Informe Trimestral, Año IV, Trimestre III. (Quarterly Report: Year IV, Quarter III.)

Author: Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud

Date of Publication: Julio 2015

Development objective: RI 4.1 Uso de los Servicios de Calidad en Salud Materna e Infantil y Planificación Familiar Incrementado; RI 4.2 Servicios Sostenibles Materno- Infantil y Planificación Familiar; IR 4.4 Uso de Datos para la toma de Decisiones. [IR 4.1 Increased use of Quality Maternal Child and Family Planning Services; R 4.2 Sustainable Maternal Child and Family Planning Services; IR 4.4 Data Use for Decision Making.]

Keywords:

[Informe; Proyecto; Asistencia Técnica; Planificación Familiar; Materno; Infantil; Salud; Niñez.]
[Report; Project; Technical Assistance; Family Planning; mother ; Children ; health ; childhood.]

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

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

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 Trimestral: Año 4, Trimestre 3 (Y4,Q3)

Abril 1 - Junio 30, 2015

Contrato: AID-522-C-11-000001

Sometido a:
Dr. David Castellanos
Contracting Officer's Technical Representative, ULAT II
Project Management Specialist (Health)
Health, Population and Nutrition Office
U.S. Agency for International Development
Tegucigalpa, Honduras

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

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

Tabla de Contenido

LISTADO DE ABREVIATURAS 3
I. Resumen de Actividades de Proyecto 5
II. Resumen Ejecutivo 6
III. Contexto y Objetivos Del Proyecto 11
A. Contexto de País 11
B. Contexto de Proyecto 14
C. Coordinación con otras contrapartes y actores 16
IV. Integración de la Perspectiva de Género 19
V. Resultados Intermedios/Logros de Proyecto 22
VI. Monitoreo y Evaluación. 45
VII. Gerencia de Proyecto 56
VIII. Principales Conclusiones 59
IX. Noticias e Historias de Éxito 61
X. Listado de Anexos 64
XI. Anexos 69
1. Género 69
2. Resultado Intermedio 4.1 74
3. Resultado Intermedio 4.2 88
4. Resultado Intermedio 4.4 106
5. Documentos Adicionales 114

LISTADO DE ABREVIATURAS

ACCESO	Proyecto Financiado por USAID
ACDI	Agencia Canadiense de Cooperación Internacional
ACOS	Anticonceptivos Orales
AFU	Altura de Fondo Uterino
AIN-C	Atención integral a la niñez en la comunidad
AS	Auditoría Social
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDC	Centro de control de enfermedades y prevención
CGPS	Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud
CMI	Clínica Materno Infantil
CONCOSE	Consejo Consultivo de la Secretaría de Salud
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
COR	Oficial Representante de Contrato
CSC	Corporación de Servicios de Cataluña
DGDRHUS	Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud
DGN	Dirección General de Normalización
DGRISS	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud
DIU	Dispositivo Intrauterino
DMN	Dirección Médica Nacional del IHSS
DO	Desarrollo Organizacional
DSPNA	Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención
DSSNA	Departamento de Servicios del Segundo Nivel de Atención
EEUU	Estados Unidos de América
EGSPF	Estrategia para la Gestión de los Servicios de Planificación Familiar
EMSPF	Estrategia Metodológica Servicios de Planificación Familiar
ENDESA	Encuesta de Demografía en Salud
FMI	Fondo Monetario Internacional
GA	Gerencia Administrativa (SESAL)
HCDL	Herramienta consolidadora de datos logísticos
HCPB	Historia Clínica Perinatal Base
HEU	Hospital Escuela Universitario
ICEC	Implementación conjunta de estrategias comunitarias
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JICA	Agencia de Cooperación Internacional de Japón
LMG	Proyecto de Liderazgo, Gerencia y Gobernanza (USAID)
MAFE	Asociación Madre Feliz
MANCHORTÍ	Mancomunidad Chortí
MDP	Manual Descripción de Puestos
MGH	Modelo de Gestión Hospitalario
MI	Materno Infantil
MM	Mortalidad Materna
MNS	Modelo Nacional de Salud
MSH	Management Sciences for Health
MOF	Manual de Organización y Funciones
NEXOS	Proyecto Transparencia, mejoramiento y gobernanza de los servicios (USAID)
OPS	Organización Panamericana de la Salud

OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEI	Plan estratégico institucional (SESAL)
PF	Planificación Familiar
PMP	Plan de Monitoreo de Ejecución de Proyecto
POA-P	Plan Operativo Anual con Presupuesto
RAMNI	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna e Infantil
RCC	Rendición de Cuentas a la Ciudadanía
RGH	Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria
RI	Resultado Intermedio
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RS	Regiones Sanitarias
SAICEC	Sistema Automatizado para Implementación de Estrategias Comunitarias
SEFIN	Secretaría de Estado en el Despacho de Finanzas
SESAL	Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
SIAFI	Sistema de Administración Financiera
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida
SIIS	Sistema Integrado de Información Salud
SIMEGpR	Sistema de monitoreo y evaluación de la gestión para resultados
SNS	Sistema Nacional de Salud
SMI	Salud Materno-Infantil
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSRISS	Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud
TIFC	Estrategia de trabajo con individuos y familias en la comunidad
UAFCE	Unidad Administradora de Fondos de Cooperación Externa
UGD	Unidad de Gestión Descentralizada
UGI	Unidad de Gestión de la Información
ULAT	Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UPEG	Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión
USAID	Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional
UTGP	Unidad Técnica de Gestión de Proyectos
UVS	Unidad de Vigilancia de la Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

I. Resumen de Actividades de Proyecto

Nombre del Proyecto: Unidad Local de Apoyo Técnico en Salud
Objetivo del Proyecto: Proveer asistencia integral a la SESAL y a otras contrapartes estratégicas como el IHSS, ASHONPLAFA y otros para: 1) mejorar la calidad, cobertura y acceso de servicios de salud sostenibles materno-infantiles y de planificación familiar para las poblaciones vulnerables y sub-atendidas en el país, y 2) apoyar en la transformación del sistema de salud actual a uno que sea descentralizado, plural e integrado, y que provea servicios de salud sostenibles, eficientes y equitativos, especialmente para las poblaciones más vulnerables y excluidas.
Mecanismo Implementador: Management Sciences for Health
Contrato No: AID-522-C-11-000001
Período del Proyecto (fechas de inicio y finalización): Julio 29, 2011- Junio 28, 2016
Período de Reporte (fechas de inicio y fin): Abril 1 - Junio 30, 2015
Total estimado en el Contrato (Costo más fijo): US$12,422,456
Balance al principio del trimestre: US$1,966,438
Nuevos fondos obligados/asignados durante el trimestre: US$1,028,782
Gastos incurridos durante el periodo de reporte: US$632,190 (Los datos para el mes de junio 2015 por US$212,070 son preliminares debido a que la contabilidad no se ha cerrado). Este monto no incluye los devengados del mes de mayo por US$140,989.
Balance al final del trimestre: US$2,363,030 (Este monto no incluye US$554,396 de Fee)
Estimado de gasto para el trimestre siguiente: US$589,307 (julio 1 a septiembre 30, 2015)
Numero de trimestres estimados con el balance de gastos: 4 trimestres
Informe sometido por: MSH-ULAT
Fecha de Remisión de Informe: Julio 10, 2015

II. Resumen Ejecutivo

Este documento contiene el informe de las actividades ejecutadas en el periodo que corresponde del 01 de abril al 30 de junio de 2015, en el marco de la implementación del plan de trabajo aprobado para el cuarto año del proyecto- Unidad Local de Asistencia Técnica para Salud (ULAT). Este documento se presenta en cumplimiento a las cláusulas contractuales contenidas en el contrato No. AID-522-C-11-000001, el cual constituye el referente fundamental del proyecto.

De acuerdo a las actividades definidas en el plan de trabajo para este periodo, los avances observados en cuanto a los productos definidos y alcanzados a la fecha y la situación actual de los procesos sujetos de la asistencia técnica, este informe contiene: (i) una descripción general de la situación de salud del país y en particular de la Secretaría de Salud (SESAL) como institución rectora del sector; (ii) la contextualización del proyecto en el marco de sus objetivos y de las circunstancias concretas en que se ejecuta; (iii) los aspectos relacionados con la coordinación con otros proyectos financiados por la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID) y con otras agencias de cooperación; (iv) un capítulo especial conteniendo los elementos desarrollados en el proyecto desde la perspectiva de género; (v) una valoración a la fecha de los logros alcanzados por cada uno de los resultados intermedios del marco de objetivos del proyecto y la expresión concreta de las actividades realizadas en este periodo; (vi) los elementos vinculados con el plan de desempeño, y (vii) los aspectos específicos de orden financiero correspondientes. También se incluyen conclusiones generales y las historias de éxito recopiladas.

Durante el periodo, el elemento contextual más destacado estuvo constituido por la discusión sobre la iniciativa de la ley marco de protección social que aunque culminó con su aprobación por parte del Congreso Nacional, aún no ha sido publicada en el diario oficial La Gaceta, por lo que su vigencia continúa pendiente. Esta ley incluye en su contenido los elementos esenciales que perfilan la estructura y funcionamiento de un nuevo sistema de salud en el que solo se le asigna a la SESAL la función de la rectoría y adscribe al IHSS las funciones de financiamiento/aseguramiento y las de provisión de servicios, lo que en esencia implica un replanteamiento de algunos procesos que se han estado desarrollando.

La implementación del desarrollo organizacional (DO) en el nivel central de la SESAL, que adquirió un impulso mayor debido a las decisiones adoptadas por la Ministra de Salud en el periodo precedente, continuó demandando la realización de importantes esfuerzos de asistencia técnica. Las actividades se orientaron a la implementación del manual de organización y funciones que fue finalizado en el trimestre anterior y a la formulación de los procesos y procedimientos de las unidades que fueron priorizadas por el despacho ministerial. No obstante, el ritmo lento de desarrollo de este proceso tuvo su impacto mayor en la asignación de las contrapartes, para algunas de las líneas de trabajo del proyecto.

Otro elemento a destacar es el avance en el proceso de descentralización de la gestión de la provisión de los servicios del segundo nivel, proceso que ha enfrentado retos, tanto en los aspectos de contratación de los servicios desde la instancia central, como en el desarrollo de las capacidades de gestión de los gestores proveedores, el control y rendición de cuentas de dicha gestión y el desarrollo de los instrumentos gerenciales del proceso a nivel de las regiones sanitarias (RS).

Dentro del contexto particular del proyecto han actuado como circunstancias propicias para su desarrollo, las acciones de coordinación con otros proyectos cuyas líneas de trabajo convergen con las desarrolladas por ULAT, en el ánimo de hacer la entrega de una asistencia integrada a la SESAL potencializando los esfuerzos individuales. En esta línea de pensamiento se pueden mencionar específicamente: (i) con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la coordinación para la discusión de los temas de cobertura universal de salud y el conjunto garantizado de prestaciones que están vinculados con el modelo nacional de salud (MNS), y para la socialización de los resultados de la evaluación de la política de la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI); (ii) con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), las acciones relacionadas para la implementación de los acuerdos entre la SESAL y la fundación que gestiona el Hospital San Lorenzo, así como las acciones preliminares para formular los acuerdos entre la SESAL y los hospitales de La Esperanza y Gracias; y (iii) con la Cooperación Japonesa (JICA) en los aspectos relacionados con la configuración de las redes en el marco de la implementación del MNS y la validación técnica de las guías para la operación de los equipos de atención primaria, y (iv) Con AIDSTAR-Plus en la asistencia a los equipos de conducción de las regiones sanitarias priorizadas en los aspectos relacionados con la configuración de las RISS.

No obstante lo anterior, ULAT ha alcanzado importantes hitos y en el informe se menciona con respecto a la incorporación de la perspectiva de género en las áreas de trabajo del proyecto que: (i) se inició el proceso de reajuste de la política de género, para su adecuación al formato establecido según la norma cero y se está siguiendo la ruta crítica definida para su oficialización; (ii) se elaboró una propuesta para la organización y funcionamiento del equipo de integración de género en la SESAL; (iii) se apoyó en la elaboración de los términos de referencia para la consultoría para elaborar la estrategia de género y su plan de implementación; (iv) se realizó el análisis del avance de género dentro la estrategia para la gestión de los servicios de planificación familiar (EGSPF) del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); (v) se elaboró el boletín de género correspondiente a este periodo; (vi) se efectuó la conmemoración del 28 de mayo "Día de Acción Mundial por la Salud de la Mujer"; (vii) se verificó la incorporación de la perspectiva de género en las herramientas gerenciales del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); (viii) se le dio seguimiento a la operacionalización de los contenidos de género en la Implementación Conjunta de Estrategias Comunitarias (ICEC), y (ix) se continuó participando en las reuniones para la revisión de la política de salud sexual y reproductiva de la SESAL.

Con relación a las actividades desarrolladas en el resultado 4.1 "Uso de los servicios de calidad en salud materna e infantil y planificación familiar incrementado" se incluye en el informe que: (i) se realizó el inventario físico de anticonceptivo, en mayo de 2015; (ii) se brindó apoyo para el funcionamiento adecuado de la herramienta consolidadora de datos logísticos (HCDL) de la SESAL; (iii) se finalizó la evaluación de la Estrategia Metodológica Servicios de Planificación Familiar (EMSPF) de la SESAL; (iv) se adaptaron los lineamientos de planificación familiar (PF) para proveedores descentralizados y se incluyeron en los anexos de los convenios; (v) se diseñó y aprobó por los niveles superiores del IHSS, la Estrategia de Gestión de los Servicios de PF en el IHSS (EGSPF) y se pusieron en marcha las capacitaciones; (vi) se realizó la evaluación de la política RAMNI; (vii) se apoyó en la elaboración de un plan para la implementación de RAMNI en la región sanitaria de El Paraíso; (viii) se elaboró una propuesta de lineamientos para la implementación de atención integral del niño en la comunidad (AIN-C), para proveedores descentralizados, que se espera que sea igualmente efectiva a menos costo; (ix) se brindó asistencia para la aplicación de la ICEC en las redes contempladas en el plan de expansión; (x) se

elaboró una hoja electrónica en EXCELL para poder obtener la información necesaria para la elaboración de los indicadores que miden los resultados del proceso de ICEC; (xi) se realizaron las capacitaciones de cuidados obstétricos y neonatales (CONE) en las regiones priorizadas por la SESAL; (xii) se discutió sobre la implementación de las listas de chequeo con los funcionarios del departamento de servicios del segundo nivel de atención (DSSNA), quienes están de acuerdo con el proceso y autorizaron que se continúe expandiendo su uso; (xiii) se adaptó y validó la historia clínica de hospitalización neonatal y se imprimió en cantidad suficiente para iniciar su implementación en los hospitales priorizados; (xix) se rediseñó y distribuyó la historia clínica neonatal ambulatoria para su uso en las dos redes de servicios priorizadas de la región de El Paraíso y se levantó la línea base de los datos; (xv) se imprimió y distribuyó la historia clínica perinatal con las gráficas de vigilancia de altura de fondo uterino (AFU) y ganancia de peso incorporadas, a las dos redes de servicios priorizadas de El Paraíso y se levantó la línea base de los datos; (xvi) se elaboraron las "guías clínicas para operativizar las normas técnicas para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato"; (xvii) se elaboraron las "normas técnicas para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato", y (xviii) se elaboraron los cuatro compendios de las normas técnicas.

En relación al resultado intermedio 4.2: "Servicios sostenibles en salud materna e infantil y planificación familiar", se especifica en el informe con referencia al componente de reforma que: (i) se realizó la sistematización de los productos trazadores y su vinculación a los productos del sistema de administración financiera (SIAFI) y del plan estratégico institucional (PEI) 2014-2018; (ii) se elaboró el listado de los productos trazadores y programables que responden al PEI 2014-2018 y al plan operativo anual con presupuesto (POA-P) 2016-2019 con las unidades correspondientes del nivel central y del primer y segundo nivel de atención; (iii) se elaboró el formato de análisis y la aplicación que facilita a las unidades, los entendimientos de su programación; (iv) se apoyó a la unidad de planeamiento y evaluación de la gestión (UPEG) y a GA en el análisis de las dos propuestas realizadas en coordinación con Secretaría de Estado en el Despacho de Finanzas (SEFIN) y la Treasury Office of Technical Assistance de Estados Unidos de América (EEUU) para la línea base año 2016 y su proyección al 2019 y con el representante del Fondo Monetario Internacional (FMI) para la estimación de los requerimientos financieros por parte de la SESAL para aproximarse hacia una cobertura universal; (v) se continuó apoyando a la UPEG en los procesos de capacitación e implementación del DO del nivel central con las unidades estratégicas, y de apoyo y a solicitud de la Señora Ministra, con particular énfasis en la GA; (vi) se finalizó la propuesta del manual de organización y funciones (MOF) con la incorporación de los ajustes propuestos por cada una de las unidades del nivel central; (vii) se elaboró el manual de procedimientos y el de puestos y perfiles del nivel central; (viii) se desarrollaron los manuales de procesos y procedimientos detallados de cuatro unidades estratégicas: la UPEG, la unidad de vigilancia de la salud (UVS), la unidad técnica de gestión de proyectos y la unidad de gestión de proyectos (UGI); (ix) se concluyó la impresión y distribución de los manuales de procesos y procedimientos y el de plantilla básica de puestos y perfiles del nivel regional; (x) se planificó y coordinó la continuación del proceso de capacitación en el entendimiento de la reforma y la implementación del DO, para los funcionarios de 17 RS que habían quedado pendientes; (xi) se desarrollaron reuniones para monitorear y evaluar el avance de las capacitaciones en las RS; (xii) se desarrollaron talleres en once regiones sanitarias (Cortés, Lempira, Francisco Morazán, Comayagua, Metro SPS, La Paz, Atlántida, Copán, Olancho, Metro Tegucigalpa y Colón), con lo que se han capacitado a la fecha 14 de 20 RS, capacitando a un total de 242 funcionarios; (xiii) se le dio seguimiento a las discusiones en el Congreso Nacional,

sobre la ley marco de protección social que culminó con la aprobación de la misma; (xiv) se sostuvieron discusiones en relación a los aspectos contenidos en dicha ley con el que se configura el nuevo marco legal del sistema de salud en el país y se procedió a la identificación de sus implicaciones; (xv) se cuenta con una versión borrador preliminar de una propuesta ajustada de ley del sistema de salud, la cual está lista para iniciar su discusión formal con el nivel político de la SESAL; (xvi) se continuaron desarrollando las acciones de incidencia para construir la viabilidad de las propuestas que se formulen tanto en esta línea de acción como en el resto de los procesos del proyecto; (xvii) se continuó alimentando la base de datos del programa Sysleyes y se concluyó la propuesta para su migración a un ambiente web; (xviii) se aprobó técnicamente la guía para la configuración y delimitación de las redes integradas de servicios de salud; (xix) se apoyó a las RS en la configuración y delimitación de sus redes integradas de servicios de salud (RISS) y en el mapeo de 65 redes a nivel nacional; (xx) se recibió la aprobación del documento base de carácter político que fue elaborado para definir el conjunto de prestaciones de salud que presupone el Estado garantizará a la población; (xxi) se está apoyando a la SESAL en la definición del conjunto de prestaciones de salud que el Estado de Honduras; (xxii) se inició el proceso de elaboración de la propuesta de la guía técnica para la organización y funcionamiento del sistema de referencia-respuesta; (xxiii) se apoyó a los equipos técnicos del departamento de servicios del primer nivel de atención (DSPNA) responsables de estos procesos para asegurar que la categorización de los establecimientos sea apropiada y coherente con la configuración adoptada por los equipos de conducción regional; (xxiv) se finalizó la propuesta de la guía básica para el diseño del sistema logístico; (xxv) se ajustó y aprobó técnicamente el documento que contiene la propuesta del modelo nacional de gestión de recursos humanos de salud basada en competencias; (xxvi) se elaboró una propuesta básica de lineamientos orientadores que, como mínimo, deben ser tomados en consideración para la creación de un fondo nacional de salud; (xxvii) se dio seguimiento al plan de implementación del MNS; (xxviii) se diseñó la guía para el monitoreo del proceso de capacitación de los proveedores descentralizados; (xxix) se dispone de un primer borrador de la guía para la monitoria y evaluación de la implementación de los planes regionales de gestión de la red de servicios; (xxx) se realizó el ajuste de la guía de gestión por resultados de las redes de servicios descentralizados; (xxxi) se apoyó al Departamento de Servicios del Segundo Nivel de Atención (DSSNA) en la puesta en marcha y seguimiento de los planes para la implementación de los procesos que fueron priorizados para los hospitales que no han estado incluidos en la implementación del modelo de gestión hospitalaria (MGH); (xxxii) se estableció la coordinación y se definieron los alcances del trabajo de la unidad de calidad de los hospitales; (xxxiii) se realizó la revisión, análisis y discusión de la propuesta técnica para gestionar estos servicios de salud para la población que los demanda en la zona nor-occidental del país; (xxxiv) se brindó apoyo en el proceso de análisis e identificación de un mecanismo viable que permita la descentralización de otros cinco hospitales de la red pública; (xxxv) se apoyó el área de gestión de recursos del Hospital Escuela Universitario (HEU), específicamente en los procesos de la cadena de suministros (compras y almacenes), contabilidad, caja y trabajo social; (xxxvi) se está desarrollando el proceso de evaluación del grado de implementación del MGH en los tres hospitales que fueron seleccionados por la SESAL; (xxxvii) se dio inicio a la transición del proceso de Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH) al nuevo MGH; (xxxviii) se realizaron jornadas de capacitación dirigidas a los equipos técnico de todas las RS de la SESAL con el objetivo de fortalecer y desarrollar las capacidades de acompañamiento a los gestores descentralizados en la preparación de los procesos de auditoria social (AS) de la que son sujetos y para la rendición de cuentas a la ciudadanía (RCC) en cumplimiento del convenio de gestión que suscriben con la SESAL; (xxxix) se continuaron apoyando las discusiones del equipo de la UPEG,

para profundizar el entendimiento sobre el marco de referencia del sistema de aseguramiento que fue diseñado en el periodo anterior; (xl) se finalizaron los documentos propuestas de las herramientas gerenciales del sistema de protección social en salud (SPSS) incluyendo el de la propuesta metodológica para la identificación e incorporación de grupos humanos priorizados. Estas herramientas sirvieron de base para la capacitación del equipo de la UPEG; (xli) se diseñó una propuesta de trabajo para avanzar en la elaboración de un diagnóstico del proceso de implementación de la política de calidad y la socialización de dicha propuesta, y (xlii) se elaboró y discutió el diseño metodológico y un plan de trabajo para realizar el diagnóstico de la política y del sistema nacional de calidad.

Finalmente, con relación al resultado 4.4 "IR 4.4 Uso de Datos para la toma de Decisiones" se incluye que: (i) se aprobaron los instrumentos para profundizar el análisis de la mortalidad materna e infantil; (ii) se realizó la socialización del estudio sobre la caracterización de la mortalidad en la niñez 2009-2010, mediante la distribución a nivel nacional de su informe y el desplegable que lo resume; (iii) se revisaron, actualizaron e incorporaron en los nuevos convenios con los gestores descentralizados, los elementos de la vigilancia de la salud; (iv) se apoyó en la elaboración del manual de procesos y procedimientos de la UVS; (v) se orientaron los esfuerzos de la asistencia en la elaboración del manual de procesos y procedimientos de la UGI, debido a la posposición del proyecto del sistema de información en salud (SIIS); (vi) se concluyó el sistema de monitoreo y evaluación de la gestión por resultados (SIMEGpR), el cual incluye el cuadro de mando y las fichas técnicas de los indicadores seleccionados; (vii) se apoyó en el diseño, validación y ajuste de los instrumentos de recolección de los datos para la elaboración de los indicadores; (viii) se apoyó en la identificación de los elementos sustantivos para el análisis de los datos y para la introducción de medidas que mejoren el proceso de monitoreo y evaluación; (ix) se apoyó en la elaboración del plan de implementación del SIMEGpR, y (x) Se apoyó a la SESAL en el uso del estudio de gasto y financiamiento que tuvo como año base el 2011, para la toma decisiones basadas en datos y evidencias.

El contexto del proyecto está en proceso de modificación sustancial en virtud de la solicitud RFP SOL-522 5-000007, que devendrá en la extensión del periodo de ejecución del contrato por once (11) meses, con un alcance modificado del trabajo para este periodo, en el cual se espera consolidar algunas de las líneas que se han venido desarrollando hasta el momento, la actualización del plan de hitos y el ajuste al plan de monitoreo del proyecto.

También se ha estado brindando apoyo para la formulación de los planes de trabajo de la SESAL a ser financiados con los fondos provenientes de USAID, obligados pero no ejecutados ubicados en la unidad administradora de fondos de la cooperación externa (UAFCE), así como con fondos adicionales que están previstos a ser comprometidos, de tal manera que las actividades programadas estén en línea con la asistencia técnica que brindara ULAT en el periodo de extensión.

En resumen, en este trimestre del cuarto 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. Contexto y Objetivos Del Proyecto

A. 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 falta de acceso por la exclusión a mecanismos de protección social contra los riesgos de enfermar, y la falta de garantía de la protección económica que queda reflejada en el alto porcentaje de gasto de bolsillo (50% del gasto total, según el último estudio de gasto y financiamiento en salud).

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. Los datos de la ENDESA 2011-2012 mostraron una prevalencia 19 % de anemia en mujeres embarazadas (menos de 11. gramos por decilitro)

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 (19% y 23% 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 menores de cinco (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

B. Contexto de Proyecto

En el marco del proceso de reforma que se ha estado impulsando para superar las causas subyacentes a su pobre desempeño en cuanto a garantizar el acceso a servicios sostenibles y de calidad, ULAT continuó brindando la asistencia técnica a la SESAL y a otros actores claves como el IHSS, tratando de proveer el impulso necesario y aprovechar las iniciativas conducentes a ampliar la cobertura y mejorar el acceso a servicios de salud de las poblaciones vulnerables y sub-atendidas de Honduras. Las acciones realizadas han incluido, como corresponde a la metodología de un trabajo a multinivel definida para la entrega de la asistencia, desde los tomadores de decisiones y líderes técnicos de las instituciones hasta los proveedores de servicios en los niveles locales. Para ello, el trabajo se realizó en forma conjunta con las contrapartes que han sido definidas como responsables de cada área de acción, con el objetivo de mejorar la capacidad de respuesta y efectividad del sector, y el empoderamiento, de tal forma que una vez finalizado el proyecto, las acciones puedan tener la sostenibilidad esperada.

Durante el periodo, el elemento contextual más destacado estuvo constituido por la discusión sobre la iniciativa de la ley marco de protección social que aunque culminó con su aprobación por parte del Congreso Nacional, aún no ha sido publicada en el diario oficial La Gaceta, por lo que su vigencia continúa pendiente. Esta ley incluye en su contenido los elementos esenciales que perfilan la estructura y funcionamiento de un nuevo sistema de salud en el que solo se le asigna a la SESAL la función de la rectoría y adscribe al IHSS las funciones de financiamiento/aseguramiento y las de provisión de servicios, lo que en esencia implica un replanteamiento de algunos procesos que se han estado desarrollando.

La implementación del DO en el nivel central de la SESAL, que adquirió un impulso mayor debido a las decisiones adoptadas por la Ministra de Salud en el periodo precedente, continuó demandando la realización de importantes esfuerzos de asistencia técnica para la consolidación en el corto y mediano plazo de las instancias nucleares de la institución. El desarrollo de las actividades y tareas vinculadas con estos aspectos se orientaron a la implementación del manual de organización y funciones que fue finalizado en el trimestre anterior y a la formulación de los procesos y procedimientos de las unidades que fueron priorizadas por el despacho ministerial. No obstante, el ritmo lento de desarrollo de este proceso ha continuado afectando otros procesos, que en el caso de la asistencia técnica que brinda ULAT, tuvo su impacto mayor en la asignación de las contrapartes, para algunas de las líneas de trabajo del proyecto.

Otro elemento a destacar es el avance en el proceso de descentralización de la gestión de la provisión de los servicios del segundo nivel, proceso que ha enfrentado retos, tanto en los aspectos de contratación de los servicios desde la instancia central, como en el desarrollo de las capacidades de gestión de los gestores proveedores, el control y rendición de cuentas de dicha gestión y el desarrollo de los instrumentos gerenciales del proceso a nivel de las regiones sanitarias (RS).

También se deben señalar algunas dificultades que se han estado confrontando. Entre ellas se puede mencionar, que la priorización de temas que desde la cúpula presidencial se ha definido para la SESAL, en la práctica ha implicado la posposición de algunos otros como ser: la implementación del sistema nacional de calidad y la puesta en marcha de una política y estrategia de género en salud. Por otra parte, el esfuerzo que demanda la vigilancia epidemiológica y el manejo de los brotes de dengue y Chikungunya ha acaparado gran parte de la atención y el trabajo de los funcionarios de la SESAL hasta su nivel más

alto, en detrimento de otras actividades vinculadas con los procesos de cambio. También debe mencionarse, el retraso en el inicio de la implementación de algunos proyectos cuyo financiamiento dependen de otras agencias y que condicionaron la imposibilidad de alcanzar algunos hitos. Se refiere fundamentalmente al sistema de información en salud cuyo desarrollo está previsto a ser financiado por la cooperación canadiense.

Se continuó la coordinación con otros proyectos, cuyas líneas de trabajo convergen con las desarrolladas por ULAT, con el propósito de hacer la entrega de una asistencia integrada a la SESAL potencializando los esfuerzos individuales. En esta línea de pensamiento se pueden mencionar específicamente: (i) con OPS, la coordinación para la discusión de los temas de cobertura universal de salud y el conjunto garantizado de prestaciones que están vinculados con el MNS y para la socialización de los resultados de la evaluación de la política de RAMNI; (ii) con el BID, las acciones relacionadas para la implementación de los acuerdos entre la SESAL y la fundación que gestiona el Hospital San Lorenzo, así como las acciones preliminares para formular los acuerdos entre la SESAL y los hospitales de La Esperanza y Gracias; (iii) con JICA en los aspectos relacionados con la configuración de las redes en el marco de la implementación del MNS y la validación técnica de las guías para la operación de los equipos de atención primaria, y (iv) Con AIDSTAR-Plus en la asistencia a los equipos de conducción de las regiones sanitarias priorizadas en los aspectos relacionados con la configuración de las RISS.

Todas las líneas de acción incorporadas en los procesos definidos en cada uno de los planes de trabajo, se han estructurado bajo tres resultados intermedios del marco de objetivos de USAID para el país vigentes al momento que se suscribió el contrato por el cual ULAT brinda su asistencia:

- 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 maternos e infantiles (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 monitoría y evaluación de la gestión, y el mejoramiento del sistema de información.

Bajo las circunstancias y el marco referencial antes descrito, los resultados de las actividades ejecutadas para este trimestre del cuarto año del proyecto relacionados con los procesos de reforma, descentralización, desarrollo de políticas, salud materno-infantil y planificación familiar se describen en los capítulos sub siguientes. Se reitera que, un esfuerzo particular que ULAT ha estado efectuando, es la incorporación de los elementos de género en todos los productos obtenidos a través de la asistencia

técnica que brinda y para ello, se desarrollaron líneas específicas de trabajo cuyos resultados están descritos en un capitulo particular.

No obstante lo descrito anteriormente, el contexto del proyecto está en proceso de modificación sustancial en virtud de la solicitud RFP SOL-522 5-000007, que resultará en la extensión del periodo de ejecución del contrato por once (11) meses, un nuevo alcance del trabajo para este periodo, en el cual se espera consolidar algunas de las líneas que se han venido desarrollando hasta el momento y la actualización del plan de hitos y del plan de monitoreo del desempeño del proyecto. Adicionalmente se está brindando apoyo para la formulación de los planes de trabajo de la SESAL a ser financiados con los fondos provenientes de USAID, obligados pero no ejecutados ubicados en la Unidad Administradora de Fondos de la Cooperación Externa (UAFCE), así como los fondos adicionales que están previstos a ser comprometidos, de tal manera que las actividades programadas estén en líneas con la asistencia técnica que brindara ULAT.

C. Coordinación con otras contrapartes y actores

Durante el trimestre se continuaron las actividades de coordinación con las organizaciones cuya naturaleza de trabajo está vinculado con las que ejecuta ULAT. A continuación se describen con sus principales resultados:

JICA

Las actividades de coordinación con JICA han estado vinculadas a los aspectos relacionados con la configuración de las redes de servicios de salud en el marco de la implementación del MNS y la validación técnica de sus guías para la operación de los equipos de atención primaria. En este marco se apoyó una visita realizada por el Dr. Gustavo Ávila de USAID, a la región de El Paraíso, para desarrollar un intercambio de experiencias de las actividades financiadas por JICA y por USAID en este departamento. Se visitaron 2 comunidades donde se está implementando el modelo de atención primaria en salud en la que participaron la encargada de la cooperación externa de JICA, Lic. Mayra Carbajal y la Lic. Sarbia Lanza técnico de la región de salud y encargada de coordinar las actividades de PROAPS. Se visitaron las comunidades de Alauca y Cuyalí:

- *En el Centro de Salud de Alauca,* los equipos son coordinados por la Dra. Sonia Hernández, se hizo mención de los logros obtenidos en el levantamiento de las fichas familiares y el mapeo de todas las comunidades, así como la información de la población (necesidades básicas, distribución de enfermedades y factores de riesgo). Han logrado con esta estrategia y la estrategia CONE aumentar el porcentaje de parto institucional a 98%. A pesar de no estar incluida esta comunidad en la implementación de la estrategia TIFC, se ha realizado una organización comunitaria y el apoyo municipal a las actividades realizadas por el personal

voluntario. También pese a no ser una comunidad AIN-C, la población está al pendiente de llevar a los niños menores de 2 años a las reuniones de peso.

- *En la casa de salud en Cuyalí,* se encontró un comité comunitario bien estructurado, con experiencia y liderazgo comunitario con deseos de tener más conocimiento en los temas de prevención y vigilancia de la salud. La encargada en la región, de los equipos de atención primaria les explicó a los voluntarios reunidos la finalidad y enfoque que estos deben tener y ellos se concientizaron que una de las principales debilidades en las comunidades son los problemas relacionados con la disposición de excretas, la falta de un comité de traslado, la prevalencia de enfermedades prevenibles y la planificación familiar por la prevalencia de embarazos en los adolescentes.

También se desarrolló una Jornada de ¨Intercambio de Experiencias en Atención Primaria en Salud¨, con personal en formación de la carrera de enfermería de la Universidad Católica de Danlí. Los temas abordados fueron la estrategia de atención primaria, las estrategias comunitarias y la prevención del embarazo en adolescentes. En esta jornada se tuvo la oportunidad de dar a conocer el proceso de ICEC que se está implementando con apoyo de ULAT en las diferentes redes de los departamentos intervenidos, quienes desconocían las intervenciones y estrategias creadas por la SESAL, pero que quedaron adecuadamente informados de lo que en el futuro tendrán que poner en práctica en los establecimientos de salud donde les toque realizar sus prácticas.

Se realizó una visita al Hospital de Danlí, para conocer los avances alcanzados, constatándose la ubicación de los flujogramas de CONE en las diferentes áreas de atención materna y neonatal. Se explicó que las listas de chequeo no están siendo implementadas por este hospital ya que ellos cuentan con un formato de ingreso, y tienen financiamiento por JICA para su mejoramiento e implementación, su creador es el Dr. Días Cano, ex becario de Japón y quien tiene el compromiso de poner en práctica la capacitación recibida en dicho país.

Los expertos de JICA, han estado interesados en los productos apoyados por la ULAT para la SESAL, por ello se desarrolló una jornada de trabajo en la que se dio a conocer detalles relacionados con las listas de chequeo de parto y su atención inmediata que podrían ser implementadas en las clínicas materno infantiles (CMI) donde ellos están trabajando. Además se les dio a conocer los manuales con la nueva metodología de capacitación en CONE y las actividades de ICEC.

ACCESO

En relación a las actividades que el proyecto ACCESO ha estado realizando, se revisó la propuesta de lineamientos de AIN-C para proveedores descentralizados, que hacen la estrategia más costo efectiva y asegurando que los puntos claves encontrados en el diagnóstico tuviesen una acción de respuesta en dichos lineamientos. La propuesta fue presentada al Dr. David Castellanos, de USAID, a quien le pareció buena opción para ser discutida con el área de financiamiento de la agencia, en función de los fondos que financian los programas de trabajo de la SESAL y con el fin de ampliar la cobertura de AIN-C en los departamentos priorizados del canal seco. Se solicitó que se hiciera una presentación a dicha unidad, haciéndose énfasis que el financiamiento necesario representa una disminución de 32% pasando de un costo de $120 por niño al año a $75, con un total por comunidad de $ 1,884. En general hubo aceptación de los resultados y de la propuesta dejando evidencia que con el trabajo realizado por

algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) y/o proyectos, no se ha favorecido la sostenibilidad de AIN-C, al ser realizadas las actividades por promotores de salud y no por las monitores, quedando posteriormente las comunidades sin el apoyo necesario y sin el empoderamiento del personal comunitario.
Se continuó la revisión de la propuesta metodológica de AIN-C para proveedores descentralizados, ajustando los tiempos y contenidos de la agenda para los talleres de facilitadores y quedando pendiente revisar y ajustar la metodología de la consejería cara a cara al tiempo presupuestado en la agenda.

A petición del Dr. Gustavo Ávila, se revisaron los indicadores de monitoría y evaluación del proyecto "MERCADO" de USAID relacionados con nutrición, con el propósito de asegurar que sean medibles y alcanzables y se hicieron las observaciones correspondientes.

AIDSTAR PLUS

Se ha acompañado al DSPNA y AIDSTAR-Plus en la asistencia a los equipos de conducción de las regiones sanitarias de la Metropolitana del Distrito Central, Metropolitana de San Pedro Sula y las departamentales de Cortés, Atlántida e Islas de la Bahía. La asistencia ha tenido por objetivo la capacitación de los facilitadores regionales en los aspectos metodológicos y operativos de la configuración de las RISS en las cinco regiones sanitarias priorizadas. Se han identificado los obstáculos que han lentificado el proceso tales como: (i) las múltiples actividades en las que se ven involucrados los miembros de los equipos de conducción regional, mismos responsables de conducir el proceso de configuración de las RISS; (ii) la falta de empoderamiento por parte de algún personal regional por la confusión generada en el proceso de reestructuración orgánica a nivel regional y la reubicación del personal, y (iii) la incertidumbre de la sostenibilidad financiera que satisfaga las necesidades que generará el proceso (recursos instalados, equipo, personal, etc.), tanto en el personal institucional como en los gestores descentralizados.

BID

Con el BID, las acciones estuvieron relacionadas con la implementación de los acuerdos entre la SESAL y la fundación que gestiona el Hospital San Lorenzo, así como aquellas que se están ejecutando para formular los acuerdos entre la SESAL y los hospitales de La Esperanza y Gracias.

También fueron recibidos de la Jefatura del DH los manuales de los sistemas de conducción elaborados por la firma CSC, para su revisión y brindar opinión en su alcance y desarrollo. Se coordinó con el experto internacional de gestión financiera de la firma CSC, el desarrollo de una jornada de capacitación en este tema, dirigida a 10 hospitales y finalmente una jornada de trabajo con los tres hospitales del proyecto para definir la continuidad de sus procesos. Se brindó el apoyo en la realización de este taller sobre gestión financiera. La segunda parte del taller fue dirigida a los tres hospitales del proyecto de implementación y con lo cual se dio cierre y finalización a la asistencia técnica brindada por la firma CSC.

OPS

Con OPS, la coordinación para la discusión de los temas de cobertura universal de salud y el conjunto garantizado de prestaciones que están vinculados con el MNS, y para la socialización de los resultados de la evaluación de la política de RAMNI.

En el tema de hemorragia Pos Parto han estado incluidos los aspectos relevantes basados en evidencia que se abordaron en el taller de capacitación a personal de los Hospitales en el Proyecto Cero Muertes Maternas por Hemorragia en Honduras. Estos son la activación del código rojo obstétrico, el uso del traje anti choque y la cirugía de control de daños. Se decidió incluir estos aspectos ya que el Hospital San Felipe está formando parte, junto con otros cinco hospitales del país, del proyecto en mención, que está siendo apoyado por OPS y la sociedad de gineco-obstetras de Honduras. Además de los talleres se revisaron las historias de hospitalización neonatal y la neonatal ambulatoria a las que se solicitaron los últimos cambios para completar este proceso de diagramación y proceder a su reproducción para iniciar la implementación.

En relación a los elementos vinculados con la cobertura universal, y más específicamente con el conjunto garantizado de prestaciones de salud (CGPS), se realizó un taller para la capacitación de los miembros del equipo interinstitucional (SESAL, IHSS, UNAH, ULAT, AIDSTAR, JICA y OPS), responsable de la elaboración de una nueva propuesta costeada y factible del CGPS y, con base a la propuesta original formulada con apoyo de ULAT. Se han realizado múltiples reuniones con el equipo inter interinstitucional bajo la conducción del DSPNA para revisar el conjunto de prestaciones de salud (de promoción, de prevención, de recuperación y de rehabilitación) de tres países suramericanos y cotejarlos/compararlos con el que Honduras propone, con el propósito de aprovechar cualquier oportunidad de mejoramiento que estos ofrezcan.

También se continuó identificando los procedimientos para algunas prestaciones de salud por ciclo de vida y grupos etarios, y por nivel de atención y escalón de complejidad. La matriz que se utilizará de base será la de Uruguay y, como insumos, los listados de Argentina, la CIE-9 y la CEPS-AP. El producto a obtener será el listado de procedimientos de Honduras en el marco del MNS y de la reforma.

IV. Integración de la Perspectiva de Género

Se continuó con el acompañamiento a la SESAL en los diferentes procesos relacionados con los objetivos establecidos en el marco de resultados, considerando la integración de género y su incorporación en los diferentes productos del proyecto, como un elemento contribuyente al logro de la igualdad de género en el país. En este contexto, se ha estado abordando el tema como una plataforma para el desarrollo de capacidades, con el fin que ULAT y sus contrapartes logren apropiarse del entendimiento que, la integración de género debe ser un elemento constituyente dentro del diseño, la implementación y la monitoría y evaluación de los servicios de salud. En ese cometido, los elementos de la Política de Igualdad y Empoderamiento de las Mujeres y las Niñas aprobada por USAID, en el 2012 y que tienen su expresión concreta en el país, ha sido un elemento referencial.

En el marco de los lineamientos definidos en los enfoques del MNS, los principales resultados obtenidos estuvieron relacionados con las acciones de transversalización de este tema. Así, se logró la elaboración de las directrices para incorporar la perspectiva de género en la sistematización y expansión de la implementación conjunta de estrategias comunitarias (ICEC), que incluye la estrategia de PF rural, y que constituye un esfuerzo importante en la visión de integración estratégica. Se capacitó al personal de la SESAL del nivel central, regional y de las redes de servicios en los contenidos de género definidos en dichas estrategias para su aplicación operativa y se brindaron aportes de género en la estrategia de CONE actualizada.

Durante este periodo, como iniciativa de la comisión de la mujer del Congreso Nacional y del Instituto Nacional de la Mujer, se ha estado dando seguimiento a la formulación de los presupuestos sensibles a género. Para ello, estas instancias han solicitado a cada una de las instituciones del Estado, la presentación de un informe de ejecución del gasto etiquetado (enfatizándose el índice de inversión en equidad de género), que será presentado semestralmente a dicha comisión. Los informes serán compartidos con las organizaciones de mujeres en el país, con el fin que las mismas efectúen la veeduría social que les corresponde y propongan soluciones a los problemas detectados, pretendiendo que aun cuando se realicen modificaciones presupuestarias, estas no afecten el gasto y/o inversión dirigida a las mujeres. Se espera que el primer informe se presente en el mes de julio de 2015.

Como ya se ha mencionado, el proceso de reorganización de la SESAL, ha representado un reto significativo con implicaciones para la asistencia que brinda el proyecto. En el caso específico de género se han tenido que posponer algunos de los resultados que se esperaban obtener para este periodo, entre ellos, la organización del equipo de integración, y la elaboración de la estrategia de género y su plan de implementación. La Subsecretaría de Regulación, delegó oficialmente el tema de género a la Dirección General de Normalización (DGN), con lo que se espera que el tema adquiera la prioridad requerida para la aprobación de la política específica, cuya propuesta ya está formulada.

En este contexto general, los siguientes son los avances de las actividades realizadas:

- Se dio seguimiento con la DGN, para informar sobre las actividades pendientes y se inició el proceso de reajuste de la política de género, para su adecuación al formato establecido según la norma cero para éste tipo de documentos. Se está siguiendo también la ruta crítica definida hasta lograr su oficialización, que se espera se realice en julio 2015.
- Se elaboró una propuesta para la organización y funcionamiento del equipo de integración de género en la SESAL la que está lista para iniciar su discusión con la DGN. Se inicio un proceso de caracterización de los funcionarios que están en mejor condición para integrar este equipo. Se espera que el equipo sea designado en el mes de julio 2015.
- La SESAL cuenta con fondos bilaterales de USAID para contratar una consultoría que elabore la estrategia de género y su plan de implementación. Se apoyó en la elaboración de los términos de referencia para la consultoría y se espera que tenga una duración de 60 días hábiles, a partir de julio 2015.
- Se realizó el análisis del avance de género dentro la EGSPF del IHSS. Las principales conclusiones se refieren al poco conocimiento y apoyo por las autoridades del IHSS; no obstante hay empoderamiento del equipo técnico y de los niveles locales. Este equipo ha realizado algunas acciones de seguimiento, requiriéndose mayor comunicación con los involucrados en las

unidades de salud y otros actores claves, para que se mantenga vigente el tema de equidad de género. Finalmente, se concluyó que la institución no prioriza la EGSPF porque mantiene el interés en otras necesidades y problemáticas institucionales. Al estar la equidad de género vinculada a la estrategia consecuentemente esta queda excluida también. Está previsto que la actualización de la estrategia se realice a partir de agosto 2015.

- Se elaboró el boletín de género correspondiente a este periodo. Su contenido está referido a los elementos relacionados con las últimas actividades de incorporación de género realizadas en los componentes del proyecto.
- Se efectuó la conmemoración del 28 de mayo "Día de Acción Mundial por la Salud de la Mujer". Parea esta actividad, el tema central giró en torno al marco legal de género a nivel nacional e internacional suscrito por Honduras. Así mismo se incluyó información sobre la situación del cáncer cérvico-uterino en las mujeres hondureñas.
- Se verifico la incorporación de la perspectiva de género en las siguientes herramientas gerenciales del SPSS: (i) el sistema de control contractual de aseguramiento; (ii) el sistema de control financiero del SPSS y (iii) las modalidades tipo de gestión descentralizada. Con lo anterior, se concluye que las mismas responden a los postulados de la reforma del sector salud y a los ejes transversales del MNS. Se preparó un informe que contiene los aportes hechos en las mismas, orientados fundamentalmente al abordaje de las estadísticas diferenciadas por sexo, el análisis de género, la equidad en el financiamiento de la salud y la no discriminación en los diferentes tipos de control contractual de aseguramiento.
- Se le dio seguimiento a la operacionalización de los contenidos de género en la ICEC. Como resultado se evidenció el empoderamiento del personal del nivel regional y a nivel de las RISS, sobre el abordaje de la perspectiva de género para superar las diferentes barreras que limitan el acceso a los servicios de salud maternos e infantiles. Este proceso ha trascendido a los gobiernos locales, logrando que asuman el tema con responsabilidad y demostrando voluntad política a través de la realización de cabildos abiertos en los que se han establecido acuerdos municipales orientados a mejorar la atención materna e infantil con la participación del hombre y de la comunidad. Finalmente, en la comunidad, se observó que existe un alto grado de motivación de las monitoras de PF rural, quienes tienen claridad en el abordaje de género aplicándolo adecuadamente.
- Se continuó participando en las reuniones para la revisión de la política de salud sexual y reproductiva de la SESAL.

Entregables:

- *Documento conteniendo la propuesta para la conformación del equipo de integración.*
- *Informe anual de los contenidos de género propuestos para su incorporación en la evaluación y en la actualización de la EGSPF del IHSS.*
- *Boletín trimestral.*
- *Informe de las actividades realizadas en cada fecha conmemorativa y su resultado.*
- *Informes trimestrales de las actividades de seguimiento a la ICEC, en los aspectos de género.*

Entregable Adicional:

- *Informe de los elementos de género incorporados en las herramientas gerenciales del SPSS en el nuevo modelo nacional de salud.*

V. Resultados Intermedios/Logros de Proyecto

Tabla 1- Resultados del Proyecto- durante período reportado

RI 4.1 Uso de los Servicios de Calidad en Salud Materna e Infantil y Planificación Familiar Incrementado.

Con este resultado intermedio, se ha buscado 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. Estas intervenciones incluyen la política denominada RAMNI, la estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE), la Estrategia Metodológica de Planificación Familiar (EMPF) y sus respectivas normativas para la atención clínica. También se buscó fortalecer las capacidades del IHSS, para ampliar la cobertura y mejorar los servicios de PF en las poblaciones que acceden a dicha institución. Por ello, sobre la base de los avances logrados, tanto en la SESAL como en el IHSS para el cuarto año del proyecto se consideró brindar la asistencia técnica tendiendo a la consolidación plena de los procesos en desarrollo. Dentro de éstos, la implementación de la ICEC es una intervención prometedora en la que se visualiza el funcionamiento armónico y complementario de las diferentes estrategias comunitarias e institucionales que ayudan a salvar las vidas de las madres y de la niñez, sobre todo de las que viven en condiciones más deprimidas. Por otra parte, se enfocó sobre las normas de atenciones maternas y neonatales que necesitan ser actualizadas, en función de los nuevos conocimientos que se han generado y de las características cambiantes de la evidencia científica.

Las acciones realizadas en este periodo para cada uno de los procesos definidos se detallan a continuación:

PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA SESAL

La Estrategia Metodológica de los Servicios de PF (EMSPF) de la SESAL se encuentra en aplicación desde hace varios años y fue actualizada en 2012. ULAT acompañó la socialización de la estrategia actualizada y ha estado brindando asistencia técnica en la implementación de la misma con énfasis en los procesos de programación, logística y evaluación. La programación anual de las actividades de PF ha sido elaborada y consolidad en base a los lineamientos de la estrategia. Se han realizado inventarios físicos de anticonceptivos cada seis meses y se apoyó en el rediseño y aplicación de la herramienta consolidadora de datos logísticos (HCDL) a nivel nacional. Finalmente se hizo la evaluación de la implementación de la estrategia, cuyos resultados pueden ser utilizados para adaptar la estrategia a la nueva estructura de la SESAL generada por el DO y para fortalecer los componentes que muestran todavía debilidades. El reto inmediato siguiente es realizar la adaptación a la nueva situación de la SESAL. También se apoyó en la adaptación y aplicación de los lineamientos de PF para proveedores descentralizados los que ya forman parte de los convenios firmados entre estos y la SESAL.

Un resumen de los alcances de este periodo se presentan a continuación:

- Se realizó el inventario físico de anticonceptivos, en mayo de 2015, cuyo informe está en

elaboración. Sus resultados preliminares mostraron un alto porcentaje de unidades de salud desabastecidas. Para diciembre era de 84% y en mayo 82%.

- Se brindó apoyo para el funcionamiento adecuado de la HCDL de la SESAL en todas las regiones sanitarias que tenían dificultades en su uso.
- La evaluación de la EMSPF de la SESAL se hizo mediante la aplicación de una metodología basada en la recopilación de datos estadísticos sobre los indicadores de la estrategia en todas las regiones y hospitales del país y de 5 grupos focales. En este proceso participó el personal de los equipos regionales y de dos redes de servicios de cada una de ellas y de casi todos los hospitales del país. Los resultados evidenciaron que la estrategia está consolidada en la mayoría de sus componentes; sin embargo, los cambios administrativos generados por los problemas de adquisición, almacenamiento, distribución y dispensación de medicamentos están afectando el funcionamiento correcto del componente logística, en el cual ya se tenían avances importantes. Los resultados de esta evaluación aportan información válida para que la estrategia sea adaptada a la nueva estructura de la SESAL.
- Los lineamientos de PF para proveedores descentralizados fueron adaptados y forman parte de los anexos de los convenios firmados entre la SESAL y los gestores correspondientes. Estos lineamientos están siendo utilizados para elaborar la programación y monitoría de las actividades de PF y en los aspectos logísticos para disponer oportunamente de los métodos anticonceptivos. No obstante, la comparación entre el porcentaje de cumplimiento de la programación y la cantidad de parejas protegidas muestra que en el 2015 la programación fue inferior a 2014, pues mientras el cumplimiento de la programación aumenta para dos métodos (de 57 a 96% en ACOS y de 63 a 77% en DIU) y disminuye ligeramente para los otros dos (de 83 a 70% en Inyectable trimestral y de 91 a 88% en condón). Consecuentemente, el número de parejas protegidas disminuirá significativamente si la tendencia del primer trimestre se mantiene para todo el año (de 54,987 a un estimado de 31,612). Esto puede significar que los gestores no han aplicado correctamente los lineamientos de la programación, pues la base es la cantidad de parejas protegidas en el año anterior y por ello la cantidad protegida en el siguiente año no puede ser inferior a la del anterior. Se está haciendo un análisis exhaustivo para introducir los correctivos que sean necesarios en los lineamientos.

Entregables:

- *Informes del funcionamiento de la HCDL.*
- *Informe de la ejecución plena de la estrategia de PF implementada.*
- *Informe sobre el aumento de la cobertura de servicios de PF por proveedores descentralizados.*

PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL IHSS

- La Estrategia de Gestión de los Servicios de PF en el IHSS (EGSPF) fue diseñada, aprobada por los niveles superiores de la institución y puesta en marcha con las capacitaciones que se realizaron. Debido a los problemas estructurales y financieros por los que continúa atravesando el IHSS, la ejecución de la estrategia se ha visto limitada principalmente por la falta de algunos de los métodos de PF contemplados en su "mezcla" o lista de métodos disponibles. Los

procesos de monitoria y evaluación de las actividades de PF, de capacitación para la operación de la estrategia y de apoyo en el funcionamiento de la HCDL no fueron realizadas en este periodo, debido a la decisión de la Dirección Médica Nacional de efectuar el análisis que permitiera determinar el grado de implementación de la EGSPF. Para ello, se diseñó una metodología con la que se recolectó la información en terreno con una muestra significativa y cuyos resultados pueden ser utilizados por el IHSS para adaptar su estrategia.

Entregable:

- *Informe de la evaluación de la EGSPF.*

RAMNI

En los últimos años la conducción de la política para reducir en forma acelerada la mortalidad materna y de la niñez ha estado muy limitada debido a los diferentes cambios de autoridades y a la falta de priorización en la agenda política como tal. No obstante, sus intervenciones más importantes en general han estado aplicándose. Los avances en esta línea de trabajo se describen a continuación:

- Se realizó la evaluación de la política y el informe final fue entregado a las autoridades. Actualmente se están identificando los mecanismos para socializarlo. Desde la DGN se está coordinando con la OPS quienes se han comprometido a apoyar este proceso. No ha sido posible todavía hacer la adaptación de la política porque los resultados de la evaluación aún no han sido apropiados ni socializados por el nivel político de la SESAL. Es necesario que las autoridades renueven los esfuerzos para conducir una política que integre las intervenciones orientadas a reducir la mortalidad materna y en la niñez en el marco del proceso de reforma.
- Se apoyó en la elaboración de un plan para la implementación de RAMNI en la región sanitaria de El Paraíso. Dicho plan se ha estado ejecutando durante todo el año y sus actividades principales han consistido en las capacitaciones en CONE ambulatorio y hospitalario, así como en la puesta en marcha de la ICEC. Se trabajó en dos redes priorizadas en base a los criterios de mortalidad materna e infantil, siendo una red descentralizada (Trojes) y otra con gestión centralizada (El Paraíso). También se intentó aplicar las "listas de chequeo" en el hospital, pero debido a que ya ellos están utilizando una herramienta similar, no consideraron necesario este otro proceso. En las dos redes priorizadas se inició el uso de la historia clínica perinatal base (HCPB) con las gráficas de ganancia de peso y de altura uterina incorporada, y la historia clínica neonatal ambulatoria.
- Tomando en cuenta los resultados del diagnóstico de la implementación de AIN-C, se elaboró una propuesta de lineamientos para proveedores descentralizados, en la que se proponen ajustes a la duración de los talleres, con una agenda que incluye todos los temas, pero desarrollados con metodologías más efectivas en tanto son más participativas. Otra adaptación importante son las láminas de consejería, que al evitar repeticiones de contenidos disminuye su cantidad. Con estos principales cambios el costo estimado produce un ahorro de alrededor de US$ 1,000.00 anuales por comunidad intervenida. La propuesta debe ser validada, para lo cual se ha programado el costo en los planes de trabajo de la cooperación bilateral USAID/SESAL.

RI 4.1 Uso de los Servicios de Calidad en Salud Materna e Infantil y Planificación Familiar Incrementado.

Entregables:

- *Informe de la evaluación de medio término de la política RAMNI.*
- *Planes de trabajo de RAMNI 2014 de las regiones seleccionadas. (El Paraíso).*
- *Documento de la propuesta metodológica de AIN-C para proveedores descentralizados.*

INTEGRACIÓN DE ESTRATEGIAS COMUNITARIAS

La ICEC se ha fortalecido a través de su plan de expansión; ha sido aceptada tanto por las autoridades sanitarias como por las corporaciones municipales, lo que ha facilitado el cumplimiento de dicho plan y además ha conducido a la incorporación de otras redes de servicios no contempladas originalmente. Se han intervenido trece RISS de cinco departamentos postergados del país, en los que se han organizado 178 comités de salud y catorce comités de apoyo a hogares maternos. Se capacitaron equipos facilitadores de las 5 regiones sanitarias y de las 13 redes de servicios; también se capacitaron en aplicación de ICEC a 65 funcionarios incluyendo a médicos, enfermeras o auxiliares de enfermería de las unidades de salud de estas redes. También se han formado 580 monitores comunitarios de PF a nivel rural.

A solicitud de la unidad de gestión descentralizada (UGD), en respuesta a una muerte materna ocurrida en Reitoca se inició el proceso de ICEC, con recursos aportados por el gestor descentralizado de esta red.

En el nivel central por la aplicación del nuevo DO, la responsabilidad de conducir la ICEC recayó en el DSPNA, por lo que se tuvo que capacitar como facilitadores a 6 funcionarios de esta unidad. En estas instancias la ICEC se encuentra en proceso de aplicación y consolidación y se tiene programado continuar expandiéndose por lo menos a 10 nuevas redes de servicios.

Los logros de este periodo se describen a continuación:

- Se brindó asistencia para la aplicación de la ICEC en las redes contempladas en el plan de expansión, a través de la capacitación en el uso de: (i) la guía metodológica de ICEC, (ii) los lineamientos de hogares maternos, (iii) la aplicación del manual para la operativización de la estrategia de trabajo con individuos, familias y comunidades y (iv) los manuales para la capacitación de monitores (as) comunitarios de PF. También se apoyó en la organización de comités de apoyo a los hogares maternos y el intercambio de experiencias entre estos grupos para que se fortalezcan entre sí. Como actividad complementaria se apoyó en la definición de perfiles de complejidad de los establecimientos de salud de las redes y regiones con el fin de tener claridad sobre las responsabilidades de cada uno en la prestación de los servicios de atención en salud.
- El Sistema Automatizado para la Implementación Conjunta de Estrategias Comunitarias (SAICEC) fue diseñado e instalado en todas las redes en la que se está aplicando ICEC. Como

se encontraron algunas dificultades en su funcionamiento, se elaboró una hoja electrónica en EXCELL para poder obtener la información necesaria para la elaboración de los indicadores que miden los resultados del proceso. Este instrumento fue alimentado con los datos proporcionados por cada una de las redes.

Entregables:

- *Informes sobre la capacitación de Monitoras/es y personal institucional capacitados en PF rural.*
- *Informe de monitorías del proceso de ICEC.*

CONE

En la aplicación de los cuidados obstétricos y neonatales existen dos grandes áreas: La relacionada con la organización de los servicios y la vinculada con la calidad de la atención a las madres y los niños. Con respecto a la primera, desde abril de 2014 se terminó de elaborar el borrador de la estrategia CONE adaptada al MNS; sin embargo, aún no ha sido posible que las autoridades aprueben las validaciones técnicas y operativas con las que se finalice el documento y se proceda a su oficialización. Con respecto a la calidad, se logró formar una masa crítica de facilitadores de la capacitación en CONE hospitalario y ambulatorio haciendo énfasis en la metodología que fue seleccionada para desarrollar dicho proceso. También se logró iniciar el proceso de actualización de las normas y guías para la atención en el marco usando los lineamientos que establece la norma cero adoptada por la SESAL, para la elaboración de normas y protocolos. A continuación los logros alcanzados en este periodo:

- Debido a las decisiones de la SESAL, la capacitación en CONE solo fue realizada en las regiones priorizadas, capacitando directamente a los candidatos a facilitadores de las regiones, redes de servicios y hospitales. Como resultado: (i) en 12 hospitales del país, se capacitaron 272 personas en CONE hospitalario, de los cuales 165 fueron acreditados como facilitadores y 107 como participantes; (ii) en cinco regiones sanitarias se capacitaron 75 personas en CONE ambulatorio, de los cuales 64 fueron acreditados como facilitadores y 11 como participantes, y (iii) se capacitaron 11 personas en CONE mixto (hospitalario-ambulatorio) a las personas de la UGD y de la Dirección General de Regulación.
- La implementación de las listas de chequeo fue discutida con los funcionarios del DSSNA, quienes están de acuerdo con el proceso y autorizaron que se continúe expandiendo su uso y que se busque un mecanismo para que el nivel político superior lo oficialice. Mientras tanto, ya se están utilizando en 7 hospitales (Tela, San Lorenzo, Choluteca, Comayagua, La Esperanza, Gracias y San Marcos de Ocotepeque). Está en proceso de sistematización, el uso de la herramienta electrónica para contar con información detallada sobre la aplicación de las normas.
- La historia clínica de hospitalización neonatal, fue adaptada, validada e impresa en cantidad suficiente para iniciar su implementación en los hospitales priorizados.
- La historia clínica neonatal ambulatoria, fue rediseñada e impresa, y distribuida para su uso en las dos redes de servicios priorizadas de la región de El Paraíso. Se levantó la línea base de los datos que se espera que se recojan con esta historia. Sin embargo es necesario esperar un tiempo prudencial en su uso para luego proceder a hacer la evaluación comparativa con la línea

RI 4.1 Uso de los Servicios de Calidad en Salud Materna e Infantil y Planificación Familiar Incrementado.

base. Los resultados se utilizarán para promover la implementación de esta herramienta a nivel nacional.

- La historia clínica perinatal con las gráficas de vigilancia de AFU y ganancia de peso incorporadas, fue impresa y distribuida a las dos redes de servicios priorizadas de El Paraíso. También se levantó la línea base de los datos que se espera que se recojan con esta historia. Igualmente, es necesario esperar un tiempo de uso prudencial para proceder a hacer la evaluación comparativa con la línea base. Los resultados también serán utilizados para promover la implementación de esta herramienta a nivel nacional.
- Se elaboraron las "guías clínicas para operativizar las normas técnicas para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato", para lo cual se hizo la revisión de la evidencia científica actualizada.
- Se elaboraron las "normas técnicas para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato" las que actualmente se encuentran en proceso de discusión para su aprobación. También se elaboraron los cuatro compendios de "guías clínicas para operativizar las normas técnicas para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato": (i) ambulatorio; (ii) atención obstétrica y neonatal, (iii) manejo inicial y referencia de complicaciones y (iv) manejo de las complicaciones obstétricas y manejo de las complicaciones neonatales, las que se encuentran en calidad de borrador para ser discutidas y validadas por los expertos y el nivel operativo.

Entregables:

- *Informes de capacitación en aplicación de las normas maternas y neonatales utilizando la metodología y herramientas diseñadas.*
- *Informe de implementación de las listas de chequeo.*
- *Historia clínica de hospitalización neonatal actualizada.*
- *Historia clínica neonatal ambulatoria rediseñada.*
- *Informe de seguimiento de la implementación de la HCPB con las gráficas incorporadas.*

RI 4.2 Servicios Sostenibles Materno- Infantil y Planificación Familiar

Con este resultado intermedio se ha pretendido asegurar que las intervenciones en SMI y PF que fueran diseñadas e implementadas tuvieran previstos mecanismos que aseguraran su sostenibilidad. El supuesto establecido es que la sostenibilidad puede garantizará con el fortalecimiento de las capacidades de la SESAL como ente rector del sistema de salud, definiendo los marcos políticos, técnicos, financieros y regulatorios que posibiliten una provisión de servicios MI y PF adecuada, sistemática y permanente.

Para el logro de este objetivo, se definió en el plan de trabajo del año 4, continuar orientando los esfuerzos de la asistencia técnica al desarrollo de las principales funciones sustantivas y procesos del sistema de salud enmarcados en la reforma del sector y teniendo a la SESAL como conductora de la misma, en tanto es el ente rector. Con este entendido, sobre la base de lo desarrollado, se continuaron fortaleciendo las capacidades institucionales en cuanto a planificación estratégica y operativa con su

vinculación al presupuesto, enmarcadas con las disposiciones del gobierno emanadas desde la SEFIN y la Secretaria Sectorial de Desarrollo e Inclusión social. Las actividades de incidencia política, se reenfocaron hacia aquellos procesos que fueron priorizados por la SESAL, dada su importancia y dinamismo, como la implementación de su nueva estructura orgánica y funcional, la configuración del nuevo marco legal del sistema de salud, y la descentralización de la gestión de los servicios de salud tanto en los niveles de atención primarios como secundarios. Adicionalmente, se realizaron algunas actividades relacionadas con la política del sistema nacional de calidad en salud y con los elementos referenciales del sistema de aseguramiento.

Las acciones realizadas en este periodo para cada uno de los procesos definidos bajo este resultado, se detallan a continuación:

PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL DE LA SESAL

- Se realizó la sistematización de los productos trazadores y su vinculación a los productos del SIAFI y del PEI 2014-2018 y se establecieron los entendimientos para la construcción de los productos programables, con el fin de estandarizar y mejorar la calidad de la medición de los resultados y metas físicas.
- Con las unidades correspondientes del nivel central y del primer y segundo nivel de atención, se elaboró, un listado de los productos trazadores y programables que responden al PEI 2014-2018 y al POA-P 2016-2019. Este listado se utilizó durante el proceso de elaboración del anteproyecto de POA-P 2016. Los productos para los proyectos y las instituciones se analizarán durante el proceso de elaboración de sus POA-P que estarán finalizados el 15 de julio. A partir del listado de dichos productos, se elaboró el formato de análisis y la aplicación que facilita a las unidades, los entendimientos de su programación que se espera esté finalizada en el mes de julio de 2015.
- La presupuestación orientada a resultados en el marco del Plan de Nación 2014-2018 y del PEI 2014-2018 es una de las prioridades del actual gobierno y responde a un modelo de gestión orientado a resultados, junto con la planificación estratégica institucional y el monitoreo y evaluación de la gestión. Este es uno de los componentes menos desarrollados en la SESAL, y que requirió para ejecutarlo un mayor esfuerzo institucional, especialmente, de la UPEG y de la GA. El Decreto 140/2014 introdujo nuevos elementos relativos al procedimiento de elaboración, aprobación y gestión del presupuesto que fueron introducidos en el proceso de programación y presupuestación por todas las instituciones, unidades y proyectos que reciben fondos nacionales públicos. Se trabajó con un doble enfoque: (i) el análisis de la línea base año 2016 y su proyección al 2019, y (ii) la estimación de los requerimientos financieros por parte de la SESAL para aproximarse hacia una cobertura universal. Se apoyó a la UPEG y a GA en el análisis de las dos propuestas realizadas en coordinación con SEFIN y la Treasury Office of Technical Assistance de EEUU para la línea base y con el representante del FMI para el segundo enfoque. La elaboración de ambas propuestas requirió identificar la información, analizarla si estaba completa y su idoneidad, buscar y/o solicitar la información necesaria, y construir las matrices y las notas técnicas de acompañamiento. Se tuvieron varios talleres con las unidades técnicas de la SESAL y la participación de la Secretaria de Finanzas, para ir construyendo el modelo y analizar los aportes de las mismas para su inclusión en la propuesta de línea base.

Participaron la dirección general de redes integradas de servicios de salud (DGRISS) y sus dos niveles y la UGD, para lo cual se han preparado presentaciones y material de discusión para la construcción de la propuesta y para el fortalecimiento de las capacidades institucionales. La SEFIN actualmente está revisando las dos propuestas que fueron enviadas por la SESAL.

Entregables:

- *Listado de productos programables por producto trazador, vinculado al PEI 2014-2018.*
- *Modelo de asignación de presupuesto basado en la eficiencia y eficacia.*
- *Informe sobre las competencias desarrolladas en planificación estratégica.*

Entregable Adicional:

- *Plan Estratégico Institucional (PEI) 2014-2018*

PLANIFICACIÓN SECTORIAL

Para la asistencia técnica en esta área, se consideraron desarrollar dos estudios: (i) priorización y focalización de grupos poblacionales diferenciados por sexo y problemas de salud, y (ii) necesidades de los recursos financieros para la construcción del sistema de financiamiento en salud, el sistema de aseguramiento público y la planificación sectorial a mediano y largo plazo, junto con las demás instituciones que forman parte del sector. Para ambos estudios se determinó la necesidad de contratar profesionales especializados. Sin embargo, aun cuando se logró avanzar en ambos procesos de contratación, por dificultades de la disponibilidad de los profesionales seleccionados y, en general por la falta de recursos humanos calificados, además de lo corto del tiempo disponible del proyecto, se tomó la decisión de darlos por fracasados.

DESARROLLO ORGANIZACIONAL

NIVEL CENTRAL

- Se continuó apoyando a la UPEG en los procesos de capacitación e implementación del DO del nivel central. Para ello, se identificaron metodologías que permitieran permear la resistencia al cambio. Las actividades se concretaron al análisis de los procesos críticos tanto de las unidades estratégicas como de las de apoyo y al desarrollo de ejercicios con los flujos de estos procesos que están relacionados con resultados específicos del PNS- 2014-2018. Las reuniones se realizaron con el Consejo Consultivo de la SESAL (CONCOSE), las unidades estratégicas, y de apoyo y a solicitud de la Señora Ministra, se hizo particular énfasis en la GA.
- Se finalizó la propuesta del MOF con la incorporación de los ajustes propuestos por cada una de las unidades del nivel central.
- Se elaboró el manual de procedimientos que incluye los procesos generales por competencia y funciones de la rectoría.
- Se finalizó la propuesta del manual de puestos y perfiles, el cual se desarrolló en alineamiento al MOF y al de procesos y procedimientos.
- Adicionalmente y de forma específica, se desarrollaron los manuales de procesos y

procedimientos de cuatro unidades estratégicas: la UPEG, la UVS, la Unidad Técnica de Gestión de Proyectos y la UGI.

Entregables:

- *Documento conteniendo el manual de descripción de puestos (MDP).*
- *Documento conteniendo el manual de procesos y procedimientos.*

Entregables Adicionales:

- *Manual de Procesos y Procedimientos específicos de la UVS.*
- *Manual de Procesos y Procedimientos específicos de la UTGP.*
- *Manual de Procesos y Procedimientos específicos de la UPEG.*
- *Manual de Procesos y Procedimientos específicos de la UGI.*

NIVEL REGIONAL

- Se concluyó la impresión y distribución de los manuales de procesos y procedimientos y el de plantilla básica de puestos y perfiles, insumos básicos para el desarrollo de los talleres de capacitación con los equipos de todas las RS y sus instancias.
- Se planificó y coordinó con el director general de la DGRISS y su equipo técnico, la continuación del proceso de capacitación en el entendimiento de la reforma y la implementación del DO, para los funcionarios de 17 RS que habían quedado pendientes. Para ello, se dio asistencia técnica a la SESAL en el diseño de la metodología, preparación de los materiales, las agendas, las presentaciones, y se apoyó a los facilitadores para el desarrollo de los talleres.
- Se desarrollaron reuniones con los facilitadores de los talleres y el director general de la DGRISS para monitorear y evaluar el avance de las capacitaciones. También se efectuó el análisis de la metodología, de los resultados y de las inquietudes planteadas por los participantes, con el objeto de retroalimentar y ajustar el proceso en los aspectos requeridos.
- Se desarrollaron talleres en once regiones sanitarias (Cortés, Lempira, Francisco Morazán, Comayagua, Metro SPS, La Paz, Atlántida, Copán, Olancho, Metro Tegucigalpa y Colón), con lo que se han capacitado a la fecha 14 de 20 RS. Como valor agregado de estos talleres, se menciona que aunque originalmente las capacitaciones se dirigirían únicamente a los funcionarios de tres centros de producción (unidad de planeamiento, unidad de vigilancia de la salud, departamento de redes integradas de servicios de salud), se capacitaron todos los jefes y coordinadores de todos los centros de producción de la estructura organizativa regional. El total de personas capacitadas fue de 242. En este proceso solo queda pendiente concluir las capacitaciones en 6 regiones sanitarias (Islas de la Bahía, Gracias a Dios, Choluteca, Valle, Colón, Ocotepeque) y el seguimiento a la implementación de los flujos de los procesos asignados a cada centro de producción.

Entregables:

- *Documento conteniendo la plantilla básica de puestos y funciones del nivel regional aprobado.*
- *Documento conteniendo el plan de implementación de los manuales aprobados.*
- *Informe de capacitaciones DO regional.*

RI 4.2 Servicios Sostenibles Materno- Infantil y Planificación Familiar

- *Informe anual del grado de implementación de la nueva estructura orgánica y funcional de las regiones sanitarias.*

MARCO LEGAL

- Aun y cuando el proyecto cuenta con la aprobación institucional de una propuesta de ley del sistema nacional de salud (SNS) y por ende con la obtención del hito vinculado, para este periodo se continuaron desarrollando acciones en esta área enmarcadas en la lectura del escenario nacional generado por las discusiones de un marco legal de protección social en el país.

  En virtud de ello, se le dio seguimiento a las discusiones en el Congreso Nacional, sobre la ley marco de protección social que culminó con la aprobación de la misma, aunque aún está pendiente su publicación oficial para que entre en vigencia. Bajo esta línea, se sostuvieron discusiones en relación a los aspectos contenidos en dicha ley con el que se configura el nuevo marco legal del sistema de salud en el país y se procedió a la identificación de sus implicaciones. En la citada ley se define a la SESAL específicamente como entidad rectora del sistema y se adscribe al IHSS las funciones de financiamiento y aseguramiento y las de provisión de servicios de salud. El análisis y la revisión efectuada estuvieron orientados principalmente a los aspectos relacionados con dicho rol rector, los regímenes diferenciados de aseguramiento de la población, la administración del financiamiento y el aseguramiento y la gestión de la provisión de los servicios de salud descentralizada con el financiamiento vinculado a resultados. Se cuenta con una versión borrador preliminar de una propuesta ajustada de ley del sistema de salud, la cual está lista para iniciar su discusión formal con el nivel político de la SESAL.
- Para el cuarto año del proyecto se había considerado llegar a la formulación de propuestas de reglamentos de la ley del SNS que se priorizaran y de un plan de implementación de la ley. Esta actividad no fue posible desarrollarla en tanto no se dispusiera de los contenidos que serán incluidos en la ley, en virtud de la reorientación que se debe otorgar en la priorización de los mismos en función de lo dispuesto por la ley Marco de Protección Social aprobada.
- Las acciones de incidencia continuaron desarrollándose para construir la viabilidad de las propuestas que se formulen tanto en esta línea de acción como en el resto de los procesos del proyecto. De tal forma, se mantienen acciones permanentes de comunicación y coordinación con el más alto nivel político de la SESAL.
- Se continuó alimentando la base de datos del programa Sysleyes y se concluyó la propuesta para su migración a un ambiente web, con el que se pueda accesar desde la página oficial de la SESAL. La herramienta esta lista y ya se iniciaron las coordinaciones para su transferencia en el corto plazo.

MODELO NACIONAL DE SALUD

- La guía para la configuración y delimitación de las redes integradas de servicios de salud fue técnicamente aprobada por la jefatura del DSPNA y por las autoridades de la Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud (SSRISS). Esto significó la culminación de un intenso proceso de capacitación de los 20 equipos de conducción regional que se inició en octubre del 2014, con el objeto de estandarizar, implementar, aplicar, ajustar y validar en el terreno la guía. En este proceso de validación se aseguró su coherencia y consistencia con la guía para la elaboración del plan regional de gestión de las redes integradas de servicios de salud, cuyo

proceso de validación y aprobación técnica continúa.

- Se apoyó a las RS en la configuración y delimitación de sus RISS y en el mapeo de 65 redes a nivel nacional que cumplen con los criterios técnicos indicados en la guía y los de carácter político establecidos por la SSRISS.
- De la SSRISS se recibió la aprobación del documento base de carácter político que fue elaborado para definir el conjunto de prestaciones de salud que presupone el Estado garantizará a la población. Este documento fue utilizado como marco por el proyecto AIDSTAR-Plus y técnicos del nivel central y regional de la SESAL, para la definición del paquete específico de prestaciones para la población clave ITS/VIH/Sida.
- En el marco del documento base, se está apoyando a la SESAL en la definición del conjunto de prestaciones de salud que el Estado de Honduras, en el espíritu de la ley marco de protección social, garantizará a la población nacional. Este proceso se acompaña, de la capacitación técnica simultánea de personal clave de varias dependencias de la SESAL, del IHSS y de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). Una vez configurado el conjunto de prestaciones y tomada la decisión política de su garantía, se deberá iniciar el proceso de análisis y estimación de sus costos.
- Se inició el proceso de elaboración de la propuesta de la guía técnica para la organización y funcionamiento del sistema de referencia-respuesta como elemento articulador de las redes integradas, para asegurar la complementariedad y continuidad de la atención. Se dispone de una propuesta de la guía que fue sometida a validación por parte de los equipos regionales de cinco RS. Una vez aprobada técnicamente deberá pasar a la SSRISS para su oficialización de la manera que corresponda.
- Dada la estrecha vinculación entre el proceso de configuración y delimitación de las RISS y el de categorización de los establecimientos de salud (que hacen parte de la organización de la provisión de servicios de salud), se apoyó a los equipos técnicos del DSPNA responsables de estos procesos para asegurar que la categorización de los establecimientos sea apropiada y coherente con la configuración adoptada por los equipos de conducción regional. Simultáneamente, el equipo responsable de este proceso está trabajando con técnicos de la DGN, para que los instrumentos normativos que regularán la organización y operación de las RISS y los establecimientos que las integran, sean los correctos.
- Se finalizó la propuesta de la guía básica para el diseño del sistema logístico (gestión de la cadena de suministro y adquisiciones). Sin embargo, está en duda el destino, aplicabilidad y uso que tendrá esta guía, dada las decisiones recientemente tomadas por el Ejecutivo sobre este tema.
- Se hicieron los ajustes al documento borrador de la propuesta del modelo nacional de gestión de recursos humanos de salud basada en competencias, en función de las observaciones efectuadas por el equipo técnico de la Dirección General de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (DGDRHUS) y se obtuvo la aprobación técnica por parte de su directora.
- En vista de la imposibilidad de contratar al consultor seleccionado para la asistencia técnica en la elaboración de una propuesta de un fondo nacional de salud, se propuso como alternativa, la elaboración de una propuesta básica de lineamientos orientadores que, como mínimo, deben ser tomados en consideración por las instancias del nivel político para la creación de dicho fondo. Este documento será elaborado una vez que sea publicada la ley marco de protección

social para determinar su pertinencia.

- Se dio seguimiento al plan de implementación del MNS, el cual continúa en ejecución a través de las dependencias responsables de las herramientas diseñadas para este efecto. En el nivel central, a través de la DGRISS, la UGD, la DGDRHUS y la UPEG y, en el nivel regional por los equipos de conducción regional.

Entregable:

- *Guías para la implementación del MNS diseñadas y validadas.*

DESCENTRALIZACIÓN

El proceso de descentralización de la gestión de los servicios de salud que la SESAL ha venido impulsando en los últimos años, se ha continuado desarrollando en forma sistemática. A partir del 2014 este proceso se expandió incorporando al segundo nivel de atención (hospitales) con el fin de alcanzar una mayor cobertura poblacional bajo este esquema. Por ello, la asistencia técnica continuó orientando los esfuerzos en la consolidación de los procesos para fortalecer la gestión por resultados con calidad, la generación de herramientas técnicas y el desarrollo de las competencias de los profesionales de los diferentes niveles de gestión de la SESAL y de los propios gestores descentralizados.

Por otra parte, los tres hospitales pilotos que están implementando el modelo de gestión hospitalario (MGH), continúan perfeccionando los entendimientos y herramientas en base al conocimiento que se genera con su aplicación en la práctica, y están haciendo esfuerzos de mejora continua de aquellos procesos pendientes de implementación. También se han realizado acciones de intercambiando de experiencias entre ellos y con otros hospitales con fines de contribuir a la sostenibilidad de los procesos. Para generar la sostenibilidad del cambio, los profesionales que han asumido posiciones claves de conducción dentro de la estructura orgánica de cada hospital están ejecutando planes de comunicación con seguimiento permanente. La evaluación del grado de implementación del MGH revelará el nivel de esfuerzo realizado hasta ahora y las lecciones aprendidas en el proceso, insumos que serán de utilidad para su expansión a nivel nacional.

Con la aprobación de la Ley Marco de Protección Social y la posterior emisión de sus leyes específicas, será imprescindible determinar los ajustes que el proceso de descentralización necesitará en el marco de un sistema de aseguramiento en salud y de los relacionamientos con los gestores proveedores de servicios de salud.

ULAT ha apoyado a la UGD para la generación de los entendimientos básicos sobre auditoria social y rendición de cuentas, en los equipos técnicos de las RS y de la coordinación de los gestores, a través de capacitaciones y entrega de los "Lineamientos de auditoria social y rendición de cuentas a la ciudadanía en el marco de la transparencia de la gestión en los servicios de salud descentralizados". Después de haberse realizado las capacitaciones a varios gestores, estos iniciaron con el cumplimiento de la rendición de cuentas a la ciudadanía (Madre Felíz-MAFE en cada municipio de su área de influencia, Fundación San Lorenzo, así como, la socialización del informe de auditoría social de la Mancomunidad Chortí-MANCHORTI, entre otros). Se considera necesario seguir fortaleciendo estos procesos por

parte de la SESAL, considerando a la auditoria social como un proceso que revisa el cumplimiento de las responsabilidades tanto para la SESAL como para el gestor establecidas en el convenio.

Los avances alcanzados en este periodo para el primer y segundo nivel de atención se describen a continuación.

PRIMER NIVEL

- Se diseñó la guía para el monitoreo del proceso de capacitación de los proveedores descentralizados, pero está pendiente su validación debido a que la UGD no lo ha planificado por la lentitud con que se ha desarrollado el proceso de capacitación.
- Se dispone de un primer borrador de la guía para la monitoria y evaluación de la implementación de los planes regionales de gestión de la red de servicios. Esta guía deberá ajustarse en función del proceso de la formulación y ejecución de dichos planes.
- El monitoreo que actualmente realizan las RS a los gestores descentralizados, está referido a los resultados pactados en los convenios de gestión y están determinados por factores como el nivel de desarrollo de las competencias de los profesionales que laboran en los diferentes niveles, tanto institucionales como del gestor. Sin embargo, las RS todavía necesitan fortalecer su supervisión y monitoria para enfocarlo más a un proceso capacitante que de vigilancia. Las jornadas de capacitación de los equipos técnicos de las RS no fueron priorizadas por la UGD.
- El bajo nivel de implementación de la currícula diseñada para el desarrollo de competencias de los profesionales de las redes descentralizadas también impidió el desarrollo de su proceso de monitoreo y evaluación. A la fecha, los contenidos temáticos desarrollados con los gestores basados en la currícula son limitados y orientados a un grupo de gestores que tienen apoyos específicos.
- Se realizó el ajuste de la guía de gestión por resultados de las redes de servicios descentralizados y queda pendiente una jornada de socialización con la UGD y el proceso de capacitación de los técnicos de las RS. La guía de gestión por resultados para las RISS con gestión descentralizada, orienta la reorganización de los procesos en esta área, la producción de los servicios de salud en la obtención de los resultados pactados en los convenios, y la petición y rendición de cuentas en el uso de los recursos asignados.

Entregables:

- *Documento técnico para la elaboración del plan de monitoreo y evaluación de la implementación del plan regional de gestión de las RISS.*
- *Informe de evaluación de las capacidades de los gestores descentralizados.*

SEGUNDO NIVEL

- Se apoyó al Departamento de Servicios del Segundo Nivel de Atención (DSSNA) en la puesta en marcha de los planes para la implementación de los procesos que fueron priorizados para los hospitales que no han estado incluidos en la implementación del MGH y se está dando seguimiento a los planes que fueron formulados por los hospitales a través de visitas para revisiones técnicas. También, se desarrollaron jornadas de intercambio para procesos

específicos y de alta relevancia como la gestión de la programación quirúrgica, en la cual participaron médicos cirujanos para conocer la experiencia de sus colegas de otros hospitales.

- El sistema de calidad como parte de la estructura sistémica de los hospitales fue expuesto ante la unidad de calidad del nivel central de la SESAL por parte de los hospitales pilotos y del equipo del DSSNA. Con ello se estableció la coordinación y se definieron los alcances del trabajo de la unidad de calidad. Dada la culminación de la asistencia técnica de la firma CSC a los hospitales pilotos, el DSSNA está en la fase de revisión y ajuste de los manuales para su entrega a los equipos técnicos, y los hospitales pilotos cuentan con un plan de sostenibilidad que se encuentra en ejecución.
- Conjuntamente con el DSSNA, la UGD y el equipo técnico del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios (San Pedro Sula), se realizó la revisión, análisis y discusión de la propuesta técnica para gestionar estos servicios de salud para la población que los demanda en la zona nor-occidental del país.
- Se brindó apoyo en el proceso de análisis e identificación de un mecanismo viable que permita la descentralización de otros cinco hospitales de la red pública. Esto representará la incursión a una nueva modalidad en la que la gestión financiera del hospital transita por el SIAFI con delegación de algunos aspectos de la gestión de recursos. Este proceso no se ha concluido ya que la SESAL necesita seguir analizando esta iniciativa.
- Se apoyó el área de gestión de recursos del HEU, específicamente en los procesos de la cadena de suministros (compras y almacenes), contabilidad, caja y trabajo social. Se rediseñaron los procesos técnicos de estas áreas que fueron aprobados por las instancias de conducción y puestos en marcha. Las autoridades del HEU requieren hacer un esfuerzo para elaborar un plan director que les conduzca al desarrollo e implementación del enfoque sistémico y de gestión por procesos de forma global, a fin de abordar la alta complejidad que representa un hospital de esta naturaleza.
- Está en desarrollo el proceso de evaluación del grado de implementación del MGH en los tres hospitales que fueron seleccionados por la SESAL, y la generación de una masa crítica de recursos con las competencias desarrolladas en la aplicación del mismo. Con lo anterior se pretende generar sostenibilidad y facilitar la extensión de su implementación al resto de la red hospitalaria. A la fecha se logró hacer el levantamiento de la información y conforme la metodología definida, se dio inicio a la tabulación de la misma para su análisis y generación del informe respectivo. Ha sido satisfactorio observar los avances y el grado de compromiso por parte de los equipos, en el trabajo de implementación que están realizando, así como determinar los retos pendientes de superar para completar esta etapa y hacer sostenibles los cambios efectuados.
- Con la decisión de las autoridades de la SESAL de expandir en una primera etapa, la implementación del MGH con procesos priorizados, a nivel de toda la red hospitalaria pública, se dio inicio a la transición del proceso de Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH) al nuevo MGH. Para facilitarlo, se desarrollaron talleres de capacitación sobre el modelo y se preparó un documento ejecutivo denominado "Transitando del RGH al MGH". Muchos de los procesos contenidos en los lineamientos del RGH fueron renovados con el MGH y en algunos casos se han posicionado con una visión más estratégica. Son ejemplos de esto: (i) la migración del sistema de información aun ámbito de responsabilidad mayor al pasar de una UGI a una

Sub dirección de gestión de la información, y (ii) la mejora continua de la calidad que se posiciona con un enfoque de gestión con calidad a través de nuevos procedimientos como las auditorías internas efectuadas por equipos de auditores, la gestión documental de todas las normas y manuales y las comisiones de calidad, entre otros.

El RGH fue una etapa transicional en este proceso de ordenamiento de la gestión de los servicios hospitalarios, que generó la cultura de medir e informar, y facilitó su adopción a partir del 2014 por parte del nivel central de instrumentos de relacionamiento como ser lo compromisos de gestión, con sus propias unidades proveedoras de servicios de salud.

Entregables:

- *Informe trimestral de avances de la implementación del MGH.*
- *Informe trimestral de avances del rediseño de procesos y organización funcional del servicio de emergencias del HEU.*
- *Documento de evaluación del proceso y resultados de la implementación del MGH en tres hospitales.*

RENDICIÓN DE CUENTAS Y AUDITORIA SOCIAL

- Se realizaron jornadas de capacitación dirigidas a los equipos técnico de todas las RS de la SESAL con el objetivo de fortalecer y desarrollar las capacidades de acompañamiento a los gestores descentralizados en la preparación de los procesos de auditoria social (AS) de la que son sujetos y para la rendición de cuentas a la ciudadanía (RCC) en cumplimiento del convenio de gestión que suscriben con la SESAL. Estos mecanismos han sido establecidos para asegurar el logro de los resultados pactados con transparencia, equidad, eficiencia y calidad. La UGD y las RS deben continuar monitoreando y conociendo el desarrollo de estos procesos que contribuyen a transparentar la gestión de la provisión de los servicios de salud, con fines de que se implementen las mejoras que dichos procesos evidencian.

Entregable:

- *Informe trimestral del proceso y de los resultados de la rendición de cuentas y transparencia, y de las auditorias sociales realizadas a los gestores.*

ASEGURAMIENTO PÚBLICO

- Se continuaron apoyando las discusiones del equipo de la UPEG, para profundizar el entendimiento sobre el marco de referencia del sistema de aseguramiento que fue diseñado en el periodo anterior. La UPEG formuló el documento denominado "Sistema Plural de Aseguramiento en Salud de las Personas, Régimen Subsidiado", el cual fue presentado a todo el equipo, se homologaron los conceptos y se incorporaron los aportes surgidos de la discusión.

  Se finalizaron los documentos propuestas de las herramientas gerenciales del SPSS incluyendo el de la propuesta metodológica para la identificación e incorporación de grupos humanos priorizados. Estas herramientas sirvieron de base para la capacitación del equipo de la UPEG.

  Debido a la aprobación de la Ley Marco de Protección Social, estos procesos están supeditados al análisis de las implicaciones de la mencionada ley una vez que sea publicada.

RI 4.2 Servicios Sostenibles Materno- Infantil y Planificación Familiar

Entregable:

- *Documento ajustado de la propuesta de plan de implementación de las herramientas gerenciales del SPSS en salud dentro del MNS.*
- *Informe de avance en la aplicación del SPSS.*

SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD.

- Debido a que se declararon fallidos los procesos de reclutamiento de las consultorías previstas para facilitar la implementación de la política de calidad y del plan del sistema nacional de calidad en salud, así como de la dificultad enfrentada por un periodo prolongado de tiempo para la definición por parte de la SESAL de una contraparte responsable del proceso y que fue posteriormente superada con la designación de la Dra. Rosario Cabañas, se diseñó una propuesta de trabajo que ha permitido avanzar en la elaboración de un diagnóstico del proceso de implementación de la política de calidad y la socialización de dicha propuesta. Con el nombramiento de la Dra. Cabañas, se logró conformar un equipo integrado por funcionarios de la SESAL, con el que se dio inicio a la discusión de este tema.
- Se elaboró y discutió el diseño metodológico y un plan de trabajo para realizar el diagnóstico. Las técnicas principales de la metodología fueron la revisión documental y la recolección de información cualitativa mediante la realización encuestas semi-estructuradas, con el propósito obtener información sobre el avance en la implementación de la política/sistema nacional de calidad en salud, desde la perspectiva de los diferentes ámbitos de la gestión de la calidad. Con la ejecución del Plan de trabajo, se desarrolló el llenado de la encuesta en forma presencial, en una jornada en la que participaron 30 funcionarios del nivel central. Para la obtención de la información en el nivel regional, en el nivel de redes de servicios, en el IHSS y de los representantes del sector privado, la metodología se ejecutó con el llenado de las encuestas vía correo electrónico.

  El diagnóstico se encuentra en fase de procesamiento y análisis de los datos recabados que ha sufrido enlentecimiento porque los involucrados han tenido que atender otras actividades asignadas en sus agendas. Se espera concluir con todo este proceso en el futuro inmediato.

IR 4.4 Uso de Datos para la toma de Decisiones.

Bajo este resultado se pretende contribuir al mejoramiento de los sistemas de vigilancia en salud (con énfasis en la vigilancia de la mortalidad materna y de la niñez), del proceso de monitoría y evaluación de la gestión, y del sistema de información. Para el cuarto año del proyecto, se estableció continuar programando las intervenciones para mejorar la capacidad de la SESAL en la vigilancia epidemiológica y en salud, y para utilizar las evidencias en la toma de decisiones, con el fin que se generen en una perspectiva de mayor sostenibilidad.

Las acciones realizadas en este periodo para cada uno de los procesos definidos bajo este resultado, se detallan a continuación:

IR 4.4 Uso de Datos para la toma de Decisiones.

VIGILANCIA DE LA SALUD

Las acciones en este campo dependen de la UVS, la que se ha visto obliga de priorizar las acciones puesto que se están enfrentando las epidemias de enfermedades de transmisión vectorial, razón por lo que el tiempo disponible para el desarrollo de las acciones del proceso de vigilancia de la mortalidad materna e infantil se ha visto reducido. Sin embargo, se logró finalizar la socialización del estudio para la "Caracterización de la mortalidad en la Niñez 2009 -2010", mediante la distribución pasiva a aproximadamente 200 funcionarios vinculados con el tema a nivel nacional. Por otra parte se revisó el borrador del informe de la vigilancia sostenida de la mortalidad materna del año 2013 y se ha solicitado apoyo para la publicación de este informe y del correspondiente al 2012. Se puede informar que:

- Los instrumentos para profundizar el análisis de la mortalidad materna e infantil fueron aprobados por la UVS, aunque no se ha podido extender su uso a otras regiones debido a la priorización de esta unidad de los problemas epidémicos mencionados.
- Se realizó la socialización del estudio sobre la caracterización de la mortalidad en la niñez 2009-2010, mediante la distribución a nivel nacional de su informe y el desplegable que lo resume.
- Se revisaron los nuevos convenios con los gestores descentralizados y en función de ello se actualizaron los elementos de la vigilancia de la salud que se considera deben ser incorporados.
- Se retomó el proceso de DO que la UVS había iniciado con el apoyo del CDC. Se desarrollaron varios talleres con la participación de la totalidad de sus técnicos. Se explicó por qué con el nuevo DO se transitó de una dirección general a una unidad estratégica dependiente del despacho ministerial. También se hizo el análisis de los marcos legales aprobados en este sentido. Para los talleres se desarrollaron los flujos y la diagramación de los macro procesos, que caen en el ámbito de esta unidad, permitiendo que todos los técnicos se involucraran y comprendieran las interacciones tanto entre las áreas propias como con el resto de unidades de la SESAL. Este proceso concluyó con la elaboración del respectivo manual de procesos y procedimientos.

Entregables:

- *Informes de los talleres de socialización sobre la vigilancia de la mortalidad materna e infantil.*
- *Propuesta de modificación de contrato que incluyan los aspectos de vigilancia acordados por la SESAL.*
- *Informe de avance de la implementación de la nueva estructura organizacional interna de la UVS.*

SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD (SIIS)

El horizonte de inicio del proyecto de desarrollo del SIIS con fondos de la cooperación canadiense (ACDI) se siguió postergando más allá de lo previsto. Sin embargo se hicieron algunos intentos de reactivar procesos coadyuvantes al inicio del proyecto en mención. La última reunión realizada con los representantes del Gobierno de Canadá (Isabelle Roy, del Ministerio de Asuntos Internacionales y Comercio) y de la Embajada de Canadá en Honduras (Elisa Rafuse, Primera Secretaría), se informó que el proyecto probablemente iniciará en el 2016 y que a la fecha no había sido seleccionada la agencia acompañadora, que es el primer requisito para dar inicio al proyecto. En virtud de ello, se orientaron los esfuerzos de la asistencia en la elaboración del manual de procesos y procedimientos de la UGI, como una vía para fortalecerla y colocarla en condiciones adecuadas para el momento de inicio del mencionado proyecto.

IR 4.4 Uso de Datos para la toma de Decisiones.

MONITORIA Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

- Se concluyó el SIMEGpR, el cual incluye el cuadro de mando y las fichas técnicas de los indicadores seleccionados. Inicialmente se consideró la elaboración de dos documentos separados, pero el equipo técnico de la UPEG decidió que las fichas técnicas debían ir incluidas en el mismo documento.
- Se apoyó a la UPEG en el diseño, validación y ajuste de los instrumentos de recolección de los datos para la elaboración de los indicadores. Se acordó con la UGI la inclusión de la captura de algunos datos a través de los formularios que ya se están utilizando para reducir los costos asociados de tiempo y recursos.
- Se apoyó a la UPEG y a otras unidades que han participado en las reuniones y talleres de capacitación, en la identificación de los elementos sustantivos para el análisis de los datos y para la introducción de medidas que mejoren el proceso de monitoreo y evaluación.
- Se apoyó en la elaboración del plan de implementación del SIMEGpR, como guía que permita la coordinación de las actividades que deben realizarse en su puesta en marcha y mantenimiento. Dicho plan, enuncia los principales elementos y etapas para su implementación.
- Desde las primeras actividades que tuvieron lugar a fines de 2013, se ha estado apoyando a la UPEG de forma directa, permanente y constante en el desarrollo e implementación del SIMEGpR. La estrategia utilizada, de trabajo en equipo, ha facilitado la apropiación del sistema y es un elemento que asegura su mantenimiento para el futuro.

Entregables:

- *Documento conteniendo el sistema de monitoreo y evaluación de la gestión.*
- *Herramientas del SIMEGpR.*
- *Documento conteniendo el plan de implementación para la puesta en marcha del SIMEGpR.*
- *Informe trimestral de avance de la implementación del SIMEGpR.*

EQUIDAD EN EL FINANCIAMIENTO EN SALUD

- Este proceso contempló el desarrollo de una investigación de equidad del financiamiento en salud. El objetivo planteado para el estudio fue analizar los datos del financiamiento de los cuidados de la salud, los criterios y los mecanismos de asignación con la integración de variables como sexo, grupos de edad y quintiles de ingresos dentro de cada una de las regiones sanitarias, y en base a los resultados plantear una propuesta de un sistema eficiente y equitativo de asignación de recursos. Aunque la realización de este estudio continúa siendo válida, el no encontrar los recursos humanos calificados disponibles en los procesos de concurso que fueron realizados, impidió su ejecución.
- El apoyo a la SESAL para la toma decisiones basadas en datos y evidencias proporcionados por los estudios realizados, se enfocó al uso del estudio de gasto y financiamiento que tuvo como año base el 2011. El desarrollo de este tipo de estudios en el país son sumamente limitados y los que se hacen son insuficientemente socializados; en la mayoría de casos son productos de consultorías aisladas y no necesariamente los datos están disponibles para la toma de decisiones. De allí que uno de los objetivos con los estudios apoyados por el proyecto, han tenido un fuerte sentido hacia la creación de las capacidades de los equipos técnicos institucionales a fin de poder facilitar la realización de estudios posteriores, conocer en forma

IR 4.4 Uso de Datos para la toma de Decisiones.
suficiente todo el proceso de la investigación, recolección de la información, manejo de las bases de datos y análisis, a fin que interioricen el resultado como un producto de la institución y que sirva a la institución para la toma de decisiones. ***Entregable:*** ➢ *Informe descriptivo de las evidencias que respalden el uso de datos en la toma de decisiones.*

Tabla 2- Desafíos/ Retos programáticos durante el período reportado

RI 4.1 ***Uso de los Servicios de Calidad en Salud Materna e Infantil y Planificación Familiar Incrementado***
PF SESAL Los retos más importantes de este período fueron: (i) contar con que se estableciera una contraparte oficial designada para desarrollar la evaluación de la aplicación de la EMSPF, demora que provocó que la evaluación consumiera un tiempo que el que inicialmente estaba programado y por ende no hubiese oportunidad para hacer la adaptación de la estrategia en este periodo; (ii) las condiciones especiales de la unidad de logística de la SESAL no han permitido la implementación de las actividades para el desarrollo de las competencias de los responsables de los almacenes regionales y de las redes para el almacenamiento apropiado de los anticonceptivos; (iii) los cambios implementados por el gobierno para la distribución de los productos del almacén central, imposibilitaron implementar los mecanismos de distribución de anticonceptivos que se habían identificado en el año anterior, y (iv) la complejidad de la agendas dificultó la coordinación con la UGD para dar seguimiento a la aplicación de los lineamientos de PF para proveedores descentralizados. ***PF IHSS*** Continuó siendo un reto, las dificultades estructurales generadas por la crisis que sigue enfrentando la institución y que no han permitido que el equipo de trabajo de la dirección médica nacional (DMN) dedique mayor cantidad de tiempo a las acciones vinculadas con la operacionalización de la estrategia. ***ICEC*** Un obstáculo a superar lo constituyó el mal funcionamiento del SAICEC que ocasionó dificultades para obtener la información necesaria para la construcción de los indicadores relacionados con esta estrategia y obligando a la visita de todas las redes para el llenado de una hoja electrónica que fue diseñada para tal fin. ***RAMNI*** El reto más importante de este período continuó siendo la falta de definición de las contrapartes específicas para llevar a cabo los procesos objeto de la asistencia.
RI 4.2
Planificación institucional Ha requerido esfuerzos importantes: (i) conciliar el proceso de planificación estratégica tanto con el

plan operativo anual como con la plataforma SIAFI-Ges en los aspectos relacionados con los productos que se han definido; (ii) conciliar la construcción de la línea base de presupuesto y sus proyecciones en los aspectos demandados por una parte por los consultores del Fondo Monetario Internacional, y por otra parte con los consultores del Tesoro de los Estados Unidos, y (iii) generar una cultura de responsabilidad ante la programación y presupuestación, a la luz de los requerimientos y el rol del Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social y los lineamientos del Decreto 140/2014 para todas aquellas instituciones que administran fondos públicos.

Planificación sectorial

El reto enfrentado en esta área lo constituyo la dificultad para disponer de los recursos humanos calificados con los que se llevarían a cabo las consultorías que habían sido definidas desarrollar.

DO nivel central

Mantener el tema en la agenda y superar el clima de escepticismo e incertidumbre condicionada por la movilización de los recursos técnicos de las diferentes instancias y unidades institucionales.

DO nivel regional

El obstáculo más importante enfrentado durante el periodo, fue lograr disponer en la agenda del DSPNA y de las regiones sanitarias, de los tiempos necesarios para el desarrollo de los talleres de capacitación, debido a las múltiples actividades que en el periodo tenían programadas, incluyendo la jornada nacional de vacunación.

Marco Legal

La incertidumbre generada en el proceso de aprobación de la ley marco del sistema de protección social y el desconocimiento de sus implicaciones por la falta de su publicación oficial, constituyeron los principales obstáculos para contar con una propuesta final de la ley del sistema de salud.

Modelo de Salud

Satisfacer múltiples y variadas demandas provenientes del DSPNA y de la DGDRHUS, no contempladas inicialmente en el plan de trabajo del proyecto.

Descentralización primer nivel

El reto más importante que tuvo que ser enfrentado en este periodo fue la falta de priorización por parte de las autoridades políticas para el desarrollo de algunos procesos. En virtud de ello, la socialización y capacitación a los equipos de las RS, sobre la "guía para la formulación del plan regional de gestión de las redes integradas de servicios de salud", la elaboración de planes regionales de gestión de las redes integradas de servicios de salud y el monitoreo y evaluación de la implementación de los planes regionales de gestión de la red de servicios se tuvieron que postergar.

Por otra parte, debido que el proceso de capacitación a los gestores descentralizados no se logró desarrollar completamente como estaba previsto por parte del proyecto NEXOS, las actividades vinculadas con su monitoreo no pudieron iniciarse.

Descentralización hospitales

El apoyo técnico al DSSNA en este periodo ha requerido un esfuerzo mayor, sobre todo por la

finalización de la actividad de la firma consultora CSC y el inicio del proceso de implementación del MGH en toda la red de hospitales.

Rendición de cuentas y auditoría social

La falta de inclusión en las agendas de los cabildos abiertos que realizan algunas las alcaldías municipales, el tema de la rendición de cuentas a los gestores descentralizados.

Aseguramiento Público

La incertidumbre provocada por la aprobación de la Ley Marco de Protección Social y la postergación del tema hasta que la misma sea aprobada, ha enlentecido el proceso de desarrollo de los recursos humanos.

Sistema Nacional de Calidad en Salud

La falta de priorización en la agenda de la SESAL para impulsar el tema continúa siendo un desafío importante, lo que estrechamente se vincula a múltiples ocupaciones que tienen las contrapartes asignadas, con la falta de enfoque en este proceso.

IR 4.4 Uso de datos para la toma de decisiones

Vigilancia de la salud

El reto más importante de este período fue la falta de priorización de las actividades por parte de la UVS, debido a la situación generada por las epidemias de las enfermedades de transmisión vectorial.

Sistema de información integral en salud (SIIS)

Disponer de una UGI con recursos nuevos, sin manejar los antecedentes del SIIS, y la incertidumbre en cuanto a la disposición de los fondos provenientes de la cooperación Canadiense ha causado un poco de inmovilización y desmotivación.

Monitoria y evaluación de la gestión

Ha sido un reto importante la necesidad de integrar y armonizar los entendimientos relacionados con la generación de los datos y el uso de la información de las plataformas del gobierno, sectoriales e institucionales, con datos de calidad y de forma oportuna, en el marco de las competencias particulares.

Equidad en el financiamiento en salud

La falta de recursos humanos calificados y con la disponibilidad para el desarrollo de la consultoría especifica.

Tabla 3- Actividades para el siguiente periodo de reporte

Transversalización de género
ACTIVIDADES
▪ Potenciar el empoderamiento y la participación en mujeres y hombres en el autocuidado personal, familiar y comunitario de la Planificación Familiar, en el marco de la ICEC a través de equipos regionales, de RIIS y comunitarios.

▪ Fortalecimiento de los procesos políticos para la transversalización de género en la SESAL.
▪ Brindar asistencia técnica para la elaboración de una estrategia de género que permita la implementación de la política.
▪ Dar seguimiento al ajuste de la propuesta para la organización, capacitación y funcionamiento de un equipo de integración de género que conduzca los procesos de transversalización de la política en la SESAL.

RI.4.1 Incrementado el uso y acceso a servicios MI y PF de calidad
PF RURAL
▪ Brindar asistencia técnica para efectuar la expansión de PF rural en las regiones seleccionadas utilizando la guía metodológica elaborada para su implementación.
▪ Brindar apoyo en el seguimiento al proceso de PF rural en las redes intervenidas en el año 4 del proyecto.
▪ Apoyar la implementación y funcionamiento del sistema automatizado de información de las estrategias comunitarias que incluye PF en el área rural.
▪ Brindar asistencia técnica al proceso de programación de las actividades de PF a nivel nacional a fin de garantizar que las actividades de las redes de servicios en las que se esté implementando PF rural sean incluidas.
▪ Apoyar la realización de un inventario físico de anticonceptivos a nivel nacional.
▪ Apoyar el funcionamiento de la HCDL.
REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL
▪ Apoyar el diseño o adaptación de la política nacional para reducir en forma acelerada la mortalidad materna y en la niñez en base a los resultados de la evaluación.
▪ Apoyar las actividades de la vigilancia sostenida de la mortalidad materna e infantil.
▪ Apoyar la ejecución del plan de asistencia técnica para fortalecer las intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad materna e infantil en la región de salud de El Paraíso.
▪ Apoyar la ejecución de prueba piloto para la aplicación de la propuesta de ULAT/USAID de lineamientos de la estrategia de AIN-C para proveedores descentralizados.
CONE
▪ Apoyar la actualización de los manuales de normas y protocolos de atención materno neonatal en los niveles ambulatorio, CMI y hospitalario, en base a la evidencia científica actualizada y a las disposiciones contenidas en los procesos regulatorios de la SESAL.
▪ Apoyar el desarrollo de capacidades en aplicación de las normas maternas y neonatales del personal institucional de las redes de servicios en las que se implementa ICEC.
▪ Apoyar la expansión del uso de "Listas de Chequeo para la aplicación de las normas materno neonatales" en el marco del MGH.
▪ Apoyar la implementación de la historia clínica de hospitalización neonatal en los hospitales priorizados.
▪ Apoyar la implementación de la "Historia clínica neonatal ambulatoria".
▪ Apoyar la expansión a nivel nacional del uso de la historia clínica perinatal con las gráficas de vigilancia de AFU y ganancia de peso incorporadas.

RI. 4.2 Servicios materno infantil y de planificación familiar sostenibles para poblaciones vulnerables y sub atendidas.
DESARROLLO ORGANIZACIONAL DE LA SESAL
▪ Brindar asistencia técnica para continuar apoyando la implementación de la nueva estructura orgánica y funcional de la SESAL en el nivel central.
▪ Brindar asistencia técnica para consolidar la implementación de la estructura orgánica y funcional del nivel regional.
MARCO LEGAL
▪ Brindar asistencia técnica al proceso de abogacía para la adecuación de la propuesta ajustada de una ley del SNS acorde a los postulados establecidos en la Ley Marco de Protección Social.
MODELO NACIONAL DE SALUD (MNS)
▪ Brindar asistencia técnica para continuar la implementación del MNS y de las guías con las que se instrumenta operativamente.
DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD
▪ Brindar asistencia técnica al DSSNA de la SESAL en implementación de las mejores prácticas del MGH a través de facilitación entre pares.
▪ Apoyar técnicamente al DSSNA de la SESAL para trabajar con hospitales priorizados la implementación del MGH y para el desarrollo de mecanismos de sostenibilidad del proceso.
▪ Brindar asistencia técnica al DSSNA de la SESAL, en el análisis y uso de los resultados de la evaluación de la implementación del MGH en tres hospitales de la SESAL.
▪ Continuar con el apoyo técnico al DSSPNA para la elaboración de planes regionales de Gestión de las redes Integradas de servicios de Salud.
▪ Brindar asistencia técnica al DSSPNA para el monitoreo y evaluación de la implementación de los planes regionales de la gestión de la red de servicios.
▪ Brindar asistencia técnica para el monitoreo del proceso de capacitación de proveedores descentralizados.
▪ Brindar asistencia técnica para el monitoreo del proceso de rendición de cuentas y transparencia de los gestores descentralizados de los servicios de salud.

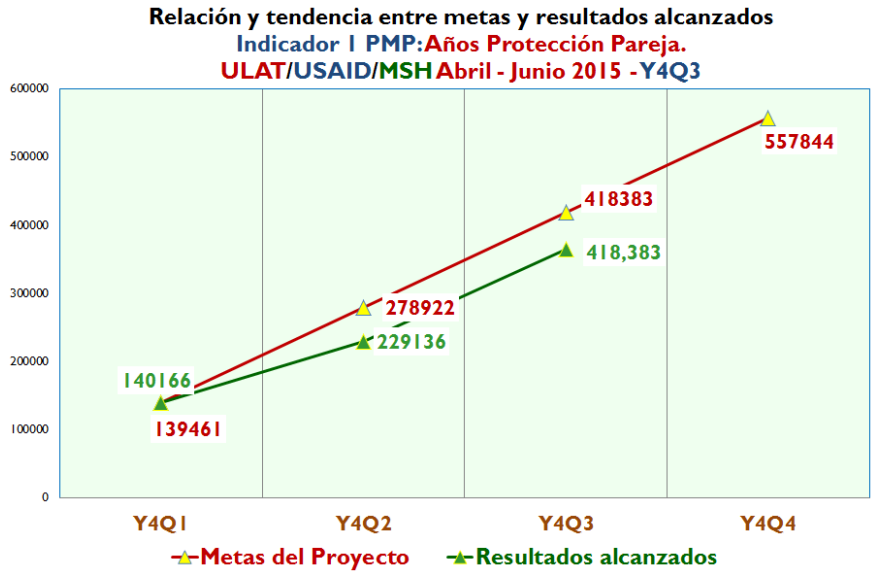
VI. Monitoreo y Evaluación.

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador I	*Definición del Indicador*	Meta **Año 4**	Periodicidad	Resultados Obtenidos				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.1 Incrementado el Uso y el Acceso a Servicios MI Y PF de CALIDAD								
Años Protección Pareja *(APP)*	*La estimación de protección proporcionada por los métodos anticonceptivos durante el período de un año, basados en el volumen de todos los anticonceptivos vendidos o distribuidos gratuitamente a los clientes durante ese período. Unidad: APP*	418,383 *En el PMP no hay meta, el dato ya ajustada al período restante de proyecto, está en el PY-4*	Trimestral acumulativo	449,609	575,326	140,166 de 139,461 *(cumplimiento trimestral 100.5%)*	88,970 de 139,461 *(cumplimiento trimestral 64%) (Con un acumulado 229136 de 278922 para **82%)***	135,722 de 139,461 *(cumplimiento trimestral 97%) Acumulado 364,858 De 418,383* ***87.2***

Comentario Y4Q3:

- *El incremento se debe por un lado a la inserción por parte de la SESAL de los implantes sub-dérmicos que recibió vía donación y por la manera directa de recolectar la información de AQV directamente desde ULAT a cada uno de los hospitales. Otra razón es que se reporta un importante gasto de bolsillo de parte de los usuarios/as comprado sus métodos.*

Gráfico No.1: Avances en el Indicador I del PMP – Y4Q3

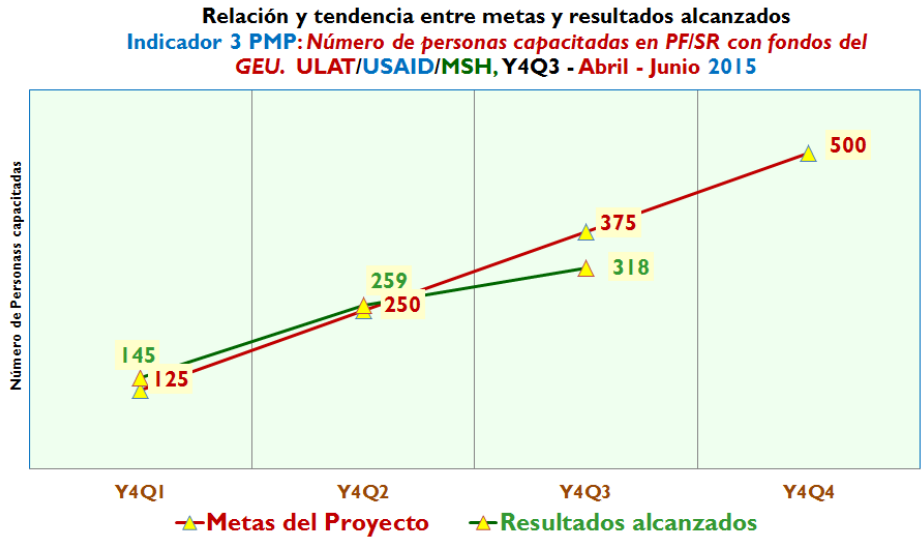


En el gráfico hay un cambio significativo en cuanto a la línea de resultados, se observa el acercamiento hacia la línea de meta programada, el resultado del trimestre acerca el cumplimiento de la meta acumulada a un 87.2%. Con los APP logrados en este trimestre se logró un 97% de la meta esperada al periodo.

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 2	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	Resultados Obtenidos				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.1 Incrementado el Uso y el Acceso a Servicios MI Y PF de CALIDAD								
Porcentaje de regiones de salud que realizan la programación anual utilizando la metodología descrita en la estrategia PF	*Regiones sanitarias que realizan la programación anual de sus actividades de PF utilizando los lineamientos de la EMPF. (Instrumentos 1.1. y 1.3 de la estrategia). Unidad: Regiones Sanitarias.*	100 % (PMP)	Anual	100%	100 %	100%	NA	NA
Comentario Y4Q3:								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 3	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	Resultados Obtenidos				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.1 Incrementado el Uso y el Acceso a Servicios MI Y PF de CALIDAD								
Número de personas capacitadas en PF/SR con fondos del GEU	*Número de personas (profesionales de salud, personal de atención primaria en salud, trabajadores comunitarios, voluntarios, personal no de salud) capacitados en los temas de PF y salud reproductiva. Unidad: Persona capacitada*	**375** *En el PMP NO hay meta, esta meta es del plan Y4*	Trimestral acumulativo	**0**	**429**	**145** *(107 mujeres y 38 hombres)*	**114** *(69 mujeres y 45 hombres) acumulado alcanzado 259 de 250 esperados, esto representa el* ***104%*** *de Meta acumulada*	**59** 44 mujeres 15 hombres
Comentario Y4Q3: - *Las 59 personas reportadas fueron capacitadas en el tema de PF-Rural en Trojes el Paraíso, la RISS de Erandique y Gracias Lempira.*								

Gráfico No.2: Avances en el Indicador 3 del PMP – Y4Q3



El gráfico muestra una línea de resultados que ha caído por debajo de la línea de las metas programadas, con una tendencia a la separación. El cumplimiento acumulado proporcional es del 85%. Este porcentaje se debe a que en este trimestre solamente se cumplió el 34% de la meta programada.

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 4	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	**Resultados Obtenidos**				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.2 Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar								
Número de políticas o guías desarrolladas o modificadas con apoyo del GEU para mejorar el acceso y uso de servicios PF/SR para las cuales existe evidencia de implementación inicial	*Incluye estrategias, intervenciones y lineamientos que conducen el quehacer de la Secretaria de Salud en PF/SR y que cuentan con respaldo legal de la SESAL.* Unidad: Políticas o guías.	0	Semestral	1	0	NA	NA	NA

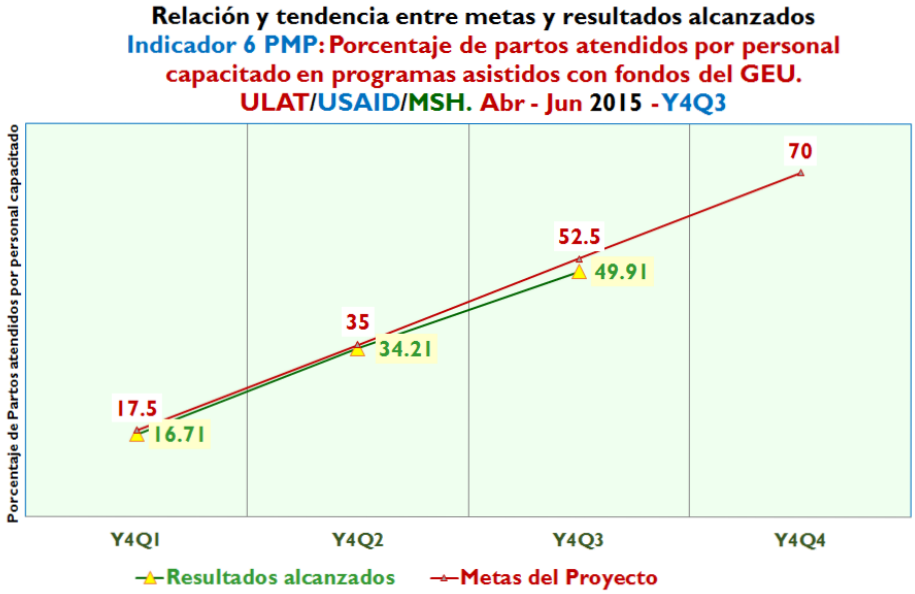
Comentario Y4Q3:

- *La meta establecida para este indicador fue cumplida en el año 2, cuatro documentos: (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.*

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 6	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	**Resultados Obtenidos**				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.1 Incrementado el Uso y el Acceso a Servicios MI Y PF de CALIDAD								
Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado en programas asistidos con fondos del GEU	Parto atendido en un hospital o clínica materna e infantil de la SESAL o en las unidades de salud con gestión descentralizada. Para considerarse como atención por personal calificado, se incluyen a médicos, enfermeras calificadas Unidad: Parto atendido en CMI/ Hospital/ o Desc. Unidad Medida: Partos	**Ajustado al período de ejecución del proyecto** **52.5%**	*Trimestral acumulado*	52%	63.5%	16.70% *de un* 17.50% esperado (R=37,896 de E=39,694 PMP) **95%**	34.21% *de un* 35% esperado acumulado *Al trimestre se obtuvo* **40,335** de E=39,694 PMP) para un **102%** *del trimestre. En acumulado tenemos:* **78,231 de 79,388 esperado 98.5%**	49.91% *de un* 52.5% esperado acumulado *Al trimestre se obtuvo* **35,622** de E=39,694 PMP) para un **90%** *del trimestre. En acumulado tenemos:* **113,853 de 119,082 esperado 95.6%**

Comentarios Y4Q3:

Gráfico No.3: Avances en el Indicador 6 del PMP – Y4Q3



Para este trimestre el resultado obtenido fue de 15.7% de 17,5 % esperado. En cifras absolutas en este trimestre se atendieron 35,622 *partos* de 39,694 *que se esperaba atender por personal capacitado, lo que corresponde al* ***95.6%*** *de la meta esperada para el trimestre. En el acumulado se ha logrado 49.91%, que es la proporción entre 113,853 atendidos al tercer trimestre y los 119,082 esperados*

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 7	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	**Resultados Obtenidos**				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.1 Incrementado el Uso y el Acceso a Servicios MI Y PF de CALIDAD								
Porcentaje de muertes maternas adscritas a la primera demora *(búsqueda de ayuda de emergencia)*	*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.*	En el PMP no hay meta	*Anual*	19%	22%	NA	NA	6% sola 31% 1 y 2 8% 1 y 3 15% 1, 2 y 3

Comentario Y4Q3:

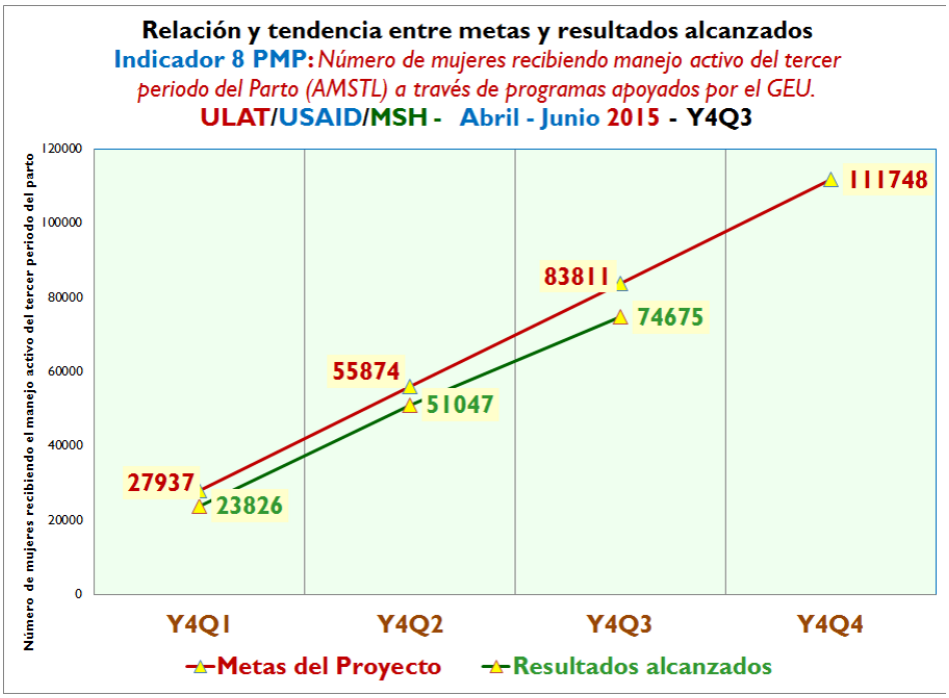
- *Estos resultados provienen del informe oficial de la vigilancia sostenida de la mortalidad materna para el año 2013, se observa una disminución importante de la participación de la primera demora sola, lo que indica una mejoría en la toma de decisiones para buscar ayuda, pero sigue habiendo problemas de acceso y de oportunidad y calidad de la atención institucional.*

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 8	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	Resultados Obtenidos				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.1 Incrementado el Uso y el Acceso a Servicios MI Y PF de CALIDAD								
Número de Mujeres recibiendo manejo activo del tercer periodo del Parto (AMSTL) a través de programas apoyados por el GEU	Mide el total de mujeres con MATEP de acuerdo a las normas nacionales	83,811 *(PMP proporcional)*	Trimestral acumulativo	99,287	91,867	23,826 de 27,937 esperado (85.28%)	*Acumulado* 51,047 de 55,874 *Esperados en el trimestre* **27,221** de 27,937 esperado. %Trim: **97%** % Acum:**91%**	*Acumulado* 74,675 de 83,811 *Esperados en el trimestre. Producidos* **23,628** de 27,937 esperado. %Trim: **85%** % Acum:**89%**

Comentario Y4Q3:

- *Este dato corresponde a 21 hospitales que llevan el RGH y que reportaron el indicador en el Cuadro de Mando Gerencial. (Hospitales que no remitieron información: El Progreso, San Lorenzo, Escuela y Occidente).*

Gráfico No.4: Avances en el Indicador 8 del PMP – Y4Q3



*La cifra alcanzada en este trimestre fue de 23,628 mujeres que recibieron el manejo activo del tercer período del parto, respecto a las 27,937 esperadas, corresponden al 85% de la meta establecida en este trimestre. El acumulado al tercer es de **74,675** con lo que se reduce del 91% al un 89% en lo acumulado al período. Con este resultado el gráfico presenta líneas separándose de la meta.*

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 9	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	**Resultados Obtenidos**				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.2 Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar								
Numero de políticas adoptadas con apoyo del GEU	Numero de políticas nacionales de reforma/ descentralización del sistema de salud financiadas con fondos del GEU, incorporadas en el Plan de trabajo de ULAT, redactadas en borrador y puestas a disposición de la dirección superior de la SESAL. Unidad: Política	2	Anual	3	6	NA	NA	NA
Comentario Y4Q3: -								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 10	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	**Resultados Obtenidos**				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.2 Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar								
Número de personas capacitadas en temas de salud materno-infantil a través de programas apoyados por el Gobierno de Estados Unidos	Numero de personas (profesionales de salud, trabajadores de salud, trabajadores comunitarios, personal voluntario, etc.) capacitados en temas de salud materno/neonatal y nutrición a través de programas apoyados por el gobierno de EUA. Unidad: Persona	**118** (PMP)	Trimestral acumulativo	0	543	157 *Mujeres 115.* *Hombres: 42*	**387** Mujeres: 296 Hombres: 91 *Para un* Acumulado de **544** Mujeres: 411 Hombres: 133	**171** Mujeres: 131 Hombres: 40 *Para un* Acumulado de **715** Mujeres: 542 Hombres: 173

Comentarios Y4Q3: *A continuación se desagrega por temas, sexo y componentes:*

Componente PF - SMI: Total: 83 personas (65 mujeres y 18 hombres)

1. CONE Hospitalario: Total 64 personas; 48M y 16H.
2. CONE Ambulatorio: Total 19 personas; 17M y 2H.

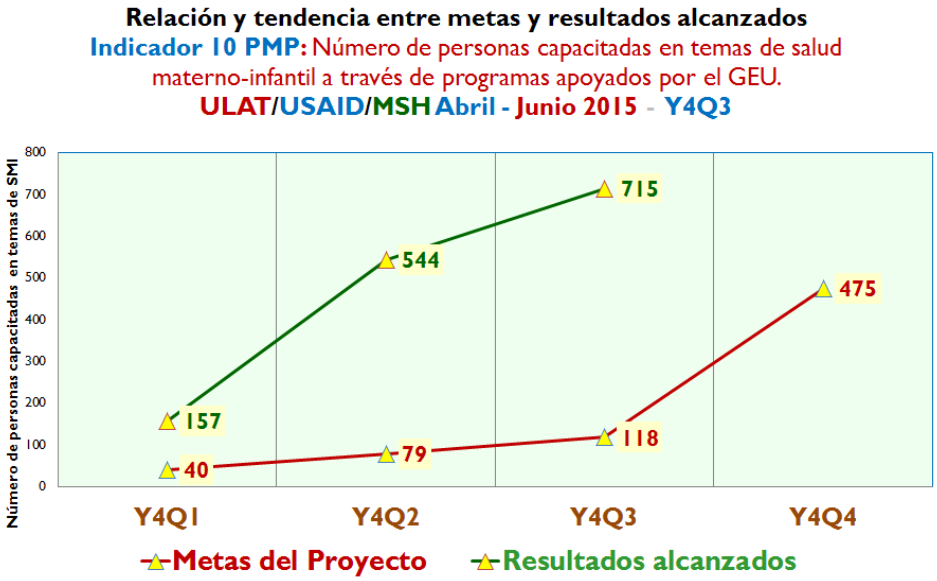
Componente Descentralización: 56 personas (43 mujeres y 13 hombres)

1. Lineamientos de Auditoria Social y Rendición de Cuentas a la Ciudanía en el marco de la Transparencia de la Gestión en los Servicios de Salud Descentralizados. Total 56 personas; 43M y 13H.

Componente Reforma: 32 personas (23 mujeres y 9 hombres)

1. Fortalecimiento de las capacidades instituciones en planificación y presupuestación 2016. Total: 13; 10M y 3H
2. Sistema Plural de Aseguramiento en Salud de las personas, Régimen Especial de Protección en Salud. Total: 19; 13M y 6H.

Gráfico No.5: Avances en el Indicador 10 del PMP – Y4Q3



El gráfico muestra el cumplimiento en el 150% de la meta programada para el año 4. Esto en parte se debe a capacitaciones realizadas por ULAT en el tema de CONE directamente a Hospitales y Regiones sanitarias, a pesar de que ya se habían cumplido las metas programadas. Además, a la demanda adicional en los temas de auditoría social y planificación institucional.

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 11	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	Resultados Obtenidos				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
Numero de planes gerenciales elaborados para el desarrollo organizacional de las RSD y con evidencia de implementación inicial	Mide cuantas RSD están preparados para iniciar la implementación del nuevo modelo de desarrollo organizacional para el nivel intermedio de la SESAL Unidad: RSD	**0**	Semestral	0	**8**	**NA**	**NA**	**NA**
Comentario *Y4Q3:* - *La Meta para este indicador ya fue alcanzada en el año 3.*								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 12	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	Resultados Obtenidos				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.2 Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar								
Numero de barreras de género abordadas en el Nuevo modelo de salud	*Barreras relacionadas con género, identificadas durante el análisis de diagnóstico con relación a género que será realizado por ULAT, que afectan negativamente el acceso y la cobertura a una cartera definida de servicios para la población más vulnerable y sub-atendida Unidad: Modelo de Salud*	***No hay datos en PMP.***	Anual	**0**	**4**	**NA**	**NA**	**NA**
Comentario Y4Q3:								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 13	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	Resultados Obtenidos				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.2 Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar								
Porcentaje de proveedores descentralizados en cuyos contratos se ha incluido la cláusula de auditoria social	*Define la cantidad de proveedores descentralizados en relación con la cantidad total de proveedores meta por año, que han firmado sus contratos con una cláusula de auditorías sociales incluidas en los mismos. En términos generales, la cláusula de auditoría social requiere que cada proveedor descentralizado sea sometido a procesos de auditoría social y transparencia.*	100% (PMP)	Trimestral acumulativo	**0**	100%	**100%**	**100%**	**100%**
Comentario Y4Q3: *Los convenios 2015 del primer nivel de atención establecen las regulaciones de la transparencia en la gestión en las clausulas 18 y 19 y como responsabilidad del gestor en la cláusula 7 inciso B, numeral 42. El Convenio de Gestión HSL clausula 23 y como responsabilidad del gestor en la cláusula 4ta inciso B, numeral 16.*								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 14	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	Resultados Obtenidos				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.2 Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar								
Número de personas cubiertas por acuerdos financieros en salud con apoyo del GEU	Número de personas viviendo en un espacio geográfico determinado, quienes han sido incluidos en un arreglo financiero en salud (contrato, compromiso) con el fin de recibir un conjunto garantizado de prestaciones en salud. Unidad medida: Personas	1,800,000 (PMP)	*Semestral acumulativo*	770,613	1,338,939	**NA**	**1,374,435**	**NA**
Comentario *Y4Q3:*								
- *La fuente de información son los contratos firmados con los gestores-proveedores año 2015.*								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 15	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	Resultados Obtenidos				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.2 Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar								
Número de Proyectos de Extensión de cobertura formulados por las Regiones Sanitarias utilizando la guía metodológica diseñada	*Número de nuevos proyectos de extensión de cobertura a través de proveedores descentralizados elaborados por las RSD, utilizando la guía metodológica diseñada para tal fin.* *Unidad Medida: Proyecto*	2/14 (PMP)	Semestral acumulativo	**0**	**38**	**NA**	**0**	**1**
Comentario *Y4Q3:*								
- *El Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de San Pedro Sula, ha presentado una propuesta técnica utilizando los lineamientos elaborados para tal fin.*								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 16	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	**Resultados Obtenidos**				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.2 Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar								
Número de hospitales preparados para iniciar la implementación del Nuevo modelo de gestión hospitalaria	Número de hospitales en los cuales se han completado la etapa preparatoria (condiciones básicas previas listadas en la definición de hospitales preparados) y para los cuales la Sub-secretaria de Redes de Servicios de la SESAL determina que el equipo de conducción hospitalario se encuentra listo para iniciar la implementación del nuevo modelo de gestión hospitalario. Unidad: Hospital	**2** (PMP)	Semestral	**0**	**0**	**NA**	**0**	**NA**
Comentario *Y4Q3:* -								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 17	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	**Resultados Obtenidos**				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.2 Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar								
Porcentaje de puestos de entrega asistidos por el GEU, experimentando desabastecimiento de drogas específicas trazadoras (PF) *(anticonceptivos)*	*Porcentaje de (Unidades de Salud) puestos de entrega que en el inventario físico reportan desabastecimiento de al menos un método anticonceptivo para cubrir las necesidades de distribución de un mes calendario.* *Unidad: unidades de salud*	43%	Semestral	53%	78%	**NA**	**84%**	82%
Comentarios Y4Q3: Se realizó el inventario físico de anticonceptivos en mayo de 2015, cuyo informe esta en elaboración. Sus resultados preliminares mostraron un alto porcentaje de unidades de salud desabastecidas. Para diciembre era de 84% y en mayo de 82%.								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 18	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	Resultados Obtenidos				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.4 Uso de Datos para la toma de Decisiones.								
Número de decisiones gerenciales tomadas en base a informes de monitoria y Evaluación de la SESAL.	*Decisiones gerenciales (administrativas, técnicas, financieras) tomadas por las autoridades del nivel central de la SESAL basadas en el análisis de los informes de Monitoria y Evaluación recopilados a través de la UPEG y las Sub-secretarías de Redes de Servicios y Riesgos poblacionales con sus respectivas Direcciones Generales, y documentadas en ayudas memoria/ actas o informes de reuniones de evaluación o jornadas de análisis*	**4** (PMP)	*Trimestral acumulativo*	CERO	**NA**	**NA**	**NA**	**5**
Comentario Y4Q3: -El Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión (SIMEG) está culminando la fase de diseño. No obstante, los esfuerzos realizados para su construcción en un trabajo conjunto con los procesos de planificación estratégica, y planificación operativa, han facilitado la colección y análisis de datos concernientes a la gestión de la SESAL y han permitido sustentar la toma de cinco decisiones importantes, que en este período estamos reportando, estas son: *1. Formulación del Plan Estratégico Institucional 2014-2018 y el Plan Operativo Anual 2016* *2. Conformación del CONCOSE, prioridades, evaluación y decisiones adoptadas* *3. Descentralización de hospitales y puesta en funcionamiento de los policlínicos* *4. Formalizar compromiso de gestión con las Regiones Sanitarias* *5. Proveer información a las instituciones nacionales y sectoriales* *-Un informe técnico adicional que contiene la descripción del resultado presentado ha sido incorporado al archivo de evidencias del indicador No.18 del PMP.*							

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 19	Definición del Indicador	Meta **Año 4**	Periodicidad	Resultados Obtenidos				
				Línea Base	**Año 3**	**Año 4**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.4 Uso de Datos para la toma de Decisiones.								
Número de leyes, políticas o *procedimientos* en borrador, propuestos o adoptados que promuevan la equidad de género a nivel regional, nacional o local.	*Cualquier ley, política o procedimiento diseñado para promover o fortalecer la equidad de género a nivel regional, nacional o local, desarrollado con asistencia del GEU Unidad. Ley, política o procedimiento.*	**3** *(PMP)*	Semestral	0	5	**NA**	**0**	**NA**
Comentario Y4Q3:								

VII. Gerencia de Proyecto

Tabla 4- Prioridades Gerenciales abordadas en este período de reporte

Prioridades gerenciales	Estado	Comentarios
Formulación de la propuesta técnica y financiera para la extensión del proyecto por un periodo de 11 meses que incluyó el correspondiente plan detallado de trabajo. También incorporó como anexos una versión modificadas del plan de hitos y el PMP ajustado.	Finalizado	La propuesta fue formulada en respuesta a la solicitud de USAID RFP SOL-522-15-000007 y tiene como implicación el reajuste de las líneas de trabajo del proyecto y de la dotación de los recursos humanos para ejecutarla.
Participar de la reunión semanal con el COR del proyecto para monitorear el desarrollo de las actividades en cada componente del proyecto.	Ejecutado en forma continua y sistemática	Es un aspecto estratégico de mucha importancia que contribuye al éxito del proyecto.
Concluir los procesos de contrataciones de: (i) consultoría para la implementación de la Política Nacional de Calidad y del plan de implementación. (ii) consultoría para la focalización y priorización de grupos poblaciones, y (iii) consultoría para el desarrollo de proceso del MGH.	Finalizado	Los procesos de contratación para el desarrollo de estas consultorías no fueron concluidos debido a la falta de personal calificado disponible para ejecutarlas y la no disponibilidad de los profesionales seleccionados por motivos de diversa índole. Consecuentemente se consideran procesos fracasados.
Concluir el proceso de contratación de la consultoría internacional para la elaboración de una propuesta de un fondo nacional de salud.	Finalizado	El proceso de contratación para la consultoría internacional para la propuesta de un fondo de salud se declaró fallido en la fase de negociación, debido que el profesional seleccionado no tenía disponibilidad para desarrollarla en el país como es requerido.
Remisión del informe del segundo trimestre del cuarto año del proyecto para aprobación de USAID.	Finalizado	El informe fue remitido a USAID el 10 de abril 2015.
Concluir con los trámites de exoneraciones de impuestos varios y de tasa de seguridad poblacional.	Finalizado	Este proceso fui finalizado con la obtención de la resolución de la SEFIN en la que se otorga la exoneración de los impuestos por los periodos del 2013 al 2015 inclusive.
Continuar con la coordinación con el BID, las acciones relacionadas para la implementación de los acuerdos entre la SESAL y la fundación que gestiona el Hospital San Lorenzo, así como las acciones preliminares para formular los acuerdos entre la SESAL y los hospitales de La Esperanza y Gracias.	Ejecutado en forma continua y sistemática	La SESAL ha decidido extender el proceso a 5 nuevos hospitales.
Continuar con las acciones de coordinación OPS, para la discusión de los temas de	Ejecutado en forma	Se realiza de acuerdo a un plan de trabajo establecido.

cobertura universal de salud y el conjunto garantizado de prestaciones que están vinculados con el MNS, y para la socialización de los resultados de la evaluación de la política de RAMNI	continua y sistemática	
Coordinación con JICA en los aspectos relacionados con la configuración de las redes en el marco de la implementación del MNS y la validación técnica de las guías para la operación de los equipos de atención primaria.	Ejecutado en forma continua y sistemática	De acuerdo al nivel de ejecución de los procesos de los proyectos.
Coordinación con el LMG sobre el DO de la UAFCE.	Iniciado	Pendiente de contratación por parte del LMG de una consultoría específica.
Continuar con la participación en reuniones de seguimiento del plan de monitoreo del proyecto (PMP) con los mecanismos implementadores de USAID.	Ejecutado en forma continua y sistemática	Las reuniones se efectúan por convocatoria de USAID.
Análisis sistemático de los escenarios políticos, sociales y económicos que inciden sobre el desarrollo del proyecto.	Ejecutado en forma continua y sistemática	Se requieren identificar los aspectos facilitadores u obstaculizadores del desarrollo del proyecto.

Tabla 5- Prioridades Gerenciales para el Próximo Periodo

Prioridades Gerenciales para el siguiente periodo de reporte	Comentarios
Desarrollar con el equipo de trabajo, las actividades preparatorias para poner el proyecto en condiciones de ejecución del plan de trabajo aprobado por USAID junto con la propuesta técnica y financiera para la extensión del proyecto.	El marco referencial está constituido por el plan de trabajo aprobado.
Desarrollo de las actividades gerenciales vinculadas con la adecuación de la estructura de recursos humanos que dispondrá el proyecto de acuerdo a la propuesta técnica y plan de trabajo aprobados por USAID.	El cierre progresivo del proyecto en el periodo de extensión implicará el reconocimiento de los derechos laborales para el personal que finalizará su contrato y la verificación del cumplimiento de todos los elementos relacionados con los procesos técnicos que se culminan.
Participar de la reunión semanal con el COR del proyecto para monitorear el desarrollo de las actividades en cada componente del proyecto.	Es un aspecto estratégico de mucha importancia que contribuye al éxito del proyecto.
Ejecutar los procesos de contrataciones de las seis consultorías nacionales contempladas en el plan de trabajo aprobado para el periodo de extensión del proyecto relacionadas con la estrategia de la SESAL de PF en el área rural,	Se elaborarán los términos de referencia y se someterán al proceso de contratación establecido para contar con los recursos con la oportunidad requerida.
Elaboración y remisión del informe anual del proyecto, para aprobación de USAID y preparar los ajustes de acuerdo a las observaciones que	El informe será remitido el 30 de octubre de 2015.

Prioridades Gerenciales para el siguiente periodo de reporte	Comentarios
sean efectuadas.	
Iniciar las acciones para solicitar la exoneración de varios impuestos y de la tasa de seguridad poblacional, para el periodo 2016.	Debido a la tardanza en el procedimiento imputado a la actividad gubernamental, se iniciara con estas actividades tan pronto lo permitan los procedimientos administrativos establecidos.
Continuar con la coordinación con el BID en relación a: (i) la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015), en el ámbito de influencia de dicho proyecto, y (ii) el abordaje de los temas relacionados con la autonomía hospitalaria, la descentralización y el fortalecimiento del rol rector y el DO de la SESAL.	De acuerdo a la ejecución de los procesos de los proyectos y a los acuerdos que se vayan estableciendo oportunamente.
Coordinar con OPS para definir técnicamente enfoques y abordajes: (i) en el fortalecimiento de las instancias de conducción de la estrategia para la reducción acelerada de la mortalidad materna, (ii) en la descentralización hospitalaria, y (iii) los temas relacionados con la instrumentación del MNS y sobre la estrategia para la cobertura universal de salud.	De acuerdo a la ejecución de los procesos de los proyectos y a los acuerdos que se vayan estableciendo oportunamente.
Coordinación con JICA sobre los aspectos vinculados con la implementación de los componentes de atención del nuevo MNS.	De acuerdo a la ejecución de los procesos de los proyectos y a los acuerdos que se vayan estableciendo oportunamente.
Coordinar con el LMG en los aspectos de asistencia técnica hacia la UAFCE y la UGD orientadas a la implementación del DO de estas unidades.	De acuerdo a la ejecución de los procesos de los proyectos y a los acuerdos que se vayan estableciendo oportunamente.
Continuar con la participación en reuniones de seguimiento del PMP con los mecanismos implementadores de USAID.	Las reuniones se efectúan por convocatoria de USAID.
Análisis sistemático de los escenarios políticos, sociales y económicos que inciden sobre el desarrollo del proyecto en el marco de la nueva administración.	Se requieren identificar los aspectos facilitadores u obstaculizadores del desarrollo del proyecto.

Tabla 6- Gastos Anticipados por línea presupuestaria para el siguiente período

Rubro (Line Item)	Gasto Anticipado
Uso de los Servicios de Calidad en Salud Materna e Infantil y Planificación Familiar Incrementado	US$247,509
Servicios Sostenibles Materno- Infantil y Planificación Familiar	US$300,547
Sistemas de Vigilancia Epidemiológica/de Salud y de Monitoreo y Evaluación actualizados y mejorados	US$41,251

VIII. Principales Conclusiones

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

i. El proceso del DO del nivel central de la SESAL ha continuado recibiendo una alta prioridad en la agenda política de la Ministra de Salud por lo que ha sido una acción destacada durante el trimestre. Esta decisión tuvo incidencia en las condiciones de celeridad para la ejecución de las actividades vinculadas con las líneas correspondientes del proyecto, como la finalización de la propuesta del MOF, el abordaje del manual de procesos y procedimientos en las unidades estratégicas y de apoyo dependientes del despacho ministerial. También se transitó en la implementación de los manuales de organización y funciones, de procesos y procedimientos y el de perfiles de puestos y funciones. Estas acciones tienden a la consolidación de la nueva estructura de la SESAL.

ii. Se ha ido superando poco a poco, las circunstancias condicionantes para algunos de los procesos generada por la distribución de los recursos humanos que dispone el nivel central en función de las distintas instancias y unidades definidas en la nueva estructura orgánica y funcional. Con la asunción de las nuevas responsabilidades por los funcionarios se ha ido clarificando quienes actuaran como contrapartes específicas en las diferentes líneas de acción del proyecto, aunque obviamente se está demandando recapacitaciones en los temas relacionados con el enlentecimiento natural que ello provoca en los procesos.

iii. La participación en las discusiones para la formulación de una propuesta de ley de sistema de salud que forma parte de un conjunto de instrumentos legal con que se desea configurar el marco de la protección social en el país desde la perspectiva de la cobertura universal ha continuado demandando esfuerzos importantes. Aunque se ha avanzado en este objetivo, la limitación fundamental para arribar a una propuesta final ha estribado en el hecho que aunque la ley marco de protección social en la cual se inscribe fue aprobada por el Congreso Nacional, aún no ha sido publicada en el diario oficial La Gaceta para conocer la redacción final de su articulado y definir su vigencia.

iv. Ha sido importante la asistencia de ULAT/USAID en el proceso de adaptación que la UPEG ha tenido que desarrollar en cuanto a la planificación institucional en relación a las plataformas configuradas por el gobierno central orientadas tanto a una gestión por resultados como a la presupuestación con base cero.

v. En general, la adecuación a las situaciones que, en algunos momentos, generan incertidumbre, se hace debido a la credibilidad que ULAT tiene frente a las autoridades de la SESAL, que permite colocar en la oportunidad debida los temas vinculados con el proyecto en la agenda política.

vi. No obstante, las circunstancias particulares por las que sigue atravesando el IHSS, se ha continuado avanzado en la implementación de la estrategia institucional de PF en el ámbito de responsabilidades de conducción de la DMN.

vii. Dado el estilo y el enfoque de trabajo del proyecto, se continúan facilitando las acciones de coordinación con otros proyectos y agencias cuyas líneas de trabajo son convergentes con las ULAT, lo que propicia la entrega de una asistencia a la SESAL más integrada.

viii. 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.

ix. La acción más relevante del periodo estuvo representada por los esfuerzos para la formulación de una propuesta técnica en respuesta al RFP SOL-522-5-000007. Esta labor exigió adicionalmente la evaluación de todas las líneas de trabajo, la selección de aquellas que requieren un esfuerzo adicional para su consolidación, la evaluación y ajuste del plan de hitos y la actualización del plan de monitoreo del desempeño del proyecto que fueron presentados en su oportunidad y aprobados por USAID. En términos prácticos, se ha puesto en marcha el proceso de transición hacia la expansión con las implicaciones técnicas, administrativas y financieras que ha impuesto.

x. 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.

IX. Noticias e Historias de Éxito

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

HISTORIA DE ÉXITO *"Implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria: una experiencia de Liderazgo y Gerencia"*

Foto: Doña María Elvir Méndez de 82 años, pobladora de Gracias, Lempira, opina sobre la mejoría de la calidad de atención en el Hospital Juan Manuel Gálvez a partir de la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria.

Foto: Gerentes del Hospital "Juan Manuel Gálvez" que impulsaron la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria como miembros del grupo Líder, en la fase de transición.

Foto: Equipo Líder y de trabajo Hospital Enrique Aguilar Cerrato. Implementación del Nuevo modelo de Gestión Hospitalaria.

Foto: Equipo de trabajo Hospital San Lorenzo. Implementación del Nuevo modelo de Gestión Hospitalaria.

La Secretaría de Salud de Honduras está impulsando cambios en el sistema de salud para beneficiar a las personas más desprotegidas, con menos recursos y consideradas en condiciones de extrema pobreza. Entre estos destaca la implementación del *Modelo de Gestión Hospitalaria*, entendido como una nueva forma de administrar los hospitales y que se promueve con la asistencia técnica del proyecto USAID/ULAT, para superar la realidad que viven estas unidades de servicios sin medicamentos e insumos básicos, con mala calidad de la atención y con falta de organización en todas las áreas, desde la vigilancia, pasando por la hospitalización, hasta llegar a los quirófanos. *"La falta de orden ha sido tal, que la acumulación de las cirugías ha obligado a las personas de escasos recursos a esperar hasta un año para ser operados"*, manifestaron de una u otra manera, funcionarios que laboran en los tres "hospitales piloto" que implementan el modelo. La experiencia demostrativa se está realizando en los Hospitales "Enrique Aguilar Cerrato" y "Juan Manuel Gálvez" en el occidente del país, y en el Hospital "San Lorenzo" en el sur. Los tres atienden a poblaciones en extrema pobreza e integran redes de servicios con los indicadores de salud más deficientes del país.

"*Si bien la actitud y la participación del personal frente a la implementación del modelo han cambiado, las cosas no han sido fáciles*" señaló el Dr. Pérez del Hospital de Gracias en el Departamento de Lempira. Los "equipos líderes" de esos tres hospitales, "*han enfrentado reacciones de confrontación de parte del gremio médico, de grupos sindicales y de personas que miraban al modelo como una estrategia para privatizar los servicios públicos hospitalarios*", acotó el Dr. Pérez.

El plan elaborado para implementar el modelo contempla que, en la etapa inicial, un ***equipo líder*** integrado por profesionales destacados del hospital impulse acciones para prevenir y enfrentar la resistencia al cambio que efectivamente se presentó. Al respecto, Santos Urrutia, Licenciada en Enfermería del hospital de Lempira, dijo que el éxito requiere de un equipo líder comprometido; entres sus comentarios señaló: "*el equipo líder tuvo que armarse de paciencia, de creatividad y de entrega para involucrar al resto del personal y modificar la actitud de resistencia al cambio, que era lógico que se presentara en aquellos recursos con muchos años de trabajo en un ambiente sin cambio y que por ello consideraban que el modelo solo les traía más trabajo. Ahora ven que es lo contrario, que organizando los procesos, el trabajo es más fácil y con mejores resultados*"

"*El trabajo realizado es grande, la implementación ha sido poco a poco, pero nosotros sentimos la diferencia, ahora atienden más rápido y casi siempre hay medicamentos*", afirmó doña María Elvir Méndez pobladora de la comunidad de Gracias, Lempira. "*El impacto requiere de mucha reflexión del personal, para aceptar que podemos obtener mejores resultados, revisando los procesos, aunque tengamos muchos años de experiencia. Esa es la tarea de los gerentes, ser líderes que permanentemente busquen la calidad para lograr los cambios esperados*" expresó la Lic. Suyapa Cruz, del Hospital "Enrique Aguilar Cerrato" del departamento de Intibucá.

"*El equipo es clave para impulsar este modelo, pero se requiere seleccionar bien a los líderes, por ejemplo en su actitud y en la disponibilidad de tiempo que tengan para dedicar al proceso*", *señaló el Dr. Domingo Amador, Hospital "Enrique Aguilar Cerrato". "Los logros en nuestro hospital son evidentes, hemos reducido la mora quirúrgica a cero, el abastecimiento del hospital en insumos básicos es de más del 90%. No ha sido fácil, se ha necesitado un elevado compromiso, la comunicación efectiva que la finalidad es beneficiar a la población" expresa la Lic. Alba Consuelo Flores, Directora del Hospital "San Lorenzo", en el departamento de Valle.*

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

HISTORIA DE ÉXITO *"Auditoría Social de los servicios descentralizados de salud: participación ciudadana en el control y la transparencia de los bienes públicos"*

Foto: "La auditoría social busca conocer si la gente está satisfecha con los servicios, esto que los convenios dicen de mejorar la salud, hasta ahí es donde se quiere llegar" manifiesta María Hernández, secretaria de la red de transparencia.

Foto: "La AS debe llevar un elemento de provocar un cambio, y ser nosotros los actores de ese cambio, y no que venga de agentes externos", señaló el presidente de la Red de Transparencia, José Chinchilla.

Fotos: Maynor Mejía, gerente del gestor, puntualizó "*Vemos el resultado de la AS, porque nos están diciendo nuestra realidad, nuestras fortalezas y nuestras debilidades. El objetivo es retomar esto y ver de qué forma podemos mejorar*"

María del Carmen, pobladora del municipio de San Nicolás, en el departamento de Copán, recientemente recibió atención en los servicios descentralizados de salud gestionados por la mancomunidad Chortí (MANCHORTI). Opina que: "*ellos anotan a los pacientes – refiriéndose a la consulta - por orden de llegada, pero a los mayores nos ven primero. La doctora atiende bien y no se tarda en pasarme, y eso es bueno porque yo no puedo estar mucho rato sentada. Me dieron medicina también, así que me siento bien atendida*".

El gestor MANCHORTI fue sujeto de una auditoria social (AS) por parte de la Red Regional de Comisiones Ciudadanas de Transparencia del Occidente de Honduras (RRCCTOH), con el objetivo de contribuir al mejoramiento de los servicios de salud mediante el análisis del cumplimiento del convenio de gestión de servicios que tienen suscrito con la Secretaría de Salud.

María Luisa Hernández, ama de casa, quien funge como secretaria de la red de transparencia (RRCCTOH), comenta sobre su participación que "*es importante meterse al rollo de la AS, pues así sabemos cuánto nos toca a cada uno y que ellos – los gestores - sepan que hay cosas que no pueden hacer sin consultar. Este proceso es importante porque como sociedad civil adquirimos conocimiento de que es lo que reciben ellos, y que tenemos como derecho para recibir nosotros. Cuando les preguntamos respecto a la atención, a los pacientes, ellos se sienten satisfechos porque antes no tenían médico, ahora lo tienen, y además tienen un odontólogo. También, la mancomunidad nos dio una apertura excelente, estaban dispuestos al dialogo y nos dieron la información que requerimos y pudimos constatarla viendo los documentos.*"

"*En lo personal,* - continua María Luisa - "*me llevo la satisfacción de haber aprendido, tener conocimientos de los procesos de AS y haberlos puesto en práctica. Ahora podemos llevarla a cabo también en los municipios donde nosotros vivimos, Yo le digo a los representantes del gestor "mire! estos son los procesos que debemos realizar", y el alcalde en su condición de gestor me contesta: "con mucho gusto, yo estoy a la orden*".

Por su parte, el Lic. Maynor Mejía, gerente de la MANCHORTI, consideró que "*la capacitación, fue muy valiosa e interesante, nos ha dado una mejor visión sobre lo que se pretende con la AS y desde ya queríamos realizar una porque realmente garantiza conocer el punto de vista de la gente de la comunidad. El proceso para nosotros como mancomunidad fue muy excelente. Realmente me sentí bien, no me sentí presionado; la instrucción que se les dio a las unidades de salud fue que hubiera apertura, transparencia en decir las cosas y en mostrar la información, porque nos caracterizamos por mantener bien ordenado y bien documentado el trabajo*".

El Dr. Eduardo Retes, de la Unidad de Gestión Descentralizada (UGD) de la Secretaria de Salud, manifiesta que "*esta auditoria social es un insumo de mucho valor a nivel de país*". Y es que este proceso es el primero donde ambas partes están capacitadas sobre el tema de AS y sus responsabilidades para garantizar la transparencia de la gestión de los gestores locales que brindan servicios de salud. Lo anterior gracias al trabajo coordinado entre los proyectos USAID/NEXOS, capacitando a la sociedad civil sobre la metodología de la auditoria social, y ULAT/USAID, brindando capacitación a los gestores de salud para someterse a la AS en cumplimiento de lo estipulado en el convenio de gestión que han suscrito con la Secretaría de Salud. Se contribuye en un esfuerzo conjunto, a generar una cultura de transparencia encaminada a mejorar los servicios de salud a la población.

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

HISTORIA DE ÉXITO *"Participación del hombre en la atención de su pareja contribuye a cuidar su salud"*

Foto: Los agentes comunitarios en un intercambio de experiencias, comentan sus estrategias para lograr que los hombres acompañen a las mujeres durante sus visitas a las unidades de salud para control de su embarazo y la atención del partto.

Foto: Agentes comunitarios jóvenes participan en la capacitación, sobre la referencia a la atención prenatal, al parto en el hospital, y la planificación familiar, ahora, con la incorporación del tema de género en las capacitaciones contribuyen con la participación del hombre y el autocuidado.

Fotos: Un paciente captado en los controles prenatales de su esposa, espera consulta para su atención y chequeo prostático.

Con apoyo del proyecto USAID/ULAT a la Secretaría de Salud, se ha dado seguimiento a las y los agentes comunitarios capacitados, en el marco de la implementación conjunta de estrategias comunitarias (ICEC) dirigidas a mejorar la atención del embarazo y el parto de las mujeres que viven en las zonas rurales más alejadas. Ha resultado interesante observar como los temas relacionados con la perspectiva de género de estas capacitaciones y abordados para fomentar la participación activa y consciente de los hombres en apoyo de sus familias, están dando resultados más allá de lo esperado.

"Agradecemos al proyecto de USAID/ULAT por apoyarnos en la capacitación de los agentes comunitarios; son notorios los cambios en la actitud de los hombres y se observa la preocupación de ellos por acompañar a su pareja, situación que estamos aprovechando para ofrecerles a ellos servicios que beneficien su propia salud" señaló el Dr. José Ernesto Maradiaga, un entusiasta facilitador de los temas de género de una de las Redes Integradas de Salud, en comunidades alejadas de Honduras. Agregó, "*En los últimos meses hemos incrementado la detección de problemas prostáticos de hombres referidos por los agentes comunitarios que hemos capacitado en los temas de género*".

"*Los hombres antes no conocían el término de vasectomía (operación en el hombre para limitar la fertilidad), ni mucho menos preguntaban sobre donde se la podían hacer, ahora sí, tal vez sean pocos, pero ya vienen preguntando, nosotros les explicamos todo y nos aseguramos que se vayan satisfechos sobre sus inquietudes, para que en el futuro vengan más hombres*" comentó la Licenciada Sonia Rivera, enfermera de zonas alejadas en Choluteca, al sur de Honduras.

"*El mayor éxito lo estamos viendo en una estrategia que estamos implementando en el control prenatal. Hemos promovido la realización de un ultrasonido obstétrico en el último trimestre del embarazo a estas mujeres de zonas alejadas, a un costo simbólico o a veces de forma gratuita. Se invita a los hombres para que vean en el vientre materno al bebé y esto los ha impresionado mucho, de tal forma que las mujeres que antes venían solas, ahora en su mayoría vienen acompañadas. Aprovechamos para atenderl a los hombres, les damos consejería y logramos que se enteren más de las problemas de la próstata, enfermedades de transmisión sexual y sobre la planificación familiar…"* Señaló el Dr. Maradiaga, también de Choluteca.

Entre las opiniones de los agentes comunitarios capacitados, sobre la participación del hombre y de cómo lograr un mayor acercamiento de ellos a los servicios de salud, Arsenio es de la opinión que "*a los hombres se nos tupe la mente en el parto, por eso nos tenemos que capacitar para saber y no asustarnos, el personal de salud nos apoya en eso, así nosotros, que conocemos a los varones de nuestras comunidades, tenemos más argumentos para lograr que ellos apoyen a sus mujeres…*"

Paulino, otro agente comunitario expresó: *"los hombres somos así con nuestras parejas, porque a lo mejor nunca hemos tenido la oportunidad de participar; ahora con más conocimientos ya lo podemos hacer, y podemos predicar con el ejemplo"*. En todas las redes de servicios de salud visitadas, se percibe el entusiasmo y se comentan los logros sobre la participación del hombre en el cuidado de sus parejas y los excelentes resultados con la motivación del hombre al conocer sobre los derechos de las mujeres y las igualdades de oportunidades en el cuidado de la salud.

X. Listado de Anexos

Hito	Nombre de Hito	Documento Entregable	Estatus de Entrega	Fee
	Transversalización de Género	Documento conteniendo la propuesta para la conformación del equipo de integración.	Entregado	NO
		Informe anual de los contenidos de género propuestos para su incorporación en la evaluación y en la actualización de la EGSPF del IHSS.	Entregado	NO
		Boletín trimestral de género	Entregado	NO
		Informe de las actividades realizadas en cada fecha conmemorativa y su resultado.	Entregado	NO
		Informes trimestrales de las actividades de seguimiento a la ICEC, en los aspectos de género.	Entregado	NO
14	Sistema logístico de anticonceptivos (programación, adquisición, almacenamiento y distribución de anticonceptivos) completamente implementado.	Informes del funcionamiento de la herramienta consolidadora de datos Logísticos (HCDL).	Entregado	NO
22	Estrategia de PF del SESAL consolidada.	Informe de la ejecución plena de la estrategia de PF implementada.	Entregado	NO
23	Proveedores descentralizados incrementan la cobertura de servicios de PF en grupos objetivo	Informe sobre el aumento de la cobertura de servicios de PF por proveedores descentralizados.	Entregado	NO
152	Consolidada la Estrategia de PF en el IHSS	Informe de la evaluación de la estrategia para la gestión de los servicios de PF (EGSPF).	Entregado	NO
41	Completados e implementados los planes de trabajo de RAMNI en 2014 en los niveles nacional y regional	Informe de la evaluación de medio término de la política RAMNI.	Entregado	NO
		Planes de trabajo de RAMNI 2014 de las regiones seleccionadas. (El Paraíso).	Entregado	NO

		Documento de la propuesta metodológica de AIN-C para proveedores descentralizados.	Entregado	NO
151	Estrategia de PF en el área rural expandida a nivel nacional a través de gestores descentralizados, utilizando la implementación conjunta de las estrategias comunitarias (ICEC).	Informes sobre la capacitación de Monitoras/es y personal institucional capacitados en PF rural.	Entregado	NO
		Informe de monitorías del proceso de ICEC.	Entregado	NO
53	Normas y protocolos materno - neonatal monitoreados para el cumplimiento en unidades de salud de la SESAL	Informes de capacitación en aplicación de las normas maternas y neonatales utilizando la metodología y herramientas diseñadas.	Entregado	NO
		Informe de implementación de las listas de chequeo.	Entregado	SI
		Historia clínica de hospitalización neonatal actualizada.	Entregado	NO
		Historia clínica neonatal ambulatoria rediseñada.	Entregado	NO
		Informe de seguimiento de la implementación de la HCPB con las gráficas incorporadas.	Entregado	NO
71	Las competencias en la planificación institucional y de la organización desarrollada.	Listado de productos programables por producto trazador, vinculado al PEI 2014-2018.	Entregado	NO
		Modelo de asignación de presupuesto basado en la eficiencia y eficacia.	Entregado	NO
		Informe sobre las competencias desarrolladas en planificación estratégica	Entregado	NO
67	Manuales de procedimientos y descripción de puestos para los niveles central y regional de la SESAL elaborados (Fase II).	Documento conteniendo el manual descripción de puestos (MDP).	Entregado	NO
71	Las competencias en la planificación institucional y de la organización	Documento conteniendo el manual de procesos y procedimientos.	Entregado	NO

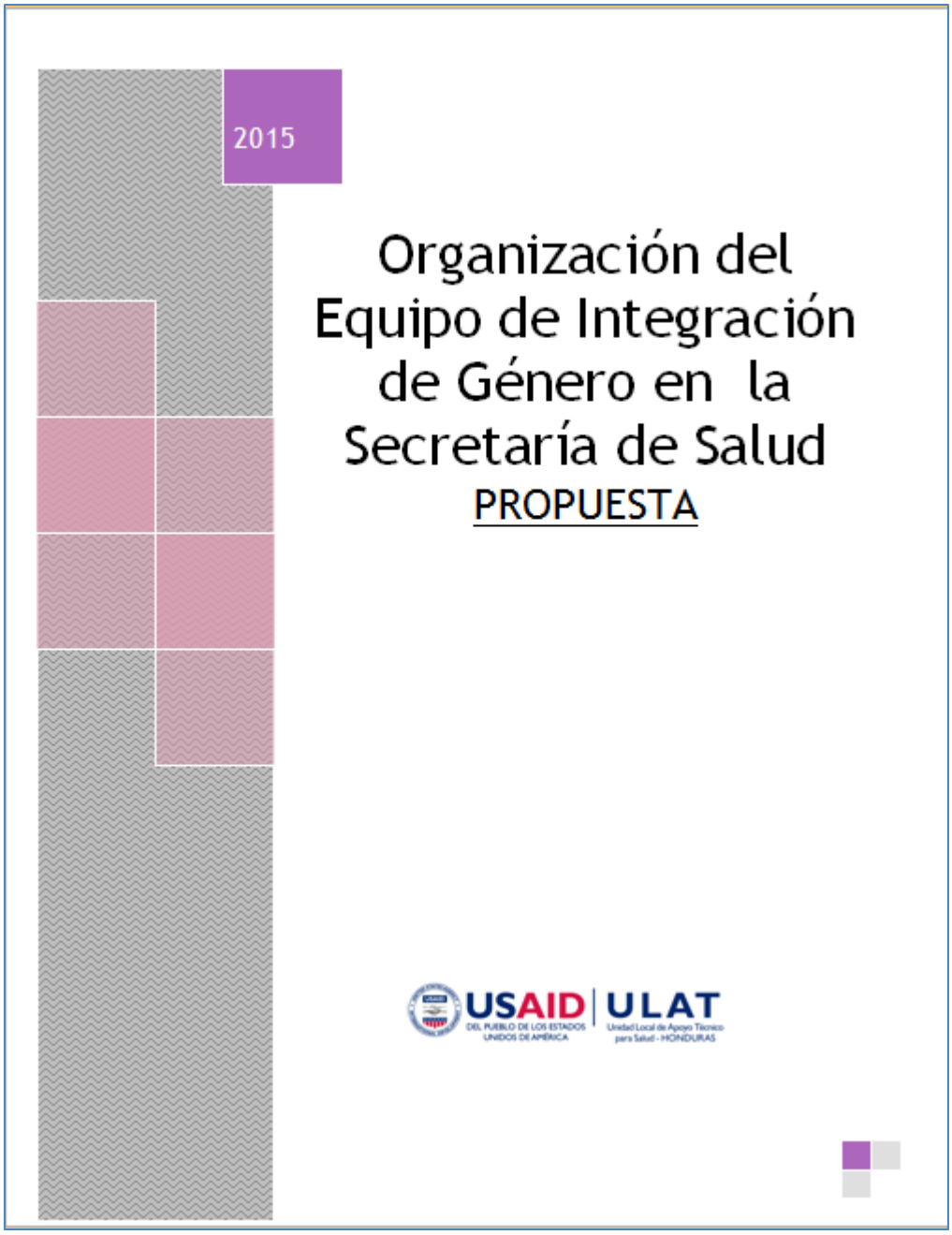
	desarrolladas.	Documento conteniendo la plantilla básica de puestos y funciones del nivel regional aprobado.	Entregado	NO
		Documento conteniendo el plan de implementación de los manuales aprobados.	Entregado	NO
		Informe de capacitaciones del DO regional.	Entregado	NO
		Informe anual del grado de implementación de la nueva estructura orgánica y funcional de las regiones sanitarias.	Entregado	NO
79	Elaboradas y aprobadas las guías o instrumentos para los componentes de gestión y financiamiento del MNS.	Guías para la implementación del MNS diseñadas y validadas.	Entregado	NO
97	Elaborada una guía para el monitoreo y evaluación de la implementación del plan de descentralización.	Documento técnico para la elaboración del plan de monitoreo y evaluación de la implementación del plan regional de gestión de la RISS.	Entregado	NO
101	La currícula de capacitación para el desarrollo de las capacidades técnicas y administrativas en los proveedores es evaluada.	Informe de avaluación de las capacidades de los gestores descentralizados	Entregado	SI
94	Incrementada la implementación de los manuales de organización y procedimientos para la gestión autonómica hospitalaria (Fase II).	Informe trimestral de avances de la implementación del MGH.	Entregado	NO
		Informe trimestral de avances del rediseño de procesos y organización funcional del servicio de emergencias del HEU.	Entregado	NO
98	Evaluación de la implementación del modelo de gestión hospitalaria	Documento de evaluación del proceso y resultados de la implementación del MGH en tres hospitales.	Entregado	NO
99	Proveedores descentralizados tendrán reuniones públicas para rendición de cuentas y transparencia	Informes trimestrales del proceso y de los resultados de la rendición de cuentas y transparencia, y de las auditorias	Entregado	NO

		sociales realizadas a los gestores.		
114	Diseñada una Propuesta de Plan de Implementación de la Herramientas Gerenciales (HG-SPSS) del Componente de Aseguramiento del MNS.	Documento ajustado de la propuesta de plan de implementación de las herramientas gerenciales del sistema de protección social en salud dentro del MNS.	Entregado	NO
117	Monitoreo permanente de la aplicación del SPSS para asegurar que el programa se está ejecutando sin problemas	Informe de avance en la aplicación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).	Entregado	NO
49	Instrumentos de vigilancia de la mortalidad que incorporan los obstáculos relacionados con el género identificados que afectan el acceso y cobertura del servicio (primera demora).	Informe de los talleres de socialización sobre vigilancia de la mortalidad materna e infantil	Entregado	NO
127	Completado el modelo de contrato para servicios descentralizados que incorporan el nuevo sistema de vigilancia de la salud.	Propuesta de modificación de contrato que incluyan los aspectos de vigilancia acordados con la SESAL.	Entregado	NO
130	Reestructurada la unidad de vigilancia de la salud del nivel central para desarrollar el nuevo sistema de vigilancia.	Informe de avance de la implementación de la nueva estructura organizacional interna de la UVS.	Entregado	NO
136	Sistema de monitoría y evaluación institucional diseñado y aprobado	Documento conteniendo el sistema de monitoreo y evaluación de la gestión.	Entregado	NO
137	Herramientas e instrumentos para al nuevo Sistema de M&E completadas	Herramientas del SIMEGpR	Entregado	SI
138	Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión por Resultados inicia su funcionamiento.	Documento conteniendo el plan de implementación para la puesta en marcha del SIMEGpR.	Entregado	SI
139	El sistema de M&E implementado en el nivel de conducción (nivel central y regional).	Informes trimestrales de avance en la implementación del SIMEGpR.	Entregado	NO
142	La SESAL utiliza datos de los estudios especiales para la toma de decisiones, especialmente en relación a los quintiles más bajos de pobreza	Informe descriptivo de las evidencias que respalden el uso de datos en la toma de decisiones.	Entregado	SI

Documentos Adicionales			
Género	Informe de los elementos de género incorporados en las herramientas gerenciales del SPSS en el nuevo modelo nacional de salud.	Entregado	No
Reforma	Manual de Procesos y procedimientos de la UVS	Entregado	No
	Manual de Procesos y procedimientos de la Unidad Técnica de Gestión de Proyectos.	Entregado	No
	Manual de Procesos y procedimientos de la UPEG.	Entregado	No
	Manual de Procesos y procedimientos de la UGI.	Entregado	No
	Plan Estratégico Institucional PEI 2014-2018	Entregado	No

XI. Anexos

1. Género



PROPUESTA DE LOS ELEMENTOS DE GÉNERO A SER INCORPORADOS EN LA EVALUACIÓN DE PF EN EL IHSS: ANALISIS DE LOS AVANCES DE LOS CONTENIDOS DE GÉNERO EN LA EGSPF EN EL IHSS

USAID | ULAT

IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Socia

TEGUCIGALPA, JUNIO 2015

Boletín informativo de Género en Salud

Componente de Género ULAT

Edición N°3 Abril - Junio 2015

Editorial

LA POLITICA DE GÉNERO EN SALUD: NUEVOS RETOS PARA IMPULSAR LA TRANSVERSALIZACIÓN.

La salud es un bien de interés público, un derecho fundamental, y el logro de ese derecho en igualdad entre mujeres y hombres es responsabilidad de los Estados y deben propiciarlo con la formulación de políticas públicas que lo promuevan y garanticen.

En Honduras, el impulso decidido para iniciar la incorporación del enfoque de género en todos los ámbitos de la vida pública, llegó con la IV Conferencia Sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, y se fortalece en la actualidad con la ratificación del Consenso de Montevideo (Uruguay 2013) por la misión oficial de Honduras en el Foro de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas en New York el 23 de Septiembre de 2014, así como con una serie de compromisos con el marco jurídico internacional suscrito por el país y la legislación nacional que contribuyen a impulsar dicho proceso.

En la Secretaría de Salud de Honduras se inició la incorporación de género en la década de los 90, impulsado por la Organización Panamericana de la Salud, proceso al que se fue sumando la cooperación internacional vinculada al tema en el país, y que en Honduras se asocia a los problemas percibidos por la población, en términos de maltrato en la niñez, embarazo en adolescentes, el cáncer cérvico uterino y de mamas, las muertes maternas durante el embarazo, parto y el puerperio, la violencia doméstica, la violencia obstétrica, el femicidio, así como situaciones que impiden a la mujer la atención a los servicios de salud, por el tiempo destinado al cuidado de la familia y las relaciones de poder que imperan en ese espacio. También el hombre resulta afectado en aspectos con elementales como la prevención del cáncer de próstata, la violencia social, los accidentes de tránsito, la paternidad irresponsable, y muchas otras situaciones y enfermedades determinadas por los roles sociales asignados a hombres y mujeres en el país.

La Incorporación/Transversalización de Género en Salud, se entiende como "el proceso de valoración de las implicaciones para hombres y mujeres en cualquier acción planeada, incluyendo la legislación, políticas y programas, en todos los ámbitos y niveles. Es una herramienta para hacer de las preocupaciones y experiencias, tanto de mujeres como de hombres, una dimensión integral del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas en los ámbitos, político, económico y social, de modo que ambos géneros se beneficien igualitariamente con el objetivo final de alcanzar la igualdad."

Muchos han sido los avances logrados en este campo, sin embargo se requiere un mayor impulso y determinación para eliminar las condiciones de género que originan esas brechas e inequidades en la salud de los mujeres y hombres durante su ciclo de vida. Para ello se ha venido trabajando desde 2014, en la elaboración de una Política de Género de la SESA, que se espera sea aprobada en julio de 2015 y con ello lograr la eliminación y/o disminución de las inequidades y brechas de género en salud. Un enorme reto será la aplicación de la misma, a partir de su oficialización.

NO SE TRATA DE SER IGUALES..

Significa que tengamos las oportunidades de disfrutar de una buena calidad de vida y no enfrentar carencias personales y sociales que nos impida ejercer nuestro derecho al bienestar, la salud, la alegría y el placer.

Se trata de contribuir al logro de la igualdad sustantiva es decir, esa igualdad que lucha por la eliminación de las barreras institucionales y desventajas históricas que limitan el acceso a los recursos y servicios y a la utilización efectiva de los mismos.

No es cierto que la igualdad exija tratamiento exacto ni medidas iguales para hombres y mujeres. Más bien, uno de los principios fundamentales del derecho constitucional y de la teoría de los derechos humanos es que es discriminatorio tratar a diferentes como idénticos y por ende, siempre se ha entendido que el principio de igualdad exige que el derecho y las políticas públicas no traten a hombres y mujeres como si fueran idénticos.

USAID | ULAT

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

INFORME

CONMEMORACION DEL 28 DE MAYO DÍA INTERNACIONAL DE ACCION POR LA SALUD DE LA MUJER

28 Mayo 2015

1

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 TRIMESTRAL DE LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO A LA ICEC, EN LOS ASPECTOS DE GÉNERO

Periodo: Abril - Junio 2015

2. Resultado Intermedio 4.1

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) HONDURAS

Informe del Funcionamiento de la Herramienta Consolidadora de Datos Logísticos (HCDL)

***i.* Reporte General, *ii.* Reporte Año 2014, *iii.* Reporte enero-marzo 2015.**

Fecha: Junio 2015

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 Health, Proyecto ULAT

PLANIFICACION FAMILIAR.

2015

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

Evaluación de la Estrategia de los Servicios de Planificación Familiar de la Secretaria de Salud de Honduras 2015

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

INFORME DE ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR POR PROVEEDORES DESCENTRALIZADOS AÑO 2014 – I TRIMESTRE 2015

2015

2015

Informe de resultados del grado de avance de la implementación de Estrategia para la gestión de los servicios de Planificación Familiar en el IHSS

USAID | ULAT

IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

Evaluación: Política "Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez" (RAMNI)

Tegucigalpa M.D.C. Marzo 2015

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

Plan de Trabajo para la implementación de RAMNI en la Región de Salud de El Paraíso.

Octubre 2014

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

USAID | ULAT

Honduras, mayo 2015

INFORME DE MONITORAS/ES DE PF RURAL Y PERSONAL INSTITUCIONAL CAPACITADOS EN LOS MESES DE ABRIL A JUNIO 2015 EN EL MARCO DE LA ICEC

TEGUCIGALPA MDC

JUNIO 2015

INFORME DE MONITORIA PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN CONJUNTA DE LAS ESTRATEGIAS COMUNITARIAS (ICEC)

TEGUCIGALPA MDC

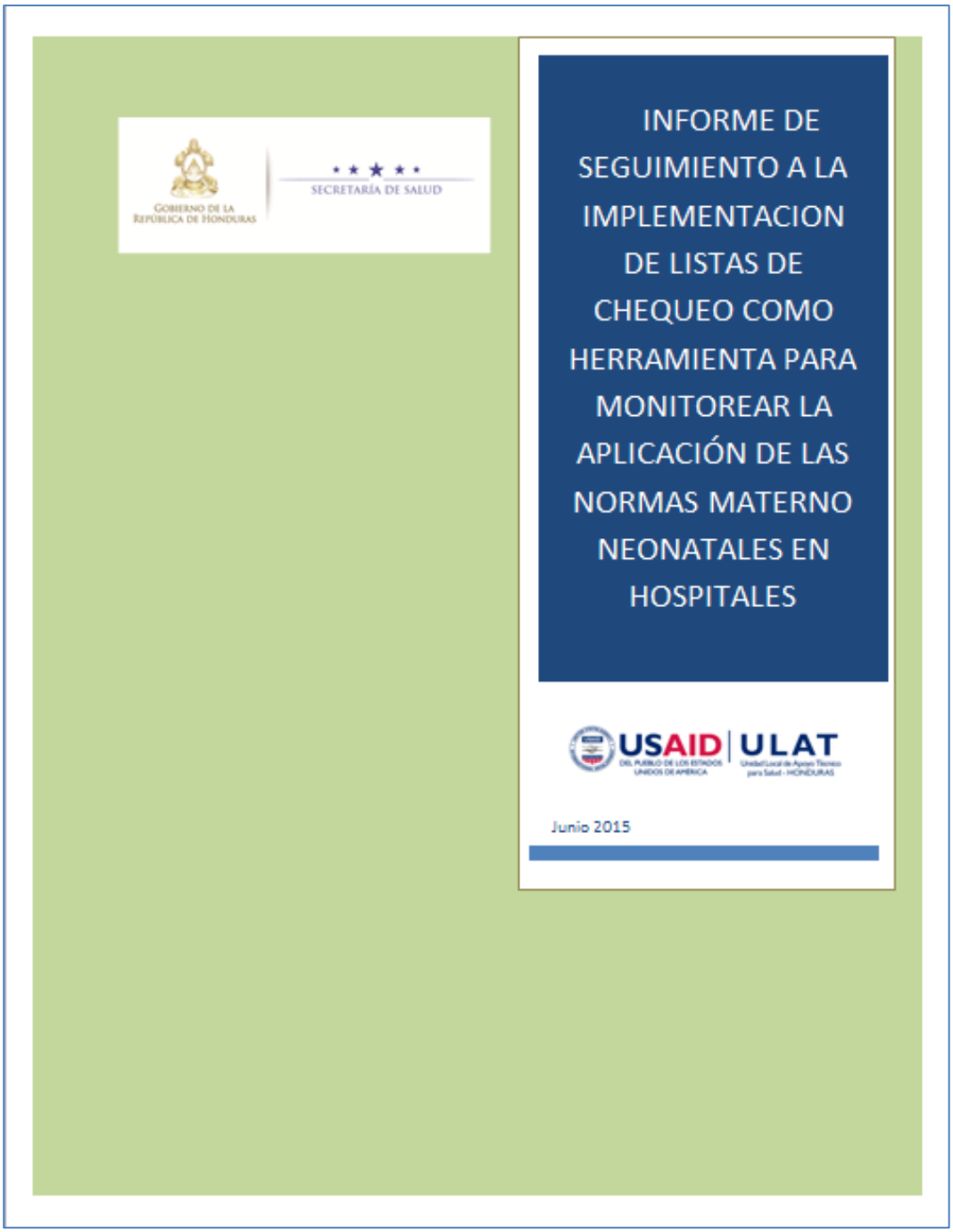
JUNIO 2015

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

INFORME DE CAPACITACIÓN EN CUIDADOS OBSTETRICOS Y NEONATALES ESENCIALES (CONE)

Componente Salud Materno Infantil y Planificación Familiar (SMI/PF)

ULAT/USAID
2015-06-09


Gobierno de la República de Honduras
Secretaría de Salud
INFORME DE SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACION DE LISTAS DE CHEQUEO COMO HERRAMIENTA PARA MONITOREAR LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS MATERNO NEONATALES EN HOSPITALES
USAID
ULAT
Junio 2015

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

Historia clínica de Hospitalización Neonatal Actualizada

Fecha: Junio 2015

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

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

Historia Clínica Neonatal Ambulatoria Rediseñada

Fecha: Junio 2015

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 Health, Proyecto ULAT

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

INFORME DE SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACION DE LA HCPB CON LAS GRAFICAS INCORPORADAS (LEVANTAMIENTO DE LA LINEA BASE PARA LA VALIDACION DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE (HCPB), HISTORIA DE HOSPITALIZACION NEONATAL Y LA HISTORIA CLINICA NEONATAL AMBULATORIA)

Junio 2015

USAID | ULAT

3. Resultado Intermedio 4.2

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

Programación y presupuestación

Listado de productos programables por producto trazador vinculado al PEI 2014-2018

Mayo, 2015

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

Modelo de asignación de presupuesto basado en la eficiencia y eficacia

Junio, 2015

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

Contrato: AID-522-C-11-000001

Informe de Consultoría:

Sometido por
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

Informe sobre las competencias desarrolladas en planificación estratégica

Fecha: 1 Abril a 30 de Junio, 2015

Página 1

Plantilla Básica de Puestos y Perfiles

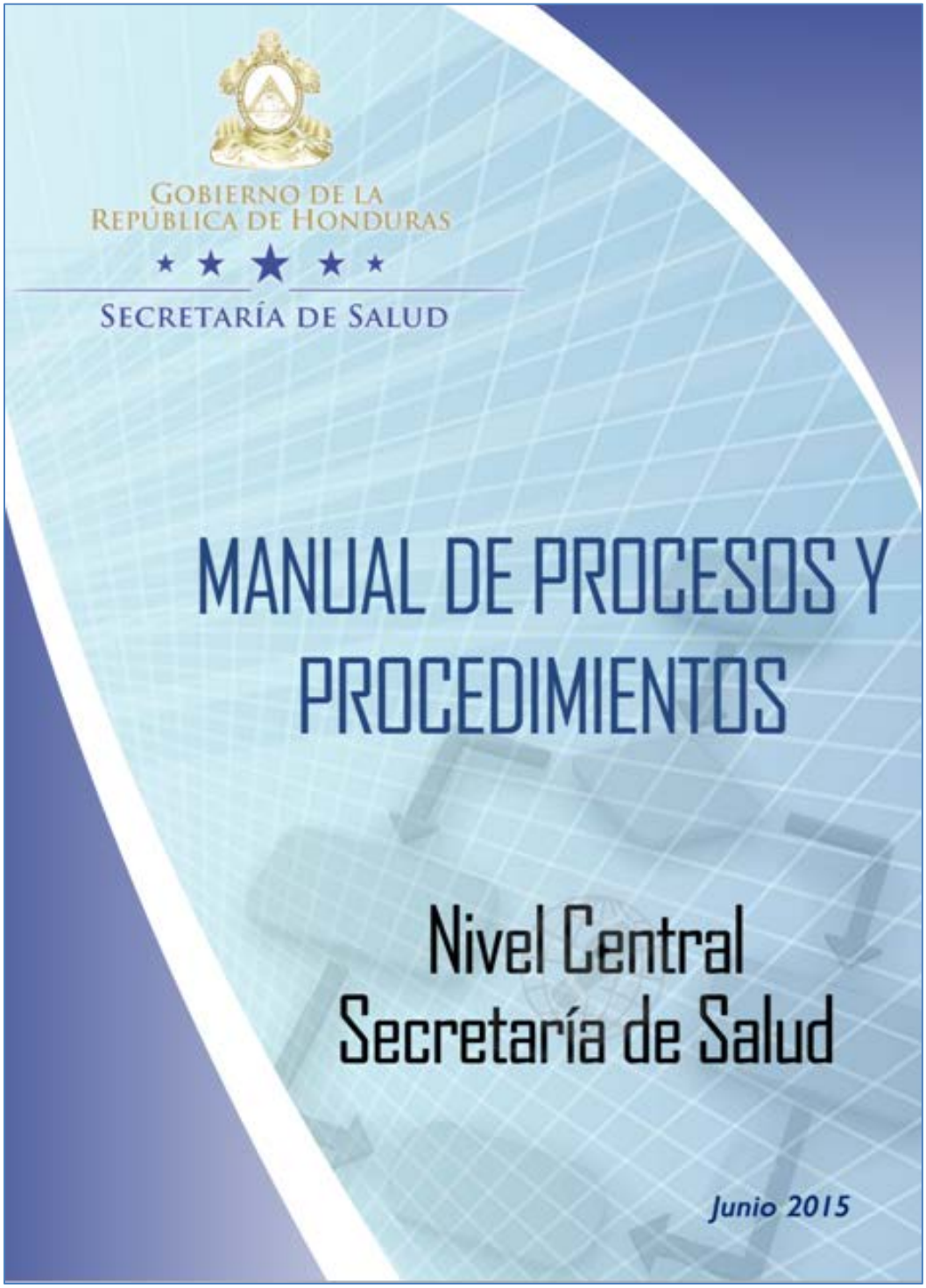
DE RECURSOS HUMANOS Nivel Central

Junio 2015

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

Documento Propuesta


GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD
MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
Nivel Central
Secretaría de Salud
Junio 2015

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD
Plantilla Básica de Puestos y Perfiles de Recursos Humanos de las Regiones Sanitarias

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DO REGIONAL

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

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 por
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

INFORME: CAPACITACIONES (MANUALES DEL DESARROLLO ORGANIZACIONAL REGIONAL)

FECHA: 01 OCTUBRE 2014 AL 31 DE JULIO 2015 (Informe Y4)

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 Anual de la Situación de transformación de cada una de la Regiones Sanitarias

Fecha: Octubre 2014- julio 2015

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

Guías para la implementación del MNS diseñadas y validadas.

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

GUIA para la ELABORACIÓN del PLAN de M&E de la IMPLEMENTACIÓN del PLAN REGIONAL de GESTIÓN de la RISS

(Red Integrada de Servicios de Salud)

Junio 2015

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 AVANCE DEL PROCESO DE IMPLEMENTACION DEL MODELO DE GESTION HOSPITALARIA

Periodo: Abril - Junio 2015

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 AVANCE DEL REDISENO DE PROCESOS Y ORGANIZACION FUNCIONAL DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO

Fecha: Abril - Junio 2015

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

INFORME DE EVALUACION DE LOS AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

Junio 2015

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. Kuban Diano, Ave. Jose Maria Medina C-417
Tegucigalpa, Honduras

Sometido por:
Management Sciences for Health, Proyecto 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 Darío, Ave. José María Medina C-417
Tegucigalpa, Honduras

Sometido por:
Management Sciences for Health, Proyecto ULAT.

INFORME DE EVALUACION DE LAS CAPACIDADES DE LOS GESTORES DESCENTRALIZADOS

FECHA: Junio 2015

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 DEL PROCESO Y RESULTADOS DE LA PRESENTACION DE RENDICION DE CUENTAS Y TRANSPARENCIA, Y AUDITORIA SOCIAL REALIZADAS A LOS GESTORES DESCENTRALIZADOS

Periodo: ABRIL-JUNIO 2015

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

2015

PROPUESTA DE PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS HERRAMIENTA DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DENTRO DEL MODELO NACIONAL DE SALUD

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

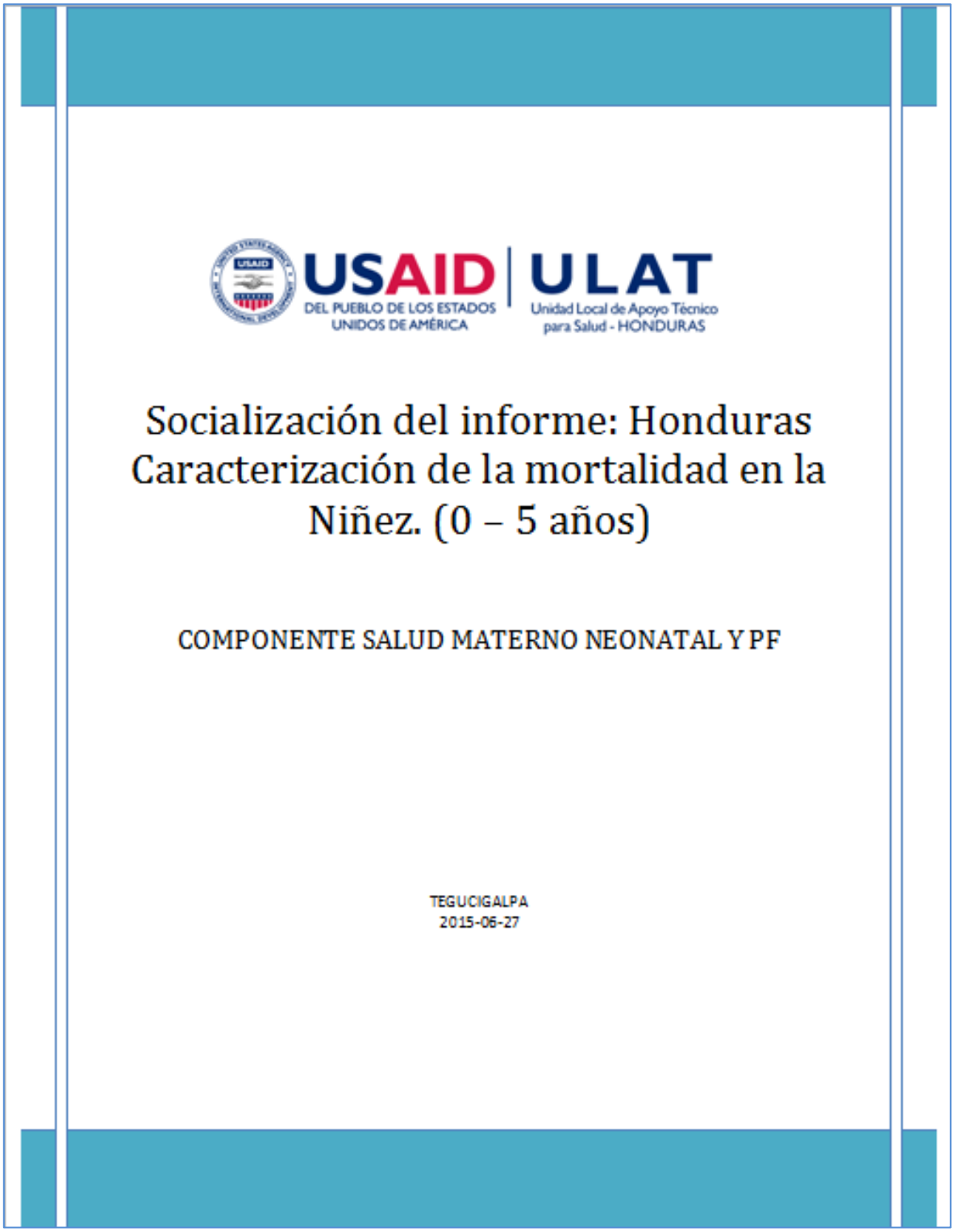
Proyecto- Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud (ULAT) HONDURAS

Sometido por:
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

INFORME DE AVANCES EN LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Fecha: 01 Abril al 30 junio del 2015 (Informe Y4Q3)

4. Resultado Intermedio 4.4



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

Socialización del informe: Honduras Caracterización de la mortalidad en la Niñez. (0 – 5 años)

COMPONENTE SALUD MATERNO NEONATAL Y PF

TEGUCIGALPA
2015-06-27

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

Propuesta de modificación de contrato para Servicios Descentralizados, que incluyan los aspectos de la Norma Nacional de Vigilancia de la Salud acordados con la SESAL

Contrato: AID-522-C-11-000001

Sometido por:
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

Junio 2015

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

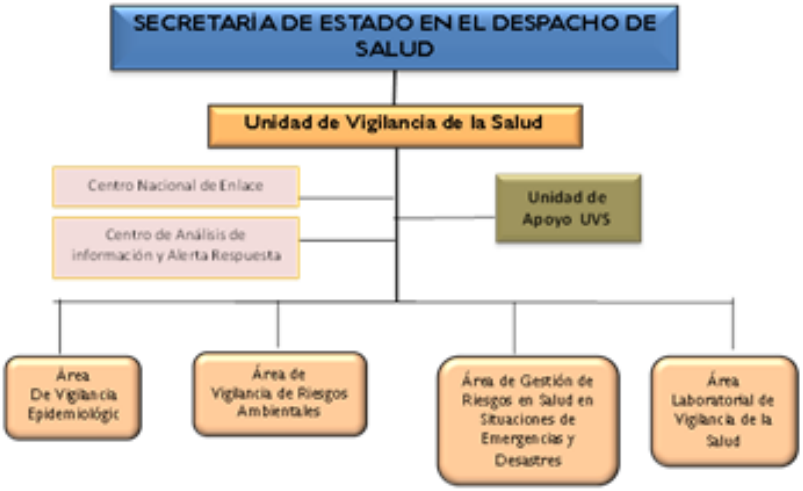
HONDURAS

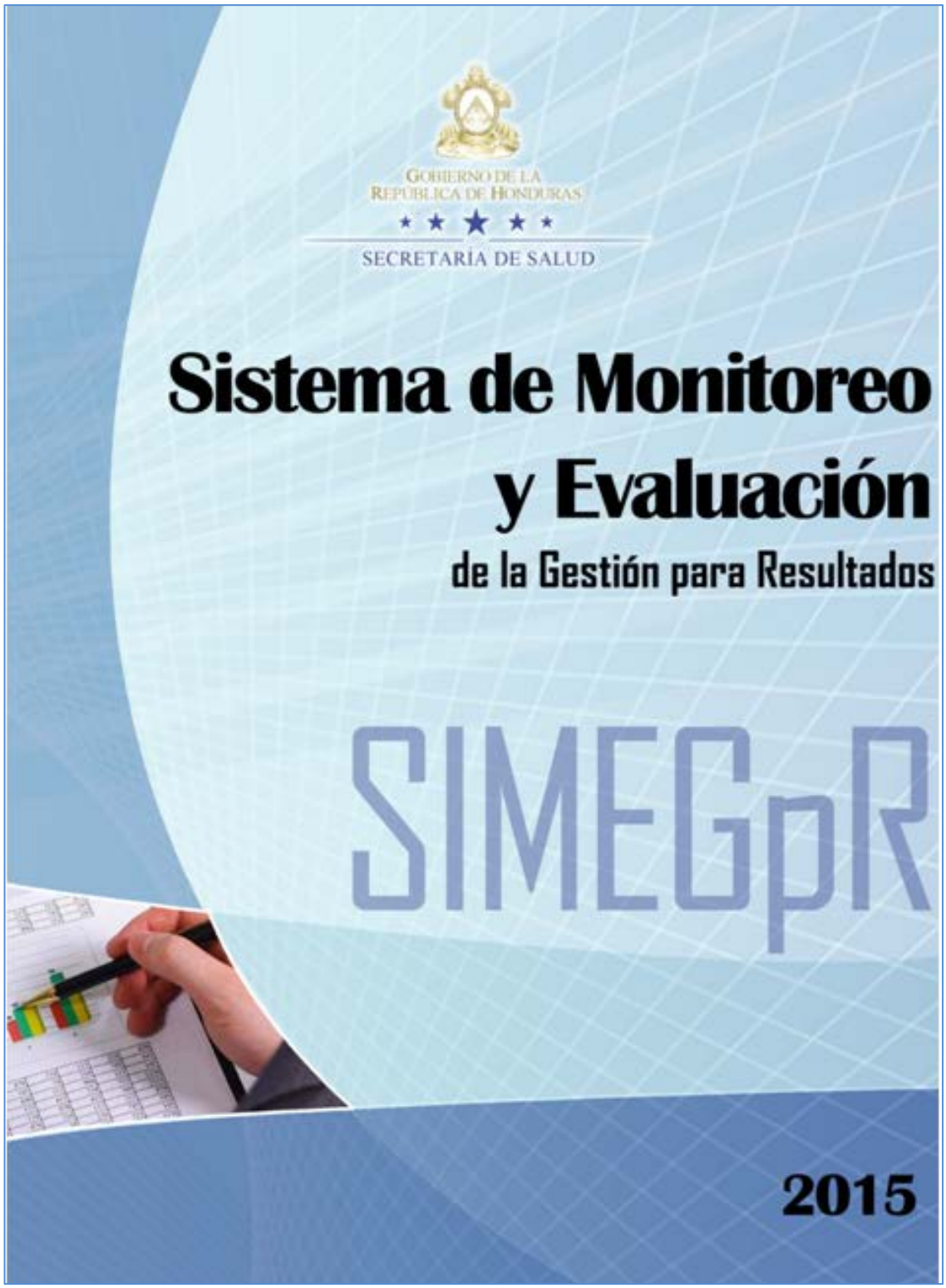
Contrato: AID-522-C-11-000001

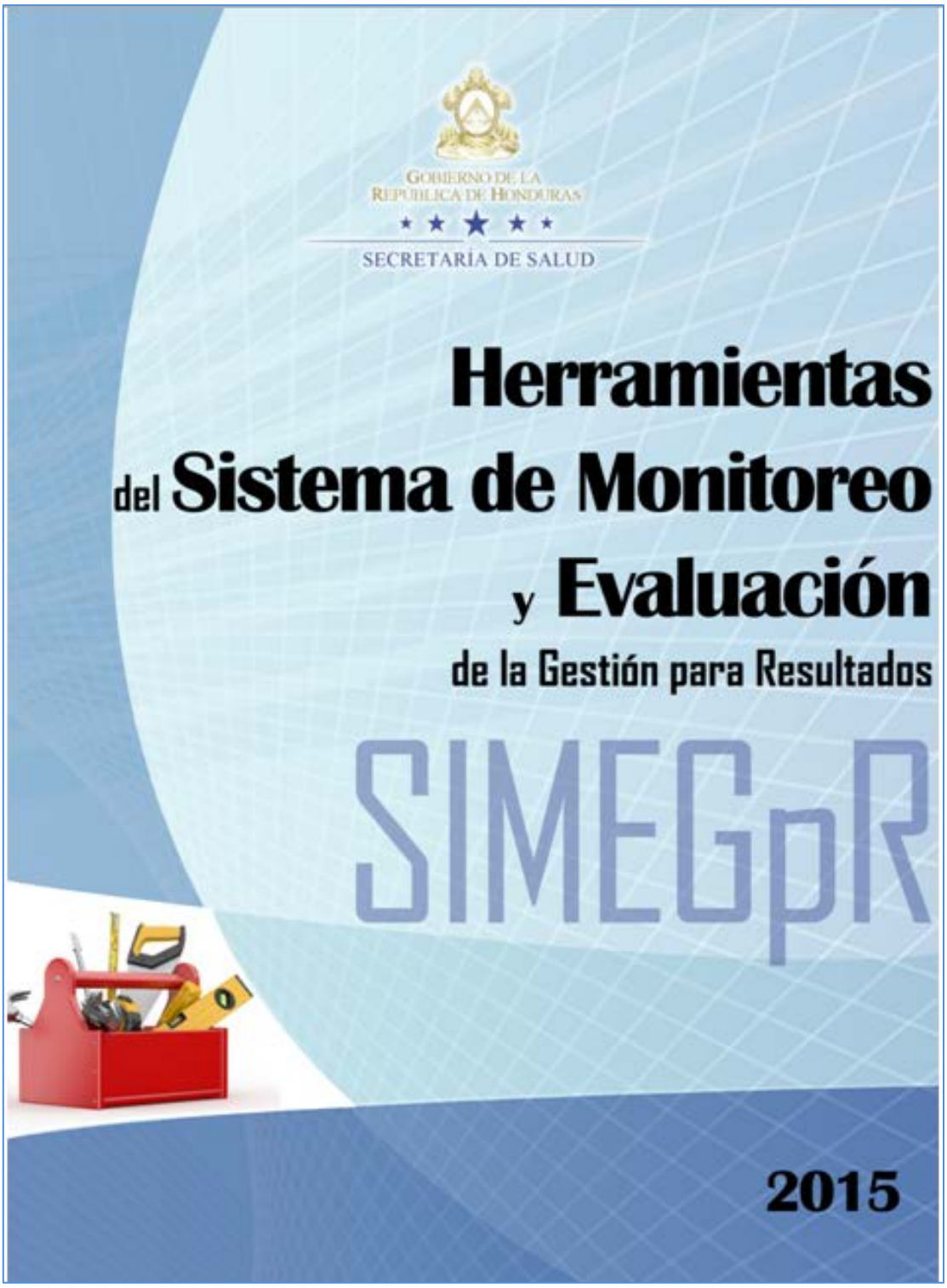
Sometido por:
Dr. Juan de Dios Paredes Paz
Management Sciences for Health (MSH)
Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para la Salud
Col. Rubén Darío, Ave. José María Medina C-417
Tegucigalpa, Honduras

Informe de avance de la implementación de la nueva estructura organizacional interna de la Unidad Nacional de Vigilancia de la Salud

Junio 2015




GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD
Sistema de Monitoreo
y Evaluación
de la Gestión para Resultados
SIMEGpR
2015


GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD
Herramientas
del Sistema de Monitoreo
y Evaluación
de la Gestión para Resultados
SIMEGpR
2015

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

Plan de Implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados

SIMEGpR

2015

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

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

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

Fecha: 1 Abril a 30 de Junio, 2015

Contrato: AID-522-C-11-000001

Sometido por:
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

USAID | ULAT

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

Informe descriptivo de las evidencias que respaldan el uso de datos en la toma de decisiones

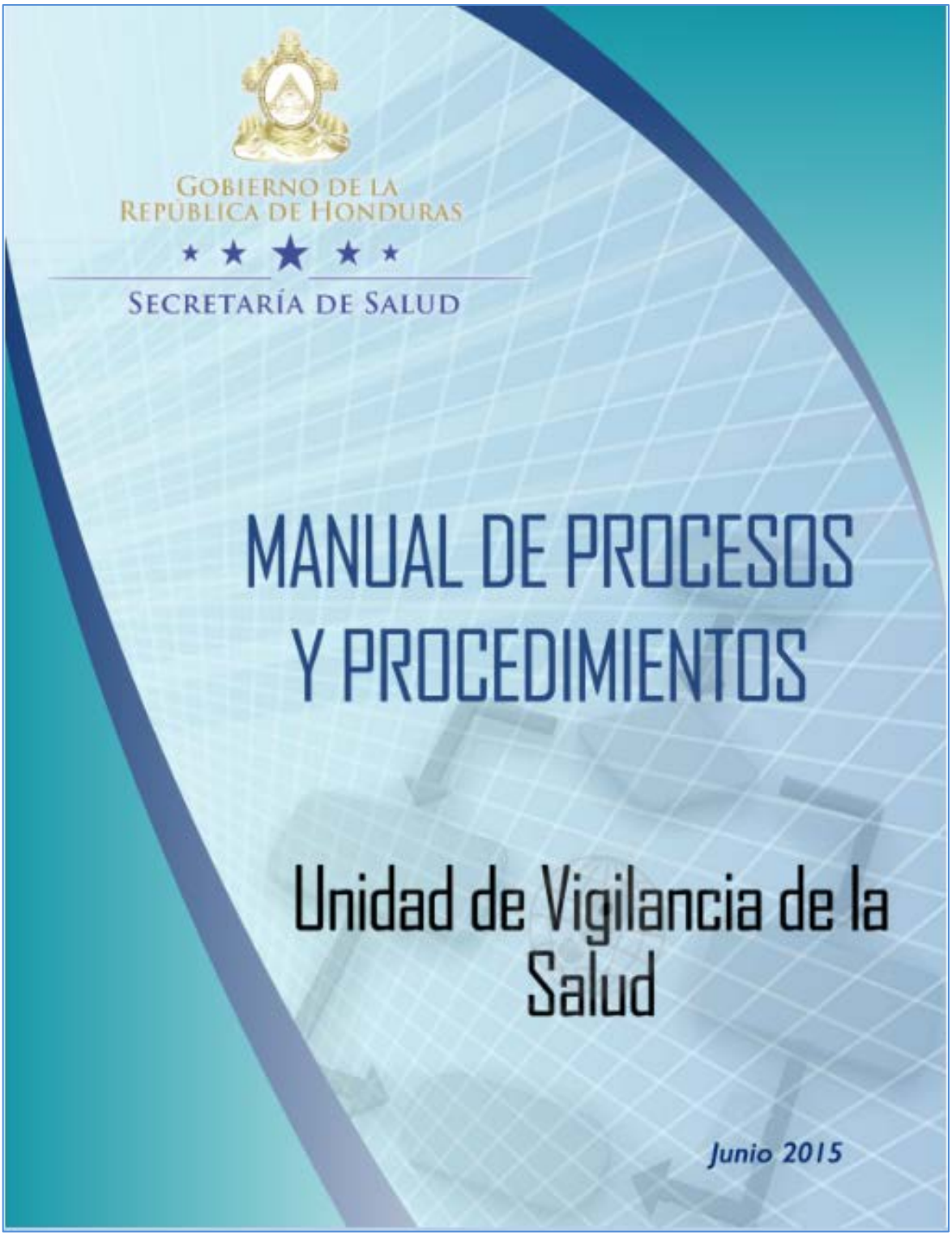
Plan Año 4
HITO 142

5. Documentos Adicionales

INFORME DE LOS ELEMENTOS DE GÉNERO INCORPORADOS EN LAS HERRAMIENTAS GERENCIALES DEL SPSS DEL NUEVO MNS

6/15/2015

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
MANUAL DE PROCESOS
Y PROCEDIMIENTOS
Unidad de Vigilancia de la
Salud
Junio 2015

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Unidad Técnica de Gestión de Proyectos

Junio 2015

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión

Upeg
SECRETARÍA DE SALUD

Junio 2015

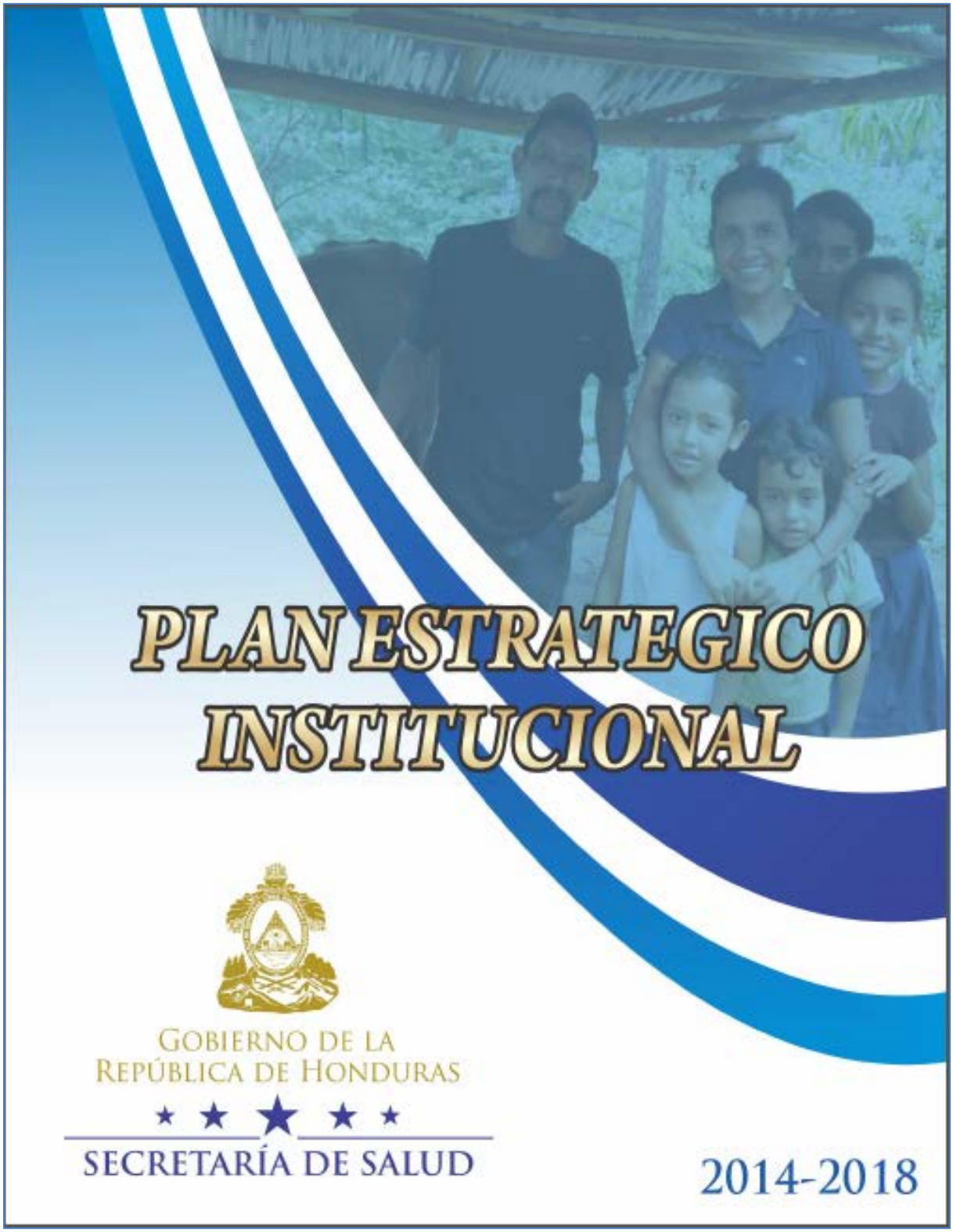
GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Unidad de Gestión de la Información

Junio 2015


PLAN ESTRATEGICO
INSTITUCIONAL
GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD
2014-2018