reuniones de trabajo coordinadas por la UGD sobre el abordaje del desarrollo de las capacidades administrativas de los gestores descentralizados y el enfoque de los temas de transparencia y auditoría social en la gestión descentralizada; (ii) la integración en el equipo que está desarrollando el estudio de gasto y financiamiento junto con OPS, la SESAL y el Banco Central; (iii) la coordinación para la revisión y ajuste de la propuesta del proyecto de ley del sistema nacional de salud, con BID y OPS; con el BID, específicamente con la empresa CSC que ellos han contratado, las acciones relacionadas con la implementación del nuevo modelo de gestión en tres hospitales de la red pública de servicios de salud y la complementariedad de la asistencia técnica que se brinda al departamento de hospitales y a la UGD; (v) con JICA en los aspectos relacionados a la implementación del componente de atención del MNS; (vi) con el BID, bajo la coordinación de la UGD, los aspectos relacionados con la formulación del acuerdo entre la SESAL y la fundación que estará gestionando al hospital de San Lorenzo; (vii) con el proyecto LMG, en el proceso de contratación de servicios, con el fin de poder arribar a una respuesta homologada, y (viii) con Aidstar Plus, en la configuración de las RISS por la participación de las ONG 's que proveen un conjunto particular de servicios de VIH Sida a poblaciones especiales y con el uso de guías que han sido diseñadas por ULAT dentro del proceso de instrumentación del MNS.

También se deben señalar las dificultades principales que se han confrontado y que han tenido como consecuencias el enlentecimiento de líneas de trabajo específicas y la posposición en el logro de algunas otras. Entre ellas se puede mencionar que la implementación de la nueva estructura orgánica y funcional de la SESAL, se ha constituidos en uno de los elementos generadores de un proceso de transición un tanto más lento que lo esperado. Adicionalmente se observó el retraso en el inicio de la implementación de algunos proyectos cuyo financiamiento dependen de otras agencias y que condicionaron la posposición en el logro de algunos hitos que en principio fueron establecidos para los dos primeros años del proyecto como el sistema de información en salud cuyo desarrollo será financiado por la cooperación canadiense, y la norma nacional de vigilancia bajo la responsabilidad del CDC. Continuó siendo un elemento condicionante de la asistencia para que algunos procesos no avancen con la

celeridad que le corresponden, la falta de definición de los funcionarios que actuarán como contrapartes en la SESAL.

No obstante lo anterior se debe señalar que en general todas las líneas de trabajo del proyecto se encuentran en ejecución en un ambiente positivo y propicio, y las que han sufrido atrasos están señaladas las razones debidamente identificadas en el informe en detalle así con las acciones correctivas para superar la situación.

Los resultados de las actividades ejecutadas bajo las circunstancias antes descritas y que constituyen el plan de trabajo de la asistencia que ULAT brinda a la SESAL y al IHSS para el tercer año en los procesos de reforma, descentralización, género, desarrollo de políticas, salud materno-infantil y planificación familiar, se estructuran en tres áreas de resultados intermedios, en función del marco de objetivos de USAID para el país:

- ***RI 4.1: Uso de los servicios de calidad en salud materna e infantil y planificación familiar incrementado"***, con el que se busca fortalecer las capacidades de la SESAL para la formulación e implementación de políticas y estrategias fundamentales, dirigidas a hacer posible que la población más vulnerable tenga acceso efectivo y permanente a servicios de salud materna e infantil y de planificación familiar en forma oportuna y con una calidad aceptable.
- ***RI 4.2: Servicios sostenibles en salud materna e infantil y planificación familiar"***, con el que se pretende asegurar que las intervenciones en SMI y PF que sean diseñadas e implementadas tengan previstos mecanismos que aseguren su sostenibilidad. Se supone que la sostenibilidad puede garantizarse con el fortalecimiento de las capacidades de la SESAL como ente rector definiendo los marcos políticos, técnicos, financieros y regulatorios que posibilite una provisión de servicios MI y PF adecuada, sistemática y permanente.
- ***RI 4.4: Uso de datos para la toma de decisiones",*** con el que se pretende contribuir al mejoramiento de los sistemas de vigilancia en salud con énfasis especial en la vigilancia de la mortalidad materna y de la niñez, el proceso de monitoria y evaluación de la gestión, y el mejoramiento del sistema de información.

Un esfuerzo particular que efectúa el proyecto es la incorporación de elementos de género en todos los productos obtenidos a través de la asistencia técnica de ULAT, para lo que ha venido desarrollando líneas específicas de trabajo.

# VI. Integración de la Perspectiva de Género

Durante el primer trimestre del tercer año de trabajo, se logró socializar el diagnóstico de la transversalización de la perspectiva de género de la SESAL, que fue formulado en el segundo año del proyecto y a partir de sus resultados se continuó con la elaboración de la política de género, pese que el programa de género salud y desarrollo de la SESAL, contraparte oficial en este tema, durante este periodo pasó por diferentes cambios que implicaron modificaciones en su conducción, el ingreso de nuevo personal sin formación en el tema y un ambiente de mucha inestabilidad.

Para el segundo trimestre, se continuó enfrentado situaciones que tuvieron repercusiones en el abordaje del tema de género. Entre éstas se encuentra el cambio de las estructuras del gobierno, con las modificaciones en los relacionamientos institucionales como el ocurrido con la integración del Instituto Nacional de la Mujer (INAM) a la Secretaría de Desarrollo Social. También estaban pendientes las definiciones sobre la integración de los denominados programas de salud dentro de la nueva estructura orgánica y funcional en la SESAL y los lineamientos hacia donde se estaría orientando la prioridad y el trabajo de la actual administración en este tema.

En el tercer período, la SESAL avanzó lentamente en su reorganización estructural y funcional y el programa de Género, Salud y Desarrollo continuó funcionando como tal, con la consiguiente incertidumbre que ha generado la necesaria redistribución y ubicación de los recursos humanos y físicos en función del proceso de cambio. En virtud de ello, para impulsar las actividades del proyecto en este tema, se realizaron reuniones con el viceministro de regulación y sus asistentes técnicos, para discutir los avances y compromisos en las líneas de acción definidas. Es evidente que se necesita un mecanismo que permita darle seguimiento a éste proceso para continuar con las actividades de la asistencia técnica programadas dentro del proyecto, pero por las razones expuestas, no se ha contado con los lineamientos correspondientes.

Un reto importante de enfrentar en éste período fue la intervención del IHSS a través de una junta nombrada ante la compleja situación política, financiera y técnica encontrada en la institución. Esto condicionó que, dada las decisiones tomadas, los equipos técnicos tuvieran cierta inmovilización. Dado el tipo y magnitud de los problemas que está abordando la mencionada junta, el tema de PF no ha sido incluido explícitamente entre las prioridades identificadas, generando un clima de incertidumbre en el personal encargado de la puesta en marcha y desarrollo de la estrategia, así como los aspectos de género incluidos en la misma.

Bajo los escenarios descritos, a continuación se resumen los siguientes avances:

- En relación al fortalecimiento de las capacidades del equipo del IHSS en el tema de género:
  - se finalizó la programación de las actividades de la estrategia de PF incluyéndose los aspectos de género que se consideraron pertinentes y que están relacionados con la capacitación del personal para fortalecer sus capacidades en dicho tema.
  - Se priorizó la promoción de la metodología anticonceptiva a través de una mini campaña, en virtud que los anticonceptivos adquiridos por el IHSS han observado un escaso movimiento,

atribuyéndosele este fenómeno a la falta de información de la población, aún en las localidades con poblaciones concentradas, donde sería relativamente más fácil la promoción de los mismos

- Se realizó un taller para la elaboración de materiales no sexistas en planificación familiar, utilizando como documentos base el manual de publicidad no sexista (Instituto Andaluz de la Mujer) y la guía para la comunicación con equidad de género de Mugarik Gabe.
- Se capacitó a 25 técnicos del IHSS en el tema de género. Esta capacitación tuvo como objetivo operacionalizar el eje de equidad de género y posibilitar la inclusión de estas acciones cuando se realice la evaluación de la EGSPS, se ajuste y se elabore su nuevo plan de implementación.
- Se revisaron los elementos de género que contiene el eje de equidad de género dentro de la EGSPS y se analizaron los aspectos básicos sobre el sistema sexo género y su relación con la PF. En función de ello, se identificaron las actividades para fortalecer las 5 perspectivas desde las que se incluye género: incidencia política, abordaje de barreras, capacitación, organización de servicios, y análisis de género. Finalmente se revisó el proceso evaluativo de una estrategia y sus principales elementos.

➢ En la transversalización del proceso de expansión de la experiencia demostrativa: (IFC, HM y PF rural):

- Se realizaron acciones de capacitación del personal institucional. Este proceso incluyó contenidos sobre sexo género a nivel de comunidad, la identificación de barreras que limitan el acceso de las mujeres y los hombres a la salud materna infantil y la planificación familiar, las variables del plan de acompañamiento del hombre a su pareja durante el embarazo, parto y puerperio.
- Se elaboró el plan de sistematización de la experiencia, se obtuvo la información de campo y se hicieron los aportes para garantizar que el tema de género estuviese incorporado en la misma.
- Se incorporaron elementos de género y masculinidades en la conceptualización, en el proceso metodológico y en el seguimiento para la supervisión, monitoria y evaluación de la guía para la implementación conjunta de las estrategias comunitarias "ICEC".
- Se elaboró una propuesta metodológica para la realización de tres talleres con personal del DAIF de las 6 regiones priorizadas y de las redes donde se implementan la ICEC. El propósito de estos talleres fue el desarrollo de capacidades de los equipos del nivel central, nivel regional y de las redes, para fortalecer el empoderamiento en relación al tema de género, de acuerdo a los resultados encontrados en el proceso de expansión.
- Se incorporaron los elementos de género en el documento final de sistematización de la experiencia demostrativa (IFC, HM y PF rural) de Marcala, La Paz. Estos elementos están referidos a la participación del hombre durante el embarazo, parto y puerperio. También se rescataron algunos elementos de género que surgieron en la experiencia vivida en la zona y se identificaron las debilidades y las posibles opciones para replantear su abordaje en acciones futuras.
- Se desarrolló un proceso de capacitación en género, para fortalecer el desarrollo de las capacidades del equipo técnico de la SESAL en la ICEC, en la que se involucra a 8 regiones departamentales de salud y sus redes de servicios. Se formó un total de 71 personas (48 mujeres y 23 hombres).

➢ Para la incorporación de los elementos de género en la formulación de las propuestas de intervención en hospitales y regiones priorizadas para disminuir la mortalidad materna (MM) y neonatal, se participó en la revisión de los instrumentos de análisis de la mortalidad y morbilidad

materna grave. Los aportes hechos están en función de las estrategias de intervención que se refieren al entendimiento de los signos y síntomas de peligro, por la mujer, su pareja y su familia; la información que el hombre/esposo/pareja debe tener sobre la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio e información sobre la violencia domestica durante este período.

- Para garantizar la transversalización en la estrategia CONE actualizada en base al nuevo MNS, se incorporaron elementos de género en el documento final de la actualización de la estrategia, La incorporación quedó explícitamente realizada en los antecedentes, la situación actual con la inclusión de datos relacionados con las tres demoras a partir de la ENDESA 2011-2012, en el marco legal, el marco conceptual, el propósito, objetivos, la atención y provisión de servicios con calidad. Los elementos de transversalización están orientados a: (i) la referencia de las tres demoras y los aspectos de género relacionados a la toma de decisiones por parte de la mujer y la disponibilidad financiera para movilizarse a los servicios de salud; (ii) el rol del hombre como esposo/pareja durante el embarazo, parto, puerperio y su influencia en las decisiones relacionadas con el embarazo y el parto; (iii) la calidad y calidez en la atención de la mujer; (iv) los derechos sexuales y reproductivos del hombre y de la mujer, y (v) la descripción de la estrategia y la provisión de servicios de salud, donde se destaca el trabajo que debe realizarse desde los servicios de salud, con los hombres esposos/parejas, y su contribución en la disminución de la mortalidad materna y neonatal.
- En relación a la incorporación de los elementos de género en la propuesta de ley general de salud o en las leyes específicas que se formulen, se hicieron las acciones tendientes a garantizar la inclusión de aspectos con los que se contribuye a la transversalización de este tema desde la perspectiva legal, en la propuesta de proyecto de "ley marco del sistema de salud". En esta propuesta se definió de manera específica el abordaje del tema en: (i) la inclusión en el objetivo de la ley, al incorporar la garantía a toda la población del derecho a la protección de la salud, concibiéndola como el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad a los servicios de salud, sin discriminación por razones de género, raza, culturales y étnicas, entre otras,; (ii) al establecer como responsabilidad de la SESAL, en el diseño del modelo de salud, que éste considerará para el financiamiento, los atributos de equidad; (iii) en la garantía que toda la población estará asegurada, sin discriminación alguna por razones de género, culturales, étnicas, entre otras, y en todas las etapas de su vida, para el acceso efectivo a un conjunto de prestaciones de salud, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, suficiencia, calidad y universalidad, y (iv) al definir que la provisión de servicios deberá centrarse en la persona, la familia, la comunidad y su entorno, respetando sus derechos y su identidad cultural, eliminando las barreras que causen inequidades y privilegiando a los grupos de población más vulnerables y con menor oportunidad de acceso a los servicios de salud. Cabe mencionar que de forma general, el texto de la ley es incluyente y busca el aseguramiento universal de toda la población a servicios de salud con calidad y equidad.
- Se finalizó la propuesta de la política de género alineándola con el nuevo MNS, e incorporando los lineamientos de género referidos a la provisión de servicios, gestión y financiamiento, así como otros elementos que no existen en ningún otro documento de la SESAL, como el acoso sexual, el acoso laboral, la contratación de personal, el lenguaje inclusivo.
- Se planteó al vice ministro de regulación, la necesidad de definir un mecanismo para darle seguimiento al proceso de incorporación de género en la SESAL y se hizo entrega de una propuesta para la organización de un equipo de integración de género.

- En cuanto las acciones para fortalecer el desarrollo de capacidades en ULAT:
  - Se elaboró la guía para transversalizar la perspectiva de igualdad de género en ULAT: Conocimientos, Compromisos y Retos.
  - Se elaboraron los tres módulos relacionados con los aspectos conceptuales de género en salud (sistema sexo género y su relación con la salud, enfoque de derechos humanos en salud, conceptos complementarios de género), el análisis de género ¿Cómo lo puedo hacer?, y los elementos teóricos para la transversalización de género, los enfoques que se utilizan y los abordajes actuales. Así mismo se plantean las diferencias entre feminismo y género, los compromisos internacionales contraídos por la SESAL y los retos que se enfrentan en la actualidad.
  - Se elaboraron los cuatro boletines de género del año III, en los que se incluye: (i) un artículo sobre el proceso de transversalización de género en los procesos de salud y los avances del primer trimestre de acuerdo a la programación actual; (ii) la implementación conjunta de estrategias comunitarias, los abordajes de género y otros temas relacionados, que se pueden ir incorporando, y que constituyen elementos novedosos de la experiencia en ejecución; (iii) la actualización de los temas de equidad en salud, género y calidad, paternidad activa y el enfoque de masculinidades en la salud sexual y reproductiva, y (iv) las actividades de género centradas en los procesos de capacitación de personal en el IHSS y en la SESAL, a partir del abordaje de género en el marco de la salud materno infantil y la planificación familiar.
  - Se elaboró un informe consolidado de las siguientes actividades conmemorativas realizadas durante el presente año:
    - El día internacional del hombre el 19 de noviembre y el día internacional de la eliminación de la violencia contra la el 25 de noviembre. Se distribuyó información sobre la situación de violencia en el país, que incluye los feminicidios. También se elaboró un documento con la información sobre el origen de ambos días. Se presentó un video foro con la película "No se Aceptan Devoluciones", que se analizó con todo el personal del proyecto. Se relevó el rol de los padres en la formación de los hijos varones y se reflexionó sobre el abuso infantil que existe en la realidad; el amor paternal, y el cambio producido en la vida de los hombres/padres cuando nace un bebé. Fue una actividad valorada muy positivamente por todo el personal participante.
    - El día de la mujer hondureña (25 de enero) y el día internacional de la mujer (8 de marzo). En la primera actividad, se hizo una presentación de 5 cortometrajes sobre situaciones que enfrentan las mujeres hondureñas, luego se formularon preguntas a fin de relacionar el contenido de los cortometrajes con la vida cotidiana de las personas y se finalizó con una reflexión sobre la situación de las mujeres en Honduras. En la segunda actividad, se elaboró material alusivo al día internacional de la mujer y el programa a desarrollar, se construyó una galería de fotografías de mujeres influyentes en la vida de las mujeres y hombres que trabajan en ULAT, con el fin de valorizar los protagonismos de las mujeres, su contribución en el proyecto y en el desarrollo del país.
    - El día internacional de acción por la salud de la mujer, en el que se identificaron los elementos de género que incluye el MNS, los abordajes de las barreras de género hechas desde el componente de reforma y de salud integral a la familia haciendo una conclusión valorativa de éstos procesos.

- Con respecto a la incorporación de los elementos de género en el sistema de monitoreo y evaluación de la gestión para resultados (SIMEGpR):
    - Se hicieron aportes referidos a las inequidades de género que vulneran el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres y los hombres en su ciclo de vida; la igualdad de oportunidades, de trato y la no discriminación a las personas usuarias de los servicios por parte del personal de salud; la desagregación de datos por sexo, etnia, grupo de edad y el aplicar el análisis de género, y la inclusión de los elementos que indica el II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010-2022 en el marco legal.
    - Se incorporó en el diseño del sistema de monitoría y evaluación de la gestión, elementos de género que hacen énfasis en la medición de: (i) las desigualdades entre hombres y mujeres con respecto a la distribución de riesgos y necesidades en salud derivados de la diferencia biológica, de las condiciones materiales de vida, de la división sexual del trabajo y de las relaciones de poder entre los sexos, y (ii) las desigualdades en la asignación de recursos públicos y privados.
- En lo que se relaciona al proceso de transversalización de género en los estudios de priorización y focalización en base a grupos poblacionales y problemas de salud e investigación de equidad del financiamiento en salud se participó en diferentes reuniones para definir los términos de referencia de estas consultorías, lográndose incorporar elementos de género en los objetivos, productos y en los requisitos de selección.
- Para la inclusión del tema de género en el proceso de rendición de cuentas y de transparencia de los gestores descentralizados de los servicios de salud:
    - Se revisó el documento diagnóstico de la situación de auditoría social realizada a gestores descentralizados de salud y proceso de rendición de cuentas en uso. Este documento tuvo como objetivo brindar información oportuna y confiable sobre el proceso y resultados de las auditorias sociales realizadas a los gestores, que permita al ente rector la toma de decisiones de manera informada y contribuya a la consolidación de una cultura de uso de la información generada.
    - Se elaboró una propuesta de los aspectos de género a ser incluidos en los lineamientos para la rendición de cuentas de los gestores descentralizados de los servicios de salud, enfatizándose en el enfoque de derechos, la igualdad de género, la no discriminación como principio fundamental en éste proceso y la participación de hombres y mujeres en los procesos de auditoría social.

Sin embargo, también no se lograron aún algunos aspectos que se consideran importantes y se han tenido que posponer:

- No se logró el avance esperado en la evaluación de medio término de RAMNI con elementos de género, debido al proceso dilatado para la contratación del consultor que la realizaría. La actividad fue iniciada en el último trimestre y se espera que en su desarrollo, que se continuara en el próximo año de proyecto, se puedan medir los elementos de género correspondientes en la evaluación, para poder fortalecer éste enfoque en la estrategia actualizada de RAMNI, que se obtendrá como producto de la evaluación. Asimismo, se espera elaborar una propuesta para definir los lineamientos de género y su incorporación en las instancias de coordinación de RAMNI, con los que se permita la

incorporación de este tema en las propuestas de intervención de los hospitales y regiones para disminuir la mortalidad materna y neonatal.

- Con respecto a la incorporación de los elementos de género en el proceso de vigilancia sostenida de mortalidad materna y de la niñez, a la fecha, para las autoridades de vigilancia de la salud, no han definido como una actividad prioritaria, la revisión de dichos instrumentos que se utilizan a nivel nacional, debido que los que se están utilizando en la actualidad fueron elaborados en el 2012.
- La formulación de una estrategia de género y su plan de implementación es una actividad que se tuvo que postergar en su tiempo de ejecución debido que está condicionada a la aprobación de la propuesta de la política de género formulada.
- Las propuestas preliminares de las herramientas gerenciales para el componente del SPSS en el nuevo MNS fueron finalizadas en el último trimestre, por lo que las actividades para la incorporación de los elementos de género se efectuaran el próximo año del proyecto.

**Entregables trimestre IV:**

- *Informe de los contenidos propuestos para la incorporación en la estrategia, plan y evaluación de PF-IHSS.*
- *Informe de la incorporación de género en la sistematización de la experiencia demostrativa.*
- *Informe de las actividades de capacitación en la experiencia demostrativa con enfoque de género.*
- *Informes sobre la incorporación de los elementos de género en la estrategia CONE y en su implementación.*
- *Cuarto Boletín de Género correspondiente al último trimestre.*
- *Informe de conmemoración de eventos especiales en género para el equipo de ULAT.*
- *Informe sobre la incorporación de los elementos de género en el sistema de monitoría y evaluación de la gestión.*
- *Informe sobre los elementos de género incorporados en la investigación sobre gasto y financiamiento en salud (cuentas nacionales).*
- *Informe sobre los aspectos de género incluidos en los lineamientos para la rendición de cuentas de los gestores descentralizados de los servicios de salud.*

# VII. Logros del proyecto y retos programáticos

A continuación, en forma pormenorizada, se describen por sub-resultado intermedio el desarrollo de las actividades, los avances y los logros alcanzados por período trimestral con relación a la programación establecida; los productos entregados; los productos que quedan pendientes de entregar con una valoración de la situación actual en cuanto a su desarrollo; los productos que se lograron y que no estaban inicialmente contemplados, y los principales retos que tuvieron que enfrentarse en el desarrollo de las actividades.

## RI 4.1 Incrementado el uso y acceso a servicios de salud materna e infantil y de Planificación Familiar de calidad

Para el tercer año del proyecto ULAT propuso, a través de este resultado intermedio, el fortalecimiento del desarrollo integrado, sinérgico y complementario de las intervenciones orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil en el marco de la reforma del sector salud. Por ello, sus acciones se enfocaron a la consolidación de la aplicación de las estrategias e intervenciones que se venían implementando en los dos primeros años. En la SESAL la política RAMNI engloba 19 intervenciones dirigidas a que la población sub atendida y más vulnerable tenga acceso a servicios de salud materna e infantil y de planificación familiar de calidad aceptable, siendo las más importantes, las estrategias CONE, la metodológica de planificación familiar, la de trabajo con individuos, familias y comunidades, la de hogares maternos y la destinada a garantizar el acceso a servicios de PF en el área rural. En el caso de la asistencia que se provee al IHSS, las acciones estuvieron orientadas a la implementación de la estrategia vinculada a la gestión de los servicios de PF para mejorar la cobertura en su población usuaria.

Los aspectos fundamentales y los logros alcanzados de los dos sub resultados intermedios vinculados con la mejora de los servicios de PF y la atención de la salud materna infantil, se presentan en las secciones siguientes.

### *SUB RI 4.1.1*

*Incremento en el acceso y disponibilidad de servicios efectivos de PF del sector público y privado, para las poblaciones vulnerables y sub-atendidas.*

Bajo este sub resultado intermedio, durante los primeros dos años del proyecto, se realizó la evaluación y actualización de la estrategia metodológica de PF a nivel nacional en base a criterios de cobertura, calidad y equidad de género. También se avanzó en la fase de la implementación de la estrategia en mención y de la herramienta consolidadora de datos logísticos sobre anticonceptivos actualizada, en todas las regiones de la SESAL. En el IHSS se diseñó e inicio la implementación de la estrategia de gestión de los servicios de PF.

En función de estos avances, para el tercer año del proyecto, los esfuerzos de la asistencia técnica se orientaron por una parte, a la consolidación de los componentes de logística y programación de la

estrategia de PF y el uso apropiado de la información que proporciona la herramienta consolidadora de datos logísticos en la SESAL, y por otra, a consolidar la implementación de la estrategia de PF en el IHSS.

## PLANIFICACION FAMILIAR

PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA SESAL

Como fue mencionado, en los primeros años del proyecto, se realizó la evaluación y actualización de la estrategia metodológica de PF a nivel nacional en base a cobertura, calidad y equidad de género y se inició su implementación con la capacitación a facilitadores nacionales y regionales, quienes realizaron réplicas a nivel de redes y de unidades de salud. Adicionalmente, se le dio seguimiento a la implementación de la HCDL.

Con estos logros, para este período, las acciones ejecutadas estuvieron orientadas a la consolidación de los componentes de logística y programación de la estrategia y al uso apropiado de la información que proporciona dicha herramienta, por lo que las actividades desarrolladas fueron: (i) brindar asistencia técnica al PAIM para la consolidación del componente de logística para garantizar el abastecimiento de métodos a monitores y monitoras de PF en el área rural; (ii) apoyar al PAIM en la consolidación del componente de programación de la estrategia metodológica de los servicios de planificación familiar (EMSPF), y (iii) asegurar que en los convenios con los proveedores descentralizados se incluyera en forma apropiada los lineamientos para PF.

En la ejecución del plan de trabajo anual, las actividades se fueron ejecutando por cada período trimestral como sigue:

### Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013

- En el marco de la implementación conjunta de las estrategias comunitarias (ICEC), se hicieron las coordinaciones entre el nivel central de la SESAL, la región departamental de La Paz, la red de servicios de Marcala y las US incluidas en el proceso, tendientes a definir y ejecutar los mecanismos para la distribución de métodos anticonceptivos a los monitores y monitoras comunitarios de PF, logrando la primera entrega de ellos, cumpliendo los lineamientos definidos en la estrategia metodológica de los servicios de PF de la SESAL (EMSPF).
- Se actualizaron y distribuyeron a todas regiones de salud los instrumentos para la

Ilustración 2: Monitoras/es graduados en las RISS de Marcala, La Paz

realización del inventario físico de anticonceptivos con fecha de corte al 15 de noviembre, se levantaron los datos y se inició la digitalización para elaborar el informe correspondiente.

- Se inició la elaboración de la versión actualizada de la herramienta consolidadora de datos logísticos (HCDL) en un ambiente de programación basado en FoxPro.
- Se apoyó al PAIM en la realización de talleres para garantizar la aplicación de los lineamientos de programación de la EMSPF de la SESAL. Estos talleres fueron dirigidos a los responsables de PF de todas las regiones de Salud, a los gestores de las redes de servicios de salud descentralizadas, y a los gestores de los hospitales que tienen convenios financiados por el proyecto Salud Mesoamérica 2015.
- Se revisaron y adaptaron a la situación actual, los lineamientos técnicos para el desarrollo de las actividades de planificación familiar por proveedores descentralizados.

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- Se rediseñó la herramienta consolidadora de datos logísticos (HCDL), pasando de ser una hoja electrónica de Excel, a un programa completo en base FOX PRO, satisfaciendo todas las demandas que los usuarios a nivel nacional plantearon en la reunión de consulta que se realizó para tal fin.
- Se capacitaron en el uso de la HCDL rediseñada, a 18 de los 20 responsables del funcionamiento de la herramienta en cada una de las regiones sanitarias.
- Se elaboró el informe del inventario físico de anticonceptivos con fecha de corte al 15 de Noviembre 2014 con una participación de 1,528 establecimientos de salud, el cual mostró como resultado que un 65% (994 unidades) de estos estaban desabastecidos de algún método anticonceptivo.
- Se desarrollaron dos talleres para reforzar los lineamientos de la programación contenidos en el respectivo componente de la EMSPF dirigidos a los responsables de la actividad en cada una de las regiones sanitarias. Posteriormente las regiones realizaron un taller para elaborar la programación con todas las personas responsables en la RISS, basada en la información proveniente de cada uno de los establecimientos de salud.
- Se incluyeron los lineamientos técnicos para el desarrollo de las actividades de planificación familiar por proveedores descentralizados, en los convenios de gestión descentralizada.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se continuó con la capacitación de los usuarios de la HCDL y se dio inicio a la capacitación a nivel de las redes de servicios, que es la mayor novedad de esta herramienta.
- Se elaboraron y distribuyeron los instrumentos para el inventario físico de anticonceptivos que se realizaría con fecha de corte para el 15 de junio, fecha en que se realizó la actividad a nivel nacional.
- Se confirmó que se firmaron y estaban en operación, los convenios de gestión descentralizada en la que se incluyeron los lineamientos técnicos para el desarrollo de las actividades de planificación familiar por proveedores descentralizados.

**Trimestre IV: julio 1-septiembre 30, 2014**

- Se finalizó la instalación, capacitación y fortalecimiento en el uso de la HCDL en las regiones que faltaban, habiéndose de esta manera completado el proceso a nivel nacional.
- Se realizó el inventario físico de anticonceptivos con fecha de corte el 25 de junio de 2014, arrojando el indicador de desabastecimiento en 78%.
- Se hicieron consultas a los responsables de planificación familiar de 18 Regiones Sanitarias y de 3 hospitales, sobre los problemas existentes en la distribución de métodos de planificación familiar con el propósito de definir mecanismos para su mejora. Como resultado se revelaron los siguientes hallazgos:
    - En el almacén central: (i) no siempre está disponible el personal responsable de la entrega, por lo que en ocasiones la región no los puede retirar; (ii) no hay oportunidad en la emisión de los oficios de control por parte de los técnicos y los funcionarios administrativos del nivel central para que les entreguen los métodos, y (iii) en algunos hospitales no se dispone de transporte, ni de recurso humano para esta actividad.
    - A nivel de la distribución de los almacenes regionales a las redes y de estos a los establecimientos de salud: (i) no existen mecanismos claramente definidos para esta actividad, y (ii) no se cuenta con fondos para optar a soluciones alternativas.

**Entregables trimestre IV:**

- *Informes del inventario físico de métodos de PF de octubre 2013 y de mayo 2014.*
- *Informe de resultados conteniendo recomendaciones para mejorar la distribución de métodos.*
- *Informe de la programación de PF en las regiones priorizadas con base a la EMSPF.*
- *Informe de monitoreo con evaluación de coberturas y el incremento de métodos entregados por proveedores descentralizados.*

***Retos Programáticos:***

El principal reto enfrentado en este periodo fue la limitación de tiempo que los funcionarios del PAIM dedicaron a este tema que fue generada por las múltiples actividades a que se dedican y por la decisión de que los funcionarios del programa de atención integral a la mujer deberían participar en todas las actividades programadas, lo que causa congestionamiento en sus agendas y consecuentemente demora en la programación de las actividades.

## PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL IHSS

En los periodos anteriores, en el IHSS se realizó un diagnóstico de la situación de las actividades de PF que demostró la inexistencia de una herramienta gerencial para la gestión de dichas actividades y que solamente el 22% de los derechohabientes que planificaban obtienen sus métodos en la institución. En función de este diagnóstico se diseñó la "Estrategia de Gestión de los Servicios de PF del IHSS" y se dio inicio a su implementación. No obstante, se requiere la ejecución de acciones tendientes a la

consolidación de la implementación de la estrategia, por lo que para el tercer año, el proyecto se propuso realizar las siguientes actividades: (i) apoyar técnicamente a la instancia correspondiente del IHSS para consolidar el proceso de adquisiciones de métodos de PF; (ii) apoyar la consolidación de la programación y la monitoria de la EGSPF en el IHSS; (iii) apoyar la evaluación y actualización de la EGSPF del IHSS en base a la evaluación, y (iv) brindar asistencia técnica para hacer sostenible el funcionamiento de la HCDL.

Las actividades que se fueron ejecutando y los logros alcanzados por cada período trimestral son como sigue:

**Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013**

- Se logró que las unidades propias del IHSS y subrogadas realizaran la programación para el año 2014 y se inició la elaboración de los consolidados a nivel nacional.
- Se elaboró y aprobó la herramienta consolidadora de datos logísticos.
- Se capacitó en el uso de la herramienta de datos logísticos, a dos técnicos de informática que fueron designados por la dirección médica nacional como responsables en el nivel central de su manejo y se les apoyó a ellos, en los talleres de capacitación que realizaron con el personal que aplicará la herramienta en las tres modalidades de atención.

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- Se apoyó el fortalecimiento de la programación de las clínicas periféricas más grandes de Tegucigalpa y se realizó la programación de las unidades del sistema médico de empresas en dos talleres realizados en Tegucigalpa y San Pedro Sula.
- Se dio inicio a la consolidación de la programación de métodos de PF.
- Se instaló la HCDL en todas las unidades donde funcionaría y se programó una gira de supervisión para la primera semana de abril a fin de monitorear su funcionamiento.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se dio seguimiento a la programación de métodos de PF en todas las unidades de salud del IHSS, encontrando que la región nor occidental lo hizo al 100% pero no así la región centro sur oriente.
- En el marco de la implementación de la estrategia se fortaleció la transversalización del enfoque de género, principalmente en la capacitación para la elaboración de materiales educativos no sexistas, producto de la cual se elaboraron dos afiches, un banner, cuatro trifolios y una cuña radial, con los que se acordó lanzar una "Mini Campaña" promocional de los servicios de PF.
- Se continuaron haciendo los ajustes a la herramienta electrónica de la HTD y se completó la capacitación al personal de estadística de la región nor occidental para su uso.

**Trimestre IV: julio 1-septiembre 30, 2014**

- Se elaboró el consolidado de la programación de todas las unidades de salud que programaron en el IHSS; se excluyeron las unidades de la región centro sur oriente que por razones de la situación de falta de métodos no se arriesgaron a planificar.
- Se capacitó al personal de servicios clínicos de Tegucigalpa y San Pedro Sula en consejería de planificación familiar a través del uso de la HTD.
- Se revisó y actualizó la "Guía Clínica de PF", con el objeto de mejorar la prestación de atenciones de planificación familiar de acuerdo a las normas actualizadas.
- Se revisaron e incorporaron al tablero de mando del IHSS, los indicadores incluidos en la Estrategia de Gestión de los Servicios de PF, con el fin de garantizar su sostenibilidad.

**Entregables trimestre IV:**

- *Consolidado de la programación de métodos de PF en el IHSS.*

**Entregable Adicional**

- *Guía clínica para la atención de PF en el IHSS.*

**Retos Programáticos:**

A inicios del periodo, se enfrentaron dificultades vinculadas con la sobrecarga de trabajo del personal de la dirección médica nacional, ocasionado por las demoras en la oportunidad de la toma de decisiones con el enlentecimiento en la consecución de resultados y la falta de consistencia en la ejecución presupuestaria.

Sin embargo, el principal reto enfrentado surgió a consecuencia del nombramiento por parte del presidente de la república de un junta interventora del IHSS, cuyas decisiones ocasionaron entre otras situaciones, la paralización interna del trabajo del personal y que algunas de las actividades de asistencia se lentificaran e incluso se detuvieran en su curso normal; como ejemplo se mencionan la consolidación de la programación y la monitoria de la EGSPF en el IHSS y la consolidación del proceso de adquisiciones de métodos de PF.

## *SUB RI 4.1.2*

*Incrementada la capacidad de Proveedores Públicos y Privados para mejorar el acceso a y la disponibilidad de servicios MI- especialmente obstétricos y neonatales.*

Bajo este sub resultado, en los primeros dos años del proyecto, se apoyó a la SESAL en la elaboración del análisis del grado de implementación de la política RAMNI y en base a sus resultados, se elaboró el plan de conducción de esta política para los años 2012 y 2013. También se apoyó, en el marco de la estrategia de CONE, el diseño e implementación de los lineamientos para la capacitación en la aplicación

de las normas de atención materno neonatal para los niveles hospitalario y ambulatorio actualizadas en el 2010 y la revisión de la estrategia de trabajo con individuos, familias y comunidades, en el análisis del grado de implementación de los hogares maternos, y en la vigilancia de la mortalidad materna e infantil.

A fin de continuar con el desarrollo de estos procesos, para el tercer año del proyecto, la asistencia técnica se enfocó en las intervenciones orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil en el marco de la reforma que el nuevo gobierno designe, y a la implementación de la estrategia CONE.

4.1.2.1 Fortalecida la capacidad de la SESAL para supervisar la implementación de RAMNI a nivel nacional.

**RAMNI**

En el segundo año del proyecto se realizó el análisis del grado de implementación de la política y los resultados sirvieron de base para elaborar el plan de conducción de RAMNI 2012-2013 que por situaciones relacionadas con los cambios de autoridades de la SESAL, no fue posible ejecutar, por lo que las actividades de la asistencia técnica propuestas para el tercer año fueron: (i) apoyar a la instancia que se designe en la realización de la evaluación de medio término de la ejecución de la política RAMNI; (ii) brindar asistencia técnica para adaptar la política de RAMNI en función de los resultados de la evaluación realizada; (iii) apoyar al DAIF en la formulación de propuestas de intervención en las regiones y los hospitales priorizados para disminuir la MM y neonatal; (iv) apoyar el fortalecimiento de las instancias de conducción de RAMNI, y (v) apoyar la elaboración de una propuesta de implementación de la estrategia AIN-C que sea factible y eficiente para proveedores descentralizados.

La cronología trimestral de las correspondientes actividades fue como sigue:

**Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013**

- Se inició el proceso de selección y contratación de la persona que estaría desarrollando la consultoría para hacer la evaluación de medio término de la ejecución de la política RAMNI.
- Se le dio seguimiento a los resultados obtenidos en las últimas etapas de la gestión gubernamental que tuvieron poca priorización de los aspectos vinculados con RAMNI.
- Se culminó el proceso de selección de la persona que ejecutara la consultoría para formular una propuesta de implementación de la estrategia AIN-C que sea factible y eficiente para proveedores descentralizados.

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- Se decidió realizar la formulación de propuestas de intervención en las regiones y los hospitales priorizados para disminuir la MM y neonatal con el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela. Sin embargo debido a cambios operados en este hospital, no se logró la aprobación del plan de trabajo y su consecuente ejecución, por lo que se analizó la posibilidad de reconsiderar el cambio de la contraparte para poder realizarla.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se declaró fallido el proceso para la contratación de la consultoría que estaría llevando a cabo la evaluación de medio término de RAMNI, por lo que se realizó uno nuevo que pasó a fase de negociación.
- Debido a la imposibilidad de llevar a cabo la formulación de propuestas de intervención en las regiones y los hospitales priorizados para disminuir la MM y neonatal con el hospital Escuela, se decidió coordinar esta actividad con los hospitales de Tela y San Lorenzo y la región departamental de Atlántida, habiéndose logrado el diseño de los "instrumentos para profundizar el análisis de las muertes maternas y en la niñez", que servirán de base para elaborar los planes de intervención para mejora y evitar futuras muertes por las mismas razones.
- Se inició la coordinación con el vice ministro de regulación quien designó a sus asistentes para elaborar el borrador del "plan de conducción de RAMNI" y se consensuó el documento que se encuentra en calidad de borrador final.
- Se contrató a la profesional seleccionada para llevar a cabo la consultoría específica que tendrá como productos un informe diagnóstico de la estrategia de AIN-C y una propuesta metodológica de AIN-C que sea factible y eficiente para proveedores descentralizados. Se elaboraron el plan de trabajo y los instrumentos para recolectar la información necesaria para efectuar el diagnóstico y se inició el proceso de recolección.

**Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014**

- Se finalizó el proceso de contratación de la consultora responsable de llevar a cabo el proceso de evaluación de medio término de RAMNI.
- Se dio inicio a la evaluación de medio término de RAMNI, para ello se sostuvo una reunión inicial de coordinación con el Fondo de Población de Naciones Unidas y la OPS y se efectuaron las gestiones ante la Dirección General de Normalización para organizar el equipo coordinador nacional que conducirá este proceso.
- Se elaboraron los borradores de los instrumentos para profundizar el análisis de la mortalidad materna e infantil, como herramientas que brindan información para la elaboración de los planes de intervención que aborden las condicionantes y con ello, evitar futuras muertes por las mismas causas. Los instrumentos para niñez fueron validados demostrando que son una herramienta que aporta ventajas operativas para la toma de decisiones. Los de la mujer están en proceso de validación.
- Se inició la implementación del plan de trabajo conjunto con el Hospital de San Lorenzo, con miras a convertirse en un hospital CONE completo.
- Se hizo el diagnóstico de la implementación de AIN-C en todas las modalidades vigentes, en base a sus resultados se elaboró una propuesta borrador de lineamientos de AIN-C para proveedores descentralizados, la que será utilizada para efectuar el costeo de esta intervención en el marco de los convenios de este tipo.

**Entregables trimestre IV:**

- *Informe del diagnóstico de la estrategia de AIN-C.*
- *Propuesta metodológica de AIN-C para proveedores descentralizados.*

**Retos Programáticos:**

El mayor reto enfrentado en este proceso a lo largo de todo el tercer año del proyecto, lo constituyó la falta de priorización del liderazgo en la conducción de la estrategia RAMNI por parte del nivel político y la falta de definición de los responsables de su conducción, restándole el vigor político con que se había venido instrumentando.

## INTEGRACION DE ESTRATEGIAS COMUNITARIAS

Parte de las acciones identificadas como prioritarias para dar sostenibilidad a las acciones orientadas a contribuir con la reducción de la mortalidad materna e infantil, es la implementación conjunta de estrategias comunitarias, cuya expansión resultó exitosa, despertando el interés de la mayoría de las regiones sanitarias y de otros donantes, como el UNFPA. Esta estrategia se logró implementar con diferentes grados de avance en 7 regiones y 15 redes de servicios y se alcanzó a capacitar aproximadamente a 170 monitoras/es comunitarios de PF. En esta línea de acción se definió específicamente apoyar al DSIF en la sistematización y expansión de esta experiencia que incluye la implementación simultánea de tres estrategias de trabajo con la comunidad: IFC, HM y PF rural. Por su naturaleza, y dado que tiene un alto potencial para que se le agregaran otras estrategias a las tres seleccionadas inicialmente, al proceso se le denominó Implementación Conjunta Estrategias Comunitarias (ICEC).

Los logros más importantes alcanzados en cada uno de los periodos, se describe a continuación:

**Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013**

- Se terminó de capacitar al personal de la CMI de Marcala en CONE-Básico, para que se pueda dar respuesta con calidad a la demanda generada desde la comunidad.
- Se diseñó y validó la metodología para desarrollar el tema de "plan de la participación del hombre" en la salud sexual y reproductiva, actividad que se hizo con la metodología de "aprender haciendo" para transferir esas habilidades al personal de la red de servicios.
- Se inició la coordinación con el proyecto ACCESO a fin de incorporar el tema de nutrición en el proceso; Asimismo se inició el proceso de identificación de los mecanismos para

**Ilustración 3: Asamblea con actores claves de la RISS de Marcala, para concertar apoyo al proceso de ICEC.**

vincular el AIN-C, específicamente la coordinación de las monitoras y para reforzar el uso de los resultados de los monitoreos.

- Se inició la extensión de esta experiencia a otras zonas del país: En Arizona, Atlántida, se desarrollaron las capacidades del equipo regional con financiamiento de Médicos Mundi. En Santiago Puringla se inició la implementación en coordinación con la Iniciativa Meso Americana 2015. En MANCORSARIC se iniciaron las negociaciones con el gestor y con el director regional y en Lepaera, Lempira, con el gestor (la alcaldía municipal) y representantes del equipo regional.
- Se diseñó el "Sistema Automatizado de Información de las Actividades Comunitarias" (SAIAC), el cual se instaló en las oficinas de estadísticas de Marcala y se capacitó a la funcionaria responsable de manejarlo. Este sistema consolida la información producida a nivel de las redes de servicios, a nivel regional y a nivel central.
- Se establecieron acuerdos entre el personal de la CMI-E, miembros del comité de apoyo al hogar materno y la persona encargada del mismo en el sentido de respetar los lineamientos para el funcionamiento de los hogares maternos y el reglamento interno, quedando claro que solo se alojarán embarazadas y puérperas, las cuales pueden hacerse acompañar de un familiar siempre y cuando sea mujer.
- Se llevó a cabo una maratón para la obtención de fondos para la adecuación de la instalación en el hogar materno del equipo donado por el UNFPA bajo gestiones realizadas por el DSIF.
- Se diseñaron los flujos de los procesos de funcionamiento interno para mejorar la gestión del hogar materno.
- Se hicieron avances en la organización de un equipo itinerante para la realización de AQV con anestesia local en las Clínicas Materno Infantil.
- Se elaboraron los planes de sistematización y de implementación de la implementación conjunta de estrategias comunitarias (ICEC).

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- Se elaboró el plan de expansión de la ICEC, para seis regiones sanitarias distribuidas en puntos estratégicos del país y se inició la formulación de una guía para su implementación. El Plan contempló el desarrollo del equipo regional y de un equipo de cada RISS que se encargaría de la implementación de la estrategia en la red seleccionada, previéndose que posteriormente con las capacidades desarrolladas se pudiera extender a otras redes en el caso de la región y a otras comunidades en el caso de los equipos de red.
- Se inició el proceso de elaboración de los planes de trabajo de las redes seleccionadas para la ICEC. Estas redes fueron MANCORSARIC en Copán, Santiago Puringla en La Paz, Arizona en Atlántida, Dulce Nombre de Culmí en Olancho, Concepción de María en Choluteca y San Manuel de Colohete en Lempira.
- Se acordó que a la Red de Lepaera se apoyaría en lo relacionado con la estrategia de hogares maternos, la capacitación sobre CONE y sobre AQV con anestesia local para que se realice en la CMI-E.
- Se dio seguimiento a los monitores y monitoras de PF rural y se confirmó que más del 50% de los monitores que se graduaron se mantienen activos. También se recopiló información sobre la distribución de métodos y las fortalezas y debilidades que existen para que los puedan realizar.

- Se iniciaron acciones para la reactivación del centro de AQV del centro de salud Dr. Alonzo Suazo, el cual se convertirá en un centro de capacitación en el que se formarán equipos itinerantes de cada una de las regiones involucradas.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se avanzó en la ICEC en forma simultánea en 8 redes de servicios de salud y se está incorporando la red de MANCOSOL.
- Se capacitaron 12 monitores de PF rural en la red de Arizona, 5 equipos conductores de redes en el proceso (Concepción de María, Arizona, COLOSUCA, Santiago Puringla y Dulce Nombre de Culmí) y el personal de las US de dos redes de servicios.
- Se organizó el "comité de apoyo externo" del hospital de Tela quien se encargará de gestionar el Hogar Materno.
- Se hicieron los ajustes finales al sistema de información automatizado de estrategias comunitarias y se capacitaron para su uso a 27 recursos provenientes del nivel central y de las 8 redes y 6 regiones en las que se está implementando el proceso.
- Se finalizó la elaboración de la guía de implementación de la ICEC.
- Se avanzó en la elaboración del documento de sistematización de la expansión de la ICEC.

**Ilustración 4: Taller de capacitación de Monitoras/es comunitarios de PF en la RISS de Concepción de María Choluteca**

**Ilustración 5: Comité de apoyo a la Gestión externa se organiza en el Hospital de Tela y además gestiona el Hogar Materno**

Ilustración 7: Líderes comunitarios de La comunidad del porvenir segundo, Copan Ruinas, en asamblea comunitaria esquematizan los problemas de nutrición (Desnutrición y obesidad)

Ilustración 6: Monitoras/es de PF Rural en Copan Ruinas.

**Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014**

- Se socializó el proceso de ICEC en la Región Sanitaria de Copan obteniéndose como resultado la decisión de la Directora regional para expandir el proceso a nivel de los 10 municipios que integran la mancomunidad Chortí, en el norte del departamento de Copan.
- Se continuó con la asistencia técnica para lograr la apertura de la CMI en nueva Armenia en Copán.
- Se apoyó la organización de los comités de apoyo a los Hogares Maternos de las CMII de Nueva Armenia y el Jaral en Copán y la de Concepción de María en Choluteca, con el propósito de incrementar la cobertura de atención institucional del parto en estas zonas.
- Se capacitó en la implementación de ICEC a 39 recursos técnicos de las redes de MANCOSOL y COLOSUCA del departamento de Lempira.
- Se capacitaron como facilitadores de la

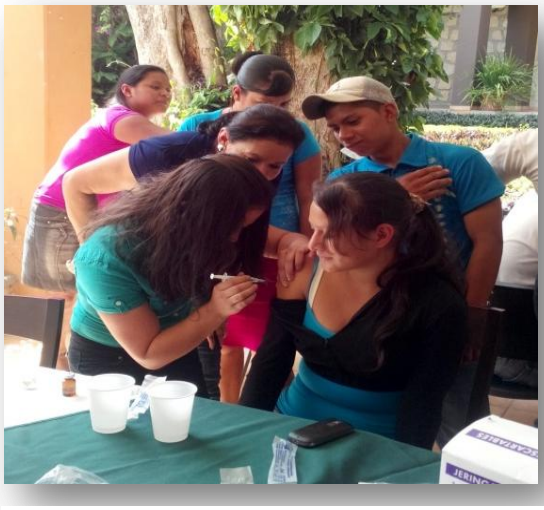


Ilustración 8: Practica de aplicación de DEPO en taller de PF Rural dirigido a monitoras/es de PF Rural en MANCORSARIC.

capacitación de monitoras/es comunitarios de PF 48 recursos técnicos y como monitoras/es comunitarios de PF rural a 75 voluntarios de las redes de Copan Ruinas, MAMBOCAURE, CONCEPCCION DE MARIA, SAN MARCOS DE COLON y Santiago de Puringla así como de las Regiones Sanitarias de Copan y La Paz.

- Se apoyó al equipo de la Región Sanitaria Departamental de Copán, Hospital Regional de Occidente, y las Unidades de Salud de la red de MANCORSARIC que participan en el proceso de ICEC en la definición del perfil de funcionamiento, en base a los Cuidados Obstétricos y Neonatales, de cada uno de los niveles de gestión (Departamental, RISS MANCORSARIC) y los niveles de atención (Hospital Regional de Occidente, CMI-E, y CESAMOS).
- Se logró finalizar el diseño del Sistema Automatizado de Información de las Estrategias Comunitarias (SIAEC) con el cual se podrá iniciar el reporte de los indicadores definidos en el PMP de ULAT.
- Se logró finalizar la elaboración del "Foto documental" y el documento de sistematización de la experiencia demostrativa de Marcala.

**Ilustración 9: Comité de traslado utiliza hamacas para transportar enfermos en comunidades postergadas.**

**Entregables trimestre IV:**

- *Informes de monitoría de las intervenciones comunitarias.*
- *Foto documental de la experiencia demostrativa.*

***Entregable Adicional***

- *Documento final de sistematización de la experiencia demostrativa.*

**Retos Programáticos:**

El proceso de expansión de la ICEC tuvo un ritmo acelerado no previsto inicialmente, por lo que los retos a superar se derivaron de la sobrecarga de actividades resultantes del elevado número de redes seleccionadas por la SESAL incorporadas en este proceso y por la carga adicional de compromisos que se adquieren con las múltiples vinculaciones de los procesos locales o nacionales. Adicionalmente, el volumen de actividades programadas causa espacios muy prolongados en la sucesión de los eventos necesarios en el proceso de implementación.

## CONE

En el periodo anterior, el proyecto logró implementar los lineamientos de monitoría y evaluación de los centros para la capacitación en CONE y dar seguimiento a la aplicación de las normas materno neonatal a nivel ambulatorio. Para este tercer año del proyecto, los esfuerzos se orientaron a la revisión de la estrategia de CONE en base al nuevo MNS con la inclusión de las consideraciones de género. Con el fin de dar continuidad a estos procesos se contemplaron realizar las siguientes actividades: (i) brindar asistencia técnica para la reorientación de las actividades de CONE en base a los resultados de la ENDESA y los estudios de actualización de los indicadores de mortalidad socializados en 2013; (ii) apoyar la implementación de los planes de intervención/mejora para la aplicación de las normas en hospitales; (iii) apoyar la formación de nuevos facilitadores regionales en los hospitales identificados que no cuentan con un facilitador; (iv) apoyar la ejecución del plan de intervención en la capacitación de CONE ambulatorio en base a los resultados de la evaluación del impacto; (v) brindar asistencia para mantener actualizados los estándares e indicadores de calidad relacionados con las intervenciones priorizadas de RAMNI; (vi) apoyar el proceso de mejora continua de la calidad, y (vii) brindar asistencia en la elaboración del documento borrador de la estrategia CONE actualizada, con base al nuevo MNS y garantizando la transversalización de género.

La cronología trimestral de los avances y logros alcanzados fue como sigue:

### Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013

- Se inició el levantamiento de datos a nivel nacional por la DGVS para la investigación de malformaciones congénitas.
- Se inició el proceso de evaluación, selección y contratación de la persona que llevara a cabo la investigación de prematurez.
- Se inició la coordinación con el personal del DSIF para la socialización de los resultados de los estudios de CONE hospitalario y CONE ambulatorio y se programó la elaboración de los respectivos planes de intervención.
- Se inició la revisión de la estrategia CONE en base al modelo nacional de salud, se identificaron los puntos de coincidencia y la manera en que la adaptación debía ser hecha y se inició el proceso de elaboración del primer borrador del documento.

### Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014

- Se obtuvieron los resultados preliminares del estudio de malformaciones congénitas.
- Se continuó avanzando en el proceso de contratación de la persona que realizará la consultoría específica para la investigación de la prematurez.
- Se realizó el seguimiento para garantizar que los flujogramas para apoyar la aplicación de las normas fueron entregados y ubicados en las áreas estratégicas del hospital según se dispone en los lineamientos para su uso.

- Se apoyó al DSIF en la revisión y actualización del proceso de capacitación de nuevos facilitadores regionales, tanto en los contenidos como en las metodologías y ayudas audio visuales.
- Se elaboró y se inició la ejecución de un plan para mejorar el funcionamiento de los centros de capacitación en CONE, que incluye el reforzamiento de los facilitadores ya formados y la formación de nuevos, en los hospitales que necesitan.
- Se elaboró y se inició la ejecución de un plan para mejorar el funcionamiento de los centros de capacitación en CONE ambulatorio. Se tomaron decisiones basadas en los resultados de la evaluación realizada, que incluyeron la separación de los participantes por tipo de recurso y la elaboración de materiales para el seguimiento.
- Se elaboró una versión preliminar del documento borrador de la estrategia CONE adaptada al MNS, a los resultados de la ENDESA y a los estudios de mortalidad. El mismo será discutido con los técnicos del nivel central una vez que se hayan definido las contrapartes en función del nuevo DO.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se realizó la revisión de la base de datos para la vigilancia de las malformaciones congénitas y se encontraron problemas en el diseño de la aplicación electrónica que no permite una adecuada consolidación de los datos en el programa EPIINFO.
- Se diseñó el protocolo y el cuestionario de la investigación para caracterizar la prematurez e identificar los factores modificables para su prevención. Sin embargo no se logró avanzar debido a problemas surgidos con el proceso de contratación de la consultoría específica.
- Se decidió sustituir al Hospital Escuela por los hospitales de Tela y San Lorenzo para la implementación de los planes de intervención / mejora para la aplicación de las normas en hospitales.
- Se diseñaron las listas de chequeo para apoyar el cumplimiento de las normas de atención materna neonatal, que incluyen contenidos para mejorar la calidad de los servicios de atención de parto y del manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales.
- Se realizó el seguimiento del uso de los flujogramas para apoyar la aplicación de las normas encontrando que de los 23 hospitales a los cuales se enviaron los flujogramas el 95 % afirma haberlos recibido y de estos, el 86% los tienen ubicados en las diferentes salas o servicios.
- Se revisó y actualizó el manual y herramientas (presentaciones, casos clínicos, guiones de trabajos de grupo y videos) para la capacitación en CONE hospitalario y ambulatorio.
- Se finalizó el borrador de la estrategia CONE adaptada al MNS.

**Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014**

- Se finalizó la elaboración de los manuales y las ayudas técnicas para la capacitación en CONE hospitalario y ambulatorio.

- Se logró aplicar el test de evaluación alrededor de 200 profesionales de las 20 regiones sanitarias de candidatos a facilitadores de la capacitación en CONE hospitalario y ambulatorio. De estos aplicante, 99 obtuvieron notas superiores al 80%. También se hizo el cálculo de los costos para su capacitación, el que está cercano a los 3 millones de lempiras.
- Se hizo la validación de las listas de chequeo para facilitar la aplicación de las normas en el hospital de Tela, obteniendo resultados positivos y se socializaron en el hospital de San Lorenzo dónde se empezarán a aplicar en el próximo mes de octubre.
- Se finalizó la elaboración del software que permitirá mantener informado a los gerentes sobre el grado de manejo de casos neonatales y obstétricos de acuerdo a normas en los períodos que él decida: por día, semana, mes y año.

**Entregables trimestre IV:**

- *Listas de Chequeo para cumplimiento de normas materno neonatales aprobadas.*

**Retos Programáticos:**

Este proceso se matizó por: (i) la falta de priorización de las actividades de CONE, por parte el equipo del departamento de salud integral de la familia, ocasionada por la complicación de sus agendas; (ii) la falta de instrumentación local en el tema que obligó a establecer abordajes estratégicos para la adaptación de CONE al MNS; (iii) el proceso prolongado en la contratación de las consultoría relacionada con este tema, y (iv) la reestructuración orgánica y funcional de la SESAL que resultó en la falta de una contraparte oficial definida para el desarrollo de algunas actividades que fueron detenidas en su ejecución. Todos estos elementos constituyeron retos importantes a superar.

## RI 4.2 Servicios sostenibles de materno infantil y planificación familiar.

A través de este resultado se pretende lograr que todas las intervenciones en SMI y PF que la USAID apoya, tengan mecanismos que aseguren su sostenibilidad, por lo que se planteó continuar apoyando la consolidación del proceso de reforma. Los aspectos fundamentales y los logros alcanzados bajo este resultado intermedio vinculado con la sostenibilidad de los servicios de materno infantil y de PF, se presentan en las secciones siguientes.

### *SUB RI 4.2.1*

*Sistema de salud reformado para proveer servicios MI y PF de calidad*

Para el logro de este objetivo se continuaron orientando los esfuerzos de la asistencia técnica en el desarrollo de las principales funciones sustantivas y procesos del sistema de salud para que permitiesen viabilizar la reforma del sector teniendo a la SESAL como el ente rector. A través de este sub-resultado se buscó seguir desarrollando: (i) el fortalecimiento de la capacidad institucional de la SESAL como rector de los marcos políticos, técnicos, financieros y regulatorios que apoyen la provisión de servicios de MI y de PF; (ii) el fortalecimiento del marco legal para mejorar las capacidades de los servicios de MI y de PF; (iii) el desarrollo instrumental del nuevo modelo de salud que incorpore la protección social para poblaciones sub atendidas y vulnerables; (iv) el fortalecimiento de la descentralización de los servicios de salud para incrementar el acceso y la cobertura; (v) el fortalecimiento y expansión de la protección social con la inclusión de los servicios de MI y de PF, y (vi) el fortalecimiento de la capacidad del sistema nacional de calidad en salud.

PLANIFICACION INSTITUCIONAL DE LA SESAL

La planificación estratégica junto con la presupuestación por resultados son dos de los pilares en que se está pretendiendo instaurar la gestión por resultados. Para el segundo año del proyecto, la SESAL priorizó las acciones orientadas a la planificación estratégica institucional como respuesta a sus compromisos ante SEPLAN y SEFIN. En consonancia con ello, se apoyó en el desarrollo de la metodología que sería utilizada, en la elaboración de la guía bajo un enfoque de planificación y presupuestación orientados a resultados, se participó en la capacitación de los funcionarios de todas las unidades y se les dio apoyo técnico para cumplir con sus responsabilidades. También se apoyó en el desarrollo conceptual y metodológico del plan operativo anual-presupuesto del 2014 (POA-P) y en la elaboración de los lineamientos e instructivos requeridos por tipo de unidad.

Para la sostenibilidad de este proceso, así como para el seguimiento y evaluación del PEI 2013-2016 y el POA-P, y además para cumplir con las obligaciones de proveer información periódica a SEFIN y a SEPLAN, para el tercer año del proyecto, los esfuerzos se orientaron a brindar la asistencia para el monitoreo del PEI formulado y ajustarlo de acuerdo a los resultados.

Lo logros alcanzados en esta línea de trabajo se desarrollaron de acuerdo al siguiente orden cronológico:

**Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013**

- Se monitoreó la calidad de las metas contenidas en el cuadro de mando del PEI. Para ello: (i) se revisaron, analizaron y ajustaron las metas de los planes estratégicos de las unidades y del PEI; (ii) se construyeron los indicadores del cuadro de mando para el monitoreo y evaluación del PEI, y (iii) se ajustó el PEI.
- Se inició la elaboración de una guía para sistematizar la construcción de los productos intermedios y describir cómo deben ser planificados y programados, y el análisis de las herramientas informáticas disponibles a nivel de unidad y del nivel central para hacer un diagnóstico e identificar necesidades para el proceso de recolección, digitación, control de calidad y flujo de datos del sistema.

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- En enero de 2014, se publicó en la página web de SEPLAN el informe de monitoreo y evaluación del plan operativo 2013 de todas las instituciones públicas (centralizadas y desconcentradas). El Plan Operativo 2013 de la Secretaría de Salud, que fue elaborado con el apoyo de la ULAT, está situado en el grupo de instituciones que han obtenido en relación con los criterios establecidos, una puntuación por encima del 90% (12 instituciones de un total de 87).
- Se continuó el proceso de monitoreo y ajuste del PEI.
- En función de la propuesta del Plan de Salud 2014-2018, se inició con la redefinición del alcance del PEI, el ajuste de las metas hasta el 2018 y del cuadro de mando y los indicadores.
- Se obtuvo el visto bueno de la matriz del plan estratégico institucional por parte de la unidad de planificación de la Secretaria de la Presidencia.
- Se recibió la autorización de la reproducción del documento del manual para la elaboración de planes estratégicos y se acordó continuar con las líneas de trabajo tomando como referencia los lineamientos del gobierno, especialmente los previstos a incluir en el documento del plan de salud 2014-2018.
- Se establecieron los vínculos estratégicos para el desarrollo la planificación estratégica, la planificación operativa y el monitoreo y evaluación de la gestión
- Se conformaron los equipos integrados por las distintas áreas de la UPEG.
- Se elaboró una primera propuesta de ruta crítica para las líneas de trabajo.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se presentaron los avances del documento "guía para la elaboración de productos y resultados para la generación de valor público". Este documento es la base para ajustar el PEI y para elaborar el POA Presupuesto 2015.
- Se hizo la revisión documental, la identificación y el análisis del marco político y estratégico del gobierno y de los mandatos institucionales
- Se diseñó y elaboró la metodología para la revisión y ajuste del PEI 2013-2016 al contexto gubernamental actual
- Se desarrollaron talleres con las direcciones generales y sus equipos técnicos a fin de establecer los productos y metas tanto para el componente de rectoría como de provisión. Esta

construcción participativa, permitió la capacitación del nuevo personal y generó el compromiso de los técnicos en la implementación del plan, teniendo claridad en los resultados que se desean obtener.

- Se finalizó la elaboración del plan estratégico institucional monitoreado y ajustado al 2014-2018, que se utilizará como base para la elaboración del plan operativo anual de 2015.
- Se apoyó en el desarrollo de los instrumentos metodológicos para la elaboración del plan operativo anual y presupuesto 2015, a partir de la base desarrollada en el PEI: (i) los lineamientos generales para la elaboración del POA-P; (ii) la aplicación informática para la programación y (iii) el documento con los entendimientos esenciales.
- Se brindó asistencia técnica a la UPEG, para armonizar el trabajo con la gerencia administrativa de la SESAL, en temas relacionados con el proceso de elaboración del anteproyecto del POA-P 2015 y la reprogramación del POA-P 2014, el tratamiento de la nueva estructura organizativa en el presupuesto, y un análisis para verificar los convenios que respaldan las transferencias particulares.

**Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014**

- Se apoyó la elaboración del Plan Nacional de salud 2014-2018 y su lanzamiento oficial el 9 de julio del 2014.
- Se hizo la revisión y ajuste del PEI. Esta actividad ha sido un elemento catalizador para el desarrollo de un proceso de trabajo conjunto con todas las unidades del nivel central de la SESAL y su metodología ha reforzado la apropiación del proceso y ha fortalecido las capacidades técnicas en planificación. Se efectuó el ajuste de los indicadores y las metas de los resultados en función a los establecidos en el Plan Nacional de Salud 2014-2018.
- Se armonizó el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 con el Plan Operativo 2015 y este último con los indicadores de producto y resultados incluidos en la Plataforma Presidencial de Gestión por Resultados.
- Como resultado del proceso de desarrollo de capacidad en virtud a la asistencia brindada por ULAT, se posiciono a la SESAL y específicamente a la UPEG, como una institución líder del Gobierno en el tema de la planificación estratégica, la planificación operativa y la gestión para resultados, y otras instituciones han solicitado su participación en los talleres de capacitación y el acompañamiento de la UPEG para el desarrollo de sus procesos.
- En el proceso de monitoreo y ajuste del Plan Estratégico Institucional, se identificaron algunos elementos que requieren un tratamiento específico más detallado que mejore la respuesta a una gestión orientada a resultados, tales como: (i) el desarrollo de un método de asignación de presupuesto en base a criterios objetivos y equitativos, que refleje las necesidades y condiciones de un espacio geográfico de referencia y/o institucional; (ii) la construcción de los indicadores de producto y resultado y los procesos paralelos de flujo de datos, y (iii) el desarrollo de las capacidades de análisis para la toma de decisiones. También este proceso permitió la coordinación y armonización entre las unidades del nivel central con lo que se asegura la obtención de los resultados previstos y un mejor posicionamiento en el nivel regional y en las unidades descentralizadas.

- Se preparó el Plan Operativo Anual 2015, que fue desarrollado conjuntamente por la UPEG y la DRISS. El trabajo conjunto entre ambas unidades fue positivo, armónico y permitió realizar el trabajo en función a lineamientos comunes.

**Entregable Adicional:**

- *Informe conteniendo el proceso de ajuste del PEI 2013-2016*

**Retos Programáticos**

Este tercer año del proyecto fue un periodo intenso de actividades en el tema de la planificación institucional de la SESAL, dedicadas a consolidar este proceso en sus unidades y, especialmente, a mejorar la calidad del dato y la información aportada en los planes estratégicos. La gran cantidad de unidades para la coordinación y la obtención de la información, conciliar el PEI 2013-2016 con los lineamientos de planificación institucional del nuevo gobierno y con las líneas de trabajo incluidas en el plan de salud 2014-2018 y el esfuerzo de la asistencia en acompañar a la SESAL en tres diferentes procesos clave: (i) la elaboración del Plan Nacional de Salud 2014-2018; (ii) la revisión del Plan Estratégico Institucional 2014-2018, y (iii) el desarrollo metodológico del Plan Operativo Anual y Presupuesto 201, constituyeron retos a ser superados.

PLANIFICACION SECTORIAL

La planificación sectorial es la siguiente etapa al proceso de planificación institucional desarrollado durante el 2013 y es uno de los productos incluidos en el PEI 2013-2016 de la SESAL, el cual está certificado por SEPLAN. Para poder construir la planificación sectorial, se incluyeron en el PEI 2013-2016 dos productos intermedios: (i) el plan de priorización y focalización en base a grupos poblacionales y problemas de salud, y (ii) el estudio de necesidades de los recursos humanos, técnicos y financieros. Estos dos productos, son insumos que complementan otros estudios que se requieren para ir construyendo el sistema de financiamiento de salud, el sistema de aseguramiento público y la planificación sectorial a mediano y largo plazo con el concurso de las demás instituciones que forman parte del sector salud. En consecuencia, para este tercer año del proyecto se propuso apoyar la realización de los estudios en mención para el fortalecimiento de la planificación sectorial.

La cronología trimestral de los avances obtenidos en esta línea de trabajo fue:

**Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013**

- Se previó la realización de dos estudios: (i) estudio de priorización y focalización de grupos poblacionales, sexo y problemas de salud para la inclusión en los sistemas de financiamiento y aseguramiento público de la salud; y (ii) estudio de necesidades financieras para el desarrollo del sistema de salud.

- En este marco, se inició el análisis del alcance de los estudios y la coordinación y armonización con otros estudios previstos por el proyecto, con el fin de elaborar los términos de referencia de la consultoría prevista que acompañará su desarrollo. Los resultados de los estudios se considerarán como insumos para elaborar el plan sectorial, mismo que será definido por la SESAL conforme a las prioridades que le establezcan las autoridades.

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- Se desarrollaron acciones tendientes a la realización de los estudios para la priorización y focalización en base a grupos poblacionales y necesidades de salud y para la estimación de necesidades de recursos financieros para la implementación de los modelos de gestión y aseguramiento.
- Se reflexionó y analizó sobre los estudios previstos a realizar, con el fin de verificar el alcance de cada uno y su armonización con sus resultados esperados, en el marco de la reforma del sector salud y del MNS.
- Se elaboraron los términos de referencia de cada estudio para ir ajustando el ámbito de cada uno y el grado de complementariedad del conjunto.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se iniciaron los procesos de selección y contratación de los expertos que estarían ejecutando las consultorías específicas de los estudios previstos, con la publicación de las solicitudes de expresiones de interés. Ambos estudios son importantes en el contexto actual como insumos para la construcción de: (i) el plan sectorial de salud, en el marco del nuevo sector de desarrollo e inclusión social; (ii) el modelo de aseguramiento público subsidiado que es una prioridad de la SESAL y del gobierno; (iii) la planificación institucional de mediano y corto plazo, y (iv) la implementación del modelo de gestión descentralizada de los servicios de salud que se está impulsando en el marco del MNS y de las grandes líneas de reforma del sector que constan en los documentos clave: Plan de Nación y Visión de País; Plan de Gobierno de Salud 2014-2018; Plan Estratégico del Gobierno 2014-2018 y en el Plan Nacional de Salud 2014-2018.

**Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014**

- Se llevó a cabo el proceso de evaluación y selección para realizar la consultoría para la estimación de necesidades de recursos financieros. Este proceso tuvo que declararse desierto debido a que siendo una consultoría internacional, sólo aplicaron consultores nacionales sin experiencia internacional.

**Retos Programáticos**

A lo largo del periodo se tuvieron que enfrentar y superar los siguientes retos: (i) la no priorización del tema en la conducción de la SESAL y (ii) el proceso dilatado para la contratación de las consultorías específicas que condujo a la postergación de los resultados de las investigaciones programadas.

Por otra parte, un elemento sustancial que demandó esfuerzos adicionales fue garantizar que, en los términos de referencia formulados para la elaboración de los estudios previstos en esta línea de asistencia y en otras, guardaran coherencia entre si y se alinearan a las prioridades definidas por el gobierno.

DESARROLLO ORGANIZACIONAL DE LA SESAL

Como parte del fortalecimiento del rol rector de la SESAL, se postuló la necesidad de establecer una nueva estructura organizativa en dicha institución que fuera congruente con los planteamientos definidos en la reforma del sector salud. Para ello, durante los primeros dos años del proyecto, se apoyó la formulación de propuestas de re-organización que le permitieran a la SESAL asumir con efectividad sus funciones. Estas propuestas se elaboraron tanto para el nivel central como el regional y tuvieron distintos grados de avance. En el nivel regional se aprobó la nueva estructura orgánica y funcional para las regiones sanitarias y en consecuencia se formularon los planes para su puesta en marcha. En el nivel central se elaboraron los borradores preliminares para la reorganización macro de la SESAL contenida en una propuesta de modificación a los artículos vinculados con el reglamento de organización, funcionamiento y competencias del poder ejecutivo, de un reglamento interno de organización y funcionamiento de la SESAL y de avances en la formulación de los manuales respectivos.

NIVEL CENTRAL

Sobre la base anterior, para el tercer año del proyecto se concibió apoyar a la SESAL en la elaboración de los manuales de procedimientos y de descripción de puestos para el nivel central; sin embargo, debido que no se logró la aprobación en el periodo anterior de la propuesta de modificación macro de la estructura de la SESAL contenida en el reglamento de organización, funcionamiento y competencias del poder ejecutivo, la asistencia técnica en esta línea de acción se orientó a obtener en primera instancia, la aprobación de dicha propuesta por parte del presidente en consejo de ministros y posteriormente a la aprobación por acuerdo ministerial del reglamento interno de organización y funciones de la SESAL y a la finalización de sus manuales respectivos.

La cronología trimestral de las correspondientes actividades fue como sigue:

**Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013**

- En virtud a los resultados del proceso electoral del país, el gobierno saliente decidió hacer de inmediato un proceso de transición gubernamental, lográndose incorporar en la agenda de trabajo de la comisión nombrada para el sector salud, entre otros temas, la puesta en marcha del nuevo DO de la SESAL.

- El proceso de transición, con la participación de funcionarios que habían participado en la administración que finalizaba, contribuyó a que la propuesta de modificación de los artículos 67, 68 y 69 del reglamento de organización, funcionamiento y competencias del Poder Ejecutivo, fuera aprobada por el Presidente de la República en consejo de ministros mediante decreto PCM-061-2013, publicado el 29 de enero de este año, en el diario oficial La Gaceta. Este instrumento se constituye en el marco legal que permitirá el fortalecimiento del rol rector de la SESAL definiendo de forma expresa las funciones sustantivas que le competen así como sus alcances.
- Se inició el ajuste final a la propuesta de reglamento interno de organización y funciones, la formulación de un plan de implementación de la nueva estructura y la elaboración de los manuales de organización.

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- Se revisó y ajustó la propuesta del reglamento de organización y funciones (ROF).
- Se inició el ajuste del manual de organización y funciones (MOF), también elaborado con asistencia de ULAT, que requiere esfuerzos adicionales al ROF debido a que en este se incluirán las descripciones detalladas de las instancias dependientes de cada una de las direcciones generales, de las unidades estratégicas y de las unidades de apoyo. Este trabajo estaba previsto que lo realizaría el BID; sin embargo la propuesta que fue presentada por la consultoría especifica no fue formulada en consideración a las modificaciones recientemente aprobadas.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se continuó con la revisión de la propuesta de reglamento interno de organización y funciones (ROF) y se obtuvo su aprobación mediante acuerdo ministerial, en el que se incluyó la descripción de las funciones de las instancias dependientes de cada una de las direcciones generales, así como de las unidades estratégicas.
- Se realizaron talleres dirigidos al nivel político y conductor de la SESAL para la socialización de la nueva estructura orgánica y funcional del nivel central, con la participación de la ministra, los vice ministros, directores generales y otros funcionarios de confianza. En uno de los talleres se aplicó la metodología del manejo del cambio, con aceptación de los participantes.
- En el corto plazo se esperaba iniciar la formulación del manual de procesos y procedimientos dado que ya fue aprobado y oficializado el reglamento interno de organización y funciones (ROF) el que está en proceso de publicación en el diario oficial La Gaceta. Se espera que lo mismo ocurra con el manual de organización y funciones (MOF).

**Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014**

- Se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Nivel Central (ROF) y se publicó en el diario oficial La Gaceta el 2 de agosto de 2014.
- Se finalizó y se presentó para su aprobación la propuesta del manual de organización y funciones del nivel central de la SESAL (MOF).
- Se diseñó la herramienta para la elaboración del plan de implementación de la nueva estructura organizativa del nivel central.
- Se capacitó a los facilitadores para la implementación del desarrollo organización del nivel centra, en las modificaciones a la estructura organizativa, en los contenidos del ROF y del MOF.
- Se apoyó a la Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos en la conducción estratégica del proceso del cambio de los RRHH de las diferentes instancias del nivel central.
- Se inició la elaboración del documento de la plantilla básica de puestos y perfiles del nivel central.

**Entregable Adicional**

- *La Gaceta de fecha 2 de agosto de 2014 conteniendo el reglamento interno de organización y funciones de la SESAL (ROF).*

**Retos Programáticos**

Un reto superado en este proceso fueron las interrupciones ocasionadas por los cambios en la dirección política de la SESAL que condujeron, en la primera fase del año, a retrocesos a estadios preparatorios que aparentemente se habían superado. Posteriormente, el tiempo que ha exigido el asumir plenamente sus funciones a los nuevos funcionarios y a empoderarse del proceso de cambio también ha condicionado lentitud en la implementación de la nueva estructura.

NIVEL REGIONAL

Considerando que durante los primeros años del proyecto se obtuvo la aprobación de la estructura organizacional de las regiones sanitarias y se apoyó técnicamente a la SSRS y a los facilitadores regiones en la implementación de la estructura organizacional de las regiones sanitarias, para este tercer año la asistencia se orientó a continuar fortaleciendo la puesta en marcha de este proceso y a obtener la aprobación de la plantilla básica de puestos y funciones y del manual de procesos y procedimientos.

La cronología trimestral de los avances y logros alcanzados fue como sigue:

**Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013**

- Se continuó apoyando a la SSRS en la ejecución y monitoreo del plan de seguimiento a las regiones sanitarias en la implementación del manual de organización y funciones y el manual de plantilla de puestos.

- Se definieron conjuntamente con la SESAL que los mecanismos de monitoreo y seguimiento para la implementación de este proceso serían los informes mensuales del jefe regional dirigido a la SSRS y las reuniones de bimensuales de concentración entre la SSRS/ DGDSS y los jefes regionales.
- Se elaboraron 4 planes de implementación de la estructura organizacional correspondientes a las regiones de Islas de la Bahía, Francisco Morazán, El Paraíso y Metropolitana de Tegucigalpa.
- Se apoyó al DAPS en la elaboración del borrador del manual de procesos y procedimientos del nivel regional, definiéndose los flujos de los procesos y subprocesos de cada función sustantiva de la rectoría, que fueron asignadas a las regiones sanitarias, y de la función de provisión de servicios.

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- Las 20 regiones sanitarias firmaron con la ministra de salud, un convenio de gestión por resultados, en los que se incluyó como parte de sus indicadores de monitoreo, que las regiones debían tener estructurada y con la dotación de los recursos humanos necesarios la unidad de planeamiento y el departamento de RISS en base a lo que plantea el manual de organización y funciones y la plantilla básica de puestos y perfiles del nivel regional.
- Se definió que el DAPS es responsable de diseñar una herramienta que permita el monitoreo de los planes de las regiones en la implementación del manual de organización y funciones y del manual de plantilla de puestos.
- Se definió que la línea base para medir el grado de desarrollo anual de las regiones sanitarias en el proceso de desarrollo organizacional, es el estudio realizado por el departamento de calidad, financiado con fondos de USAID, en septiembre del 2013, "Resultados de implementación del desarrollo organizacional de las regiones sanitarias".
- Se inició el proceso de impresión del documento que contiene de la plantilla básica de puestos y perfiles de recursos humanos, que será el insumo para la capacitación a los RRHH regionales.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se realizaron talleres para proporcionar a los nuevos regionales los lineamientos para la implementación de la estructura orgánica y funcional. Esta actividad enlenteció el avance logrado en el tema.
- Se definió como estrategia de agilización en la implementación del DO regional, abordar el desarrollo de la instancia regional de planeamiento en forma conjunta con la UPEG, para contribuir a la integralidad del abordaje, la reducción de costos y la optimización de los tiempos destinados a las capacitaciones.
- Se apoyó para que en la planificación de los fondos de USAID para la SESAL y específicamente el destinado a la subsecretaria de redes de servicios y de las 20 regiones, quedasen identificados montos particulares de financiamiento para desarrollar las capacitaciones en las funciones planteadas en el manual de organización y funciones y en la plantilla básica de puestos y perfiles.
- Se identificó la metodología de capacitación in situ en cada región.

**Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014**

- Se obtuvo la aprobación del manual de procesos y procedimientos y de la plantilla básica de puesto y perfiles del nivel regional, los que se encuentran en proceso de impresión para su posterior distribución.
- Se obtuvieron los planes de implementación de la nueva estructura organizativa de las regiones de Cortés, Santa Bárbara, Colón, Yoro, con ello se completan los 20 planes regionales de implementación.
- Se apoyó en el desarrollo de jornadas de capacitación a los recursos humanos de la Unidad de Planeamiento y Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud de las 20 regiones sanitarias con respecto a las funciones de planificación en el marco del nuevo desarrollo organizacional. Este proceso estuvo bajo la conducción de la UPEG y de los técnicos de las RISS, en 18 regiones de Salud.

**Entregables trimestre IV**

- *Informe anual de la situación de transformación de cada una de las regiones sanitarias.*
- *Documento conteniendo el manual de procesos y procedimientos de las regiones sanitarias.*

**Retos Programáticos**

Parte de los retos a enfrentar y superar dentro del desarrollo de este proceso lo constituyó la desmotivación de las contrapartes que fueron debilitadas políticamente en su quehacer y eso condujo que redujeran al mínimo su interés en la conducción de los mismos. Adicionalmente, fue un reto mantener en agenda del DAPS y de las regiones sanitarias involucradas, el tema del desarrollo organizacional regional en un período electoral para el cambio de gobierno, en un escenario de marcada incertidumbre y cierto nivel de desestabilización.

MARCO LEGAL

La falta de priorización de este tema en la agenda de la cúpula política de la SESAL agravada por los continuos cambios operados en el nivel de conducción, ocasionó que durante los primeros dos años del proyecto no existieran las condiciones al interior de la institución para continuar con la discusión de la propuesta preliminar del proyecto de ley elaborada. A finales del tercer año, el tema se convirtió en un elemento de la agenda política de la SESAL y se apoyó en la formulación de una propuesta para la gestión de servicios en forma descentralizada, documento elaborado en un ámbito de actuación más restringido que el inicialmente concebido. En virtud de ello, se propuso para el tercer año del proyecto la construcción de la viabilidad a las propuestas que desde el marco legal fueran formuladas, específicamente a la propuesta de proyecto de ley general de salud o de una propuesta de ley específica definiéndose las siguientes actividades: (i) brindar asistencia para el ajuste de la propuesta preliminar del proyecto de ley general o la formulación de una ley específica; (ii) actualizar el inventario legal; (iii) apoyar para la formulación y aprobación de las propuestas de reglamentos que se prioricen, y (iv)

realizar acciones de incidencia política para obtener la aprobación de las propuestas del nuevo marco legal en salud.

La cronología trimestral de las correspondientes actividades y sus avances fue:

**Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013**

- Se tuvo la oportunidad de presentar a los miembros de la comisión de transición del presidente electo, las propuestas de proyecto de ley general de salud y de ley específica en materia de gestión de servicios de salud, formuladas con asistencia de ULAT.
- Se formuló una propuesta de ante proyecto de ley de gestión de servicios de salud descentralizada y una propuesta de ley marco del sistema de salud, la cual fue sometida al Congreso Nacional y discutida en un primer debate para su aprobación.
- La comisión de transición tomó la decisión de realizar las acciones necesarias tendientes a la aprobación de la propuesta de ante proyecto ley marco de salud en función de los alcances de sus contenidos de la misma en la actual legislatura del congreso nacional. A partir de ese momento, la Dra. Yolani Batres, designó un equipo de trabajo conformado por miembros de la SESAL, BID, del equipo de transición del próximo gobierno, con el apoyo de FUNSALUD de México bajo la coordinación de ULAT, a fin de que se efectuaran los ajustes al proyecto de ley para convertirla en un instrumento marco que habilite las posibilidades de implementar en el corto y mediano plazo los postulados de la reforma del sector salud. La propuesta se concluyó y se entregó formalmente a la Dra. Batres y demás miembros de la comisión de transición, con la expectativa de que la misma fuera sometida a la consideración del pleno de la cámara legislativa para su discusión y aprobación.

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- Se inició un proceso de ajuste a la propuesta de ley sometida al Congreso en función de las observaciones efectuadas en el proceso de discusión plenaria. Este tema se incorporó como parte de la agenda de conducción de la ministra en el plan de los 100 días de la SESAL.
- Un elemento adicional que debe ser considerado es el derivado de la situación de crisis actual por la que atraviesa el IHSS y que generó el nombramiento de una junta interventora. Se ha solicitado a la ministra de salud su participación en las discusiones de las posibles avenidas de solución y entre ellas se ha reflexionado sobre la alternativa de hacer una propuesta a la presidencia de la república sobre la necesidad de un cambio de todo el sistema de salud, bajo un esquema de aseguramiento universal. En las discusiones preliminares se retomó la propuesta de la reforma del sector salud que conduce la SESAL en el que se tienen como componentes destacados el rol rector de la secretaría, los regímenes diferenciados de aseguramiento de la población, el establecimiento de un ente que administre el financiamiento y el aseguramiento y una gestión de la provisión de los servicios de salud descentralizada con el financiamiento vinculada a resultados. Todavía no es predecible a que conducirán estas discusiones.

- Se firmó el contrato de uso que se otorgó para el traspaso formal de la herramienta de inventario legal a la SESAL y se continuó con las actividades vinculadas a la actualización de las bases de datos físicas, electrónicas y en la herramienta creada para tal efecto.
- Continuaron las discusiones con la comisión de transición correspondiente al sector salud, sobre los aspectos relevantes a incorporar en la agenda, principalmente los relacionados con la introducción al congreso de la iniciativa de ley general de salud.
- Como parte de la estrategia de incidencia, se apoyó al equipo político de la SESAL de recién nombramiento, en la formulación y ejecución del plan de los primeros cien días que incorporó gran parte de las líneas de trabajo de la asistencia técnica que brinda ULAT.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- En las discusiones preliminares para la formulación de una propuesta de ley, se retomó la propuesta de reforma del sector salud que a la fecha había conducido la SESAL y que tienen como componentes destacados el rol rector de la secretaría, los regímenes diferenciados de aseguramiento de la población, el establecimiento de un ente que administre el financiamiento y el aseguramiento y una gestión de la provisión de los servicios de salud descentralizada con el financiamiento vinculada a resultados.
- Se inició la formulación de una propuesta de ley del sistema nacional de salud, que tuvo como insumo, las propuestas previas de ley general de salud y de la ley de gestión de servicios de salud. Se apoyó a la SESAL junto con la OPS y el BID y se finalizó una versión preliminar de la propuesta de ley que fue presentada al despacho de la presidencia.
- Se continuó con las actividades vinculadas con la actualización de las bases de datos físicas, electrónicas y en la herramienta creada para tal efecto y se avanzó en la formulación de una propuesta que permita la migración de la base de datos a un ambiente web para su traspaso final a la SESAL.
- Se dio apoyo en el seguimiento del cumplimiento y análisis de los resultados obtenidos con la ejecución del plan para los primeros 100 días formulado.
- Siempre en el campo de la estrategia de incidencia, se brindó asistencia la SESAL para vincular la etapa inicial de los 100 días con los resultados esperados durante el periodo total de los cuatro años de administración. Es así que se apoyó en la formulación del "Plan Nacional de Salud 2014-2018". El aspecto más importante del plan radica en que en su contenido se incluyen la totalidad de las líneas de trabajo de ULAT constituyéndose en el primer esfuerzo político para la sostenibilidad de esta línea de acción.

**Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014**

- Se apoyó en los aspectos legales para la finalización de las propuestas de reformas estructurales y orgánicas de la SESAL. En este sentido, los esfuerzos para desarrollar un plan de implementación quedaron inmersos en la planificación de los primeros 100 días establecida por la ministra de salud y posteriormente en los contenidos del plan nacional de salud 2014-2018.
- En el último periodo del año, las acciones se orientaron al análisis de los escenarios políticos que en virtud de las decisiones tomadas desde la presidencia de la república y que concluyeron en la

presentación de un ante proyecto de ley de protección social, inciden directamente en el avance de esta línea de acción.

- Se está participando en la mesa de salud, convocada desde el despacho de la presidencia, para la formulación de una propuesta del sistema de salud que permita instrumentar la ley de protección social sometida para su aprobación al Congreso Nacional.
- Se continuó de forma sistemática y periódica, con la actualización de las bases de datos físicas, electrónicos y en la herramienta creada para tal efecto (SYSLEYES). A la fecha se cuenta con 313 leyes, 254 reglamentos, 224 normas, 33 políticas, 66 instrumentos internacionales y 72 resoluciones de la OMS.

**Entregable trimestre IV**

- *Documento conteniendo el plan la implementación de las reformas legales y estructurales de la SESAL.*

**Retos Programáticos**

Durante las primeras etapas del periodo continuó siendo un desafío importante ubicar en un lugar priorizado de la agenda política de la SESAL, el tema de la ley general de salud para avanzar en su formulación y aprobación. Sin embargo, en función de las acciones de incidencia realizadas producto del análisis del escenario político vigente, se logró que este tema adquiera alta relevancia. Otro reto enfrentado fue el de concluir en un plazo relativamente corto, una propuesta final de ley, en torno a las decisiones políticas adoptadas.

MODELO NACIONAL DE SALUD

El MNS fue aprobado oficialmente por la SESAL en el segundo año del proyecto y a partir de allí, se inició el proceso de su socialización. También se procedió a apoyar la formulación de tres de las siete guías definidas como prioritarias del componente de gestión del MNS, en el entendido que las que corresponden al componente de atención ya habían sido elaboradas.

Para el tercer año del proyecto se propuso fortalecer el conocimiento alrededor del MNS como primera norma y continuar con la instrumentación del MNS para la implementación de los tres componentes que lo integran, orientando los esfuerzos en: (i) continuar con el apoyo a la SESAL para la socialización del MNS y de sus guías e instrumentos de implementación; (ii) apoyar técnicamente a la SESAL en el proceso de validación e implementación local de las guías del componente de atención/provisión del MNS en redes municipales de servicios de salud en las regiones sanitarias de Lempira y de El Paraíso; (iii) apoyar la aprobación y socialización de las guías del componente de atención/provisión (la definición del conjunto garantizado de prestaciones de salud, la configuración de redes de servicios de salud, la articulación del primer nivel de atención con la comunidad, y la categorización de establecimientos de salud); (iv) elaborar y validar las guías básicas de los componentes de gestión y de financiamiento del MNS (la gestión de la cadena de suministros y adquisiciones, la dotación, desarrollo y administración de personal de salud, la gestión de mantenimiento y servicios generales, la rendición de cuentas a la sociedad, la recuperación de costos y costos compartidos, y el

fortalecimiento de la participación y control ciudadano); (v) apoyar la aprobación y socialización de las guías elaboradas de los componentes de gestión y financiamiento (el plan operativo anual por resultados, la contabilidad de costos y presupuesto por resultados, los mecanismos de pago a proveedores de servicios de salud, la guía metodológica para la elaboración de guías prácticas clínicas y protocolos, el uso e interpretación de tableros de mando y aseguramiento de la calidad, la regulación de compromisos/convenios/contratos de gestión y los criterios y mecanismos de asignación de recursos de salud), y (vi) proveer la asistencia técnica a la SESAL para la elaboración de una propuesta de creación de un fondo del sistema de salud (FSS).

En la ejecución del plan de trabajo anual, las actividades se fueron ejecutando por cada período trimestral como sigue:

**Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013**

- Se continuó con las actividades de socialización y divulgación del MNS focalizada en sus aspectos específicos como en los destinatarios.
- Se realizó un taller y una serie de jornadas de trabajo en la que participaron otras agencias de cooperación para: (i) el diseño del paquete específico de prestaciones de salud para pacientes VIH positivos; (ii) la actualización de la estrategia de CONE y sus normas técnicas; (iii) la actualización de las normas para la atención del y la adolescente; (iv) la elaboración de la guía operativa para la configuración de las redes integradas de servicios de salud; (v) la formulación de la guía para transversalizar la perspectiva de igualdad de género, y (vi) la propuesta de modelo de convenios de gestión descentralizada de servicios de salud.
- Se dispone del MNS impreso, para su divulgación entre los funcionarios y actores clave del sector salud.
- Se brindó apoyo técnico al DAPS en la revisión del primer borrador de la propuesta del documento base de lineamientos operativos de los equipos de atención primaria de salud (EAPS), y se proveyeron los comentarios, observaciones y recomendaciones al mismo.
- Se continuó dando seguimiento a la aprobación de las guías del componente de atención/provisión del MNS.
- Se diseñaron y validaron técnicamente cinco de las siete guías de los componentes de gestión y financiamiento del MNS: (i) el plan operativo anual por resultados; (ii) la contabilidad de costos y presupuesto por resultados; (iii) los mecanismos de pago a proveedores de servicios de salud; (iv) el uso e interpretación de tableros de mando y aseguramiento de la calidad; (v) la regulación de compromisos/convenios/contratos de gestión.
- Se inició el proceso de construcción de las guías pendientes de su diseño.
- Se inició como una propuesta adicional, el documento base para "Definir opciones de políticas públicas y de mecanismos institucionales para constituir las RISS", una guía de carácter operativo que facilita a aquellos equipos de conducción regional, constituir y delimitar sus propias RISS. El proceso de elaboración de la propuesta de esta nueva guía está en condición de "iniciada".

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- Se contribuyó con la SESAL en la socialización del MNS y sus instrumentos, entre funcionarios de diferentes instancias del nivel central y de otras instituciones y cooperantes del sector como la UNAH, el IHSS, JICA, y el proyecto AIDSTAR-Plus. Adicionalmente, se amplió la divulgación y difusión del MNS entregando a profesionales de otras instituciones del sector salud, copia electrónica y física del documento (MNS).
- Se brindó apoyo al director general de la RISS, junto con JICA para los fines operativos de la implementación del MNS, especialmente en el diseño y conformación de redes integradas de salud y el mejoramiento de la capacidad resolutiva de la red.
- Se acordó la capacitación de por lo menos tres capacitadores de 15 regiones sanitarias priorizadas en la aplicación e implementación de las guías que les permitan organizar la provisión de los servicios de salud.
- Se apoyó la aprobación y socialización de las guías del componente de atención/ provisión del MNS. Asimismo, se apoyó en el desarrollo de la hoja de ruta para: (i) la definición final del conjunto de prestaciones de salud; (ii) revisión de la protocolización de la prestaciones; (iii) definición de lineamientos mínimos para costeo de las prestaciones de salud; (iv) definición y categorización de los establecimientos de salud y, (v) conceptualización operativa de los equipos de atención primaria y, reordenamiento de la red de servicios; como contenidos sustantivos del plan de los 100 días.
- Se avanzó en el diseño de las guías restantes del componente de gestión y financiamiento. La guía "criterios y mecanismos de asignación de recursos de salud" está lista para su discusión y finalización.
- Fueron elaborados el alcance del trabajo y el documento referencial para la formulación de la propuesta de creación del fondo nacional de salud, para los efectos de iniciar el proceso de contratación del consultor.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se continuó brindando el apoyo a la SESAL para la socialización del MNS y de sus guías de implementación. Así, se aprovechó el desarrollo de varios procesos como: (i) la configuración del paquete de prestaciones de salud para población clave VIH/Sida (PEMAR); (ii) la capacitación para la aplicación de la guía para la configuración y delimitación de RISS; (iii) la elaboración de una propuesta de políticas y modelo de gestión de RRHH de salud basada en competencias, y (iv) la configuración del establecimiento de salud tipo 3 del primer nivel de atención. En estos eventos participaron funcionarios de los niveles central y regional de la SESAL, muchos de ellos de reciente incorporación a sus respectivos cargos.
- Se apoyó en la definición y configuración del establecimiento tipo tres del primer nivel de atención ("Policlínico") mediante la aplicación/validación de la guía para la categorización de los establecimientos de salud y del reglamento en construcción, para el licenciamiento, autorización y funcionamiento de establecimientos de salud.
- Se obtuvo la aprobación de la SESAL, para la aplicación de las guías del componente de atención/provisión del MNS en procesos como: (i) la definición, delimitación y ordenamiento del paquete de prestaciones de salud para población clave VIH/Sida (PEMAR y PVVS); (ii) la

configuración de redes integradas de servicios de salud para población clave VIH/Sida en cinco regiones sanitarias; (iii) elaboración por parte de PROAPS/JICA de la propuesta de manual lineamientos operativos de los EAPS, y (iv) el diseño del establecimiento de salud tipo 3 del primer nivel de atención, con base a la guía para la categorización y tipificación y el reglamento para la licenciamiento, autorización y funcionamiento de establecimientos de salud.

- Se reorientó el diseño de la guía "dotación, desarrollo y administración de personal de salud" al "diseño de las políticas y el modelo nacional de gestión de RRHH de salud con base a competencias", en función de la nueva estructura orgánica y funcional de la SESAL.
- Se analizó la integración como componentes del documento de lineamientos para la rendición de cuentas y transparencia, de las siguientes guías: (i) rendición de cuentas a la sociedad; (ii) recuperación de costos y costos compartidos, y (iii) fortalecimiento de la participación y control ciudadano.
- Se continuaron validando técnicamente algunas guías del componente de gestión y financiamiento a través del proceso de formulación de los planes operativos anuales (POA's) de la SESAL.
- Se finalizó el proceso de evaluación y selección del profesional internacional que efectuará la consultoría para la formulación de una propuesta de un fondo nacional de salud. Sin embargo, como parte del proceso, se encuentra pendiente de revisar las políticas y clarificar la elegibilidad de profesionales por país de origen.

**Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014**

- Con respecto a las guías del componente de atención/provisión:
    - En el marco del CGPS se completó en asociación con el proyecto AIDSTAR-Plus, el proceso de definición del paquete específico de prestaciones de salud para población clave ITS/VIH/Sida, habiéndose avanzado hasta la definición del modelo de estimación de costos del paquete.
    - Se finalizó el documento borrador de la guía para la configuración y delimitación de las RISS y se socializó con las autoridades de las veinte regiones sanitarias del país. Con esta guía se podrá dar inicio al proceso de configuración y delimitación de las RISS y a la elaboración de su respectivo plan regional de gestión.
    - Se avanzó en el proceso de diseño, organización, capacitación y validación local de los equipos de atención primaria de salud, como elemento articulador.
    - Se obtuvo la aprobación verbal de la guía categorización y tipificación de los establecimientos de salud del primer nivel de comunicación. Esto fue debidamente notificado a los directores y jefes de departamentos de las RISS, de las veinte regiones sanitarias del país.

**Retos Programáticos**

Son varios los retos enfrentados a lo largo del periodo para obtener los avances alcanzados: (i) la multiplicidad de actividades y tareas en que se encuentran inmersas las contrapartes oficiales, generó en

varias ocasiones dificultades para ordenar y armonizar el cumplimiento oportuno de los compromisos adquiridos, en desmedro de la continuidad y celeridad de la construcción de propuestas; (ii) La elaboración en el plazo establecido, de las siete guías pendientes de iniciar, dada la complejidad de las mismas y las condiciones actuales del funcionamiento de la SESAL; (iii) la falta de decisiones del nivel político de la SESAL para la aprobación de las guías, y (iv) el proceso de socialización y validación de guías, con funcionarios de recién ingreso en el sistema, con conocimientos limitados sobre el sistema y su proceso de reforma y con asignaciones de trabajo poco precisas y dentro de una etapa transición administrativa.

## ***DESCENTRALIZACION***

El proceso de descentralización continuó avanzando y ante la previsión de que la SESAL había planificado extender el proceso a otras regiones sanitarias, para el tercer año del proyecto se planteó el fortalecimiento del primer y segundo nivel en los procesos de la planificación orientada a resultados, del desarrollo de capacidades de gestión, del control y rendición de cuentas de los gestores y el desarrollo de instrumentos gerenciales del proceso a nivel de las regiones.

Bajo este entendimiento se propuso efectuar las siguientes actividades: (i) la implementación de la guía de gestión por resultados en las redes de servicios descentralizadas mediante el ajuste de instrumentos operativos del POA, el monitoreo de los planes y el proceso de capacitación al personal de la UGD y de las RSs; (ii) la revisión y ajuste de la guía para la elaboración de las propuestas técnicas y económicas de los proyectos en línea con el nuevo MNS; (iii) la implementación del "manual de procesos y procedimientos para la contratación de servicios de salud"; (iv) elaboración e implementación de los planes de descentralización de la gestión de las redes de servicios; (v) el desarrollo de las competencias de los equipos del nivel central y regional para monitorear y evaluar los resultados de la gestión descentralizada de los servicios de salud en el primer y segundo nivel; (vi) el monitoreo de los procesos de capacitación de los gestores y proveedores de las redes de servicios del primer nivel; (vii); el monitoreo del proceso de implementación del MdeGH en tres hospitales; (viii) el proceso de mejora de la organización y gestión de los servicios clínicos y de apoyo técnico y terapéutico seleccionado; (ix) la formulación de convenios de gestión e instrumentos de monitoreo para unidades descentralizadas del segundo nivel de atención; (x) implementación de la gestión clínica de los servicios de medicina, cirugía, ortopedia y emergencia en la normativa del RGH, mediante la protocolización de las cinco causas de atención más importantes, y (xi) el fortalecimiento del proceso de rendición de cuentas y transparencia de los gestores descentralizados de los servicios de salud.

## PRIMER NIVEL

Con esta línea de acciones los logros más destacados por trimestre se desencadenaron de la siguiente manera:

***Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013***

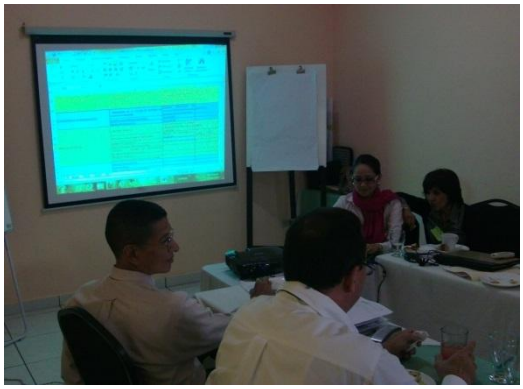


**Ilustración 10: Taller de intercambio de experiencias para el desarrollo de capacidades de los gestores descentralizados.**

- Se inició el ajuste a la guía de gestión por resultados (GporR) con un enfoque más operativo para el ámbito de gestión de las redes de provisión de servicios de salud con los temas de: (i) marco de gestión por resultados, (ii) la gestión con calidad, (iii) los gestores de la RISS, ajustado en base al documento de "Contratación de Servicios de Salud: Guía de Procedimientos para el nivel Intermedio de la Secretaria de Salud"; (iv) los requerimientos de organización del gestor para la negociación, establecimiento de acuerdos y para la etapa preparatoria para la implementación del convenio; y (iii) la participación ciudadana y auditoria social.
- Se elaboró un instrumento (lista de chequeo) para identificar si la guía en mención está en línea o no con el MNS y determinar la pertinencia de su ajuste.
- Se finalizó el proceso de revisión del MNS" y de "Contratación de Servicios: Guía de Procedimientos para el nivel intermedio de la Secretaria de Salud", y producto de esta revisión se arribó a la conclusión que, en general el documento guía está en línea con el MNS y solo se identificaron algunos aspectos puntuales en los cuales no se corresponden, como ser: (i) en las edades que comprenden los ciclos de vida, el grupo de edad correspondiente a la adultez mayor no coincide con la del MNS; (ii) la tipificación de los establecimientos de salud de acuerdo a su nivel de complejidad no es congruente con lo aprobado en el MNS, y (iii) el análisis de barreras se enfoca a las de tipo geográficos y financieros y plantea muy superficialmente el análisis de otro tipo de barreras como interculturalidad, genero, calidad etc.
- Se dispone de un informe final de revisión sobre el alineamiento del documento "Guía para la elaboración del plan regional para la gestión de la red integrada de servicios de salud" con el documento del "Modelo Nacional de Salud".

- Se concluyó el diseño y validación de la guía para elaborar el plan regional para la gestión de las RISS, y se elaboró el plan de socialización de dicho documento y el plan de capacitación para iniciar este proceso con cinco regiones sanitarias que seleccionará la SESAL.
- Se avanzó en el proceso de elaboración del plan de monitoreo y seguimiento a la fase de elaboración e implantación de los planes regionales de gestión de las RISS.

Ilustración 11: Taller de capacitación y socialización "Guía para la formulación de planes regionales".

- Se elaboró y validó una encuesta para realizar el diagnóstico de la situación actual de las capacidades de gestión para la provisión de los servicios, de los gestores descentralizados, dirigida al equipo técnico coordinador y al representante del gestor que firma el convenio de gestión. En este periodo se aplicó la encuesta al total de gestores y se inició con el procesamiento e ingreso de la información en una base de datos.
- Se diseñó y elaboró una matriz de contenidos o módulos, donde se identifican las fases, temas e instrumentos para el currículo de los gestores de primer nivel.

***Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014***

- Se avanzó en un 80% en la elaboración del manual de procesos y procedimientos para la contratación de servicios de salud.
- Se procedió a la revisión de los procesos y sub procesos que inicialmente se establecieron para la función de rectoría correspondiente a la garantía del aseguramiento en el rediseño organizacional de la SESAL, para compararlos con los procesos y procedimientos desarrollados en la versión preliminar de este manual procesos y procedimientos para la contratación de servicios de salud.
- Se iniciaron los procesos de revisión y acuerdos con la SESAL en el establecimiento de una ruta crítica para la socialización y capacitación sobre la "Guía para la Formulación del Plan Regional de Gestión de las RISS". En este proceso se integra la configuración de las RISS conforme a lo propuesto en el MNS.
- Se finalizó el diseño del plan de monitoreo y seguimiento a la fase de elaboración e implantación de los planes regionales de gestión de las RISS.
- Se participó, a nivel local, en el intercambio de experiencia con los gestores, organizada por el proyecto USAID- NEXOS. Las experiencias más relevantes fueron: (i) la captación de parejas para la socialización de PF, que se realizan en las charlas que brinda la municipalidad como

requisito previo al matrimonio; (ii) los mecanismos de contratación de RRHH que les permiten la optimización de la utilización del mismo, y (iii) los mecanismos de coordinación utilizados por el gestor a lo interno y externo de la organización.

- Para este proceso de fortalecimiento de las capacidades de los gestores se están realizando acciones conjuntas, y coordinadas por la UGD, con el proyecto NEXOS. Los avances actuales están referidos a conocer los resultados de la encuesta realizada para el diagnóstico de la situación actual de las capacidades de gestión de los gestores descentralizados para la provisión de los servicios, la cual fue dirigida al equipo técnico coordinador y al representante legal que firma el convenio de gestión. Lo más relevante de los resultados fue que del conjunto de 37 gestores, un 43% mostraron resultados bajos y un 54% con resultado medios, indicando con ello la prioridad que debe establecer la SESAL para invertir en el desarrollo de las capacidades en los gestores, y con ello asegurar mejores resultados en gestión, calidad en los servicios y satisfacción de los usuarios. Las funciones de gestión que necesitan priorizarse para el desarrollo de competencias del personal de gestión están referidas a las funciones de coordinación, dirección y organización.
- La fase de diseño de contenidos o módulos, en los que se identifican etapas, temas e instrumentos para la currícula de capacitación de los gestores de primer nivel, está en ejecución y se presentaron los primeros avances al equipo tripartito (UGD, NEXOS y ULAT) quien realizó las observaciones para su ajuste. Está aún pendiente la etapa de validación, una vez que la UGD apruebe los cambios sugeridos a la propuesta presentada por los consultores contratados por NEXOS, y que están relacionados a los marcos conceptual, contextual y metodológico.
- Todo lo anteriormente desarrollado constituyen insumos importantes para disponer de la currícula y el plan de capacitación, que servirán de base para finalizar la elaboración de la guía y los instrumentos para monitorear el proceso de fortalecimiento de las capacidades de los gestores, como un proceso continuo que estarán desarrollando las regiones sanitarias con los gestores de sus redes.

***Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014***

- Se retomaron y finalizaron las discusiones con el personal técnico de la UGD de los entendimientos conceptuales sobre los que está fundamentada la guía de gestión por resultados para las RISS descentralizadas y se revisaron los procesos e instrumentos para los gestores descentralizados desarrollados con el apoyo del proyecto Mesoamérica con asistencia de MSH, con el propósito de garantizar su coherencia conceptual y operativa con una gestión por resultados y para integrarlos en la fase de implementación de esta guía.

**Ilustración 12: Taller entendimientos conceptuales y operativos de la gestión por resultados.**

- Se llevaron a cabo discusiones técnicas y políticas con el equipo de conducción de la SESAL, a fin de posicionar el alcance del manual de procesos y procedimientos para la contratación de servicios de salud y decidir si trascenderá bajo el esquema de aseguramiento universal en salud que promueve el gobierno.
- Se finalizó el plan de monitoreo y seguimiento a la fase de elaboración e implantación de los planes regionales de gestión de las RISS.
- Se retomó el desarrollo de los instrumentos de seguimiento de los resultados y recomendaciones de las auditorias sociales realizadas a los gestores, para fines de mejorar el proceso de gestión descentralizada.
- Se inició el levantamiento de la información de los procesos de transparencia y redición de cuentas para realizar el diagnóstico correspondiente.
- Se concluyó la fase de diseño de contenidos o módulos, en la que se han identificado las fases, los temas y los instrumentos para la currícula de capacitación de los gestores de primer nivel.
- Se efectuó la estimación de los costos de implementación de la propuesta curricular para el desarrollo de las competencias de los 37 gestores descentralizados y en función de ello, se hizo el ajuste de los términos de referencia del equipo de consultores que se requiere en base a los módulos a desarrollar y el nivel de esfuerzo para cada gestor, así como la gestión del financiamiento necesario para el desarrollo de los talleres de concentración para aquellos módulos que serán abordados bajo esta metodología.

**Ilustración 13: Taller revisión procesos e instrumentos de la gestión por resultados para los gestores descentralizados.**

**Ilustración 14: Taller "Guía para la formulación de planes regionales".**

***Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014***

- Se continuó trabajando en el ajuste del diseño de la guía de gestión por resultados en las redes de servicios descentralizadas, debido a que las contrapartes de la SESAL han priorizado otros procesos y este se ha rezagado en su finalización. Por otro lado, está en proceso por parte de la SESAL el establecimiento de la organización de las redes, sus funciones y relaciones, lo cual se

necesita conocer para definir su abordaje en esta guía. Esta actividad se trasladó en su ejecución para el último año del proyecto.

- La asistencia técnica de MSH-Mesoamérica ha desarrollado para la SESAL una propuesta de organización de la función de compra de servicios en el marco de un sistema de aseguramiento. El apoyo técnico de ULAT se concretó en apoyar a la coordinación de la DGD, en la organización de los equipos de trabajo a la luz de las funciones asignadas en esta propuesta organizativa y del MOF de la SESAL, así como, de otros procesos en marcha.
- Se socializó la guía para la formulación de los planes regionales de gestión de la RISS, con los funcionarios de la SSRISS, con los jefes regionales y los jefes de departamento de redes de las veinte regiones sanitarias y con los proyectos de cooperación que les apoyan. Este proceso fue conducido directamente por la Dra. Sandra Pinel, Vice Ministra de RISS.
- Se capacitó al equipo de la DGD y de la RS de Valle, sobre la guía de monitoreo del convenio de gestión del hospital San Lorenzo.
- Se concluyó el proceso de definición de una currícula y en la elaboración de los TdeR para la contratación de los recursos para las capacitaciones a los gestores descentralizados. Este proceso no fue ejecutado por la DGD, debido que a la fecha no se ha realizado la contratación de la consultoría que la estaría realizando, con fondos provenientes de un proyecto del BID.

**Entregables trimestre IV**

- *Informe semestral de la implementación del plan de descentralización de la gestión de redes de salud.*
- *Informe de avance de los procesos de capacitación de los gestores y proveedores de las redes de servicios del primer nivel.*

**Entregable Adicional**

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

**Retos Programáticos**

La complejidad de este proceso, sumada a la diversidad de apoyos que dispone la SESAL, son elementos condicionantes para el desarrollo efectivo de la asistencia técnica en este tema. Los retos más importantes que tuvieron que ser superados fueron: (i) el logro de la sostenibilidad de los resultados alcanzados con los gestores descentralizados y el impulsar de los procesos de mejora en diferentes áreas de la gestión, cuando hubo incumplimiento de la SESAL en varias de las responsabilidades establecidas en el convenio de gestión, especialmente la referida a la oportunidad de los desembolsos; (ii) la concreción en los esfuerzos de coordinación con otros proyectos que brindan asistencia técnica en este tema y con los que se tuvo que hacer conciliaciones de propuestas para que fuesen alineadas, y (iii) el avance en el diseño de propuestas con equipos contrapartes que en su mayoría eran de nuevo ingreso.

## *HOSPITALES*

En la ejecución del plan de trabajo anual, el desarrollo de las actividades realizadas y los logros alcanzados por cada período trimestral es como sigue:

***Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013***

- Se continuó dando apoyo de forma sostenida al departamento de hospitales (DH) sobre los entendimientos del MdeGH y su metodología de aplicación y asegurar que el desarrollo de las herramientas de gestión para los diferentes sistemas del hospital rediseñados, agregasen valor a la gestión hospitalaria.
- Se desarrollaron talleres de capacitación dirigidos al personal del DH para validar la guía de monitoreo del proceso, elaborar los instrumentos para realizar el monitoreo de campo y elaborar los informes.

**Ilustración 15: Taller de validación de la guía de monitoreo del MdeGH**

- Se realizó el monitoreo de la fase de documentación de procesos y su rediseño en los hospitales Enrique Aguilar Cerrato y Juan Manuel Gálvez, el cual fue desarrollado por los técnicos del DH a través de entrevistas a personal clave del hospital (Equipo Líderes, Consejo Consultivo, entre otros) y de la revisión exhaustiva de los informes preliminares de los productos entregados por la firma consultora al DH.
- Se efectuaron acciones mancomunadas con diferentes organismos de cooperación (OPS, Médicos sin Fronteras, ULAT, entre otros) y con el equipo conductor contraparte del hospital para que el HEU mejore sus condiciones para una respuesta eficiente dentro de la red de servicios públicos de salud, acordándose: (i) fortalecer el equipo conductor, y (ii) revisar las acciones de mejora que se pueden adelantar en la emergencia, como la elaboración de protocolos de atención y revisión inmediata de los procesos del departamento de trabajo Social en la emergencia.
- Se desarrolló un taller de capacitación sobre documentación de procesos para el equipo técnico y los voluntarios de apoyo al HE, los cuales se desplazaron a las clipers del hospital realizando la tarea de observación y levantamiento de información de los procesos de atención en el Hato de Enmedio y de Las Crucitas. Simultáneamente, se realizó un ejercicio de observación y levantamiento de procesos del área de labor y parto, quedando los equipos entrenados para realizar el levantamiento de los procesos clínicos en los demás áreas de la dirección de la emergencia.
- Se continuó brindado asistencia técnica a la UGD junto con MSH-Mesoamérica para la mejora de los convenios de gestión de primer nivel para el año 2014.

- Se apoyó en la elaboración de una propuesta de un primer convenio anual del nivel hospitalario, basado en la propuesta de convenio marco del hospital San Lorenzo y se inició el proceso de identificación y elaboración de sus anexos.
- Se continuó apoyando la mejora de la base datos del cuadro de mando gerencial que utilizan los hospitales, la elaboración de una guía de monitoreo de procesos y resultados expresados en el CMG, y se inició la elaboración del plan de inducción para nuevos directores y coordinadores de UGI y del instrumento para identificar las necesidades de desarrollo de competencias de los profesionales del hospital en el marco del RGH.
- Se revisaron los avances y resultados del proceso de RGH durante el 2014 y se concluyó la necesidad de cambiar la estrategia de trabajo y pasar del seguimiento de la medición de indicadores a un énfasis de trabajo en la implementación de los procesos específicos establecidos en este proceso en su segunda fase, de tal forma que su implementación sea impulsada desde el nivel central de la SESAL.

***Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014***

- Se revisaron los resultados del rediseño de procesos en los tres hospitales con asistencia técnica de la firma CSC, y a las discusiones técnicas preparatorias de la fase de implementación.
- Se formularon las recomendaciones emanadas del monitoreo de campo realizado a finales del 2013, a los hospitales Enrique Aguilar Cerrato y Juan Manuel Gálvez, orientadas a: (i) la necesidad de fortalecer el funcionamiento del equipo líder; (ii) acelerar la implementación del plan de comunicación; (iii) mejorar la metodología de los procesos de capacitación; (iv) la obtención del respaldo político de las autoridades de la SESAL y de los directivos hospitalarios, y (v) la priorización de acciones de implementación en las áreas de gestión clínica y de gestión de pacientes.
- Con la aprobación mediante Decreto Legislativo No. 319-2013 del Convenio Marco de Gestión del Hospital San Lorenzo, y las actuales negociaciones del convenio de gestión anual 2014, se inició el replanteamiento de la etapa de implementación para este hospital y se iniciaron las acciones orientadas a la verificación en campo sobre la incorporación de los procesos rediseñados y sus resultados, para la toma de decisiones oportunas.
- Se finalizó el informe de resultados de la asistencia técnica al HEU en el que se enfatizaron las siguientes conclusiones y recomendaciones: (i) la necesidad de realizar un análisis exhaustivo de la producción, rendimiento y capacidad de respuesta que tiene cada clíper; (ii) la creación de una estructura mínima con el recurso existente en las tres clíper para realizar y mejorar su gestión y conducción; (iii) implementar un sistema de información (registros médicos, procesos clínicos y administrativos) que permita el monitoreo y la evaluación sistemática de la gestión de cada una de estas unidades; (iv) elaborar un estudio de la demanda de servicios y con base a sus resultados formular el plan estratégico, alineado a los objetivos del HE, y (v) iniciar un proceso de planificación operativa basado en la demanda, con un plan de monitoreo y evaluación de cumplimiento de metas y resultados, entre otros.
- Se elaboraron los siguientes anexos técnicos del convenio anual 2014 del hospital San Lorenzo, basado en el convenio marco de gestión aprobado por el poder legislativo: (i) conjunto

garantizado de prestaciones; (ii) tablero de indicadores para monitoreo del convenio y para evaluación de desempeño, y (iii) propuesta de metas a negociar con el gestor.

- Se continuó con la formulación de ajuste a las cláusulas del convenio anual del hospital San Lorenzo y se revisaron los aspectos relacionados con el financiamiento y el plan de desembolsos.
- Se continuó apoyando la implementación de la segunda etapa del RGH a través de: (i) la mejora de la base datos del cuadro de mando gerencial que utilizan los hospitales, su instalación en cada hospital vía online y el seguimiento en su utilización; (ii) la mejora de instrumentos operativos de monitoreo de ciertos indicadores como el de quirófano, laboratorio y emergencia, y (iii) el establecimiento y desarrollo de una ruta crítica para determinar las cinco principales causas de egreso de los servicios medico quirúrgicos para elaborar los instrumentos de medición del cumplimiento de la norma de atención, entre otros.

***Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014***

- Se inició la fase de implementación del MdeGH en los hospitales de San Lorenzo, Enrique Aguilar Cerrato y Juan Manuel Gálvez y se avanzó en algunos de los procesos/procedimientos de los sistemas de logística y suministro, mantenimiento, servicios generales, gestión financiera y gestión de pacientes. Algunos de los procedimientos implementados mostraron resultados positivos como en el hospital Juan Manuel Gálvez el denominado "pactos de consumo", que permitió evidenciar la cantidad de insumos almacenados en las salas y servicios, sin estar sujetos a mayores controles de consumo y almacenamiento.
- Se continuaron las jornadas de trabajo con el equipo técnico organizado para discutir la priorización de los procesos a intervenir de acuerdo a las recomendaciones del informe y a las decisiones de la junta de dirección del HEU.
- Se continuó brindando apoyo técnico para la formulación de convenios de gestión e instrumentos de monitoreo para unidades descentralizadas del segundo nivel de atención con: (i) la elaboración de los instrumentos de monitoreo del convenio de gestión del hospital San Lorenzo y la definición de contenidos de los informes de producción para el pago de los costos variables del mismo; (ii) la formulación de la propuesta de convenio de gestión a ser negociado con los gestores del hospital Hermano Pedro de Catacamas y el hospital María de Especialidades Pediátricas, y (iii) la formulación de las propuestas de convenios de gestión para cuatro nuevos hospitales (Gabriela Alvarado, Santa Teresa, Santa Bárbara Integrado y Juan Manuel Gálvez) que serán financiados con fondos del proyecto Mesoamérica.
- En el proceso de implementación de la gestión clínica de los servicios de medicina, cirugía, ortopedia y emergencia en la normativa del RGH, mediante la protocolización de las cinco causas de atención más importantes se trabajó en: (i) la recolección de datos del cuadro de mando gerencial que miden los hospitales; (ii) la mejora de instrumentos operativos de registro de datos para el monitoreo de algunos indicadores como el de quirófanos, laboratorio y emergencia, criterios de verificación de la calidad del llenado de la historia clínica, entre otros; (iii) la formalización de los protocolos de las cinco principales causas de egreso de los servicios medico quirúrgicos que servirán de insumo para elaborar los instrumentos de medición del cumplimiento de la norma de atención; (iv) formulación del plan de asistencia técnica para

mejorar el proceso de análisis y toma de decisiones en las instancias del consejo consultivo y comité de apoyo externo a un conjunto de hospitales seleccionados, y (v) la verificación en campo de los procesos establecidos en el RGH que efectivamente se están implementando.

***Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014***

- El plan de implementación de los procesos-procedimientos seleccionados para este periodo en los tres hospitales está en marcha, con algunas limitaciones sobre la disponibilidad de personal y la toma de decisiones de parte de los directores de hospitales para la reasignación de funciones al personal que es reubicado.
- Se participó en dos jornadas de trabajo convocados por el DH de la SESAL, en las que la firma CSC presentó los avances de la implementación en cada hospital y se analizaron las limitantes y facilitantes del proceso.
- Se participó en el intercambio de experiencia de los tres hospitales que están en proceso de implementación del MdeGH, realizado en la ciudad de La Esperanza, mostrándose un buen nivel de apropiación por parte de los empleados responsables de asumir los nuevos procedimientos. El Hospital San Lorenzo es el que muestra mayores avances en esta etapa, determinado por su condición de hospital descentralizado, lo cual favorece la toma de decisiones que dicho proceso requiere, así como, un mayor nivel de compromiso y empoderamiento del personal.
- Se desarrolló un taller de trabajo con la participación de los jefes de los servicios de emergencia y CLIPER del HEU y el equipo técnico de apoyo a la dirección general del hospital. En este taller, se identificaron los principales problemas técnicos y de gestión y se preparó y discutió con el director general del HEU, una propuesta técnica de abordaje para los servicios de emergencia.
- Está en ejecución el plan del apoyo técnico acordado, con la organización y capacitación de las comisiones de mejora continua del servicio de emergencia para que realicen la mejora continua de los procesos documentados y que requieren ser optimizados.
- Se está finalizando la documentación del registro de datos, flujos e instrumentos de los diferentes procesos y procedimientos de la emergencia y las cliper, con el fin de realizar la optimización del proceso de información en dicho servicio y sus apoyos.
- Se apoyó al equipo técnico de la DGD en la elaboración de la guía de monitoreo del convenio de gestión de hospitales y en la capacitación del equipo que realizaría la monitoria.
- Se brindó apoyo en la ejecución de la monitoria del convenio de gestión del hospital San Lorenzo.
- Se elaboró el cuadro de mando de indicadores para el monitoreo del convenio de gestión del Hospital María.
- Se realizó el monitoreo de campo de veintiún hospitales de la SESAL, para determinar el grado de implementación de los procesos-procedimientos establecidos en las directrices y lineamientos del RGH. El informe de los resultados de este monitoreo fue presentado al equipo técnico del DH de la SESAL y está en marcha el análisis de las causas de aquellos procesos que muestran pocos avances, para determinar sus mejoras y las unidades hospitalarias que deben realizarlo para fortalecer la gestión hospitalaria. Los requerimientos de apoyo técnico para

implementar los ciclos de mejora serán parte del plan de trabajo del cuarto año de la asistencia de ULAT al DH de la SESAL para darle sostenibilidad al proceso de RGH.

**Entregables trimestre IV**

- *Informe trimestral del proceso de implementación del MdeGH en tres hospitales.*
- *Informe semestral de procesos y estructura funcional y organizacional del área de emergencia del bloque quirúrgico y MI.*
- *Informe semestral de los resultados de la mejora de la gestión hospitalaria en el marco del RGH.*

**Entregable Adicional**

- *Convenio del Hospital María.*

**Retos Programáticos**

La asistencia técnica que se brindó para la implementación de las actividades desarrolladas en este proceso tuvieron que superar una serie de retos: (i) la crisis sobre la disponibilidad de recursos en los servicios hospitalarios para enfrentar la alta demanda de atención por causa de la prevalencia de algunas enfermedades; (ii) la resistencia al cambio en los niveles operativos en los procesos de reforma y en los que se requiere la toma de decisiones políticas y de un posicionamiento claro de las autoridades superiores, lo cual no siempre fue efectivo; (iii) la lentificación del proceso de implementación del MdeGH por parte de la firma consultora CSC a nivel de los hospitales; (iv) la demora de las autoridades de la SESAL en la toma de decisiones en aquellos aspectos críticos para la mejora de la gestión hospitalaria, y (v) la demanda de asistencia técnica adicional que se generó con los compromisos de gestión firmados con todos los hospitales de la red pública, para que lograran cumplir en tiempo y forma sus reportes del CMG.

Desde el punto de vista operativo, también se tuvo que superar la falla de la herramienta automatizada de captura de datos del cuadro de mando gerencial de todos los hospitales, dadas las capacidades de hardware y software disponibles en el nivel local y la adecuación del equipo contraparte de hospitales, para la modificación de la estrategia de trabajo, que estaba basada en el seguimiento de la medición de los indicadores, hacia una con énfasis en el seguimiento de los procesos específicos y su mejora.

### AUDITORÍA SOCIAL

Los logros se fueron alcanzando por cada período trimestral así:

***Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013***

- Se iniciaron las acciones de coordinación con el proyecto NEXOS bajo la conducción de la UGD, para la realización de un diagnóstico sobre las auditorías realizadas a los gestores de las redes de servicios de salud descentralizadas. Asimismo, se inició la elaboración del instrumento

a utilizarse en el diagnóstico y se establecieron los acuerdos para el levantamiento de la información de campo.

***Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014***

- En este periodo se continuo con las reuniones de coordinación para la definición de los elementos fundamentales a ser considerados en el diagnostico a efectuarse y la forma de instrumentar este proceso como parte del apoyo a la SESAL y se inició el proceso de contratación del funcionario que estaría dando la asistencia en este tema.

***Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014***

- Se inició el diagnóstico sobre la realización de auditorías sociales, y la utilización de las recomendaciones emanadas de las mismas, a los gestores descentralizados de las redes de servicios de salud.
- Se diseñó y validó el instrumento a ser aplicado a los gestores que, en una revisión preliminar, se identificaron como sujetos de esa verificación.
- Se realizaron las coordinaciones necesarias con los técnicos del proyecto USAID-Nexos para conocer su experiencia de trabajo en este campo, los instrumentos desarrollados y los resultados de las auditorias sociales de los gestores que ellos apoyan.
- Se revisaron en conjunto con el equipo contraparte de la UGD, los diferentes instrumentos legales y normas técnicas que constituyen la base del trabajo en el proceso de auditoria social y rendición de cuentas, para crear los entendimientos conceptuales y operativos.

***Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014***

- Se finalizaron los "lineamientos de auditoria social y rendición de cuentas a la ciudadanía" como instrumento para que los gestores descentralizados de la provisión de servicios de salud estén informados sobre las regulaciones existente en el país acerca de los procesos de control social: auditoria social y rendición de cuentas a la ciudadanía y les permita una participación activa e informada en dicho proceso.
- Se realizaron reuniones de discusión sobre estos lineamientos, con fines de apoyar los entendimientos operativos de este proceso de control social de la gestión.

## Entregables trimestre IV

- *Documento de lineamientos para la rendición de cuentas y transparencia de los gestores descentralizados de los servicios de salud.*

## Retos Programáticos

Los reto más importantes de este período fueron: (i) la no priorización de este tema por las instancias de la SESAL; (ii) el proceso prolongado de contratación del funcionario para ejecutar las funciones previstas; (iii) lograr los resultados establecidos en el plan de trabajo en tiempo menor al definido; (iv) el

reducido conocimiento en la SESAL sobre los procesos de auditoria social realizados a los gestores, sus resultados e implementación de dichas recomendaciones, y (iii) el débil entendimiento a nivel de los gestores sobre estos procesos que están relacionados al fortalecimiento de la transparencia.

ASEGURAMIENTO PÚBLICO

Para el alcance del de este proceso, se propuso el diseño y la aprobación del módulo de registro para la identificación de beneficiarios del sistema de protección social en salud. También se propuso apoyar en la definición y elaboración de las herramientas gerenciales para el componente del SPSS en el nuevo modelo de salud y su incorporación en los convenios con los proveedores descentralizados del primer y segundo nivel de atención.

En los primeros dos años del proyecto, se lograron importantes avances en algunos aspectos incluidos en el "Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud". También en el país se oficializó una política de protección social y se ratificó el convenio C102 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la seguridad social como norma mínima. Ambos elementos fortalecen el contexto político, creando la necesidad de hacer esfuerzos técnicos para el desarrollo de una propuesta apropiada de financiamiento de la salud.

En este sentido, se planteó para el tercer año del proyecto, realizar las siguientes actividades: (i) apoyar a la SESAL para construir los consensos para la definición de las variables de identificación de los beneficiarios del SPSS; (ii) apoyar en el diseño del módulo de registro para la identificación de beneficiarios del sistema de protección social en salud; (iii) apoyar la aprobación técnica para la incorporación del módulo de identificación de beneficiarios del SPSS a la propuesta de diseño del SIIS; (iv) apoyar en la definición y elaboración de las herramientas gerenciales para el componente del SPSS en el nuevo MNS. Estas herramienta gerenciales corresponden: (a) al desarrollo de una propuesta metodológica para la identificación e incorporación de grupos humanos priorizados a la estructura de costos del aseguramiento público subsidiado; (b); a la propuesta de un sistema de control para la implementación de contratos, acuerdos y convenios del SPSS; (c) a una propuesta metodológica para un sistema de control financiero del sistema de protección social, y (d) al documento de propuesta de modelo público-público, y (vi) apoyar a la SESAL en el desarrollo de una propuesta de incorporación de las herramientas gerenciales para el componente de protección social en los convenios con los proveedores descentralizados del primer y segundo nivel de atención.

La cronología trimestral de las correspondientes actividades fue como sigue:

**Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013**

- Se realizaron discusiones técnicas a fin de poder articular los aspectos que relacionados con el tema están siendo desarrollados en los otros procesos como ser la descentralización, el MNS, la planificación sectorial y los otros estudios planteados.
- Se aportaron algunos elementos que pueden favorecer el tema de aseguramiento, para que sean tomados en cuenta al momento de la elaboración de la ley general de salud o cualquier otro documento jurídico que se someta a aprobación de las autoridades.

- Se realizó un análisis de las propuestas incluidas en el plan del próximo gobierno, pudiéndose observar que el tema de aseguramiento tendrá un espacio importante dentro de la agenda a ser desarrollada.

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- Se continuó con las discusiones técnicas para articular los aspectos relacionados que están siendo desarrollados con los otros procesos en los que se brinda asistencia técnica, como ser descentralización, el MNS, la planificación sectorial, los otros estudios planteados y la ley general de salud. En este marco se siguen desarrollando elementos que pueden favorecer el tema de aseguramiento, para que sean tomados en cuenta al momento de la elaboración de una propuesta concreta.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se elaboró un documento conteniendo las variables que son necesarias para la identificación de posibles beneficiarios(as), aquellas requeridas para ser sujeto de un programa de protección social (régimen subsidiado) y las otras necesarias para ser enrolado como usuario(a) de un sistema de provisión.
- Se está a la espera de la aprobación de las variables de identificación incluidas en el documento "sistema de identificación de beneficiarios del régimen subsidiado", para iniciar el diseño del módulo de identificación de beneficiarios. La política de protección social de Honduras define en sus líneas las características de las personas que califican para ser incluidas en las acciones de protección social y los mismos serán complementados desde la perspectiva de las prioridades en salud.
- Se avanzó en el diseño del sistema de identificación de beneficiarios del régimen subsidiado, el cual podrá ser implementado a través del proyecto del SIIS, financiado con fondos de la cooperación ACDI.
- Se avanzó en el desarrollo de una propuesta muy preliminar de un sistema de control para la implementación de contratos, acuerdos y convenios del SPSS, en específico lo relativo a un sistema de aseguramiento público en salud.

**Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014**

- Se finalizó y está lista para su discusión, el documento propuesta de las herramientas gerenciales del componente del SPSS: (i) sistema de seguimiento y control operativo de los compromisos contractuales del sistema de protección social en salud; (ii) sistema de identificación de beneficiarios del SPSS, sistema de aseguramiento público en salud, régimen subsidiado, y (iii) sistema de control financiero del sistema de protección social en salud.
- Se inició el diseño de una propuesta de los sistemas de gestión descentralizada, modalidad tipo público- público, como cuarte herramienta del SPSS y se plantearon sus elementos básicos.
- Se analizó la propuesta de ley marco de la protección social, la cual fue sometida por el Presidente de la Republica ante el Congreso Nacional. Su contenido no se aleja de las

previsiones que se habían anticipado para la conformación de un sistema de protección social en salud y las herramientas previstas a desarrollar calzan dentro su contextualización.

**Retos Programáticos**

Durante todo el tercer año, el reto en este proceso fue posicionar el tema del aseguramiento público en las agendas políticas y técnicas y con ello trascender en el desarrollo de propuestas para abordar los problemas de acceso a los servicios y de conformación del sistema que requieren solución por esta vía.

SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

La política del Sistema Nacional de Calidad (SNC) fue aprobada por la SESAL en marzo del 2011 y desde entonces solo se avanzó en el desarrollo de algunos elementos de los componentes de normalización y en el desarrollo de las instancias de coordinación. En esta línea de acción se propuso como actividades concretas: (i) apoyar la elaboración y puesta en marcha del plan de implementación del SNC; (ii) brindar apoyo técnico a la SESAL para implementar la norma cero; (iii) apoyar el desarrollo de las capacidades para la estandarización y verificación de la calidad, y (iv) apoyar el rediseño de los procesos de licenciamiento y certificación con base a lo establecido en el nuevo DO del nivel central. Los avances obtenidos a lo largo de todo el periodo para el tema de calidad, no fueron los esperados, ello debido a retrasos en la definición del liderazgo político que conduciría los procesos vinculados con su implementación y adicionalmente con encontrar los espacios para la discusión de las implicaciones y de la necesidad de incorporarlo en la agenda política y operativa de la SESAL.

El mayor logro alcanzado fueron las discusiones realizadas con el vice ministro de regulación con el objetivo de analizar el abordaje del SNC desde la perspectiva y responsabilidades de la subsecretaría de regulación de la SESAL, conocer la situación actual y avances de este tema desde la óptica del acompañamiento de la ULAT, y de optimizar la disponibilidad de asistencia técnica que ofrece. Como resultado, se obtuvo el compromiso de la definición de las contrapartes requeridas y del inicio de jornadas de trabajo a ser efectuarlas en plazos de tiempo menores que los que se tienen programados para lograr mayores avances en el horizonte de la administración. Sin embargo, los retrasos en la adecuación de la estructura organizacional de la SESAL, con los recursos humanos que se necesitan, provocó un enlentecimiento más en el cumplimiento de los compromisos adquiridos. Este proceso con el desarrollo de todas sus actividades estará siendo retomado en el último año del proyecto, con el alcance establecido en el plan de hitos, versión IV.

## RI 4.4 Uso de datos para la toma de decisiones

La SESAL desarrolló, con apoyo de USAID a través del ULAT y CDC, herramientas relacionadas con la vigilancia de la salud y con los procesos de monitoria y evaluación de RAMNI. Sin embargo, aunque los avances en el desarrollo de las propuestas y en su implementación fueron sustanciales, el funcionamiento de los mecanismos para mejorar la toma de decisiones no se desarrolló en la misma magnitud. Adicionalmente las acciones previstas en los primeros dos años del proyecto, tuvieron que ser pospuestas porque estaban vinculadas con líneas de trabajo correspondientes a otros proyectos, financiados por CDC y la cooperación canadiense, cuya implementación continuó retrasada en forma importante. Por ello, bajo este resultado intermedio, se propone trabajar en el mejoramiento de los sistemas de vigilancia en salud con énfasis especial en la vigilancia de la mortalidad materna y de la niñez, el proceso de monitoria y evaluación de la gestión, y el mejoramiento del sistema de información.

### *SUB RI 4.4.1*

*Actualizados y mejorados los sistemas de M&E y de vigilancia epidemiológica y de la salud.*

*VIGILANCIA DE LA SALUD*

La responsabilidad fundamental de la SESAL como ente rector responsable de la conducción del sector salud, parte de una planificación fundamentada en el análisis de la situación de salud en que se definan las determinantes y condicionantes de la misma, y que permita identificar las inequidades desde la perspectiva de todas las variables: epidemiológicas, demográficas, sociales, culturales, de genero etc. En virtud de ello, para el tercer año del proyecto se planteó: (i) apoyar a la DGVS de la SESAL en coordinación con el centro de control de enfermedades y prevención de los E.E.U.U.(CDC), en la revisión de la nueva estrategia de vigilancia de la salud, y en la discusión del enfoque que permita retomar el tema durante la transición; (ii) apoyar a la DGVS de la SESAL, en coordinación con el CDC, en el desarrollo de la nueva estructura organizativa de la dirección; (iii) socializar el estudio "Actualización de la razón de mortalidad materna, Honduras 2010"; (iv) socializar el estudio sobre la caracterización de la mortalidad en la niñez (0 a 5 años) 2010; (v) fortalecer el proceso de vigilancia sostenida de mortalidad materna y de la niñez.

Los logros y avances se fueron alcanzando por cada período trimestral como sigue:

**Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013**

- Se logró establecer nuevamente la coordinación con los diferentes actores, llegándose a acuerdos específicos en relación a la estrategia de vigilancia. Dentro de los acuerdos, se definieron tres momentos en el futuro inmediato para la revisión de la norma: (i) un taller con la participación de los técnicos de la DGVS, ULAT y el consultor contratado por el CDC; (ii) una reunión de consulta con expertos a desarrollarse en el mes de enero de 2014, y (iii) reuniones

técnicas con la ULAT para retomar los procesos de reforma a la luz del avance de los diferentes procesos.

- Se realizó la revisión de los avances del proceso desarrollado por la DGVS, con la asistencia técnica de un consultor contratado por el CDC para su estructura organizativa.
- Se terminó de elaborar el Estudio sobre la caracterización de la mortalidad de la niñez (0-5 años) 2010 y se inició el proceso de su impresión.

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- Se apoyó la revisión del documento presentado por el consultor que contrató el CDC para la elaboración de la estrategia de vigilancia de la salud. Ésta actividad tuvo como objetivo hacer una consulta con expertos, para que a la luz de su experiencia revisaran el documento presentado. La participación de ULAT se produjo antes y durante la consulta, a fin de apoyar la organización de la actividad y asegurar que estuviesen incluidos en la agenda los elementos específicos y necesarios del proceso de reforma. Así de ésta forma se orientó la revisión teniendo en cuenta el DO regional aprobado, las funciones establecidas dentro de la nueva estructura institucional y los relacionamientos e interdependencia de las instancias definidas en función de los requerimientos de la norma de vigilancia de la salud. También se tuvo en consideración los aspectos vinculados con el MNS, como la primera norma y el enfoque del riesgo, como parte del mismo.
- Se trabajó en una propuesta de estructura organizativa de la DGVS, con la participación de los técnicos de dicha dirección y el consultor del CDC.
- Se finalizó la impresión del documento que contiene los resultados del estudio sobre la caracterización de la mortalidad de la niñez (0-5 años) 2010. Adicionalmente se imprimió un "desplegable" que contiene un resumen del informe con los datos más relevantes para facilitar su divulgación, como una herramienta de bolsillo para tener la información a la mano.
- Se hicieron las coordinaciones con el director de la unidad de vigilancia de la salud para la reactivación del funcionamiento del comité de mortalidad materna y de la niñez.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se apoyó en la elaboración del borrador final de la norma nacional de vigilancia de la salud en el marco de las funciones rectoras de la SESAL, a través de la consultoría especifica del CDC. Así mismo se efectuaron acciones de incidencia para que las actividades relacionadas con la implementación de la norma, se incorporaran dentro del Plan Estratégico Institucional 2014-2018, estableciendo las metas específicas para cada año. Con ello se podrá avanzar en la aplicación de la misma.
- Se discutió la estructura organizativa de la UVS realizada a través del CDC y se incorporó con muy pocas modificaciones en el ROF de la SESAL.
- Se ajustó el informe del estudio "Honduras: Caracterización de la Mortalidad en la Niñez (0 a 5 años) 2009 – 2010" en función a las observaciones recibidas.

- Se logró reactivar el comité de vigilancia de la mortalidad. Se revisaron los informes de vigilancia sostenida de ambas mortalidades del año 2012, aprobando el de mortalidad materna y programando otras jornadas para revisar el de la niñez, en la cual se hicieron varias modificaciones quedando pendiente la elaboración de las conclusiones y recomendaciones.

**Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014**

- Se realizó el lanzamiento oficial de la norma nacional de vigilancia de la salud, diseñada y elaborada en el marco de la reforma del sector. En este evento se contó con la asistencia de funcionarios del nivel central de la SESAL, de directores y epidemiólogos regionales, y de la cooperación externa.
- Se retomó la propuesta de DO de la UVS en el proceso de elaboración del MOF.
- Se obtuvo la aprobación para publicar el informe de resultados de la caracterización de la mortalidad en la niñez 2010, y se procedió a su impresión.

**Entregable trimestre IV**

- *Informe trimestral de avance sobre la construcción de la estrategia de vigilancia de la salud.*
- *Informe de avance del Manual de Organización y Funciones de la UVS.*

**Entregable Adicional**

- *Documento conteniendo la norma nacional de vigilancia de la salud.*

**Retos Programáticos**

Durante el tercer año del proyecto tuvieron que enfrentarse diversos retos que iban desde superar obstáculos estructurales para retomar el proceso de elaboración de la norma de vigilancia de la salud en el marco de la reforma, hasta afrontar dificultades y debilidades en la conducción de la UVS enfatizados con el proceso de cambio en la estructura organizativa y de funcionamiento del nivel central, condicionando con ello en la posposición de las actividades.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD (SIIS)

Durante el segundo año del proyecto, la SESAL tuvo al plan estratégico del SIIS como una prioridad; en este periodo las acciones de coordinación con la ACDI se mantuvieron y con el apoyo de ULAT y otros cooperantes se avanzó en algunos de los objetivos incluidos en el mencionado plan. También estuvo en proceso la revisión del memorándum de entendimiento entre Honduras y Canadá, el cual se esperaba que fuese firmado por las autoridades actuales. En este contexto, para el tercer año, ULAT propuso fortalecer la asistencia técnica y apoyar en forma más directa a la SESAL en el diseño del sistema integral de información en salud.

A lo largo de todo el tercer año, el diseño del sistema integral de información estuvo dependiendo de la ejecución del proyecto a ser financiado por la cooperación canadiense "Fortalecimiento del Sistema Integrado de Información en Salud, (SIIS) A-033881, que tiene por propósito mejorar la capacidad del gobierno en la recolección, el procesamiento, la gestión, el análisis de datos y el uso de la información como base para la planificación y la asignación de recursos a fin de mejorar la salud de los hondureños.

Para el primer trimestre se logró la firma del memorándum de entendimiento entre los gobiernos de Honduras y de Canadá. A la fecha no se han cumplido las condiciones para hacer efectiva la implementación del proyecto, y es hasta en los últimos meses de este periodo del proyecto que la SESAL ha sido informada por la ACDI de los avances para la entronización de la agencia acompañadora del proyecto.

**Entregable trimestre IV**

- *Informe trimestral de avance del proceso de diseño del SIIS.*

**Retos Programáticos**

El retraso en el inicio del proyecto de desarrollo del SIIS con fondos del gobierno de Canadá, desfasó las agendas de los procesos vinculados al sistema de información en salud y por ende, el desarrollo pleno de las actividades incluidas en el plan de trabajo de ULAT, con el que se esperaba brindar apoyo a la SESAL para el diseño del SIIS. En este marco, un reto también importante a ser superado, fue el de estar presentes e informados de los avances de la negociación con la cooperación de la ACDI e involucrar al personal al área de sistemas de información de la UPEG, en el proceso de monitoreo y evaluación de la gestión, a fin de garantizar que las necesidades de información puedan ser incorporadas en los cambios, cuando se aprobara el financiamiento de dicha agencia de cooperación.

*MONITORIA Y EVALUACION DE LA GESTION*

En el 2013 se elaboró el plan estratégico institucional 2013-2016 (PEI) vinculado al Plan de Nación, a los lineamientos de SEFIN y de SEPLAN basados en la cadena de valor de la gestión pública orientada a resultados. También se avanzó en el análisis de la experiencia acumulada en la UPEG especialmente a través del RAMNI y en el desarrollo de la planificación y presupuestación institucional orientada a resultados, (que es el objeto de la monitoria y evaluación) y en el diseño orgánico y funcional del sistema.

Con las decisiones gubernamentales que SEPLAN desarrollase el diseño del sistema de monitoria y evaluación del Plan de Nación, utilizando un software como herramienta y con los avances obtenidos en el segundo año del proyecto, en el que se concluyó el objeto y diagnóstico de los actores y las necesidades de información y el desarrollo orgánico y funcional del sistema de monitoria, para el tercer año del proyecto se planteó realizar las siguientes actividades: (i) apoyar a la UPEG en la construcción de cuadros de mando y estructuras afines para el sistema de M&E de la gestión; (ii) apoyar a la UPEG en el

diseño, validación y ajustes de los instrumentos de recolección y su integración en el sistema de M&E de la gestión; (iii) brindar asistencia para el diseño de la instrumentación para identificar y priorizar brechas, elaboración de planes de medidas correctivas y de mejora continua, y (iv) apoyar a la UPEG en la revisión del funcionamiento del sistema de monitoria y evaluación.

La cronología trimestral de las correspondientes actividades fue como sigue:

**Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013**

- Se elaboró un plan de trabajo del SIMEGpR, el cual fue discutido con la UPEG e incluye el proceso metodológico para; (i) el análisis y elaboración del cuadro de mando, el análisis de la matriz de objetivos y productos finales e intermedios del PEI y su relacionamiento con los productos SIAFI/POA y (ii) la identificación de indicadores para la evaluación de los productos intermedios.
- Se conformó un equipo multidisciplinario de planificación, estadística y monitoreo y evaluación, que aporte una visión integrada y técnica de los entendimientos, para asegurar la calidad de los datos.
- Se iniciaron las jornadas de trabajo para ir construyendo el cuadro de mando y los indicadores y las estrategias institucionales en el marco de la reforma, utilizando una metodología de capacitación para el fortalecimiento institucional de la UPEG en esta área.
- Se iniciaron las discusiones para la adecuación de los instrumentos actuales para la obtención de los datos y el flujo de los mismos en el marco de la nueva estructura organizacional en el nivel regional.
- Se definió realizar un proceso de inducción y capacitación a las unidades regionales que incluyera dos líneas de trabajo: la primera centrada en la capacitación en relación con: (i) estructura y configuración del SIMEGpR; (ii) herramientas e instrumentos para la recolección de datos; (iii) flujo de datos; (iv) herramientas de análisis, y (v) flujo de información y la segunda dirigida a validar y ajustar los instrumentos de recolección de datos del SIMEGpR.

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- Se inició el ajuste en la definición de los indicadores, en el marco de los lineamientos del nuevo gobierno; también se inició el ajuste a los instrumentos de recolección de datos e información que se requiere para la construcción de los mismos. Para ello, se integró al equipo de la UPEG, el director actual de la unidad de gestión de la información, quien está definiendo el plan de trabajo de dicha unidad y sus líneas prioritarias de acción.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se identificaron los elementos que se requieren para la construcción del SIMEGpR y para la identificación de los indicadores asociados.
- Se apoyó en la definición de los indicadores con los que se esperaba medir los resultados establecidos en el Plan Nacional de Salud 2014-2018.

- Se revisó y ajustó el Plan Estratégico Institucional 2014-2018, en el marco del Plan Nacional de Salud 2014-2018 y de los lineamientos de la Dirección Presidencial de Gestión por Resultados.
- Se definió la metodología y se desarrollaron los materiales de trabajo del Plan Operativo Anual y Presupuesto 2015.
- Se inició la construcción de:
    - El cuadro de mando del plan nacional de salud, el cual se estructurado alrededor de los tres componentes estratégicos del plan: (i) la conducción de sistema de salud; (ii) la regulación del sistema de salud; y (iii) la provisión de servicios.
    - El cuadro de mando de la SESAL para ser incluida en la matriz del sector desarrollo e inclusión social.
    - Los productos trazadores propuestos por las direcciones generales de la SESAL para analizar la posibilidad de construir los indicadores vinculados.

**Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014**

- Se finalizó la construcción de los cuadros de mandos para el monitoreo y la evaluación de la gestión institucional, realizados en el marco de la elaboración del Plan Nacional de Salud 2014-2018 y la revisión y ajuste del Plan Estratégico Institucional 2014-2018.
- Se diseñaron y elaboraron las fichas de los indicadores definidos. Estas fichas describen con precisión los elementos de un determinado indicador, la calidad y transparencia en su construcción y los resultados a obtener.
- Se identificaron los instrumentos de recolección de datos e información y su integración al sistema de M&E de la gestión.
- Se capacitó a todas las unidades del nivel central, responsables de subir la información a la Plataforma Presidencial de Gestión por Resultados.

**Entregable trimestre IV**

- *informe trimestral de avance en la implementación del sistema de monitoreo y evaluación de la gestión.*

**Retos Programáticos**

Esfuerzos importantes fueron exigidos para conciliar la matriz de resultados de la gestión con las demandas institucionales y sectoriales, a la luz de la revisión y ajuste del Plan Estratégico Institucional 2014-2018, el Plan Nacional de Salud 2014-2018 y las demandas del sector de Desarrollo e Inclusión Social. Adicionalmente, la construcción del SIMEGpR requiere del concurso de las áreas de planificación, monitoreo y evaluación, sistema de información y estadística en un equipo integrado que facilite la visión conjunta del sistema. La conformación de este equipo estuvo dependiente de las

decisiones tomadas desde la dirección de la UPEG en función de sus prioridades y de la capacidad de recursos humanos, por lo que no siempre se contó con la participación en los tiempos requeridos.

EQUIDAD EN EL FINANCIAMIENTO EN SALUD

El análisis del financiamiento y del gasto de la salud es un tema relevante por su impacto, no sólo en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, sino también en el acceso a los servicios que efectivamente la población logra y los tipos de intervenciones que se financian. El conocimiento del gasto y su financiamiento es esencial para la toma de decisiones acerca de la asignación de los recursos y permite evaluar la equidad y eficiencia con que se asignan y utilizan y es clave para conocer el impacto de las decisiones que se toman en salud. Por ello, para el tercer año del proyecto se definieron las siguientes líneas de acción: (i) apoyar el desarrollo de una investigación sobre financiamiento y gasto en salud (Cuentas Nacionales), y (ii) apoyar el desarrollo de una investigación de equidad del financiamiento en salud: direccionalidad, barreras y brechas de la inversión social en salud para hombres y mujeres en sus diferentes ciclos de vida

Las actividades se fueron ejecutando por cada período trimestral como sigue:

**Trimestre I: octubre 1-diciembre 31, 2013**

- Se continuó con: (i) el desarrollo y ajuste de los instrumentos para la recolección de datos; (ii) la revisión y definición del directorio de instituciones a encuestar, y (iii) el desarrollo de cuatro instrumentos para recabar la información con sus respectivos instructivos, cada uno dirigido a un sector específico: gobierno central; gobierno local; instituciones sin fines de lucro e instituciones privadas; (iv) la validación de la metodología y los instrumentos en un taller en el que participó una experta de OPS-Washington; (v) el desarrollo de capacidades institucionales del equipo de la UPEG para el levantamiento de datos e información, una actividad de mucha relevancia desarrollada en éste período, y (vi) la realización de las giras para el levantamiento de la información, cubriéndose15 de los 18 departamentos.

**Trimestre II: enero 1-marzo 31, 2014**

- Se finalizó la primera etapa del estudio que tuvo como principales logros:
    - El interés manifestado por la SESAL en el desarrollo del estudio y, especialmente, en su institucionalización.
    - La conformación de un equipo con técnicos del Banco Central, de la OPS (sede Honduras y sede Washington) y de USAID-ULAT, bajo el liderazgo de la UPEG.
    - El uso de una metodología que responde a criterios aprobados por todas las partes involucradas, sustentados en métodos estándares elaborados por la OCDE, OMS/OPS, FMI y Banco Central de Honduras y con la que se respondía a los lineamientos de la SEFIN.

- La apropiación del tema por parte de los técnicos de la UPEG.
- La sistematización del proceso a través de la descripción detallada de cada etapa de su construcción: documentación utilizada, desarrollo de instrumentos para el levantamiento de la información, socialización de los avances con equipos de las partes involucradas y con personal de la Universidad Nacional Autónoma (departamento de postgrado en economía, maestría de salud pública y la unidad de investigación del departamento de economía).

- Se inició la segunda etapa, en la que estaba prevista la elaboración del documento del estudio de gasto y financiamiento.
- Se elaboraron los términos de referencia para la realización del estudio de equidad del financiamiento en salud, garantizando su complementariedad con el resto de estudios pendientes de iniciarse.

**Trimestre III: abril 1- junio 30, 2014**

- Se realizaron entrevistas al equipo de campo para sistematizar el proceso de recolección de datos a través de la encuesta.
- Se analizó la introducción de los datos de los cuestionarios en la base de datos, con el fin de verificar la calidad de los mismos.
- Se efectuó la verificación de las inconsistencias y la calidad interna de la aplicación y la adecuación de las salidas a las necesidades de cruces de variables que requiere la construcción de los indicadores, cuadros y gráficos para analizar la información. Como valor añadido se elaboró una manual del usuario de la aplicación para que pueda ser utilizada en futuros estudios.
- Se establecieron los contactos con el Banco Central de Honduras para trabajar los datos relativos a los hogares e integrarlos en la base de datos.
- Se inició la etapa de análisis que comprende tres momentos: (i) analizar la información de la base de datos; (ii) analizar la estructura y contenido del documento de resultados del estudio, y (iii) elaborar un borrador y socializar los resultados para recibir la aprobación de las partes implicadas. Es importante resaltar que la secuencia ordenada de las distintas etapas y momentos del estudio ha merecido la aprobación de la OPS Washington, que manifestó: (i) su reconocimiento por el trabajo realizado y a Honduras como uno de los dos países de la región, junto con El Salvador, con el liderazgo en este tema, y (ii) su anuencia en continuar apoyando al equipo en la última etapa de elaboración del informe final y la socialización de los resultados.
- Se elaboraron y publicaron los TdR para la realización del estudio de equidad en el financiamiento, se recibieron las expresiones de interés y se está por culminar el proceso administrativo de evaluación y selección del consultor.

**Trimestre IV: julio 1- septiembre 30, 2014**

- Durante este trimestre se finalizó el estudio de gasto y financiamiento. Para ello, se desarrollaron las siguientes actividades:
    - Se concluyó el proceso de obtención del dato del gasto de los hogares en un trabajo conjunto con el Banco Central de Honduras y el Instituto Nacional de Estadística, que

facilitaron los lineamientos y la información necesaria. El gasto de los hogares es uno de los puntos del estudio que reviste mayor interés y, al mismo tiempo, mayor sensibilidad por la relevancia que estos tienen en la caracterización del sistema de salud bajo un enfoque de equidad.

- Se finalizó la aplicación para el manejo de los datos del estudio de gasto y financiamiento. Este es un producto adicional de mucha relevancia porque en el futuro permitirá la actualización y análisis de la información en forma periódica.
- Se revisó la calidad de los datos finales introducidos en la base de datos elaborada y las salidas de información, de forma consolidada, verificando que los datos agregados responden a los formatos de los cuadro básicos de salida, de acuerdo con la metodología utilizada.
- Se socializaron y validaron los datos preliminares por todo el equipo técnico, conformado por la OPS, el Banco Central de Honduras, el Instituto Nacional de Estadística y el Instituto Hondureño de Seguridad Social. Se aprobó, asimismo, la estructura y contenido del informe final.
- Se incorporaron las observaciones de los expertos en el informe final y se profundizó en el análisis de la información.

**Entregable trimestre IV**

- Documento conteniendo el Estudio de Gasto y Financiamiento 2011.

**Retos Programáticos**

A lo largo de todo el periodo, tuvieron que enfrentarse varios retos entre ellos se mencionan: (i) lograr la apropiación de los técnicos de la UPEG en este tipo de estudios, así como el reconocimiento de la importancia del mismo para su labor como planificadores; (ii) la priorización del tema en una etapa en que las acciones estaban focalizadas en otras áreas; (iii) la obtención de los datos de las instituciones externas a la SESAL; (iii) la obtención de datos en el trabajo de campo requirió más tiempo de lo previsto, por el desconocimiento de la mayor parte de las instituciones, especialmente del sector privado, de este tipo de estudios.

## Plan Ambiental

Como fue mencionado, las actividades que desarrolla ULAT con el apoyo técnico a la SESAL no generan un impacto medio ambiental adverso. Sin embargo, pueden proporcionar oportunidades para incorporar y mejorar los medios para hacer frente a la gestión de residuos biológicos peligrosos y médicos en varios de los productos principales y en los resultados en los que se está siendo asistido técnicamente. En virtud de ello, las actividades vinculadas con el plan de mitigación ambiental durante el tercer año del proyecto se concretaron en:

- La incorporación en las directrices y lineamientos para el RGH, aprobado mediante acuerdo ministerial No. 200 del 27 de febrero de 2013, de una serie de indicadores para evaluar la gestión hospitalaria, entre ellos la gestión ambiental:
    - BIO-RH-01. % de recipientes que cuentan con las bolsas de color definidas en el Reglamento para el Manejo de los residuos Peligrosos.
    - BIO-RH-02. % de salas que cumplen con al menos el 80% de los criterios establecidos en el instrumento de evaluación de la gestión y manejo de los residuos hospitalarios.
    - BIO-SP-01. % del personal del hospital que cuenta con el 80% o más de los conocimientos seleccionados para el manejo de la bioseguridad.
    - BIO-SP-02. % de los servicios del hospital que cuentan con el 100% de los insumos críticos para el manejo de la bioseguridad.
    - BIO-SP-04. Número de accidentes e infecciones ocurridas en salas o servicios del hospital, asociadas con el manejo de residuos sólidos hospitalarios peligrosos y que fueron reportados en la ficha de registro de casos de accidentes e infecciones.
- La inclusión en el convenio de gestión anual del Hospital San Lorenzo, vigente a partir del 1 de abril del 2014, de una cláusula que obliga al gestor de dicho hospital, al cumplimiento del plan de gestión ambiental y social que fue elaborado de acuerdo a los lineamientos proporcionados por la SESAL. Lo relevante de este plan de gestión ambiental y social es que tiene como objetivo, establecer las medidas de mitigación para atenuar los impactos ambientales y sociales potenciales, identificados en las etapas de construcción/ remodelación y operación del hospital San Lorenzo y contiene las siguientes intervenciones:
    - Plan de licencias y permisos requeridos.
        - Permiso de operación
        - Licencia ambiental emitida por la SERNA. Resolución de licenciamiento conteniendo las medidas de mitigación.
    - Plan de adecuación de la gestión de residuos sólidos hospitalarios.
        - Integración y consolidación del comité de desechos hospitalarios que incluye a 12 personas.
        - Organización de equipos de trabajo y formulación del plan.
        - Socialización y aprobación del plan de manejo de residuos hospitalarios.

- Gestión con la corporación municipal del terreno o espacio físico para el relleno sanitario municipal.
- Gestión con la empresa privada y con organismos de cooperación externa el financiamiento para la compra de materiales, insumos, equipo, carros y contenedores.
- Ejecución del plan de capacitación sobre el manejo de los residuos hospitalarios.
- Formulación y ejecución del plan de vigilancia de la salud para el personal.
- Remodelación y acondicionamiento de la caseta para el almacenamiento temporal de los residuos hospitalarios.
- Campaña de divulgación y sensibilización sobre la prevención de riesgos.

o Estrategia de gestión interna de desechos sólidos.

- Diseño de contenidos y metodologías para la capacitación del personal.
- Diseño de material educativo.
- Elaboración de un plan de evaluación del hospital previo a la definición de los indicadores para tal fin.

o Plan de adecuación de la gestión interna para uso eficiente de la energía eléctrica.

- Mejora de la infraestructura y equipamiento eléctrico.

o Plan de contingencias y manejo del riesgo.

- Instalación y acondicionamiento del centro de operaciones de emergencia.

- Compra de insumos y materiales para señalizar el hospital.
- Compra de equipos para el sistema de alarma y alerta.
- Implementación de mejoras en la parte estructural del hospital; sistema de aguas residuales, sistema eléctrico, adaptación de ambientes.

Siempre en el marco de los compromisos establecidos en el tema ambiental**,** se ubicaron avisos dentro de las instalaciones del proyecto, con el propósito de fortalecer y/o contribuir con la protección del medio ambiente, a través del buen uso y ahorro de energía.

**Ilustración 16- Resultados de Proyecto en Cifras**

| Indicador/ Item | Resultados | Observaciones |
|---|---|---|
| **Total de Entregables para el año 3**<br>• Programados en plan del año 3.<br>• Finalizados entregados en año 3.<br>• Entregables eliminados<br>• Borradores finales<br>• Reprogramados completamente *(año 4)*<br>• Entregables adicionales | **167**<br>145<br>74<br>23<br>4<br>44<br>22 | • *Incluye programados y adicionales*<br>• *Remitidos a USAID en trimestre respectivos*<br>• *Justificaciones en reportes correspondientes.*<br>• *Pendientes de validación y/o aprobación.*<br>• *Comentarios en texto de informe(s).*<br>• *Adjuntados en reportes trimestres respectivos.* |
| **Total de Personas clave capacitadas en Temas Planificación Familiar y Salud Reproductiva** | **429**<br>Mujeres: 306<br>Hombres: 123 | *Temas principales:*<br>• *Planificación familiar en zonas rurales (PF Comunitaria) e implementación de ICEC.*<br>• *Herramienta consolidadora de datos logísticos en SESAL e IHSS.*<br>• *Elaboración de materiales en salud sexual reproductiva (IHSS)* |
| **Total de Personas clave capacitadas en Temas Salud Materno Infantil. Se incluyen temas de Reforma, género y descentralización.** | **543**<br>Hombres: 368<br>Mujeres: 175 | *Temas Principales:*<br>• *CONE Ambulatorio (CONE básico)*<br>• *Levantamiento y análisis de procesos productivos hospitalarios (Desarrollo Org.) Manejo de la paciente obstétrica críticamente enferma.*<br>• *Transversalización de género.* |
| **Numero de políticas/guías desarrolladas/cambiadas en temas MI con apoyo del Proyecto** | 6 | • *Plan Nacional de Salud 2014 – 2018*<br>• *Norma nacional de Vigilancia de la salud.*<br>• *Modelo de Gestión Hospitalaria y Guía de Instrumentación.*<br>• *Reglamento de Organización y Funciones de la SESAL.*<br>• *Decreto que modifica estructura macro de la SESAL (PCM – 061 - 2013).*<br>• *Propuesta de Ley General de Salud.* |
| **Total de agencias con Fondos USAID con quienes se tiene coordinación/planes de trabajo** | 5 | • *Proyecto de Gobernanza y Transparencia Local y Mejora en la Entrega de Servicios (NEXOS)*<br>• *ACCESO*<br>• *Proyecto LMG (MSH)*<br>• *AIDSTAR PLUS*<br>• *CDC* |
| **Total de cooperantes no Fondos USAID con quienes se coordinan acciones conjuntas de asistencia** | 5 | • *Proyecto MESO AMERICA – 2015 – (BID/MSH)*<br>• *BID*<br>• *JICA*<br>• *OPS*<br>• *BCH (Banco Central de Honduras)* |

# VIII. Productos: octubre 2012-Septiembre 2013

*Productos Entregados en Año 3, Trimestre I*

| | Documentos Entregados |
|---|---|
| 1. | Informe de capacitación en la experiencia demostrativa con enfoque de género |
| 2. | Informe de las actividades de apoyo para la formulación y aprobación de la política de género de la SESAL. |
| 3. | Módulo de capacitación en el tema de género |
| 4. | Informes de conmemoración de eventos especiales en género para el equipo de ULAT |
| 5. | Informe de incorporación de los elementos de género en el sistema de monitoria y evaluación de la gestión. |
| 6. | Plan de implementación de las estrategias comunitarias (experiencia demostrativa). |
| 7. | Documento conteniendo la guía de procedimientos para la formulación de proyectos regionales de gestión descentralizada de servicios de salud, en línea con el nuevo modelo de salud adoptado. "Guía para la formulación del plan regional de la gestión de la red integrada de servicios de salud" |
| 8. | Informe trimestral del proceso de implementación del MdeGH en tres hospitales. |
| 9. | Informe de avance de los procesos de capacitación de los gestores y proveedores de las redes de servicios del primer nivel. |
| 10. | Guía para uso e interpretación de tableros de mando y aseguramiento de la calidad y resultados |
| 11. | Informe trimestral de avances sobre la construcción de la estrategia de Vigilancia |
| 12. | Informes trimestrales de avance del proceso de diseño del SIIS. |
| 13. | Informe trimestrales de avances en la implementación del sistema de monitoria y evaluación de la gestión. Sera completado en el cuarto trimestre. |
| 14. | Informe de Capacitación para el manejo de la paciente obstétrica críticamente enferma. |
| 15. | Plan de Sistematización de la Experiencia Demostrativa Aprobado |
| 16. | Documento de la investigación sobre caracterización de la mortalidad en la niñez |
| | **Documentos Contractuales** |
| 1. | Informe de avances del proyecto, año 3, trimestre I. |

| | Documentos Adicionales |
|---|---|
| 1. | Informe de análisis para el ajuste del documento "Contratación de Servicios de Salud: Guía de Procedimientos para el Nivel Intermedio de la Secretaria de Salud" |

### *Productos Entregados en Año 3, Trimestre II*

| | Documentos Entregados |
|---|---|
| 1. | Informe de las actividades de apoyo para la formulación y aprobación de la política de género de la SESAL. |
| 2. | Segundo de tres módulos para la capacitación en el tema de género. |
| 3. | Boletín de género del Y3Q1. |
| 4. | Segundo informe de conmemoración de eventos especiales en género para el equipo de ULAT. |
| 5. | Informe de sobre la incorporación de transversalización de género en la propuesta de ley general de salud. |
| 6. | Herramienta HCDL actualizada. |
| 7. | Informes del inventario físico de métodos de PF de octubre 2013 y de mayo 2014. |
| 8. | Informes de la programación de PF en las regiones priorizadas con base a la EMSPF. |
| 9. | Convenio tipo actualizado con los lineamientos de PF incorporados. |
| 10. | Informes de monitoria de las intervenciones comunitarias. |
| 11. | Informe de avance de los procesos de capacitación de los gestores y proveedores de las redes de servicios del primer nivel. |
| 12. | Informe trimestral del proceso de implementación del MdeGH en tres hospitales. |
| 13. | Documento conteniendo el Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria. |
| 14. | Documento conteniendo la Guía de Instrumentación del Modelo de Gestión Hospitalaria. |
| 15. | Informe semestral de procesos y estructura funcional y organizacional del área de emergencia del bloque quirúrgico y MI. |
| 16. | Informe semestral de los resultados de la mejora de la gestión hospitalaria en el marco del RGH |
| 17. | Informes trimestrales de avances sobre la construcción de la estrategia de Vigilancia |
| 18. | Informes trimestrales de avance del proceso de diseño del SIIS. |

| | |
|---|---|
| **19.** | Informe trimestrales de avances en la implementación del sistema de monitoria y evaluación de la gestión. |
| **20.** | Ley General de Salud aprobada institucionalmente |
| | **Documentos Contractuales** |
| **1.** | Informe de avances del proyecto, año 3, trimestre II. |
| | **Documentos Adicionales** |
| **1.** | Documento conteniendo la Documentación de procesos del Departamento de Emergencia y Clínicas Periféricas del Hospital Escuela. |
| **2.** | Guía para Estimación de metas hospitalarias en una gestión por resultados. |
| **3.** | Aplicación de La Guía para Estimación de metas hospitalarias en un Hospital de la Red. |
| **4.** | Guía de Implementación ICEC |
| **5.** | Sistema de Información Estrategia IFC, Hogares Maternos y PF Rural |
| **6.** | Documento conteniendo los lineamientos para el plan de monitoreo y control del desempeño gerencial del nivel regional de la secretaria de salud |
| **7.** | Opción estratégica para el Fortalecimiento de la conducción Dirección General de Servicios de Salud |
| **8.** | Convenio firmado entre SESAL y ASHONPLAFA |
| **9.** | DO Nivel Central Publicado en la Gaceta |
| **10.** | Informe final de Consultoría Economista Lic. Héctor Moncada. Versión Inglés y Español |
| **11.** | Informe final de Consultoría Dra. Melly Pérez. Versión Inglés y Español |
| **12.** | Informe final de Consultoría Lic. Gertalina Cerrato. Versión Inglés y Español |
| **13.** | Informe final de Consultoría Dr. Hadwin Aguilar. Versión Inglés y Español |
| **14.** | Informe final de Consultoría Lic. María Sandoval. Versión Inglés y Español |

*Productos Entregados en Año 3, Trimestre III*

| | Documentos Entregados |
|---|---|
| 1. | Boletín de Género N° 2 |
| 2. | Boletín de Género N° 3 |
| 3. | Tercero de tres módulos para la capacitación en el tema de género. |
| 4. | Tercer informe de conmemoración de eventos especiales en Género para el equipo de ULAT. |
| 5. | Acuerdo N° 406 aprobando el reglamento interno de organización y funciones de la SESAL. |
| 6. | Informe trimestral del proceso de implementación del MdeGH en tres hospitales. |
| 7. | Informe trimestral de avances de los procesos de capacitación de los gestores y proveedores de las redes de servicios del primer nivel. |
| 8. | Informes trimestrales de avances sobre la construcción de la estrategia de Vigilancia. |
| 9. | Informes trimestrales de avances del proceso de diseño del SIIS |
| 10. | Informe trimestrales de avances en la implementación del sistema de monitoria y evaluación de la gestión. |
| 11. | Informes del grado de implementación de los flujogramas de las normas MN. |
| | **Documentos Contractuales** |
| 1. | Informe de avances del proyecto, año 3, trimestre III. |
| 2. | Plan Anual de Trabajo- Año 4 de Proyecto. Enviado 15 agosto 2014 |
| | **Documentos Adicionales** |
| 1. | 39 Convenios de gestión descentralizadas firmados en el año 2014 |

*Productos Entregados en Año 3, Trimestre IV*

| | Documentos Entregados |
|---|---|
| **RI 4.1** | **Componente PF** |
| **1.** | Informe del inventario físico de métodos de PF de mayo 2014 |
| **2.** | Informe de resultados conteniendo recomendaciones para mejorar la distribución de métodos. |
| **3.** | Informe de Programación de métodos PF de las regiones priorizadas en base a la EMSPF |
| **4.** | Informe de monitoreo con evaluación de coberturas y el incremento de métodos entregados por proveedores descentralizados. |
| **5.** | Consolidado de la programación de métodos de PF en el IHSS. |
| **6.** | Informe del diagnóstico de la estrategia de AIN-C |
| **7.** | Propuesta metodológica de AIN-C para proveedores descentralizados |
| **8.** | Informe de monitoría de las intervenciones comunitarias. |
| **9.** | Foto documental de la experiencia demostrativa |
| **10.** | Listas de Chequeo para cumplimiento de normas materno neonatales aprobadas. |
| **RI 4.2** | **Componente de Reforma** |
| **11.** | Informe anual de la situación de transformación de cada una de las regiones sanitarias. |
| **12.** | Manual de procesos y procedimientos de regiones sanitarias. |
| **13.** | Informes trimestrales de avances sobre la construcción de la estrategia de Vigilancia |
| **14.** | Informe de avance del manual de organización y funciones de la (DGVS) UVS. |
| **15.** | Informes trimestrales de avance del proceso diseño del SIIS. |
| **16.** | Informe trimestrales de avances en la implementación del sistema de monitoria y evaluación de la gestión. |
| **17.** | Documento conteniendo el estudio sobre gasto y financiamiento en salud. |
| **18.** | Plan para reformas legales y estructurales |
| | **Componente de Descentralización** |
| **19.** | Informe semestral de la implementación del plan de descentralización de la gestión de redes de salud. |

| | |
|---|---|
| **20.** | Informe de avance en la capacitación de los gestores y proveedores de las redes de servicios del primer nivel. |
| **21.** | Informe trimestral del proceso de implementación del MdeGH |
| **22.** | Informe semestral de procesos y estructura funcional y organizacional del área de emergencia del bloque quirúrgico y MI. |
| **23.** | Informe semestral de resultados de la mejora de la gestión hospitalaria en el marco del RGH |
| **24.** | Documento conteniendo los lineamientos para la rendición de cuentas y transparencia de los gestores descentralizados de los servicios de salud. |
| | **Componente de Género** |
| **25.** | Informes de los contenidos para incorporación en la estrategia, plan y evaluación del IHSS |
| **26.** | Documento final de sistematización de la experiencia demostrativa incorpora explícitamente los elementos de género. |
| **27.** | Informes de capacitación en la experiencia demostrativa con enfoque de género |
| **28.** | Informes sobre incorporación de los elementos de género en la estrategia CONE y en su implementación. |
| **29.** | Boletín trimestral de género |
| **30.** | Informes de conmemoración de eventos especiales en género para el equipo de ULAT. |
| **31.** | Informe de incorporación de los elementos de género en sistema de monitoría y evaluación de la gestión. |
| **32.** | Informe sobre elementos de género incorporados en la Investigación sobre gasto y financiamiento en salud (cuentas nacionales). |
| **33.** | Informe sobre aspectos de género incluidos en los lineamientos para la rendición de cuentas de los gestores descentralizados de los servicios de salud. |
| | **Documentos Contractuales** |
| **1.** | Informe de avances del proyecto, año 3, trimestre IV. |
| | **Documentos Adicionales** |
| **1.** | Manual de Organización y Funciones de la SESAL Nivel Central (MOF) |
| **2.** | Convenio del Hospital María |
| **3.** | Guía para la formulación del plan de descentralización de la gestión de redes de salud. |
| **4.** | Plan Nacional de Salud 2014-2018 |
| **5.** | Norma Nacional de Vigilancia de la Salud |

| | |
|---|---|
| **6.** | *La Gaceta de fecha 2 de agosto de 2014 conteniendo el reglamento interno de organización y funciones de la SESAL (ROF).* |
| **7.** | Guía clínica para la atención de PF en el IHSS |
| **8.** | Documento conteniendo la sistematización de la experiencia demostrativa |
| **9.** | Informe conteniendo el proceso de ajuste del PEI 2013-2016 |

# IX. Monitoreo y Evaluación

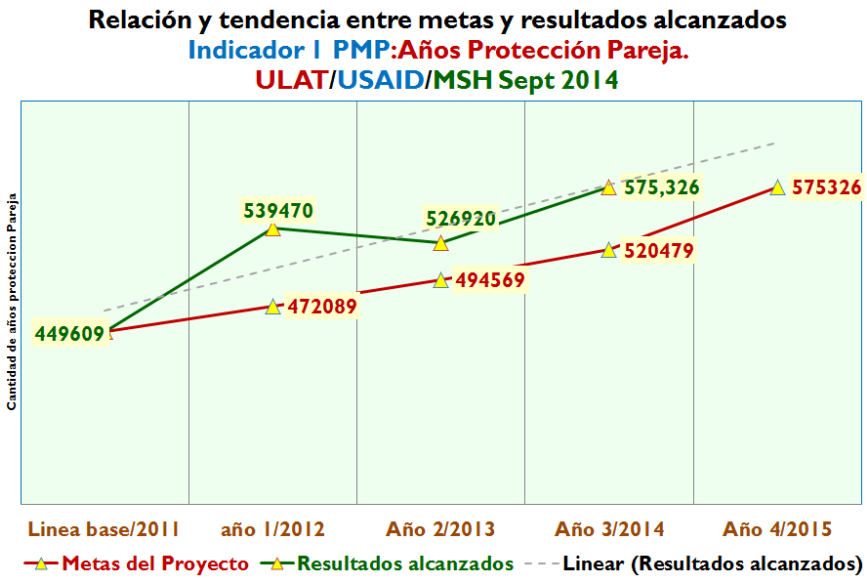
## Indicadores PMP- RI 4.1

| Objetivo estratégico: *Mejorado el estado de salud para poblaciones vulnerables y sub atendidas* | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Resultado Intermedio 4.1.-** *Incrementado el uso y acceso a servicios de SMI y PF con calidad* | | | | | | | |
| **Indicador** | Línea de Base | Año 1 | Año 2 | Año 3 | | Meta final Proyecto | **Observaciones** |
| | | | | *Meta* | *Logrado* | | |
| **Indicador 1. (F)**<br>***Años protección pareja*** | 449,609 | 539,470 | 526,920 | 520,479 | 575,326 | 431,495 | *Las metas establecidas en el PMP para los tres años del proyecto se han sobre cumplido, en el año 4 se establece una meta similar a la alcanzada en el año 3, por dificultades en la compra de anticonceptivos (fuera del alcance del proyecto).*<br>*El análisis por método muestra una disminución en consumo de orales y estabilización en condones. Hay incremento importante en el consumo de inyectable trimestral, DIU, AQV F y M, así como la inserción de los implantes, métodos que aportan más a la construcción del indicador. Es importante reconocer en este período una donación de UNFPA.*<br>*La meta final está estimada para los tres trimestres del año 4 conforme los períodos de ejecución del proyecto.* |
| **Indicador 2.**<br>***Porcentaje de regiones de salud que realizan la programación anual utilizando la metodología descrita en la estrategia de PF.*** | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | *El cumplimiento de la meta para este indicador, se ha alcanzado hasta el nivel de redes de salud.* |
| **Indicador 3. (F)**<br>***No. de personas capacitadas en PF/SR con fondos del GEU*** | 0 | 0 | 330 | 35 | 195 | **70** | *El sobre cumplimiento de las metas establecidas para este indicador obedecen a una mayor demanda para la implementación en ICEC, así como en la capacitación en cascada para los procesos de logística de PF en el IHSS y la SESAL que no estaban inicialmente contemplados.* |
| **Indicador 4. (F)**<br>***No. de políticas o guías desarrolladas o modificadas con apoyo del GEU para mejorar el acceso y uso de servicios de PF/SR para los cuales existe evidencia de implementación inicial*** | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 | *La meta global establecida en el proyecto para este indicador era de 4 políticas ya fue cumplida. (i) Componente de PF a ser incluido en contratos con proveedores descentralizados (ii) Estrategia metodológica de la SESAL modificada de PF (iii) Manual del Monitor(a) Comunitario de PF. (Estrategia para garantizar el acceso a servicios de PF en entornos rurales). (iv) Estrategia de PF para el IHSS.* |
| **Indicador 5.**<br>***No. de nuevos estándares incluidos en los procesos de desarrollo organizacional y recursos humanos de ASHONPLAFA*** | 0 | 4 | 3 | 0 | 0 | 7 | *La meta establecida de 7, fue alcanzada como en el año 2 de proyecto, según lo planificado, que coincidió con la finalización del convenio de apoyo entre USAID y ASHONPLAFA.* |
| **Indicador 6.**<br>***Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado en programas asistidos con fondos del GEU*** | 52% | 67% | 68% | 69% | 63.7%[1] | 70% | *La meta final del proyecto en su inicio fue establecida en 56%, fue modificada por los resultados obtenidos en el año 1, sin embargo, la irregularidad (sub registro, falta de sistematización) de los reportes estadísticos de parte de varios hospitales han impedido contabilizar el número real de partos atendidos, situación que se ha agudizado con el periodo de transición gubernamental.* |

[1] En cifras totales la cantidad registrada de partos atendidos por personal capacitado fue 144,315.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Indicador 7.** ***Porcentaje de muertes maternas adscritas a la primera demora*** *(búsqueda de ayuda de emergencia)* | SD[2] | 27% | 19% | NE[3] | 22% | * | ** En los tres primeros años del proyecto no ha sido posible hacer estimaciones estadísticas de una meta para este indicador. Con la tendencia observada y con las intervenciones vinculadas a la expansión de la ICEC, podría esperarse que al final del proyecto, el porcentaje esté por debajo del 20%.* |
| **Indicador 8.** ***Número de mujeres recibiendo manejo activo del tercer periodo del parto (AMSTL) a través de programas apoyados por el GEU*** | 99,287 | 101,439 | 92,305 | 105,334 | 91,867 | 101,439 | *El procedimiento que mide este indicador se ha sistematizado, su cumplimiento en este año fue de 98.56% a nivel de todo el país; no obstante se mantiene el desafío de la gestión de la información para su construcción, se deben intervenir en factores como la sistematización del reporte del número de partos y el subregistro de la información.* |

Figura 1- Indicador 1 PMP – Años Protección Pareja (APP)



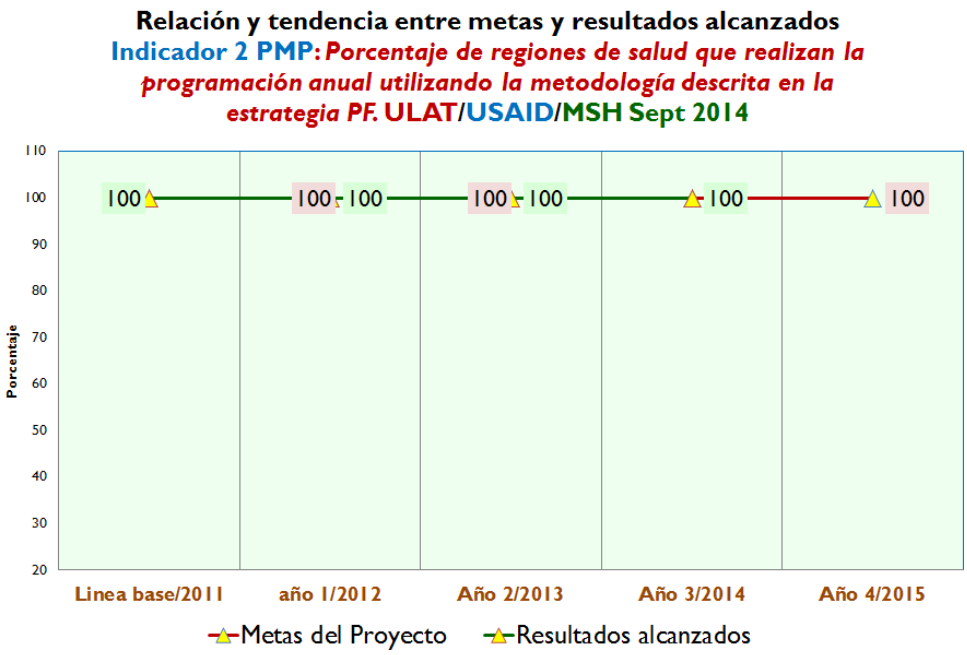

*Los resultados obtenidos se muestran en esta gráfica que destaca:*
*1. Cumplimiento de las metas establecidas en los tres año del proyecto; y*
*2 Línea de tendencia en asenso, que supera la caída mostrada en el año 2 del proyecto.*

*Para el año 4, se mantiene como meta la cifra obtenida en el año 3, debido a problemas en las compras de anticonceptivos. Fuera del alcance del proyecto*

[2] SD: sin datos

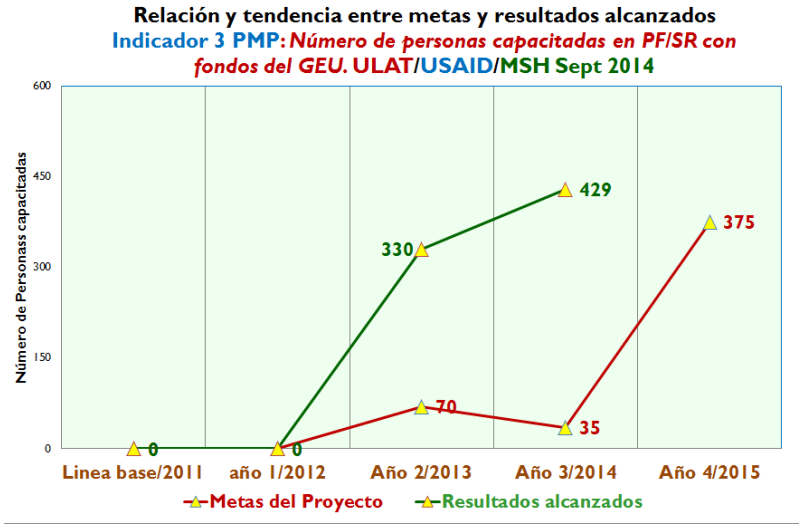
[3] NE: No estimada. Imposible de hacer estimaciones estadísticas.

Figura 2- Indicador 2 PMP. - Porcentaje de regiones de salud que realizan la programación anual utilizando la metodología descrita en la estrategia PF




*Se mantiene el cumplimiento de la meta trazada para el nivel de Regiones Sanitarias. En este año se consolidó este resultado a nivel de redes integradas de servicios de salud (RIIS).*

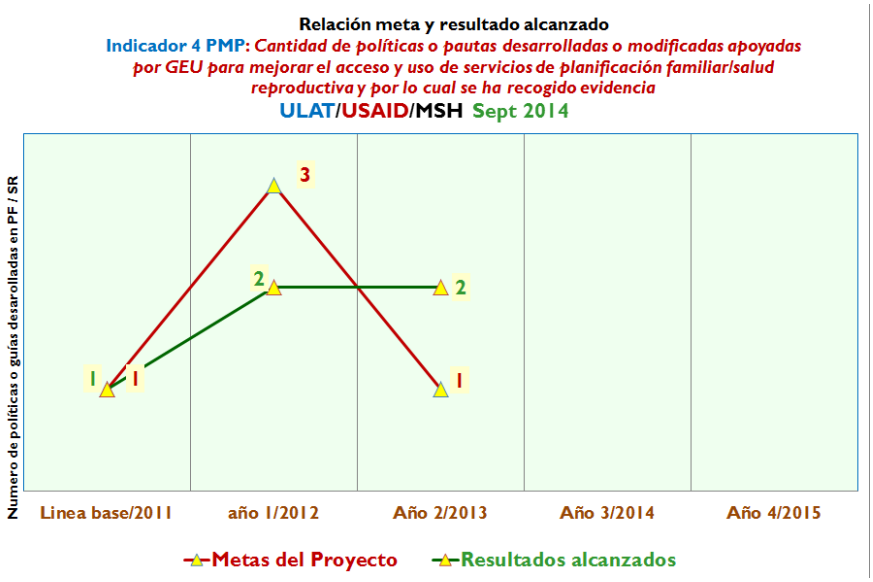
Figura 3- Indicador 3 PMP. Número de personas capacitadas en PF/SR con fondos del GEU.




*En la gráfica de este indicador se observa el sobre -cumplimiento de las metas establecidas en los años 2 y 3, con un descenso comparativo en este último año.*

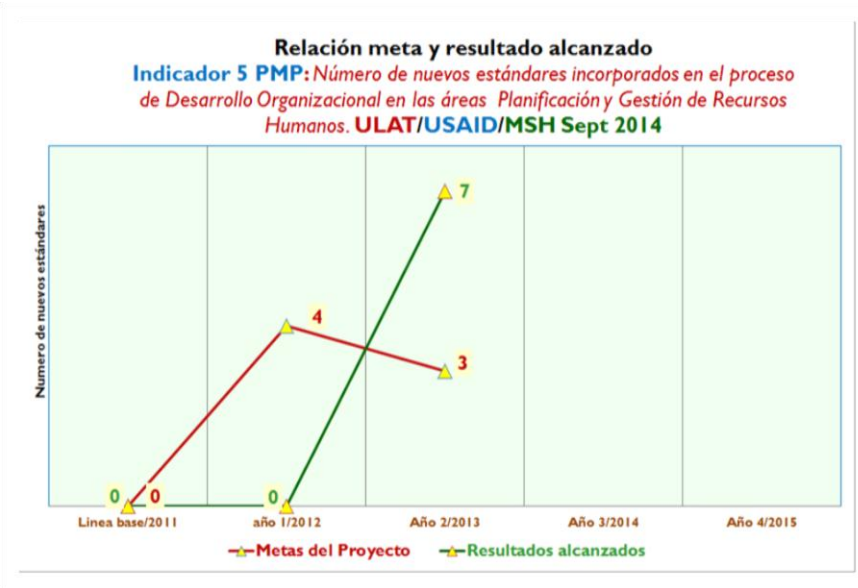
*La meta para el año 4 es considerable y está estimada sobre la base de capacitación al personal en la ICEC para su expansión*

Figura 4 - Indicador 4 PMP. Cantidad de políticas o pautas desarrolladas o modificadas apoyadas por GEU para mejorar el acceso y uso de servicios de planificación familiar/salud reproductiva y por lo cual se ha recogido la evidencia de la implementación inicial



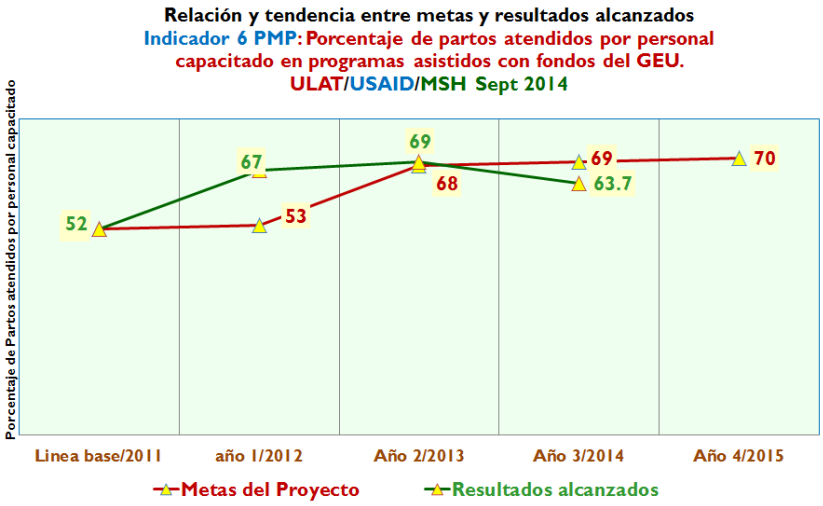

*El gráfico muestra el cumplimiento de la meta final de proyecto, para este indicador en el año 2, que fue la de elaborar cuatro políticas*

Figura 5 - Indicador 5 PMP. Número de nuevos estándares incorporados en el proceso de desarrollo organizacional en las áreas de planificación y gestión de recursos humanos




*En el gráfico se observa que en el año 2 de proyecto se logra el cumplimiento programado de la meta global del proyecto con los 7 nuevos estándares incorporados en el proceso de Desarrollo Organizacional de ASHONPLAFA.*

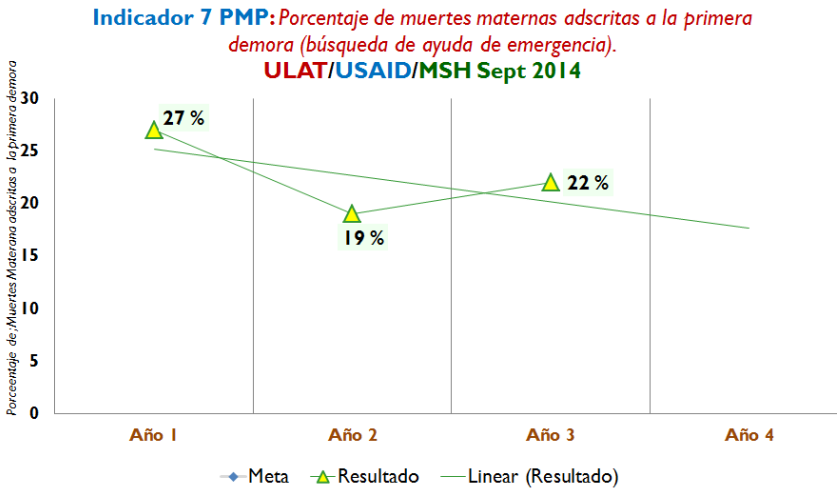
Figura 6 - Indicador 6 PMP. Número de partos atendidos por personal capacitado en programas asistidos con fondos del GEU




*En el gráfico se observa un descenso en el año 3, respecto a los resultados obtenidos en el año 2 del proyecto, con poco más cinco puntos porcentuales por debajo de la meta programada de 69%. Entre los problemas enfrentados para el logro de esta meta destacan el subregistro y la remisión tardía de la información.*

*En cifras absolutas se registraron en el período 144,315 partos por personal capacitado.*

Figura 7 – Indicador 7 PMP. Porcentaje de muertes maternas adscritas a la primera demora *(búsqueda de ayuda de emergencia)*



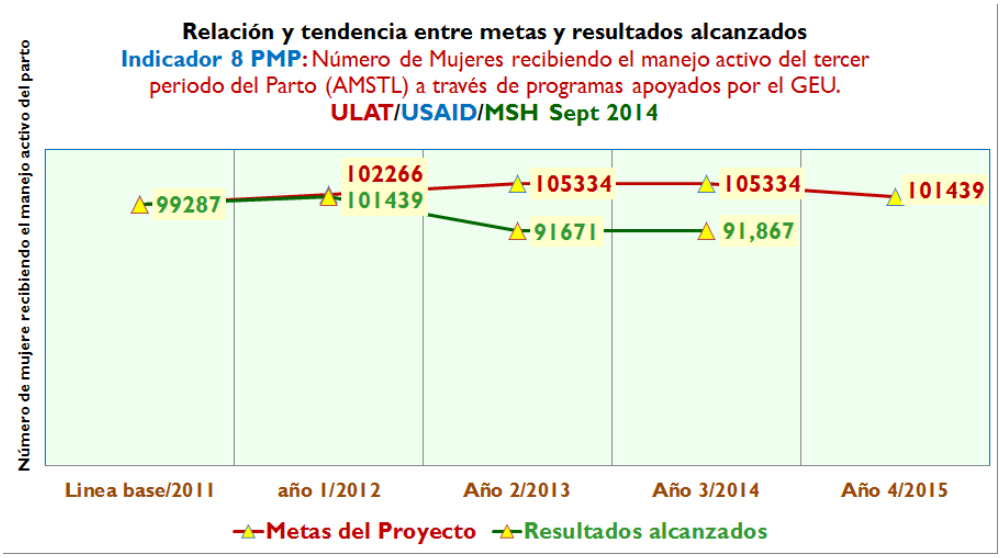

*El gráfico presenta resultados del indicador para los años 1, 2 y 3 de proyecto, resaltando la línea con clara tendencia hacia el descenso del indicador, lo cual permite esperar que para el año 4 el resultado a obtener sea menor del 20%.*

**Primera Demora:** Tiempo que transcurre entre el momento en que la mujer identifica que tiene un problema grave de salud y el momento en que se toma la decisión de buscar ayuda en una unidad de salud. Se considerará que la primera demora contribuyó a la muerte materna cuando transcurrió algún tiempo entre que alguien identificó los signos de peligro y fue tomada la decisión de buscar ayuda médica.

**Segunda Demora**: Tiempo que transcurre entre la salida de la casa de la mujer hasta la llegada a la puerta del establecimiento de salud.

**Tercera Demora**: Tiempo que transcurre desde la llegada a la puerta del establecimiento de salud hasta el momento de la atención.

Figura 8 - Indicador 8 PMP. Número de mujeres recibiendo el manejo activo del tercer período de l parto (AMSTL) a través de programas apoyados por el G.E.U




*El gráfico muestra una tendencia en la estabilización de los resultados respecto al año 2, manteniéndose por debajo de la meta programada (15%).*

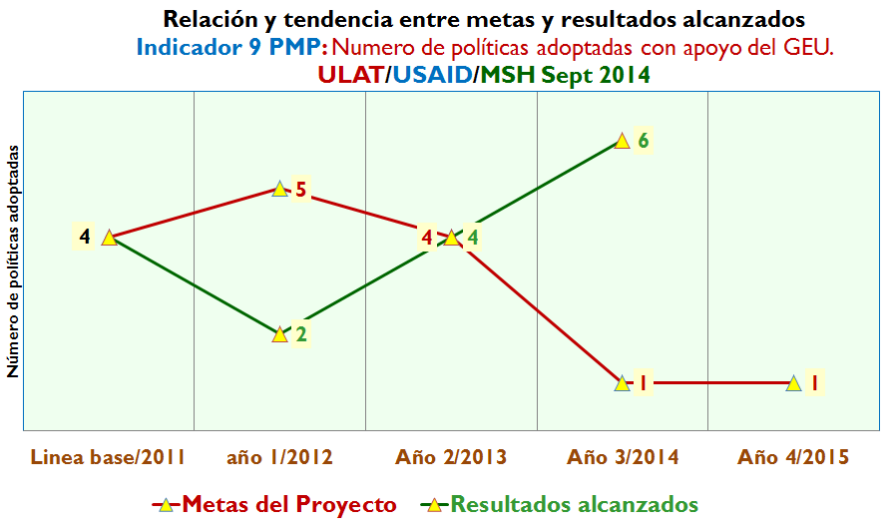
*Para la construcción de este indicador, el porcentaje de mujeres que reciben el manejo activo del tercer período del parto es del 98.56%. Sin embargo, la cifra absoluta esperada está por debajo de la meta, ya que persisten ciertas dificultades en el registro y la oportunidad de los datos sobre partos atendidos.*

## Indicadores PMP del R.I. 4.2 y 4.4

| **Objetivo estratégico:** ***Mejorado el estado de salud para poblaciones vulnerables y sub atendidas*** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Resultado Intermedio 4.2.-** *Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar* | | | | | | | |
| **Indicador** | Línea de Base | Año 1 | Año 2 | Año 3 | | Meta final Proyecto | **Observaciones** |
| | | | | Meta | Logrado | | |
| **Indicador 9. (F) *Numero de políticas adoptadas con apoyo del GEU*** | 4 | 2 | 4 | 1 | 6 | 11 | *En este período se elaboraron seis políticas importantes:*<br>*1. Plan Nacional de Salud 2014 – 2018.*<br>*2. Norma nacional de Vigilancia de la Salud.*<br>*3.- Decreto que modifica la estructura macro de la SESAL, PCM- 061- 2013.*<br>*4. Modelo de Gestión Hospitalaria y Guía de Instrumentación.*<br>*5- Propuesta de Ley General de Salud.*<br>*6.- Reglamento de Organización y Funciones de la SESAL.* |
| **Indicador 10. *Número de personas capacitadas en temas de salud materno-infantil a través de programas apoyados por el GEU*** | 0 | 256 | 420 | 475 | 543 | 887 | *Lo realizado por el proyecto en este indicador supera la meta programada para el año 3 y ampliamente el número meta al final del proyecto, Resultados relacionados a las condiciones propicias en el proyecto que generaron necesidades de capacitación mayores que la inicialmente prevista.* |
| **Indicador 11. *Número de planes gerenciales elaborados para el desarrollo organizacional de las RSD y con evidencia de implementación inicial*** | 0 | 5 | 7 | 8 | 8 | 20 | *En este indicador el proyecto ha cumplido a cabalidad los números programados. Se han completado los 20 planes gerenciales.* |
| **Indicador 12. *Número de barreras de género abordadas en el nuevo modelo de salud*** | 0 | NA | 4 | 4 | 4 | 9 | *Las barreras identificadas serán abordadas a través de los diferentes procesos del componente de Transversalización de Género de ULAT. De las diez barreras inicialmente identificadas hasta el momento han sido abordadas 8. Una barrera más, referida a la estrategia de transversalización de género en la SESAL se espera que sea abordada en el cuarto año del proyecto. La única barrera que no será abordada en el proyecto se refiere a la incorporación de variables relacionadas al género en el SIIS, que es un proyecto que financiado con fondos de la cooperación canadiense ha si pospuesto en su inicio.* |
| **Indicador 13. *Porcentaje de proveedores descentralizados en cuyos contratos se ha incluido la cláusula de auditoria social*** | 0 | 100% | 100% *(37)* | 100% | *100% (38%)* | 100% | *Meta alcanzada con la inclusión de la cláusula de auditoría social en el contrato tipo, su seguimiento y actualización es anual.* |
| **Indicador 14. *Número de personas cubiertas por acuerdos financieros en salud con apoyo del GEU*** | 760,613 | 959,865 | 1,105,670 | 1,545,030 | 1,338,939 | 1,800,000 | *Se obtuvo un logro significativo de 87%, no obstante las dificultades financieras por la que atraviesa la SESAL como producto de la crisis que vive el país en este aspecto.* |
| **Indicador 15. *Número de Proyectos de Extensión de cobertura formulados por las Regiones Sanitarias utilizando la guía metodológica diseñada.*** | 0 | 6 | 37 | 2 | 39 | 14 | *La meta final de proyecto establecida en el PMP para este indicador fue sobrepasada desde el año 2, de esta manera la meta de dos proyectos del año 3, ha sido superada por el proceso de elaboración de los nuevos convenios .* |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | *Cada uno de los convenios que se firma corresponde a un proyecto específico de extensión de cobertura que para su elaboración se utilizan los elementos contenidos en la guía metodológica. En ese sentido la SESAL ha obviado el paso de "formular un documento proyecto", constituyéndose el convenio en "el proyecto mismo". De esta manera el 100% de los convenios han seguido el proceso metodológico establecido.* |
| **Indicador 16.** ***Número de hospitales preparados para iniciar la implementación del Nuevo modelo de gestión hospitalaria*** | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 | 9 | *La preparación de hospitales para iniciar la implementación del nuevo modelo de gestión hospitalario será retomada para el año 4, con el nuevo Plan Nacional de Salud.* |
| **Indicador 17. (F)** ***Porcentaje de puestos de entrega asistidos por el GEU, experimentando desabastecimiento de drogas específicas trazadoras (PF) (anticonceptivos)*** | 63 | 60 | 58 | 43 | 78 | 43 | *El incremento en el porcentaje de Unidades desabastecidas de algún método era el resultado esperado de este indicador, por falta de adquisición, principalmente de anticonceptivos orales. No obstante el desabastecimiento observado, los APP han aumentado por incremento en las AQV, y el consumo de inyectables, DIU e implantes, que tienen un factor de cálculo de los APP mayor.* |
| **Indicador 18.** ***Número de decisiones gerenciales tomadas en base a informes de monitoria y Evaluación de la SESAL.*** | 0 | NA | NA | NA | NA | 14 | *El Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión por Resultados será implementado en el año 4.* |
| **Indicador 19.** ***Número de leyes, políticas o procedimientos en borrador, propuestos o adoptados que promuevan la equidad de género a nivel regional, nacional o local.*** | 0 | 0 | 7 | 2 | 5 | 8 | *La meta programada en este indicador ha sido sobre cumplida. Para el año 3 se elaboraron:*<br>*1. Plan Nacional de Salud 2014 – 2018.*<br>*2. Guía para la Implementación Conjunta de Estrategias Comunitarias. (ICEC).*<br>*3. Ley General de Salud.*<br>*4. Lineamientos para la Auditoría Social*<br>*5. Sistematización de la ICEC.* |

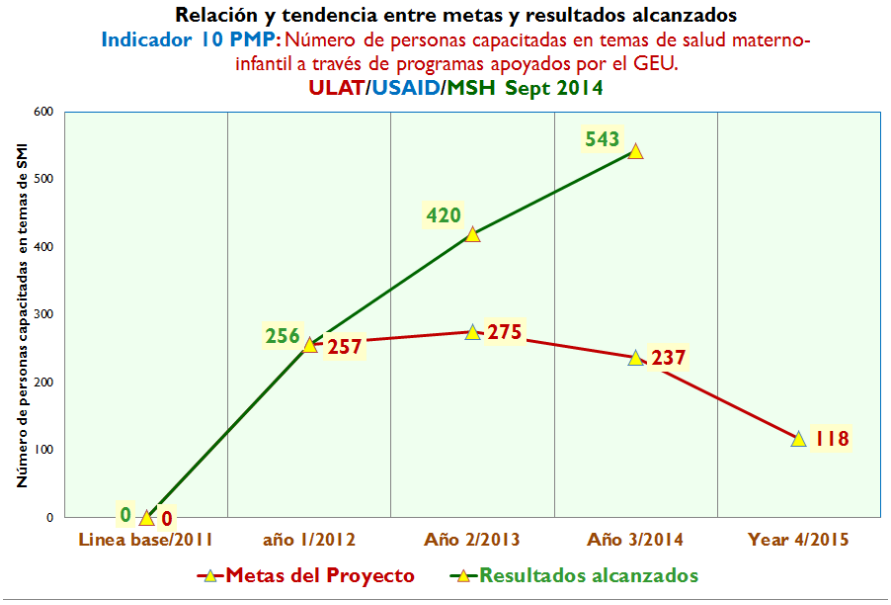
Figura 9 - Indicador 9 PMP. Numero de políticas adoptadas con apoyo del Gobierno de los Estados Unidos.




*En el gráfico se muestra que la meta final de proyecto, establecida en 11 políticas ha sido superada (16. Con un esfuerzo de 6 políticas elaboradas en el año 3.*

*Para el año 4 del proyecto, se tiene como meta elaborar la única política pendiente: el modelo de gestión financiera para el fondo nacional de aseguramiento en salud.*

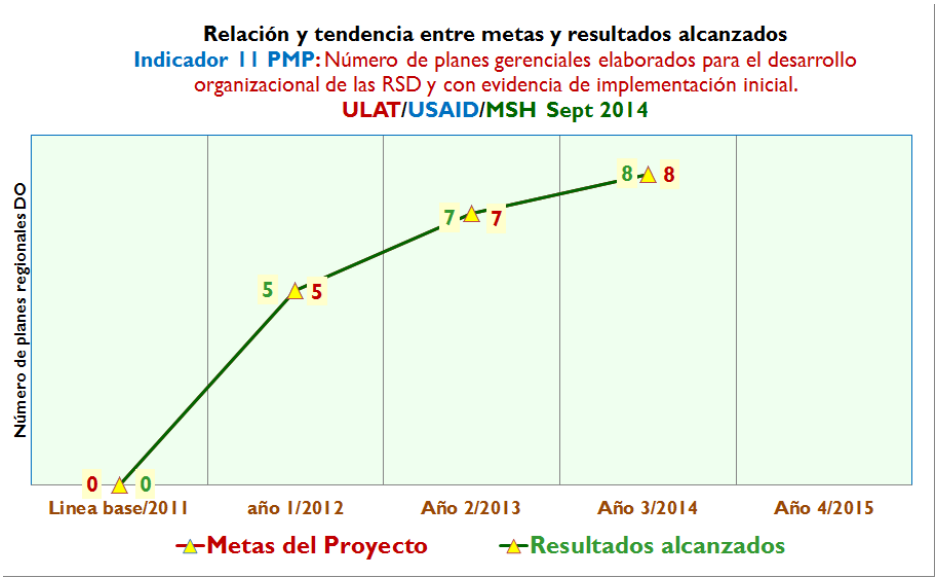
Figura 10 - Indicador 10 PMP. Numero de personas capacitada en temas de salud materno infantil a través de programas apoyados por el Gobierno de los Estados Unidos.




*En el gráfico se observa el sobrecumplimiento de la meta del año 3, en cuanto a personas capacitadas en temas de salud materno infantil, incluyendo temas vinculados a la reforma y descentralización. Con una tendencia Lineal en franco ascenso.*

*Estos resultados surgen por incremento de la demanda de la SESAL sobre expansión en la capacitación en los temas de CONE y los aspectos de la reforma vinculados al DO y Planificación Estratégica.*

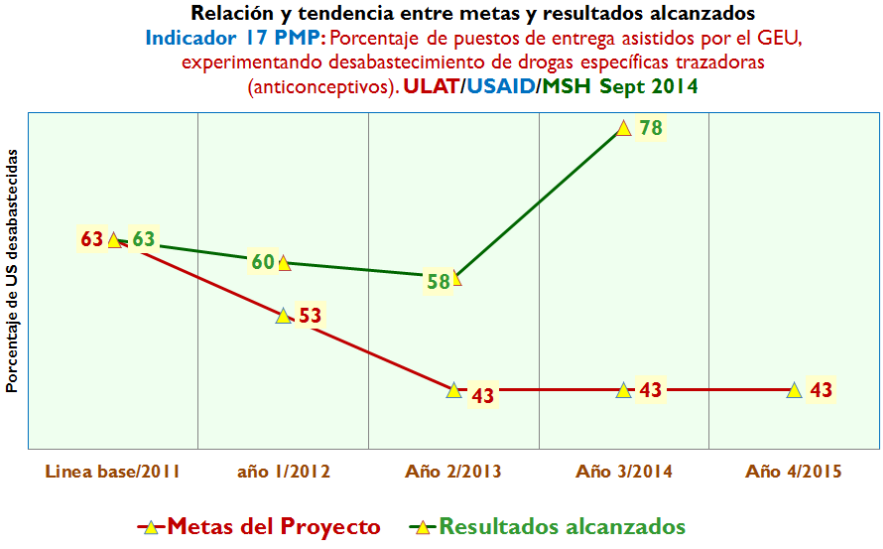
Figura 11 - Indicador 11 PMP. Número de planes gerenciales elaborados para el desarrollo organizacional de las RSD y con evidencia de implementación inicial.




*El gráfico de este indicador, refleja el cumplimiento justo de los resultados programados.*

*En el año 3 de proyecto se ha cumplido la meta programada con 20 planes gerenciales elaborados para el desarrollo organizacional de las Regiones Sanitarias.*

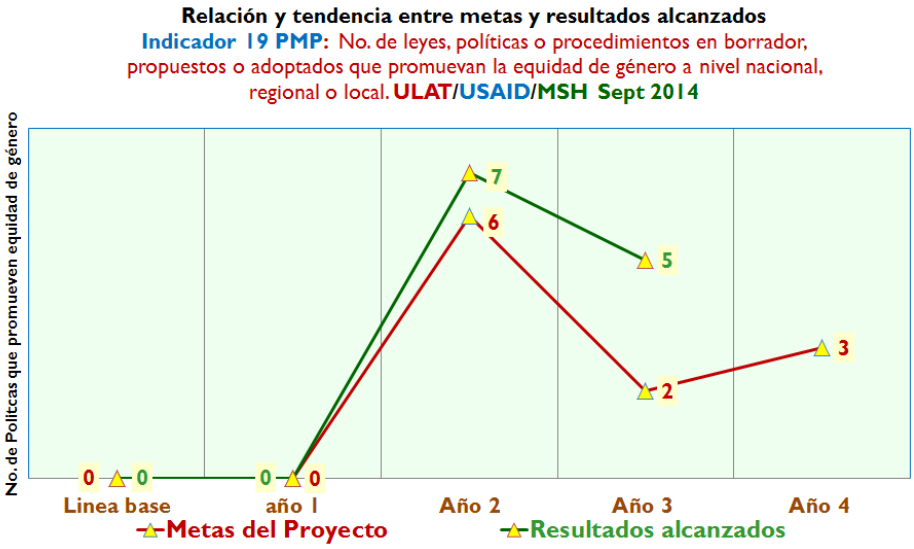
Figura 12 - Indicador 17 PMP. Porcentaje de puntos de entrega asistidos por el GEU, experimentando desabastecimiento de drogas específicas trazadoras (Anticonceptivos).




*El inventario físico realizado con fecha de corte el 15 de junio de 2014, reportó un 78% de unidades de salud con existencias por debajo del nivel mínimo (de al menos un método), lo que con respecto al dato de octubre de 2013 representa un incremento del 20%.*

*Este resultado confirma los efectos en las irregularidades de la compra de los insumos anticonceptivos, fase del ciclo logístico que se escapa del esfuerzo que realiza el proyecto ya que son decisiones políticas del más alto nivel nacional.*

Figura 13 - Indicador 19 PMP. Número de leyes, políticas o procedimientos en borrador, propuestos o adoptados que promuevan la equidad de género a nivel nacional, regional o local.




*La meta programada para el año 3 fue sobre cumplida, el proyecto elaboró los siguientes documentos de leyes, políticas o procedimientos, que promueven la equidad de género:*

*1. Plan Nacional de Salud 2014 – 2018.*

*2. Guía para la Implementación Conjunta de Estrategias Comunitarias. (ICEC).*

*3. Ley General de Salud.*

*4. Guía para la Auditoría Social*

*5. Documento de Sistematización de la ICEC.*

# X. Coordinación con otras contrapartes y actores

Durante este tercer año, se continuó con el desarrollo de múltiples jornadas de trabajo tendientes a la coordinación con funcionarios de las organizaciones que desarrollan actividades cuya naturaleza está vinculada con las que ejecuta ULAT. A continuación se describen con sus principales resultados:

## Proyecto de Gobernanza y Transparencia Local y Mejora en la Entrega de Servicios (NEXOS)

Con el proyecto NEXOS se tuvieron varias reuniones de trabajo, coordinadas por la UGD, para abordar el desarrollo de las capacidades administrativas y técnicas de los gestores descentralizados y para identificar líneas de trabajo en las que se pueden potenciar los esfuerzos que cada uno está haciendo en forma individual. A lo largo del tercer año se avanzó en:

- Se definió un marco de actuación conformado por los acuerdos siguientes: (i) UGD y NEXOS serán los responsables de generar las capacidades en los gestores, según su área de competencia; (ii) UGD definió que se utilizaría la metodología de aprender haciendo con el acompañamiento técnico necesario; (iii) ULAT diseñará la guía y los instrumentos para el monitoreo del proceso de fortalecimiento de las capacidades de los gestores, con la participación técnica de NEXOS y el equipo de UGD; (iv) se trabajará con el "Plan y programas de capacitación para fortalecimiento institucional de gestores en salud" propuestos por NEXOS y se ordenará en una matriz en Excel por "módulo" donde se identifican los instrumentos existentes y otros necesarios por construir; (v) se realizará la homologación de instrumentos; (vi) se elaborará una guía de diagnóstico de las capacidades de los gestores y necesidades de capacitación y se aplicará al 100% de gestores; (vii) se elaborará el plan de trabajo para el fortalecimiento de las capacidades de los gestores, y (ix) se hará la construcción del currículo y la preparación de las herramientas para los módulos y la audiencia a quien se dirige. Se levantó la encuesta para establecer la línea base sobre las capacidades de los gestores y se formuló el plan de capacitación.
- Se hizo la revisión conceptual, teórica y metodológica de la propuesta curricular para el desarrollo de capacidades de los gestores descentralizados producto de la consultoría contratada por NEXOS, y se adecuó su formulación más vinculada a la educación no formal y más simplificada para su desarrollo en servicio.
- Se hizo la estimación de costos para la implementación del plan de capacitación de gestores, esperando que en función de los financiamientos disponibles en los respectivos proyectos pueda iniciarse en el corto plazo.
- Se dio inicio a las actividades preliminares tendientes a establecer un plan conjunto para abordar el tema de transparencia y auditoría social vinculadas con la gestión descentralizada de los servicios de salud.

Dado que no se iniciaron en campo las acciones de capacitación en el tiempo que se tenía previsto, las actividades que para el tercer año tenía contemplado el plan de trabajo de ULAT y que estaba vinculado al monitoreo en el desarrollo de las capacidades de los gestores descentralizados, siguió con retrasos en su ejecución y su implementación se espera se logre en el último año del proyecto.

## ACCESO

Las actividades coordinadas con el proyecto ACCESO estuvieron relacionadas con el tema de nutrición. Específicamente, se continuaron las comunicaciones para las actividades de coordinación entre ambos proyectos en el área de políticas y sobre todo para la definición de la sostenibilidad de las acciones que Acceso financia en salud. En este marco se tuvieron discusiones entre ULAT/ACCESO /USAID para definir el rol que jugará ULAT en ese proceso. Se evidenció que la ejecución del plan de trabajo que se había anteriormente concertado terminó con el logro de los dos objetivos propuestos, relacionados con la incorporación del tema de nutrición en la estrategia de IFC y con la capacitación del personal de ACCESO en aspectos de salud materna e infantil. Para avanzar en la coordinación a futuro se establecieron como compromisos: (i) diseñar e implementar un proceso metodológico para el desarrollo del tema de nutrición en las reuniones de los comités comunitarios en el marco de la estrategia IFC para que el personal de ACCESO lo aplique en las regiones en que ellos trabajan; (ii) abordar el tema de género en una reunión de IFC como ejemplo para diseñar lo correspondiente al tema de nutrición, y (iii) coordinar acciones en el trabajo que se realizará con la persona que se contrate para diseñar una adaptación costo-efectiva de la estrategia AIN-C para proveedores descentralizados. Todos estos compromisos fueron cumplidos por ULAT.

También se desarrollaron actividades para la definición de un abordaje del tema de AIN-C integrado a la implementación conjunta de las estrategias comunitarias, a la gestión descentralizada de la provisión de servicios y a la simplificación de la propia estrategia de AIN-C para volverla más costo efectiva. Es necesario enfatizar que los temas anteriores constituyen en sí mismo elementos del plan de trabajo de ULAT que tendrán como resultado la elaboración de la propuesta respectiva para la SESAL.

## LMG

Con el proyecto LMG, se coordinaron los aspectos convergentes de asistencia técnica hacia la UGD vinculado con los convenios con organizaciones no gubernamentales por parte de la SESAL que son elementos de la gestión descentralizada de servicios de salud contemplados en el marco de la reforma. Específicamente se discutió, en conjunto con el proyecto SM2015, el proceso de contratación de servicios, con el fin de arribar a una respuesta homologada.

## AIDSTAR PLUS

El tema de coordinación con este mecanismo implementador de USAID estuvo constituido por las actividades de socialización de las guías que serán utilizadas por las regiones sanitarias para establecer la configuración de las RISS y la formulación de su plan de gestión. Estas guías han sido diseñadas por ULAT dentro del proceso de instrumentación del MNS.

Adicionalmente se trabajó conjuntamente sobre la participación de las ONG 's que proveen un conjunto particular de servicios de VIH Sida a poblaciones especiales siguiendo los lineamientos que se trabajaron con ULAT dentro del proceso de instrumentación del MNS.

## BID

Las actividades de coordinación con BID se relacionaron con la descentralización de la gestión de servicios en el primer nivel y con la implementación del nuevo modelo de gestión en tres hospitales de la red pública de servicios de salud, que dicha institución apoya, y cuyo diseño efectuó ULAT. Con este fin:

- Se realizaron reuniones con el BID y la UGD para definir los mecanismos que permitieran la optimización de la asistencia técnica que se brinda al departamento de hospitales con el modelo de gestión hospitalaria, y a la UGD en su fortalecimiento y en la formulación de propuestas de instrumentos legales teniendo como base lo que ULAT había construido en este tema.
- Se continuó apoyando al DH en sus jornadas de trabajo con la firma consultora CSC, contratada por BID para brindar la asistencia técnica los hospitales seleccionados para la implementación del MdeGH.
- Se apoyó en los aspectos relacionados con la formulación del acuerdo entre la SESAL y la fundación que estará gestionando al hospital de San Lorenzo.
- Con el proyecto SM2015 se efectuaron coordinaciones para que la asistencia que se brinda desde los dos proyectos en el tema de la compra de servicios de salud sea convergente y homologada en sus entendimientos y contenidos. En este tema particular también participó el proyecto LMG financiado por USAID.

En otra línea de acción, se participó en la revisión de una propuesta de proyecto de ley para la gestión de servicios de salud, enmarcada en el proceso de descentralización que se había previsto pudiera ser considerada y aprobada por el congreso nacional. No obstante, la comisión de transición opinó que era más conveniente y oportuna la discusión de la ley general de salud por lo que se procedió a formular una propuesta basada en el borrador preliminar que se tenía preparado en ULAT.
En la actualidad, el tema de la ley general de salud volvió a retomar interés dada la decisión del poder ejecutivo de introducir en el congreso nacional una iniciativa para la aprobación de una ley marco sobre protección social que será complementada con una ley del sistema de salud y con una ley del seguro de salud. Para la ley del sistema nacional de salud se conformó una mesa especial de trabajo con los actores relevantes del sector salud en la que participa ULAT.

## OPS

Con la OPS, se tuvieron acciones de coordinación en varios temas. En el área de políticas, se participó jornadas de trabajo convocada por la SESAL para el desarrollo de argumentaciones que pueda usar la ministra de salud en las discusiones sobre una propuesta de sistema de salud que se efectuaron como respuesta a la crisis que atraviesa el IHSS y que fue descrita en el capítulo del contexto del proyecto. En estas jornadas también tuvo participación el BID. Como resultado de estas acciones se formuló una propuesta de ley del sistema nacional de salud en función de las decisiones que en su momento adoptó

la SESAL de acuerdo a las circunstancias generadas en el desempeño gubernamental. Esa propuesta en la actualidad está siendo sometida a nueva revisión dada la decisión del poder ejecutivo de introducir en el congreso nacional una iniciativa para la aprobación de una ley marco sobre protección social.

Con la OPS también se apoyó al HEU. Se hizo el levantamiento para revisión y documentación de los procesos de atención, de apoyo diagnóstico y de servicios generales en las Clíper del Hato de Enmedio y las Crucitas. Adicionalmente, se lograron levantar los procesos del área de la emergencia, en las salas de observación de cirugía de adultos y se revisó la estructura organizativa de la sala de emergencia obstétrica quedando definida una propuesta a ser presentada a las autoridades de la dirección de la institución.

También se realizaron acciones de coordinación para la realización del estudio de gasto y financiamiento en salud. Este estudio se desarrolló de forma armonizada con la metodología y nomenclátores que utiliza el Banco Central para las Cuentas Nacionales. Hubo participación de la experta de Washington Claudia Pescetto, asesora en economía y financiamiento de la salud (OPS/OMS), OPS Honduras y el equipo de la UPEG y ULAT para conocer el proceso de reforma del sector salud y los estudios realizados en el país así como las metodologías utilizadas en cada uno de ellos.

## JICA

Con JICA la coordinación se focalizó en las actividades relacionadas con el proceso de socialización de las guías que serán utilizadas por las regiones sanitarias para establecer la configuración de las RISS y la formulación de su plan de gestión. Estas guías fueron sido diseñadas por ULAT dentro del proceso de instrumentación del MNS.

## BANCO CENTRAL

Con el Banco Central y la OPS, se realizaron acciones de coordinación para concretar su apoyo técnico en la realización del estudio de gasto y financiamiento en salud, el que se logró concluir con año de referencia 2011. Este estudio se desarrolló de forma armonizada con la metodología y nomenclátores que utiliza el Banco Central para las Cuentas Nacionales.

## OTROS

En el marco de la formulación de la política de género de la SESAL, se realizó una reunión de consulta con las expertas en género de la Unión Europea, del Fondo de Población de las Naciones Unidas, de la OPS/OMS, y dos consultoras independientes para obtener aportes a la misma.

# XI. Conclusiones Generales y Lecciones Aprendidas

En consideración a una evaluación general, la implementación del plan de trabajo para el tercer año del proyecto permite arribar a las siguientes conclusiones:

i. Durante el tercer año de ejecución del proyecto, la SESAL ha devenido en un proceso de transición complejo y prolongado en el que se han sucedido las etapas de finalización de la administración anterior con el desarrollo del evento electoral para selección de las nuevas autoridades gubernamentales, el periodo de transición propiamente dicho en la etapa pos electoral y el asumir de la nueva gestión con un liderazgo y enfoque del trabajo distinto. Ello ha tenido incidencia en las condiciones de celeridad para la ejecución de las actividades vinculadas con las líneas de trabajo del proyecto, dado que la naturaleza y complejidad del proyecto ULAT hace que su dinámica sea sensiblemente influenciada por las circunstancias políticas del entorno mediato e inmediato.

ii. En este contexto, la adecuación a estas situaciones, que transitan con bastante incertidumbre, ha sido posible gracias al buen posicionamiento del proyecto frente a las nuevas autoridades de la SESAL, que ha permitido ir colocando con oportunidad en la agenda política de la cúpula ministerial los temas vinculados con la reforma del sector salud y con las estrategias dirigidas al mejoramiento de la salud materno infantil y planificación familiar, para construir las condiciones propicias para seguirlas impulsando. También es altamente contribuyente el hecho que, por el tipo de proyecto que es y la forma como se brinda la asistencia técnica ULAT en condiciones de transición administrativa se desempeña como un efectivo dispositivo de memoria institucional.

iii. Los cambios ocurridos a partir del proceso eleccionario que vivió el país para la selección de las nuevas autoridades gubernamentales generó, con un proceso de transición establecido en forma temprana, en contra de lo previsto, un ambiente político propicio para el desarrollo de algunas líneas de acción del proyecto que en el pasado no encontraron condiciones adecuadas de viabilidad. Así, se logró la aprobación de la propuesta de la nueva estructura y funcionamiento del nivel central de la SESAL y condujo a la emisión de un decreto presidencial en consejo de ministros que la puso en vigor. De la misma manera se retomó la discusión sobre la necesidad de una ley marco del sistema de salud que sustituya el ordenamiento actual sobre este tema y en esta dinámica de pensamiento se formuló una propuesta de ley.

iv. De la misma manera, los cambios en la conducción política de la SESAL con el nombramiento de la Dra Yolani Batres como ministra de salud y con la posterior selección que ella hizo de los profesionales para desempeñar los principales cargos directivos, continuó generando condiciones apropiadas para el desarrollo de las líneas de acción del proyecto. Así, para ordenar el trabajo en el plazo más inmediato y garantizar la obtención de los resultados que el gobierno le fijó para los primeros 100 días a la nueva administración en el área de la salud, la ministra formuló un plan específico.

v. Se destaca dentro de las acciones de incidencia realizadas, la participación en la formulación y monitoría y evaluación del denominado plan de los 100 días de la nueva administración en el área de la salud que se constituyó en el instrumento para ordenar el trabajo en el plazo más inmediato. ULAT brindó su apoyo tanto para el proceso de construcción del plan como para

diseñar y establecer la herramienta que permitiera su monitoreo. La importancia de este plan radicó en el que en él se incorporaron todos los elementos vinculados con el campo de la reforma, que son líneas de acción del plan de trabajo de ULAT, que lograron transitar de una administración a la otra sin dificultades.

vi. Para vincular la etapa de puesta en marcha de la nueva administración, reflejado en su plan de los 100 días, con las acciones de largo plazo que tiene como horizonte los cuatro años del periodo gubernamental, se apoyó en la formulación del "Plan Nacional de Salud 2014-2018" que será presentando a los principales actores del sector salud en la segunda semana del mes de julio del año en curso. También este plan recoge en su contenido todas las líneas de trabajo en que ULAT ha venido brindado su asistencia técnica y en ese sentido podría considerarse un esfuerzo fundamental para la sostenibilidad de las acciones del proyecto, más allá de su periodo de vigencia, desde la perspectiva de la planificación política institucional.

vii. La AT que se brindó a la Dra. Yolani Batres, y a su equipo, en la etapa de puesta en marcha de su administración creó condiciones para vigorizar el posicionamiento del proyecto frente a la institución y en consecuencia la posibilidad de la dinamización de las diferentes líneas de trabajo de ULAT y consecuentemente, de transitar hacia la consolidación de los procesos en la última fase del proyecto.

viii. Las circunstancias anteriores también fueron importantes para que se considerara a ULAT como participante de la mesa de salud integrada por el ejecutivo para discutir una propuesta de ley general de salud como instrumento legal complementario a la ley marco de protección social que fue introducida para la aprobación del congreso nacional.

ix. Fue un elemento importante la intervención del IHSS a través de una comisión especial, que ha focalizado su trabajo en los problemas de mayor magnitud de la institución en el campo de las finanzas y en la preparación de una propuesta de reconformación institucional basada en el concepto de aseguramiento universal, por lo que algunas decisiones requeridas para implementar las actividades vinculadas con la asistencia técnica que brinda el proyecto han tendido a su lentificación.

x. Existieron condiciones favorables para que ULAT coordinara acciones con otros proyectos con los que se tienen líneas de trabajo convergentes, favoreciendo la entrega de una asistencia integrada a la SESAL y potencializando los esfuerzos individuales. Se ha logrado formalizar planes de acción conjunta con NEXOS y ACCESO que son otros mecanismos implementadores financiados por la USAID. También se han intensificado los esfuerzos de coordinación con el BID en los aspectos de operativos de la implementación del nuevo modelo de gestión en tres hospitales de la red pública de servicios del país, la revisión de los convenios de gestión descentralizada del primer nivel en el marco de los requerimientos de su financiamiento y los aspectos que incluye el proyecto de Mesoamérica. Con BID y OPS en los aspectos de configuración del nuevo marco legal del sistema de salud y con OPS y Banco Central en los estudios de gasto y financiamiento. Con JICA en aspectos vinculados con la implementación del MNS.

xi. La oportunidad de proveer asistencia técnica en distintas instancias y niveles en la SESAL permite identificar cómo los elementos específicos de distintos procesos contribuyen al propósito global y establecen la sinergia para la obtención de los resultados esperados. Como ejemplo de ello se puede mencionar la experiencia demostrativa para la implementación

conjunta de estrategia comunitarias que se está constituyendo un núcleo de acción de base en la comunidad que tiende a expandirse de tres estrategias contempladas inicialmente a otras que encuentran una oportunidad para desarrollarse en una concepción de salud integral. Su potencialidad queda evidenciada por la tendencia en el corto plazo a su expansión desde el punto de vista geográfico motivada por el interés de los gestores descentralizados de establecer una forma más costo efectivo y con calidad de la entrega de los servicios de salud.

xii. La falta de distribución de los recursos humanos que dispone el nivel central de la SESAL, de acuerdo a la nueva estructura orgánica y funcional, con la definición específica de responsabilidades de contrapartes está constituyendo un elemento condicionante de la asistencia para que algunos procesos no avancen con la celeridad que le corresponden. A ello se suma que en el nivel regional ha ocurrido una sustitución importante en puestos claves, lo que genera una demanda de recapacitación en los aspectos básicos del cambio institucional que también condiciona demora en el desarrollo de los procesos.

xiii. Contribuye al buen desempeño del proyecto a que el apoyo recibido por parte del equipo de la oficina de salud de la USAID continúa siendo efectivo. Esto ha facilitado significativamente la relación con las distintas contrapartes del proyecto y con las agencias de cooperación contratadas por la USAID y otras y ha permitido que el equipo técnico del proyecto cuente con las condiciones mínimas adecuadas para que los avances alcanzados a la fecha estén de acuerdo a lo esperado.

xiv. En el marco de la situación descrita, en general todas las líneas de trabajo del proyecto se encuentran en ejecución en un nivel bastante aceptable.

# XII. Informe Financiero

## 1. Estado de rendición de cuentas

| Ingresos Acumulados (fondos obligados recibidos) | $9,826,470 |
|---|---|
| **Intereses Ganados (1)** | 0 |
| **Gastos incurridos (al 30/Sep/14)** | $7,770,072 + $259,234 fee = $8,029,306 |
| **Fondos Disponibles al 30/Sep/14** | $1,797,164 |
| **Cuentas por Pagar (devengados)** | $171,463 |
| **Fondos Disponibles Netos** | $1,625,701 |
| **Gastos Estimados para el Siguiente Trimestre** | $1,156,954 |
| **Trimestres Estimados con los Fondos** | 1.41 |

**Nota:**

**(1) Debido a que este es un contrato por reembolso de gastos, no se acumulan intereses.**

## 2. Estado de la implementación del presupuesto

**Management Sciences for Health**
**Unidad Local de Apoyo Técnico (ULAT) para la Salud**
**Contrato 522-C-11-00001**
**Estado de Ejecución del Presupuesto**
**Al 30 de Septiembre de 2014**
**(US$)**

| Descripción | Presupuesto | Ejecutado | Devengado | Ejecutado+Devengado | % | Saldo | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Gastos:** | | | | | | | |
| Salarios | 1860,956 | 1314,980 | 75,520 | 1390,500 | 75% | 470,456 | 1/ |
| Consultorías | 368,975 | 52,727 | 7,234 | 59,961 | 16% | 309,014 | 2/ |
| Costos Indirectos | 811,600 | 532,185 | 27,675 | 559,861 | 69% | 251,739 | |
| Asignaciones | 65,989 | 32,048 | - | 32,048 | 49% | 33,940 | 3/ |
| Viajes | 277,560 | 88,495 | 3,087 | 91,583 | 33% | 185,977 | 4/ |
| Capacitaciones | 404,136 | 342,663 | 42,374 | 385,036 | 95% | 19,100 | |
| Subcontratos y Donaciones | - | - | - | - | 0% | - | |
| Otros Costos Directos | 530,956 | 369,956 | 15,573 | 385,528 | 73% | 145,428 | 5/ |
| Equipo | 13,748 | 39 | - | 39 | 0% | 13,709 | 6/ |
| | | | | | | | |
| **Total** | **4333,919** | **2733,093** | **171,463** | **2904,556** | **67%** | **1429,363** | |
| Fee | 107,487 | 50,582 | - | 50,582 | 47% | 56,905 | |
| **Total** | **4441,406** | **2783,675** | **171,463** | **2955,138** | **67%** | **1486,269** | 7/ |

1/ Variación causada por: a) pago de cesantía presupuestadas no efectuadas, y b) contratación de dos Asesores Técnicos (Planificación Familiar y Descentralización) en Mayo 2014 y dos Asistenes Técnicos en Febrero 2014 (Planificación Familiar y Descentralización), estos contratos estaban presupuestados para iniciar en octubre 2013
2/ Los procesos para consultorías internacionales se pospusieron considerando que los candidatos seleccionados provenían de paises de desarrollo avanzado y debido a la restricción de USAID para la contratación de consultores de esos países

3/ Los costos de salida del puesto de la TCN Elena Sanchez están pendientes de pago a la finalización del Proyecto

4/ Los entregables están siendo alcanzados con menos recursos debido a la eficiencia con la que son programadas las actividades

5/ Algunas de las publicaciones programadas para el año 3 serán completadas durante el año 4

6/ Los aires acondicionados, fotocopiadora y proyectores LCD que estaban presupuestados fueron adquiridos a un valor menor a US$500
7/ Este saldo no incluye el pasivo de la cesantía acumulada por US$220,937 al 30 de septiembre de 2014

## 3. Matriz de los problemas mayores encontrados

**Management Sciences for Health**
**UNIDAD LOCAL DE APOYO TECNICO PARA LA SALUD**
**Contrato 522-C-11-00001**
**Matriz de Problemas Financieros y Acciones Tomadas/por Tomar**
**Al 30 de Septiembre de 2014**

| Tema | Problema | Acción Tomada/por Tomar |
|---|---|---|
| Exoneración de Impuesto sobre Ventas | En julio de 2013 se inició el proceso para obtener el documento de exoneración de impuesto sobre ventas, proceso que duró un año hasta obtener la exoneración, adicionado al hecho de que actualmente la gestión es en línea, lo que conllevó el proceso de documentación para que el Gobierno otorgará el acceso al sistema así como la capacitación del personal del Proyecto. Todo esto imposibilitó la exoneración oportuna de las Ordenes de Compra. | Después de obtener el documento de exoneración se tomaron los pasos para que el Gobierno otorgará el acceso en línea al Proyecto, se procedió a recibir la capacitación por parte del personal así como a tomar las acciones internas correspondientes, considerando el tiempo que toma desde que se recibe la soliciud de adquisición de un bien o servicio hasta obtener la Orden de Compra exonerada. Adicionalmente, se están preparando los documentos para proceder a solicitar el reembolso a la Dirección Ejecutiva de Ingresos por las Ordenes de Compra no exoneradas. |
| Impuestos sobre la Renta, Activo Neto y Aportación Solidaria Temporal | El documento de exoneración de los Impuestos sobre la Renta, Activo Neto y Aportación Solidaria Temporal (Tasa Seguridad), correspondiente al año 2013, esá en trámite desde enero 2014, por lo que no ha sido posible obtener el reembolso de los cargos efectuados por tasa de seguridad al Proyecto al 30 de septiembre de 2013. | El 10 de octubre de 2014 se recibió la visita de parte de la Dirección Ejecutiva de Ingresos (DEI) para realizar una inspección y continuar con el proceso, el cual se espera demore al menor un par de meses adicionales. Se preparó el informe con el detalle de los cargos efectuados por tasa de seguridad al Proyecto, que se presentará a la DEI, para solicitar el reembolso una vez se reciba el documento de exoneración. |

## 4. Implementación de actividades

**Management Sciences for Health**
**Unidad Local de Apoyo Técnico (ULAT) para la Salud**
**Contrato 522-C-11-00001**
**Presupuesto de la Adjudicación vrs. Ejecución por Resultado Intermedio**
**Al 30 de Septiembre de 2014**
**(US$)**

| Descripción | Uso y Acceso a Servicios de Calidad de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar | Servicios de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar Sostenibles | Vigilancia Epidemiologica/Salud y Sistemas de Monitoreo y Evaluación Mejorados y Actualizados | Total |
|---|---|---|---|---|
| Presupuestado | 3418,102 | 6836,204 | 1139,367 | **11393,674** |
| Fee | | | | **505,823** |
| **Total Presupuestado** | | | | **11899,497** |
| Gastos | 2656,066 | 4258,840 | 855,166 | **7770,072** |
| Fee | | | | **259,234** |
| **Total Gastado** | | | | **8029,306** |
| Saldo Disponible (Presupuestado - Gastado) | **762,036** | **2577,364** | **284,201** | **3623,602** |
| Saldo Fee Disponible (Presupuestado - Gastado) | | | | **246,589** |
| **Saldo Adjudicación Disponible (Total Presupuestado - Total Gastado)** | | | | **3870,191** |

# XV. Anexos

## Informe de bienes no fungibles

| REPORTE ANUAL DE LAS PROPIEDADES DEL GOBIERNO EN CUSTODIA POR EL CONTRATISTA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| UNIDAD LOCAL DE APOYO TECNICO PARA SALUD (ULAT) AID-522-C-11-000001 | | | | |
| Al 30 de Septiembre del 2014 | | | | |
| | Vehiculos | Mobiliario y Equipo | | Otros Activos Fijos |
| | | Oficina | Vivienda | |
| **A. Valor de la propiedad a la fecha del último informe.** | $27.692,56 | $86.500,38 | | |
| **B. Operaciones realizadas durante el periodo del informe.** | | | | |
| 1. Adquisiciones (Añadir): | | | | |
| a. Adquirido por el contratista 1/ | | | | |
| b. Transferido de la USAID 2/ | | | | |
| c. Transferido de otros/Sin reembolso 3/ | | | | |
| 2. Bajas (Menos): | | | | |
| a. Devuelto a USAID | | | | |
| b. Transferido de USAID-Comprado por el Contratista. | | | | |
| c. Transferidos a otras Agencias del Gobierno 3/ | | | | |
| d. Otras Disposiciones 3/ | 1.006,93 | $1.620,00 | | |
| **C. Valor de la propiedad a la fecha del informe.** | $26.685,63 | $84.880,38 | | |
| **D. Vida útil de la propiedad en custodia del contratista** | Años 2 | Años 2 | Años | Años |

**Nota:** El 10 de febrero de 2014 se realizó un acto vandálico a un auto rentado por el Proyecto sustrayéndose una computadora portátil DELL Latitude i7 con valor de US$1,620.00, el cual fue reportado a la aseguradora. Adicionalmente, el 29 de mayo de 2014 se realizó la donación de un vehículo inservible con valor de US$1,006.93 al Centro de Formación Profesional San Juan Bosco, MSH canceló a USAID el valor de este vehículo.

| REPORTE ANUAL DE LAS PROPIEDADES DEL GOBIERNO EN CUSTODIA POR EL CONTRATISTA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| UNIDAD LOCAL DE APOYO TECNICO PARA SALUD (ULAT) AID-522-C-11-000001 | | | | |
| Al 30 de Septiembre del 2014 | | | | |
| | **Vehiculos** | **Mobiliario y Equipo** | | **Otros Activos Fijos** |
| | | **Oficina** | **Vivienda** | |
| **A. Valor de la propiedad a la fecha del último informe.** | L. 549.974,25 | L. 1.725.438,76 | | |
| **B. Operaciones realizadas durante el periodo del informe.** | | | | |
| 1. Adquisiciones (Añadir): | | | | |
| a. Adquirido por el contratista 1/ | | | | |
| b. Transferido de la USAID 2/ | | | | |
| c. Transferido de otros/Sin reembolso 3/ | | | | |
| 2. Bajas (Menos): | | | | |
| a. Devuelto a USAID | | | | |
| b. Transferido de USAID-Comprado por el Contratista. | | | | |
| c. Transferidos a otras Agencias del Gobierno 3/ | | | | |
| d. Otras Disposiciones 3/ | L. 20.000,00 | L. 32.173,20 | | |
| **C. Valor de la propiedad a la fecha del informe.** | L. 529.974,25 | L. 1.693.265,56 | | |
| **D. Vida útil de la propiedad en custodia del contratista** | Años 2 | Años 2 | Años | Años |

**Nota:** El 10 de febrero de 2014 se realizó un acto vandálico a un auto rentado por el Proyecto sustrayéndose una computadora portátil DELL Latitude i7 con valor de L32,173.00, el cual fue reportado a la aseguradora. Adicionalmente, el 29 de mayo de 2014 se realizó la donación de un vehículo inservible con valor de L20,000.00 al Centro de Formación Profesional San Juan Bosco, MSH canceló a USAID el valor de este vehículo.

## Historias de Éxito - IV trimestre

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | ULAT Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

# HISTORIA DE ÉXITO

## Participación comunitaria pieza clave en el *Incremento del acceso a servicios básicos de salud.*

Foto: Personal de salud entrena a consejero comunitario en la técnica de inyección del método anticonceptivo intramuscular, para beneficiar a familiar de comunidades con difícil acceso.

Foto: Sesión de entrenamiento del personal de salud para la expansión de la implementación conjunta de estrategias comunitarias ICEC, que beneficiará el acceso a las familias a los servicios de planificación familiar, en el sur de Honduras.

La Secretaria de Salud de Honduras con asistencia técnica del proyecto USAID/ULAT; profundiza la etapa de expansión de la *Implementación Conjunta de Estrategias Comunitarias* (ICEC); estrategia dirigida a ofrecer, de forma integrada en un enfoque técnico – gerencial, tres estrategias que en el pasado, se ofrecían de forma separada, estas son. "*Trabajo con Individuo Familia y Comunidad*" (TIFC), "*Hogares Maternos*" y "*Planificación Familiar en Área Rural*", el fin es reducir al máximo el número de muertes maternas y de la niñez, en comunidades con dificultades de acceso a los servicios de salud.

Este proceso se inició en el año 2012 como una experiencia demostrativa en la comunidad alejadas del municipio de Márcala La Paz, a unos 120 kilómetros al norte de la capital; los resultados han sido positivos, logrando la participación de las comunidades en el auto cuidado de la salud; con mejoras significativa del número de partos en ambientes seguros y con más familias utilizando métodos modernos para planificar la familia.

Estos resultados han motivado a las autoridades de Salud de Honduras a expandir su implementación a las comunidades de las zonas más alejadas del país, actualmente el proceso se desarrolla en trece territorios alejados sin redes e infraestructuras para el acceso a los servicios de salud que funcionan con una gestión descentralizada, en el marco de avances de la reforma del sector salud de honduras.

Todas las actividades operativas, para su sostenibilidad requieren de la participación activa de agentes y líderes comunitarios, que guiados por el personal de salud, organizan las comunidades para preparar transportes en los casos de emergencia, para administrar los hogares maternos y para la entrega en la propia comunidad de los métodos anticonceptivos.

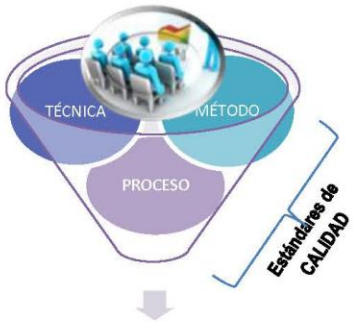
El desarrollo de capacidades se ha logrado con la metodología "Aprender Haciendo", fortaleciendo las habilidades del personal institucional de los diferentes niveles de la Secretaria de Salud para ejecutar la enseñanza del personal comunitario a fin de que ellos desarrollen una serie de funciones asignadas en las estrategias.

La pieza clave es el trabajo voluntario que desarrollan más de dos mil campesinos(as) que transformados en monitoras/es comunitarios, caminan grandes distancias, reordenan sus jornadas de cosecha, entregan métodos de planificación familiar, detectan y remiten mujeres con riesgo en el embarazo o el parto, promueven servicios de traslados de emergencias y organizan comités de apoyo. La actitud participativa y el compromiso que presentan estos/as agentes comunitarios, darán sostenibilidad a una serie de cambios que sin dudas contribuirán a lograr la meta de contar con una maternidad segura y una infancia saludable.

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | ULAT Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

# HISTORIA DE ÉXITO

## Acompañamiento de actores durante la ejecución del Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud




**ESTUDIO DE GASTO Y FINANCIAMIENTO EN SALUD. 2011**

***El estudio de gasto y financiamiento ha impulsado la creación de competencias institucionales, la transferencia de tecnologías de investigación económica y el trabajo en equipo con la participación de instituciones nacionales y Agencias de Cooperación que apoyan a la Secretaria de Salud en el ámbito de Economía de la Salud***

Como parte del proceso de apoyo técnico de la ULAT durante la implementación del Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud 2011, cabe destacar dos pilares estratégicos que orientan, soportan y fortalecen las acciones desarrolladas:

- La **articulación con otros actores** desde el inicio del Estudio que ha favorecido la participación permanente y constante de todos ellos en cada una de las etapas de su implementación. Ello ha permitido ir construyendo de forma participativa y consensuada, el método, la técnica y los instrumentos. Con el liderazgo de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG) de la Secretaria de Salud, han participado: el Banco Central de Honduras (BCH), el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de sus sedes de Honduras y Washington y el apoyo técnico y financiero de la ULAT.
- La **generación de compromisos**, en cada uno de los pasos del proceso, estableciendo los acuerdos y compromisos necesarios que han asegurado la participación de las personas claves en la toma de decisiones, el desarrollo de las acciones oportunas y apropiadas, manteniéndose en todo momento los estándares de calidad requeridos para evidenciar la objetividad y fiabilidad de los resultados del Estudio.

Como resultado, el Estudio proporciona respuesta a preguntas tales como:

***¿Cómo se movilizan y administran los recursos?***

***¿Quién paga y cuánto se paga por la atención de la salud?***

***¿Quién proporciona los bienes y servicios y qué recursos utilizan para ello?***

***¿Cómo se distribuyen los fondos de la atención de la salud entre los diferentes servicios, intervenciones y actividades?***

*Este proyecto es financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el contrato USAID/Honduras contrato AID-522-C-11-000001.*

## Entregables - IV trimestre

### 1. Resultado Intermedio 4.1

# Informe Inventario Físico de Métodos Anticonceptivos a nivel nacional al 15 de Junio del 2014

OCTUBRE 2014

# IDENTIFICACION DE PROBLEMAS EN LA CADENA DE DISTRIBUCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS A NIVEL NACIONAL.

**Informe de Resultados y Recomendaciones**

Septiembre 2014
Proyecto ULAT/MSH

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

# INFORME REUNION PARA LA CONSOLIDACION DE LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE PF 2014 DE LA SESAL SEGÚN LINEAMIENTOS DE LA ESTRATEGIA METODOLOGICA.

USAID | ULAT

Comayagua, Marzo 2014

ULAT/MSH

# INFORME DE ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR POR PROVEEDORES DESCENTRALIZADOS

2014

# CONSOLIDADO DE PROGRAMACIÓN DE MÉTODOS DE PF EN EL IHSS

***AÑO 2014***

Gobierno de la República de Honduras

Secretaría de Salud

# Diagnóstico sobre la Implementación de la Estrategia de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C)

ULAT/MSH- USAID

Septiembre de 2014

USAID | ULAT

Gobierno de la República de Honduras

Secretaría de Salud

# Lineamientos para la implementación de la estrategia de Atención Integral a la Niñez en el Comunidad (AIN-C) a través de gestores descentralizados

Octubre 2014

USAID | ULAT

USAID | ULAT

# INFORME DE MONITORIA PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN CONJUNTA DE LAS ESTRATEGIAS COMUNITARIAS (ICEC) RISS MARCALA,

# FOTODOCUMENTAL ICEC

## Implementación Conjunta de las Estrategias Comunitarias

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | ULAT Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD

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

**Septiembre 2014**

Gobierno de la República de Honduras

Secretaría de Salud

# Listas de Chequeo para verificar la aplicación de la Norma Materno Neonatal

2014

DEPARTAMENTO DE SALUD INTEGRAL A LA FAMILIA

USAID | ULAT

## 2. Resultado Intermedio 4.2

# Resultados de Implementación Desarrollo Organizacional SESAL

Dra. Rosario Cabañas de Calix
Departamento de Garantia de Calidad
Septiembre 2013

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

# Manual de Procesos y Procedimientos de las Regiones Sanitarias

# PLAN PARA REFORMAS LEGALES Y ESTRUCTURALES

Proyecto USAID-ULAT

September 1, 2014

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

USAID | ULAT

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

# Proyecto- Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud (ULAT) HONDURAS

## Contrato: AID-522-C-11-000001

Sometido a:
Dr. Juan de Dios Paredes Paz
Management Sciences for Health (MSH)
Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para la Salud
Col. Rubén Darío, Ave. José María Medina C-417
Tegucigalpa, Honduras

Sometido por:
Management Sciences for Health, Proyecto ULAT

**INFORME SEMESTRAL DE AVANCE DEL PROCESO DE IMPLEMENTACION DEL PLAN REGIONAL DE GESTION DE RISS**

**Fecha: abril-septiembre 2014**

USAID | ULAT

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

# Proyecto- Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud (ULAT) HONDURAS

## Informe: Trimestral de Avance sobre el monitoreo del desarrollo de las capacidades de los gestores descentralizados.

## Fecha: 01 Julio al 30 Septiembre del 2014 (Informe Y3Q4)

**Contrato: AID-522-C-11-000001**

**Sometido a:**
Dr. Juan de Dios Paredes Paz
Management Sciences for Health (MSH)
Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para la Salud
Col. Rubén Darío, Ave. José María Medina C-417
Tegucigalpa, Honduras

**Sometido por:**
Management Sciences for Health, Proyecto ULAT

USAID | ULAT

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

# Proyecto- Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud (ULAT) HONDURAS

**Contrato: AID-522-C-11-000001**

**Sometido a:**
Dr. Juan de Dios Paredes Paz
Management Sciences for Health (MSH)
Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para la Salud
Col. Rubén Darío, Ave. José María Medina C-417
Tegucigalpa, Honduras

**Sometido por:**
Management Sciences for Health, Proyecto ULAT

## INFORME TRIMESTRAL DE MONITOREO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACION DEL MODELO DE GESTION HOSPITALARIA

**Periodo:** Julio-Septiembre 2014

USAID | ULAT

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

# Proyecto- Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud (ULAT) HONDURAS

**Contrato: AID-522-C-11-000001**

**Sometido a:**
Dr. Juan de Dios Paredes Paz
Management Sciences for Health (MSH)
Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para la Salud
Col. Rubén Darío, Ave. José María Medina C-417
Tegucigalpa, Honduras

**Sometido por:**
Management Sciences for Health, Proyecto ULAT

## INFORME SEMESTRAL DE AVANCE EN EL PROCESO DE ESTRUCTURA FUNCIONAL Y ORGANIZACIONAL DEL AREA DE LA EMERGENCIA DEL BLOQUE MARTERNO INFANTIL Y BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO

**Fecha: Abril-Septiembre 2014**

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | ULAT Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

# Proyecto- Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud (ULAT) HONDURAS

**Contrato: AID-522-C-11-000001**

Sometido a:
Dr. Juan de Dios Paredes Paz
Management Sciences for Health (MSH)
Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para la Salud
Col. Rubén Darío, Ave. José María Medina C-417
Tegucigalpa, Honduras

Sometido por:
Management Sciences for Health, Proyecto ULAT

## INFORME SEMESTRAL DE AVANCE DEL PROCESO DE REORDENAMIENTO DE LA GESTION HOSPITALARIA II FASE

Fecha: Abril-Septiembre 2014

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

# Lineamientos de Auditoría Social y Rendición de Cuentas a la Ciudadanía para los Gestores de Servicios de Salud

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | ULAT Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

## 3. Resultado Intermedio 4.4

USAID | ULAT

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

**Proyecto- Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud (ULAT) HONDURAS**

**Contrato: AID-522-C-11-000001**

**Sometido a:**
Dr. Juan de Dios Paredes Paz
Management Sciences for Health (MSH)
Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para la Salud
Col. Rubén Darío, Ave. José María Medina C-417
Tegucigalpa, Honduras

**Sometido por:**
*Proyecto ULAT*

**INFORME DE AVANCES SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE VIGILANCIA DE LA SALUD**

30 SEPTIEMBRE 2014

## Proyecto- Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud (ULAT)

## HONDURAS

**Contrato: AID-522-C-11-000001**

**Sometido a:**
**Dr. Juan de Dios Paredes Paz**
Management Sciences for Health (MSH)
Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para la Salud
Col. Rubén Darío, Ave. José María Medina C-417
Tegucigalpa, Honduras

Sometido por:

Management Sciences for Health, Proyecto ULAT.

**INFORME DE AVANCE DEL MANUAL DE ORGFANIZACION Y FUNCIONES DE LA UNIDAD DE VIGILANCIA DE LA SALUD**

30 DE SEPTIEMBRE 2014

USAID | ULAT

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

**Proyecto- Unidad Local de Apoyo Técnico en Salud (ULAT II) HONDURAS**

**Contrato: AID-522-C-11-000001**

**Sometido a:**
Dr. Juan de Dios Paredes
Management Sciences for Health (MSH)
Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para la Salud
Col. Rubén Darío, Ave. José María Medina C-417
Tegucigalpa, Honduras

**Sometido por:**
Management Sciences for Heatlh, Proyecto ULAT

# Informe: Avance en la implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión

**Fecha: 1 Julio al 30 Septiembre, 2014**

USAID | ULAT

**Proyecto- Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud (ULAT) HONDURAS**

**Contrato: AID-522-C-11-000001**

**Sometido a:**
**Dr. Juan de Dios Paredes Paz**
Management Sciences for Health (MSH)
Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para la Salud
Col. Rubén Dario, Ave. José Maria Medina C-417
Tegucigalpa, Honduras

**Sometido por:**

***Management Sciences for Health, Proyecto ULAT***

# Informe de Avance
# del Proceso de Diseño del SIIS
# Julio - Septiembre 2014
# Trimestre 4/4

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

# ESTUDIO DE GASTO Y FINANCIAMIENTO EN SALUD

## 4. Género

Informe: Contenidos Propuestos para la Incorporación de Género en la Estrategia de Gestión de Servicios de Planificación Familiar (EGSPF), Plan y Evaluación del IHSS.
Proyecto ULAT
Septiembre de 2014
9/29/2014

USAID | ULAT

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

# *INFORME: SOBRE LA INCORPORACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE GÉNERO EN EL DOCUMENTO DE SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEMOSTRATIVA*

*SEPTIEMBRE 2014*

# INFORMES DE CAPACITACIÓN EN LA EXPERIENCIA DEMOSTRATIVA CON ENFOQUE DE GÉNERO

1. **Primer taller de Género en la ICEC, del 30 de junio al 4 de julio 2014**
2. **Segundo taller de Género en la ICEC, del 29 al 31 de julio 2014**
3. **Tercer taller de Género en la ICEC, del 19 al 21 de agosto 2014**

USAID | ULAT

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

# INFORME SOBRE LA INCORPORACION DE LOS ELEMENTOS DE GÉNERO EN LA ESTRATEGIA CONE

9/29/2014

# Boletín informativo de

# Género en Salud

**Edición N°1 Enero - Marzo 2014**

## Editorial

## El Desarrollo de las Capacidades del Equipo Técnico para la Transversalización de la Perspectiva de Género en los Productos de ULAT: Avances y Retos.

El desarrollo de capacidades es el proceso a través del cual las personas, organizaciones y sociedades obtienen, fortalecen o mantienen las capacidades para establecer y lograr sus propios objetivos de desarrollo a lo largo del tiempo (UNDP, 2009). El fortalecimiento de las capacidades del equipo técnico para la transversalización de la perspectiva de género en los productos de ULAT, es un proceso iniciado desde el año 2012, realizándose una serie de actividades tales como la elaboración de módulos conteniendo información sobre sistema sexo-género, análisis de género, transversalización de género, un manual para realizar la incorporación de género en los productos de ULAT, diversas capacitaciones sobre el tema, así como la celebración de actividades conmemorativas en fechas importantes para continuar sensibilizando y mantener actualizado al equipo en los temas abordados por el proyecto. Con mucha frecuencia se ha considerado únicamente la capacitación, pero en ULAT hemos avanzado en diversos aspectos:

- Se han roto muchas de las barreras de género del equipo del proyecto como personas que forman parte de la sociedad hondureña y que tienen su historia de vida, conocimientos, actitudes y prácticas generadas en una sociedad que cuenta con un modelo hegemónico androcéntrico y que generan desigualdades e inequidades;
- Se promueve una visión de género definida en el proyecto;
- Se involucra y asume el proceso desde la dirección del ULAT y las coordinaciones de los diferentes componentes.
- Se cuenta con una masa crítica de recursos humanos con conocimientos, experiencia y competencias correctas, a quienes se les han brindado diferentes capacitaciones en la transversalización de la perspectiva de género, desarrollando además las herramientas antes señaladas;
- Se consideran los recursos financieros necesarios para realizar las actividades de transversalización de género;
- Existe acompañamiento técnico permanente de una especialista en el tema que además facilita información constante, de los diferentes temas del proyecto, con visión de género y se realizan coordinaciones para maximizar los recursos y la efectividad de las intervenciones;

*Existen retos a ser abordados en los procesos del cuarto año del proyecto, para que la transversalización continúe avanzando en el proyecto, éstos dependen fundamentalmente de acciones como promover discusiones técnicas específicas, según procesos en los que se transversalicen la perspectiva de género, revisar literatura relacionada y compartir los documentos y las experiencias entre componentes. Así, el proyecto cumplirá con las metas propuestas en este tema. Este cuarto año permitirá la consolidación de todos los procesos en curso y por iniciarse, así que ánimo, que lo haremos con mucha energía.*

*" La Perspectiva de Género, nos vino a mover el piso....nos puso a pensar en que estamos siendo discriminatorios con las mujeres que llegan a los clínicas materno infantiles y a las hogares maternos, porque a veces las tratamos mal y a sus parejas no las dejamos entrar al parto y lo que es peor, no les damos información del estado en que se encuentra la señora y el bebé que está por nacer, así, no podemos mejorar la salud de las mujeres ni hacer que los hombres se involucren durante el embarazo, parto y puerperio..."*

***Palabras del Dr. Mauricio Baquedano, Centro de Salud de Copán.***
*(en la fotografía con camisa azul)*

USAID | ULAT

# INFORME CONMEMORACIÓN DE EVENTOS ESPECIALES EN GÉNERO - 2013-2014

SEPTIEMBRE 2014

**ENTREGABLE**

# INFORME DE APORTES PARA LA INCORPORACION DE LOS ELEMENTOS DE GÉNERO EN EL SISTEMA DE MONITORIA Y EVALUACION DE LA GESTIÓN.

*SEPTIEMBRE 2014*

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | ULAT Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

# *INFORME SOBRE ELEMENTOS DE GÉNERO INCORPORADOS EN LA INVESTIGACION SOBRE GASTO Y FINANCIAMIENTO EN SALUD: APORTES*

*SEPTIEMBRE 2014*

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | ULAT Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

2014

# INFORME SOBRE ASPECTOS DE GÉNERO INCLUÍDOS EN LOS LINEAMIENTOS DE AUDITORIA SOCIAL Y RENDICION DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA PARA LOS GESTORES DE SERVICIOS DE SALUD

*Septiembre 2014*

9/29/2014

## 5. Documentos Adicionales

*Fundación Amigos del Hospital María*

CLAUSULAS ADICIONALES DE CARACTER TECNICO, ASISTENCIALES Y ECONOMICAS AL CONVENIO DE ADMINISTRACION Y GESTION DEL HOSPITAL MARIA, ESPECIALIDADES PEDIATRICAS, SUSCRITO ENTRE LA SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD Y LA FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA, APROBADO MEDIANTE DECRETO LEGISLATIVO **No.268-2005**, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL LA GACETA BAJO **No.30,829** DE FECHA **20 DE OCTUBRE DEL 2005**.

Nosotros, **Edna Yolani Batres Cruz,** mayor de edad, hondureña, con tarjeta de identidad No.1311-1967-00022, Médico Especialista en Salud Pública, con domicilio en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, Departamento de Francisco Morazán, actuando en mi condición de Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, nombrada mediante Acuerdo Ejecutivo No. 09-2014 de fecha 27 enero de 2014, quien en lo sucesivo se denominará **"LA SECRETARIA"** y **José Eduardo Atala Zablah**, Mayor de Edad, Casado, Hondureño, Licenciado en Administración de Empresas y de este domicilio, con Tarjeta de Identidad No. **0801-1956-03274**, actuando en mi condición de Presidente de la **FUNDACIÓN AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA**, (**FAHM**) con personalidad jurídica N°. 541-2005, condición que acredita mediante Poder Especial de Administración otorgado en el Testimonio de Escritura Pública número nueve (9), autorizada en la ciudad de Tegucigalpa M.D.C. en fecha 22 de Febrero del 2006 e inscrita bajo el número 1904 del tomo 169 del Registro de la Propiedad Inmueble y Mercantil, el 12 de enero del 2007 en el Departamento de Francisco Morazán, quien en lo sucesivo se denominará **"LA FUNDACION"**, hemos acordado suscribir clausulas adicionales de carácter técnico asistenciales y económicas al convenio de Administración y Gestión del Hospital María, especialidades pediátricas, para establecer los principales elementos que regirán y regularán la delegación de la gestión de provisión de servicios de salud del Hospital María de Especialidades Pediátricas, de la forma siguiente:

## ANTECEDENTES

En fecha 22 de agosto de 2005 la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud y la Fundación Amigos del Hospital María, suscribieron un convenio de Administración y Gestión del Hospital María de especialidades pediátricas, aprobado mediante Decreto Legislativo **No.268-2005**, publicado en el Diario Oficial la Gaceta bajo **No.30,829** de fecha **20 de octubre del 2005**. En dicho convenio en la cláusula **Séptima** se establece la suscripción de común acuerdo de cláusulas adicionales en las que se determinarán las variables técnicas, asistenciales y económicas a efectos de lograr una efectiva ejecución del convenio.

## CLÁUSULA PRIMERA: PROPÓSITO.

Mejorar el acceso y la respuesta a los problemas de salud de la población pediátrica (de 0 a 18 años) de la República de Honduras, referidas de la red

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | ULAT Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

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

Septiembre 2014

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

# PLAN NACIONAL DE SALUD

## 2014 - 2018

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

# Norma Nacional de Vigilancia de la Salud

# 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.

Empresa Nacional de Artes Gráficas ENAG

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

AÑO CXXXVII TEGUCIGALPA, M. D. C., HONDURAS, C. A. SÁBADO 2 DE AGOSTO DEL 2014. NUM. 33,495


## Sección A

## SUMARIO

Sección A
Decretos y Acuerdos


| | | |
|---|---|---|
| | SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD<br>Acuerdo No. 406 | A. 1-53 |
| | OTROS | A.54-55 |
| | AVANCE | A. 56 |

Sección B
Avisos Legales
Desprendible para su comodidad B. 1-4


## Secretaría de Estado en el Despacho de Salud

ACUERDO No. 406

Tegucigalpa, M.D.C., 15 de mayo de 2014

LA SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD

**CONSIDERANDO:** Que de conformidad al artículo 149 de la Constitución de la República, la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, coordina todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados del sector salud.

**CONSIDERANDO:** Que el artículo 29 de la Ley General de la Administración Pública estipula que a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, le compete lo concerniente a la formulación, coordinación, ejecución y evaluación de las políticas relacionadas con la protección, fomento, prevención, preservación, restitución y rehabilitación de la salud de la población.

**CONSIDERANDO:** Que en línea con estos cometidos, tanto la política de reforma del sector salud, la Ley para el Establecimiento de una Visión de País y la Adopción de un Plan de Nación para Honduras y, el Plan de Salud para el periodo 2010-2014, establecen que la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, para asumir la conducción del sector salud, deberá actuar con una

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

USAID | ULAT

IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

# GUÍA CLÍNICA Y PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

2014

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

**Construyendo un Modelo de Implementación Conjunta de Estrategias Comunitarias (ICEC), para reducir la mortalidad Materna y de la niñez en Honduras.**

# Sistematización de la Experiencia Demostrativa, Marcala, La Paz.

*Este Modelo surge en el marco de La Política Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI), impulsada por la Secretaría de Salud de Honduras, iniciándose como una Experiencia Demostrativa en la Red de Servicios de Márcala en el departamento de La Paz y apoyada por el proyecto ULAT/MSH financiado por la Agencia de Desarrollo de los Estados Unidos (USAID)*

USAID | ULAT

Informe del proceso de ajuste del

# Plan Estratégico Institucional

# PEI 2013-2016

Septiembre, 2014

I