Informe de avances del proyecto, Año IV. (Annual Report: Year IV.)

Author: Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud

Date of Publication: Octubre2015

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 AÑO 4 DE PROYECTO OCTUBRE 1, 2014 - SEPTIEMBRE 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
Director de Proyecto
Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health (MSH)
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

I. Listado de Abreviaturas 3

II. Resumen Ejecutivo 6

III. Objetivos del Proyecto 9

IV. Contexto de País 12

V. Contexto de Proyecto 15

VI. Integración de la Perspectiva de Género 18

VII. Logros del proyecto y retos programáticos 23

RI 4.1 Incrementado el uso y acceso a servicios de salud materna e infantil y de Planificación Familiar de calidad 23

RI 4.2 Servicios sostenibles de materno infantil y planificación familiar. 40

RI 4.4 Uso de datos para la toma de decisiones 64

VIII. Productos: octubre 2014 - Septiembre 2015 70

IX. Monitoreo y Evaluación 78

X. Coordinación con otras contrapartes y actores 91

XI. Conclusiones Generales 97

XII. Informe Financiero 100

1. Estado de rendición de cuentas 100
2. Estado de la implementación del presupuesto 101
3. Matriz de los problemas mayores encontrados 102
4. Implementación de actividades 103

XV. Anexos 104

1. Informe de bienes no fungibles 104
2. Historia de Éxito 106
3. Entregables 107

I. 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
AMDA	Asociación de Médicos de Asia
ASIS	Análisis de la situación de salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEDAW	Convención "eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer"
CFC	Censo Familiar Comunitario
CGPSS	Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud
CMI	Clínica Materno Infantil
CONARHUS	Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud
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
CSW	Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer
DESC	Derechos económicos, sociales y culturales
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
DPGPR	Dirección Presidencial de Gestión por Resultados
DSPNA	Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención
DSSNA	Departamento de Servicios del Segundo Nivel de Atención
EAC	Hospital Enrique Aguilar Cerrato
EEUU	Estados Unidos de América
EGSPF	Estrategia para la Gestión de los Servicios de Planificación Familiar (IHSS)
EMSPF	Estrategia Metodológica Servicios de Planificación Familiar
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía en Salud
EPU	Examen Periódico Universal
ESFAM	Equipos de Salud Familiar
FMI	Fondo Monetario Internacional
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
GA	Gerencia Administrativa (SESAL)
HCDL	Herramienta consolidadora de datos logísticos
HCPB	Historia Clínica Perinatal Base
HEU	Hospital Escuela Universitario
HG	Herramientas Gerenciales
ICEC	Implementación conjunta de estrategias comunitarias
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JICA	Agencia de Cooperación Internacional de Japón
JMG	Hospital Juan Manual Gálvez

LGTBI	Lésbico, gay, transexual, bisexual e intersexual
MAFE	Asociación Madre Feliz
MDP	Manual Descripción de Puestos
MGH	Modelo de Gestión Hospitalario
MM	Mortalidad Materna
MNS	Modelo Nacional de Salud
MOF	Manual de Organización y Funciones
NEXOS	Proyecto Transparencia, mejoramiento y gobernanza de los servicios
NVS	Norma de Vigilancia de la Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
ONG	Organización no gubernamental
PCM	Presidente en Consejo de Ministros
PEI	Plan estratégico institucional (SESAL)
PF	Planificación Familiar
PMP	Plan de Monitoreo de Ejecución de Proyecto
PNS	Plan Nacional de Salud
PNCS	Política Nacional de Calidad en Salud
POA-P	Plan Operativo Anual con Presupuesto
PREDISAN	Organización Predicar y Sanar
PTA	Plan de Trabajo Anual
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
ROF	Reglamento Interno de Organización y Funciones (SESAL)
RRHH	Recursos Humanos
RS	Regiones Sanitarias
SAICEC	Sistema Automatizado de la Implementación de Estrategias Comunitarias
SEFIN	Secretaría de Estado en el Despacho de Finanzas
SEPLAN	Secretaria Técnica de Planificación y Cooperación Externa
SESAL	Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
SIAFI	Sistema de Administración Financiera
SIAFI-Ges	Sistema de Administración Financiera Integrado de la gestión
SIB	Sistema de Identificación de Beneficiarios
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida
SIIS	Sistema Integrado de Información Salud
SIMEGpR `	Sistema de monitoreo y evaluación de la gestión para resultados
SNC	Sistema Nacional de Calidad
SNCs	Sistema Nacional de Calidad en salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SME	Sistema Medico de Empresas
SMI	Salud Materno-Infantil
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSRISS	Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud
TDR	Términos de Referencia

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
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UPEG	Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión
USAID	Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional
UVS	Unidad de Vigilancia de la Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

II. Resumen Ejecutivo

Con este documento se presenta el informe anual de las actividades ejecutadas por el proyecto Unidad Local de Asistencia Técnica para Salud (ULAT) en el período comprendido del 01 de octubre de 2014 al 30 de Septiembre de 2015. En él se incluye: (i) las actividades del plan de trabajo del año 4 presentado y aprobado en su oportunidad, en el marco del cumplimiento de las cláusulas del contrato AID-522-C-11-000001, previo a su modificación en tiempo, monto y alcance del proyecto, que constituye su marco de referencia fundamental, y que tenía como fecha de finalización el 28 de julio de 2015, y (ii) las actividades de la etapa inicial de implementación del plan de trabajo aprobado para el período de extensión del proyecto hasta el 28 de junio de 2016.

En el informe se describen el contexto y los objetivos del proyecto; el análisis de los procesos sujetos de la asistencia técnica con la caracterización de los logros alcanzados y los principales retos enfrentados tanto para las actividades del plan de trabajo del año cuatro como de las de la fase inicial del plan de extensión del proyecto, y las principales conclusiones y recomendaciones. También forma parte de éste, el informe financiero correspondiente y como anexos se incorporan el informe de bienes no fungibles, los entregables comprometidos para el último trimestre y las historias de éxito generadas.

Los planes de trabajo del período informado fueron construidos sobre la base del marco de los resultados del proyecto y los objetivos redefinidos para su período de extensión, los avances observados en cuanto a los productos y entregables finiquitados durante el proceso de ejecución del proyecto hasta la fecha y la evaluación en cuanto a la implementación del plan de hitos en su versión IV ajustado, aprobado por USAID.

Una serie de circunstancias presentadas en el período exigieron esfuerzos especiales de adecuación de la asistencia técnica por las implicaciones derivadas de ellas. Entre estas se pueden mencionar: (i) la aprobación de la Ley Marco de Protección Social con la configuración en su contenido del sistema de salud definiendo las instituciones que lo integran y sus roles principales y cambiando el escenario sobre el que se venían discutiendo algunas líneas de trabajo del proyecto; (ii) la decisión de la Secretaría de Salud (SESAL) de expandir el proceso de descentralización en el segundo nivel de atención; (iii) la redistribución de los recursos humanos generado por el desarrollo organizacional (DO) con las modificaciones subsiguientes en los relacionamientos con las contrapartes; (iv) el impulso dado de la instancia presidencial del gobierno al enfoque de una gestión por resultados; (v) los problemas relacionados con el funcionamiento de la Unidad de Extensión de Cobertura (UAFCE) con implicaciones en la disponibilidad de los recursos previstos para financiar las actividades contempladas en los planes de trabajo de la SESAL con fondos de USAID; (vi) la expansión acelerada de la Implementación Conjunta de Estrategias Comunitarias (ICEC)" y el financiamiento de las actividades por los gestores descentralizados; (vii) la postergación indefinida en el inicio de la ejecución del proyecto del Sistema de Información Integral en Salud (SIIS) previsto con financiamiento del gobierno de Canadá; (viii) las condiciones prevalecientes del IHSS que continuaron durante el cuarto año del proyecto; (ix) la priorización de otros temas de la cúpula presidencial para la SESAL, como el abastecimiento de medicamentos a la red de servicios y la atención brindada a la vigilancia epidemiológica y al manejo de los brotes de dengue y chikungunya.

Dentro del contexto particular del proyecto actuaron como circunstancias propicias la coordinación con otros proyectos cuyas líneas de trabajo convergen con las desarrolladas por ULAT con el propósito de brindar una asistencia lo más integrada posible. Así, se pueden mencionar: (i) el trabajo conjunto con USAID/NEXOS en el desarrollo de las capacidades administrativas y técnicas de los gestores descentralizados y en el tema de transparencia y auditoria social; (ii) con ACCESO en el análisis de los resultados del estudio sobre anemia y parasitismo, en el ajuste de la estrategia de AIN-C para proveedores descentralizados y en la revisión de los indicadores de monitoría y evaluación del proyecto "MERCADO" de USAID relacionados con nutrición; (iii) con AIDSTAR-Plus en el proceso de configuración de las RISS y en la definición y configuración del conjunto de prestaciones de salud específicos para poblaciones especiales; (iv) con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en las revisiones de la propuesta de proyecto de ley del sistema de salud, en la asistencia de los procesos de descentralización y con la implementación del nuevo modelo de gestión hospitalario; (v) con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la discusión de los temas de cobertura universal de salud y el conjunto garantizado de prestaciones, en la socialización de los resultados de la evaluación de la política de la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI), en la presentación del estudio de gasto y financiamiento en salud y en el tema de la hemorragia pos parto y en la propuesta de ley del sistema de salud; (vi) con el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) en la evaluación de medio término de RAMNI, y (vii) con la Cooperación Japonesa (JICA) en los aspectos relacionados con la configuración de redes, en la validación técnica de las guías para la operación de los equipos de atención primaria, y en la implementación de los cuidados obstétricos neonatales esenciales (CONE) a nivel ambulatorio.

Concretamente de las actividades desarrolladas para este período se incluyen, entre otras, en el informe:

En el resultado 4.1 "Uso de los servicios de calidad en salud materna e infantil y planificación familiar incrementado" que: (i) se realizó a nivel nacional, la programación de PF en la SESAL y se efectuó la evaluación de la estrategia; (ii) se elaboró un informe sobre la producción en la entrega de métodos de PF de proveedores descentralizados y se anexaron a los convenios los lineamientos de PF adaptados; (iii) se realizaron dos inventarios físicos de anticonceptivos; (iv) se continuó apoyando el fortalecimiento y expansión del proceso de ICEC; (v) se elaboró y consolidó la programación de las actividades de PF en el IHSS y se apoyó la socialización de las guías clínicas; (vi) se finalizó la evaluación de la política de RAMNI; (vii) se elaboró una propuesta de lineamientos de la estrategia de Atención Integral de la Niñez en la comunidad (AIN-C) en los proveedores descentralizados; (viii) se realizó la capacitación de facilitadores nacionales, regionales y de hospitales en la aplicación de las normas maternas y neonatales; (ix) se desarrollaron talleres de CONE hospitalario, ambulatorio y mixto; (x) se adaptó y validó la historia clínica de hospitalización neonatal y de la "Historia clínica neonatal ambulatoria", y (xi) se elaboraron las normas técnicas y los protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato.

En relación al resultado intermedio 4.2: "Servicios sostenibles en salud materna e infantil y planificación familiar" que: (i) se finalizó la propuesta del MOF, del manual de procedimientos y de la plantilla básica de puestos de los recursos humanos del nivel central, y se desarrollaron los manuales de procedimientos de cuatro unidades estratégicas; (ii) se apoyó la programación de actividades a ser

incorporadas en los Planes de Trabajo Anuales (PTA) de la SESAL, financiados con fondos de USAID; (iii) se completaron los 20 planes de implementación de DO y se obtuvo la aprobación de los manuales de procesos y el de plantilla básica de puestos y perfiles a nivel regional; (iv) se formuló una propuesta de proyecto de ley del sistema nacional de salud (SNS) ajustada en función de la ley marco de protección social; (v) se concluyó con la migración a un ambiente web del SYSLEYES; (vi) se finalizaron los documentos propuestas de las guías del Modelo Nacional de Salud (MNS); (vii) se definió la currícula de capacitación de los gestores descentralizados y se diseñó la guía para su monitoreo; (viii) se apoyó la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH) en tres hospitales piloto y se inició su expansión al resto de hospitales de la red pública; (ix) se continuó brindando asistencia técnica al Hospital Escuela Universitario (HEU), específicamente en las áreas de emergencia, administrativa y de gestión de recursos; (x) se finalizaron y socializaron los "Lineamientos de auditoria social y rendición de cuentas a la ciudadanía y se desarrollaron las capacidades en el tema, y (xi) se realizó el diagnóstico sobre la implementación de la política de calidad en la SESAL.

Con respecto al resultado intermedio 4.4 "Uso de Datos para la toma de Decisiones": (i) se aprobaron los instrumentos para profundizar el análisis de la mortalidad materna e infantil por la UVS; (ii) se realizó la socialización del estudio "Caracterización de la mortalidad en la niñez 2009 -2010; (iii) se aprobó el informe de vigilancia de la mortalidad materna del año 2012 y se revisó el borrador del informe de vigilancia sostenida de la mortalidad materna del año 2013; (iv) se revisaron los convenios de gestión descentralizada y se actualizaron los elementos de la vigilancia de la salud; (v) se dispone del SIMEGpR aprobado por la UPEG, y (vi) se apoyó la divulgación del estudio de gasto y financiamiento.

Para la integración de la perspectiva de género: (i) se continuó trabajando en los ajustes al documento de propuesta preliminar de la política de género; (ii) se elaboró una propuesta para la organización y funcionamiento del equipo de integración de género de la SESAL; (iii) se continuó apoyando el fortalecimiento de las capacidades del equipo del IHSS en el tema de género vinculado a PF; (iv) se incorporaron los elementos de género en el documento de ICEC y en la propuesta de seguimiento para su expansión, y (v) se definieron los criterios de selección para iniciar una experiencia piloto para desarrollar la capacitación al personal de la RISS y de la región sanitaria, con el fin de potenciar el empoderamiento y la participación en mujeres y hombres en el autocuidado personal, familiar y comunitario de la PF rural.

En resumen, las líneas de trabajo se ejecutaron en general en un ambiente positivo y adecuado para el logro de los objetivos y productos planteados y las que sufrieron atrasos por las razones anotadas, están debidamente señaladas en este informe.

III. Objetivos del Proyecto

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

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

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

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

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

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

se trabajará en el desarrollo integrado, sinérgico y complementario de las intervenciones orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil en el marco de la reforma que el nuevo gobierno designe y en la implementación de la estrategia CONE en función del nuevo modelo nacional de salud.

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

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

RI 4.4: Uso de datos para la toma de decisiones

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

En el desarrollo de la perspectiva de género para este cuarto año del proyecto, se propuso realizar la transversalización de este tema en los productos obtenidos a través de la asistencia técnica de ULAT; el seguimiento a la aprobación de la política de género en la SESAL, la conformación de un equipo de integración dentro de la institución para hacer posible que su visión pudiera quedar plasmada en todas las actividades que realiza y la formulación de su estrategia de implementación. Adicionalmente se incorporaron actividades orientadas al fortalecimiento de las competencias en este tema, en el personal técnico de ULAT.

Para el período de extensión, el plan de trabajo contempla dos grandes bloques de actividades: (i) las vinculadas con la extensión de la estrategia de planificación familiar en el área rural (PF rural) como respuesta a la solicitud de USAID RFP No. SOL-522-15-000007, y (ii) la continuación de algunas actividades financiadas con fondos del contrato que ya estaban obligados y que se consideraron requerían de un tiempo mayor para ser consolidadas. El último aspecto se deriva del hecho que, aunque se debe reconocer que ULAT continuó cumpliendo con su ámbito original de trabajo y los resultados esperados, la ejecución financiera fue más lenta que lo estimado, generando un saldo previsto al final de julio de 2015, por lo que se propuso en el período de extensión, continuar con tales actividades.

Bajo este marco, en el alcance de trabajo para el período de extensión se definieron los siguientes objetivos:

1) Para PF rural:
   - Ampliar los servicios de PF rural a nivel nacional, en particular en las regiones de enfoque, y aumentar el número de voluntarios de la comunidad monitores de PF y el personal de la SESAL capacitados en materia de salud reproductiva, asesoramiento FP y la prestación de servicios;
   - Fortalecer la capacidad técnica y de gestión del personal de la SESAL para implementar, monitorear, supervisar y evaluar la estrategia para garantizar el acceso a los servicios de planificación familiar en las zonas rurales, con especial énfasis en garantizar la correcta distribución de los métodos de planificación familiar a los centros de salud rurales y comunitarios monitores FP;
   - Movilización de apoyo, a través de los monitores de la comunidad, de los pacientes de las zonas rurales en busca de los servicios en los hospitales regionales y que solicitar voluntariamente métodos quirúrgicos de PF.
2) Para las áreas de actividad seleccionadas para continuar:
   - Fortalecer a la SESAL en la capacidad de supervisar la implementación de la estrategia de reducción acelerada de la mortalidad materna e infantil a nivel nacional.
   - Incrementar la capacidad de los proveedores en CONE para brindar servicios efectivos a la población vulnerable y sub atendida.
   - Apoyar la reforma del sistema de salud para asegurar la sostenibilidad de los servicios maternos e infantiles y de planificación familiar en las poblaciones vulnerables y sub atendidas.

El proyecto durante este período ha continuado incorporando la perspectiva de género en todas sus actividades para fortalecer la capacidad y el entendimiento del tema dentro de la SESAL, de tal forma que se ha convertido en un elemento transversal en el diseño, implementación, monitoría y evaluación de los servicios de salud. Se convino que se haría especial énfasis en el reforzamiento de los procesos políticos para la incorporación de la perspectiva de género dentro de la SESAL.

En las siguientes secciones se presentan los avances y logros obtenidos durante el período del proyecto sujeto de este informe y que corresponden a la ejecución del plan de trabajo para el año IV y para el período de extensión, para cada uno de los resultados intermedios mencionados y los procesos que estos incluyen. Para ello, se hace la descripción comprehensiva de los logros alcanzados exponiendo además sus alcances, productos y los retos que fueron enfrentados.

IV. Contexto de País

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

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

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

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

Aunque según los indicadores globales las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres (75.3 años las mujeres, 68.4 años los hombres), en el transcurso de su vida registran mayores

tasas de morbilidad y dependen más de los servicios de salud debido al ciclo reproductivo. Las principales causas de muerte siguen asociadas a factores prevenibles como son los riesgos reproductivos, el cáncer de útero y mama, la violencia de género, el VIH/SIDA y las causas asociadas a infecciones de transmisión sexual (ITS). Los hombres viven menos años y las principales causas de muerte están vinculadas con la violencia social, los accidentes de tránsito y el VIH/SIDA.

En relación a la niñez, la ENDESA 2011-2012 muestra que la tendencia de la tasa de mortalidad en el grupo de 0-5 años, continúa siendo descendente, si se estima que fue de 42 por 1,000 n.v. para el período de 1997-2002, de 32 para el 2002-2007 y de 29 para el de 2007-2012. La mortalidad infantil para los mismos períodos fue de 28, 25 y 24 respectivamente y la mortalidad neonatal, que sigue siendo actualmente la mayor contribuyente, presentó valores de 17, 16 y 17 respectivamente. Esto significa que el 64% de las muertes en los niños menores de un año en el período 1997-2002, el 65% en el 2002-2007 y el 75% en el 2007-2012, fueron durante el período 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: (i) la rectoría del sector, (ii) el financiamiento de la salud, (iii) el aseguramiento para garantizar el acceso universal a los servicios básicos, y (iv) 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.

Tabla 1: Contexto de País en cifras

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

V. Contexto de Proyecto

La asistencia técnica continuó enfocada hacia los procesos esenciales del fortalecimiento del sistema de salud, tratando de proveer el impulso necesario y aprovechar las iniciativas que sirven para ampliar la cobertura y mejorar el acceso a servicios de salud de las poblaciones vulnerables y sub-atendidas de Honduras. Se han seguido implementando las acciones con la metodología adoptada por el proyecto que incluye desde los tomadores de decisiones y líderes del nivel central hasta los proveedores de servicios en el nivel comunitario; con un trabajo realizado en forma conjunta con las contrapartes que actúan como responsables de cada área de acción; la transmisión de conocimientos, habilidades y destrezas en esta construcción colectiva; la búsqueda permanente del empoderamiento por parte de los responsables de los procesos de trabajo, todo ello con el objetivo de mejorar la capacidad de respuesta y efectividad del sector, de forma tal que las acciones realizadas, una vez finalizado el proyecto, puedan mantener la sostenibilidad esperada.

Una serie de circunstancias presentadas en el período exigieron esfuerzos especiales de adecuación de la asistencia técnica por las implicaciones derivadas de ellas. Entre éstas se pueden mencionar:

i. La aprobación de la Ley Marco de Protección Social con la configuración en su contenido del sistema de salud definiendo las instituciones que lo integran y sus roles principales. Esta ley incluye los elementos esenciales que perfilan la estructura y funcionamiento de un nuevo sistema de salud en el que 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. Por esta razón, con su puesta en vigencia, cambió el escenario sobre el que se venían discutiendo algunas líneas de trabajo del proyecto, específicamente las relacionadas con el tema de aseguramiento público que en principio estaba previsto a ser asumido por la SESAL pero que la ley lo inscribe en las funciones del IHSS como uno de los pilares con los que se persigue construir el aseguramiento universal en salud. Dado que la función del financiamiento también fue adscrito al IHSS para asumirla, la propuesta prevista para la constitución y funcionamiento de un fondo nacional de salud perdió la viabilidad con que se venía perfilando.
   La ley marco también establece el mandato de promulgación de una ley complementaria sobre el sistema de salud para la instrumentación de sus elementos fundamentales, por lo que otro elemento a destacar con la situación planteada son los ajustes que ha requerido la propuesta inicial de la ley del sistema de salud que se había trabajado en ULAT, para alinearla adecuadamente a los preceptos establecidos en dicha ley marco.
   En condición similar se encuentran otras propuestas que requieren ser ajustadas, entre las que se destacan la guía para la configuración de las RISS y la guía del Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud (CGPSS).
ii. La decisión de la SESAL de expandir el proceso de descentralización en el segundo nivel de atención, estableciendo como meta la incorporación en este proceso de otros cinco hospitales que se agregaron a los tres iniciados como proyectos pilotos. Ello ha demandado esfuerzos no previstos en la asistencia técnica para acompañar adecuadamente esta línea de trabajo que se considera de trascendental importancia.

iii. El proceso de implementación del DO del nivel central ha consumido un tiempo mayor que el que se esperaba. La decisión de poner en marcha la nueva estructura orgánica y funcional de la SESAL ha generado una situación complicada, pues en la práctica representa la redefinición de los procesos institucionales, una nueva distribución de funciones, la reingeniería de los procedimientos y la redistribución de los recursos humanos y físicos con que está dotada la SESAL. Como puede colegirse un proceso de tal complejidad exige el establecimiento de una conducción y administración vigorosa para ir alcanzando los hitos definidos en el tiempo establecido. De esta forma, el desarrollo de las actividades y tareas vinculadas con los aspectos del DO demandó una importante cantidad de esfuerzos en los que ULAT continúa teniendo un papel importante.

Como un resultado a destacar de lo anterior, en el período informado se sucedieron cambios en los funcionarios que venían fungiendo como contrapartes, teniendo un impacto en la dinámica con que se venían desarrollando algunas líneas de acción, con la demanda subsecuente de gestiones para mantener activa la agenda de trabajo.

iv. El impulso dado de la instancia presidencial del gobierno al enfoque de una gestión por resultados creo condiciones favorables para el desarrollo de las acciones que se venían ejecutando con relación a la planificación estratégica institucional, la planificación operativa y el SIMEGpR.

v. Los problemas relacionados con el funcionamiento de la UAFCE ha tenido implicaciones en la disponibilidad de los recursos previstos para financiar las actividades contempladas en los planes de trabajo de la SESAL con fondos de USAID y que son complementarias a las de la asistencia técnica de ULAT. Esto ha obligado a efectuar adecuaciones en los alcance, oportunidad y desarrollo de aquellas actividades que se considera cruciales.

vi. La aceptación plena por parte de los gestores descentralizados de la prestación de servicios de salud de la propuesta de la ICEC ha favorecido la expansión acelerada de este proceso en grado tal que algunos de los gestores han decidido financiar las actividades que permitan su puesta en marcha. Este financiamiento desde el nivel operativo por una parte ha permitido continuar con las acciones a pesar de las dificultades confrontadas por la UAFCE para la financiación de los planes de trabajo anual programado, y por otra, se expresa como evidencia de una posible sostenibilidad futura del proceso.

vii. La postergación indefinida en el inicio de la ejecución del proyecto del SIIS previsto con financiamiento del gobierno de Canadá condujo a la suspensión total de las actividades vinculadas con el tema, contempladas en el plan de trabajo.

viii. Las condiciones prevalecientes del IHSS que continuaron durante el cuarto año del proyecto, generó la necesidad de modificar las actividades de PF, en su ámbito y alcance, y los resultados previstos.

ix. También se deben señalar otras dificultades que se han estado confrontando. La priorización de temas que desde la cúpula presidencial se ha definido para la SESAL, como el abastecimiento de medicamentos a la red de servicios, en la práctica ha implicado la posposición de algunos procesos que se han venido apoyando como la implementación del sistema nacional de calidad y la puesta en marcha de una política y estrategia de género en salud. Adicionalmente, el esfuerzo brindado por la institución a la vigilancia epidemiológica y al 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.

Dentro del contexto particular del proyecto actuaron como circunstancias propicias para la ejecución de sus acciones, la coordinación que se efectuó con otros proyectos cuyas líneas de trabajo convergen con las desarrolladas por ULAT con el propósito de brindar una asistencia a la SESAL lo más integrada posible potencializando los esfuerzos individuales. Así, se pueden mencionar: (i) el trabajo conjunto con USAID/NEXOS en el desarrollo de las capacidades administrativas y técnicas de los gestores descentralizados y en el tema de transparencia y auditoria social vinculadas con la gestión descentralizada de los servicios de salud; (ii) con ACCESO en el análisis de los resultados del estudio sobre anemia y parasitismo en las comunidades intervenidas por dicho proyecto, en el ajuste de la estrategia de AIN-C para proveedores descentralizados con el objetivo de hacerla más costo efectiva y en la revisión de los indicadores de monitoría y evaluación del proyecto "MERCADO" de USAID relacionados con nutrición, a fin de asegurar que los mismos sean medibles y alcanzables; (iii) con AIDSTAR-Plus en el proceso de configuración de las RISS haciendo uso de las guías diseñadas por ULAT y en la definición y configuración del conjunto de prestaciones de salud a garantizar incluyendo los paquetes específicos de prestaciones para poblaciones especiales; (iv) con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en las revisiones de la propuesta de proyecto de ley del sistema de salud, en la asistencia de los procesos de descentralización de la gestión de servicios en el primer nivel y con la implementación del nuevo modelo de gestión en tres hospitales de la red pública de servicios de salud; (v) con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la discusión de los temas de cobertura universal de salud y el conjunto garantizado de prestaciones vinculado con el modelo nacional de salud (MNS), en la socialización de los resultados de la evaluación de la política de la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI), en la presentación del estudio de gasto y financiamiento en salud y en el tema de la hemorragia pos parto abordado en el taller de capacitación a personal de los hospitales por el "Proyecto Cero Muertes Maternas por Hemorragia en Honduras", y en la propuesta de la ley del sistema de salud; (vi) Con UNFPA en la evaluación de medio término de RAMNI, y (vii) con la Cooperación Japonesa (JICA) en los aspectos relacionados con la configuración de las redes en el marco de la implementación del MNS, en la validación técnica de las guías para la operación de los equipos de atención primaria, y en la implementación del CONE ambulatorio en las áreas de intervención de dicha cooperación.

Los resultados de las actividades ejecutadas bajo las circunstancias antes descritas y que constituyen el plan de trabajo de la asistencia que ULAT brinda en los procesos de salud materno-infantil, planificación familiar, reforma, descentralización y los relacionados con el uso de datos para la toma de decisiones se describen en los capítulos subsiguientes. Un esfuerzo particular que efectúa el proyecto es la incorporación de elementos de género en todos los productos obtenidos a través de esta asistencia técnica.

VI. Integración de la Perspectiva de Género

Durante el año del informe, a nivel internacional se destacaron algunos hechos relacionados en una forma u otra con el impulso del proceso de transversalización de género en las acciones de salud que se ha estado dando en el país. Entre éstos se pueden mencionar la participación de Honduras en el 59° período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW), del 9 al 20 de marzo de 2015 en New York, USA, en el que se examinaron los progresos observados en la implementación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 20 años después de su adopción en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995. El examen abordó las oportunidades y retos en cuanto a la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

También es importante destacar que a principios de mayo de 2015, se desarrolló en la sede de Naciones Unidas en Ginebra, Suiza, el examen periódico universal (EPU) al Estado de Honduras, en el que se expuso la situación de los Derechos Humanos y los derechos de las mujeres y la niñez. Honduras destacó que de las 129 recomendaciones hechas en el EPU del 2010, el país cumplió con 106 que representan el 82%, y de las que restan, unas 20 están en proceso de cumplimiento. Unas 190 recomendaciones, recibió Honduras en ésta segunda revisión, en un conteo preliminar. Entre los grandes temas demandados por las Naciones Unidas a Honduras están la discriminación a indígenas, afro hondureños, comunidad LGTBI (Lésbico, Gay, Transexual, Bisexual e Intersexual), discapacidad, la violencia doméstica, la niñez migrante, la ratificación del protocolo de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y la ratificación de la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW).

En septiembre de 2015 se cumplió el plazo para el logro de los Objetivos del Milenio (OM), concluyéndose que si bien hubo avances en términos generales, se requiere redoblar los esfuerzos para los próximos años hasta el 2030, por lo que se han definido, aprobado y oficializado por los países que integran las Naciones Unidas, la nueva agenda internacional para ese período que incluye diecisiete Objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS), correspondiendo al quinto objetivo: alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas. Honduras participó y ratificó todos los documentos emitidos.

A nivel nacional, se han presentado avances importantes en el abordaje de género. En el Congreso Nacional se ha retomado la aprobación de leyes dirigidas a proteger los derechos de las mujeres, liderado por la comisión de género. Es así como en marzo, se aprobó un decreto orientado a que las mujeres por igual trabajo devenguen el mismo salario que devengan los hombres, estableciendo condiciones para que en el país no exista más discriminación en este campo, por razones de sexo. Se realizaron además reformas al código de familia, planteando esencialmente la partición igualitaria de los bienes, en el caso de disolución de los matrimonios.

En el período abril a septiembre 2015 el Congreso Nacional a través de la Comisión de Género, dio seguimiento a la formulación de los presupuestos sensibles a género. Para ello, esta instancia en coordinación con la Secretaría de Estado en el Despacho de Finanzas (SEFIN), solicitó 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).

Con el proceso de reorganización que sufrió la SESAL en sus distintos niveles de acuerdo a las disposiciones del ROF y que implicó la redistribución del personal y la re-conceptualización de las actividades programáticas, el tema de género fue asignado a la Dirección General de Normalización (DGN). Esto significó una demora en las acciones, generada por la natural tardanza en el reasumir de las funciones desde la nueva forma de actuación y fue hasta abril de 2015 que se lograron establecer los acuerdos para continuar con los procesos pendientes en los que venía brindando asistencia técnica ULAT, constituyéndose en objetivo principal, la finalización de la política nacional de género en salud, su aprobación y la formulación de la estrategia y su plan de implementación.

Durante éste período, los principales resultados fueron los siguientes:

- En seguimiento al proceso de oficialización, publicación y socialización de la política de género de la SESAL, se efectuaron diversos ajustes al documento de propuesta preliminar de la política, en el marco de las disposiciones de la DGN para cumplir con los lineamientos establecidos en la formulación de normas y se desarrolló un proceso de validación de la misma. Al momento el documento se encuentra en la etapa de aprobación final. Por esta razón, la elaboración de la estrategia para la implementación de la política y su plan operativo, han sido pospuestos. No obstante, se elaboró una propuesta de alcance de trabajo para desarrollar la consultoría sobre la formulación de la estrategia en mención que está previsto sea financiada con fondos bilaterales de USAID. Los términos fueron remitidos a la DGN para su revisión, aprobación y continuar, cuando corresponda, con el proceso de contratación.

Ilustración 1: Reunión intersectorial para la revisión de la Política Nacional de Género de la SESAL. 28 de julio 2015

- Con respecto a la organización y funcionamiento de un equipo de integración de género de la SESAL, se elaboró una propuesta que a la fecha está pendiente de discusión y aprobación final por el nivel político y estratégico de la SESAL. La DGN ha expresado su interés para que se organice dicho equipo, por lo que se espera que esto se logre en el trimestre siguiente.
- Se continuó apoyando el fortalecimiento de las capacidades del equipo del IHSS en el tema de género para viabilizar su inclusión efectiva en la evaluación de la estrategia de PF, en su actualización y en el plan de implementación. En este sentido, se realizó el análisis del avance de la EGSPF y los avances en los aspectos de género que incluye la misma. Las principales conclusiones se refieren a: (i) la necesidad de continuar haciendo esfuerzos para el empoderamiento en el tema de PF por parte de las autoridades del IHSS que incluye al eje de equidad de género; (ii) que se requiere mayor apoyo institucional por parte de las autoridades superiores para la implementación de la EGSPF; (iii) que el equipo técnico del IHSS y los niveles locales están empoderados de la EGSPF, lo que constituye una base importante para lograr mayores avances, y (iv) el mejoramiento en los procesos de comunicación desde el nivel central de la institución con los involucrados en las unidades de salud y otros actores claves, para impulsar permanentemente el tema de equidad de género. Finalmente, se concluyó que la situación descrita está determinada porque la agenda principal de la institución prioriza otras necesidades frente a la problemática que está enfrentando.
- En el proceso de evaluación de RAMNI, se elaboró una propuesta para la incorporación de los elementos pertinentes de género. En los instrumentos se hizo la inclusión de las variables de género definidas y en el informe final de la evaluación se presentaron los resultados del análisis sobre el tema realizado en la misma.
- En cuanto al fortalecimiento de las capacidades en ULAT:

  - Se elaboraron cuatro boletines de género abordando los temas vinculados al derecho a la salud desde una visión de género; al proceso de transversalización de género y sus avances dentro del proyecto; a los compromisos internacionales ratificados por Honduras en el tema la salud sexual y reproductiva, y se reiteró sobre los diversos procesos de género realizados por ULAT.
  - Se realizaron las actividades conmemorativas programadas: 19 de noviembre Día Internacional del Hombre, 25 de noviembre Día Internacional de la No Violencia Contra la Mujer, 25 de enero 2015 Día de la Mujer Hondureña y 8 de marzo Día Internacional de la Mujer. Estas actividades permitieron profundizar en los aspectos conceptuales de género, sensibilizar mucho más en el tema, destacar algunos problemas de salud que han permanecido invisibles en el abordaje de salud y en consecuencia se

Ilustración 2: Taller de Género, personal administrativo de ULAT. Enero 2015.

contribuyó a fortalecer la entrega de la cooperación técnica del proyecto, desde una perspectiva de género.

- Se apoyó en la incorporación de los elementos de género en las herramientas gerenciales de la propuesta sobre el SPSS en el nuevo MNS. Se previó que las herramientas gerenciales respondieran a los postulados de la reforma del sector salud, a los ejes transversales del MNS y a los postulados de sus tres componentes, en especial el de gestión que es el marco de aplicación de los instrumentos o herramientas. Concretamente se realizó la incorporación de género en las herramientas siguientes: (i) sistema de control contractual de aseguramiento; (ii) sistema de control financiero del sistema de protección social en salud, y (iii) modalidades tipo de gestión descentralizada. Cabe destacar que con la aprobación de la Ley Marco de Protección Social se generó un escenario tal que el desarrollo de dicho sistema está definido por este instrumento legal que redefinió las dimensiones, los actores y las poblaciones objetivo inicialmente planteadas, superando los supuestos sobre los cuales se construyó la propuesta en mención.
- En la incorporación de género en el proceso de expansión de la ICEC:
  - Se incorporaron los elementos de género en el documento "Guía para la Implementación Conjunta de las Estrategias Comunitarias ICEC", y se adicionó capítulo específico del tema como eje transversal de la estrategia. También se hicieron aportes en el proceso metodológico para la capacitación del personal institucional y comunitario.
  - Se elaboró una propuesta de seguimiento a la incorporación de género en el proceso de expansión de las ICEC y se diseñaron cuatro instrumentos para ser aplicados con personal del nivel central de salud, de las regiones, las redes integradas seleccionadas y con el personal comunitario (monitoras).

Ilustración 3: Monitoras y monitores comunitarios en Concepción de María – Choluteca, Mayo 2015. Aspectos de Género en la implementación Conjunta de Estrategias Comunitarias – ICEC.

  - Se efectuó el seguimiento en la aplicación operativa de los aspectos vinculados con género en las ICEC, en el que se encontró que: (i) se ha logrado un empoderamiento del personal del nivel regional, dando importancia a los contenidos de género para abordar las diferentes barreras que limitan el acceso a los servicios de salud materno infantil; (ii) a nivel de redes integradas de salud, se observa que también hay empoderamiento, trascendiendo a diferentes actores como los gobiernos locales, que han asumido el tema con responsabilidad y voluntad política, con la realización de cabildos abiertos para establecer acuerdos municipales orientados a la atención materno infantil con la participación del hombre y de la comunidad, y (iii) en la comunidad, se observó que existe un alto grado de motivación de las monitoras, quienes tienen claridad en el abordaje de género.

- Para 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, se definieron los criterios de selección para iniciar una experiencia en el municipio de San Rafael que fue seleccionado para desarrollar la capacitación al personal de la RISS y de la RS de Lempira. Se hicieron los contactos pertinentes con las autoridades locales y regionales, se definieron los contenidos a desarrollar en el período octubre -diciembre 2015 y se elaboró el plan de sistematización.

Ilustración 4: Equipo de la Red Integral de Salud de San Rafael, Lempira. Abril 2015. Realizando una valoración de la implementación de los aspectos de género en su trabajo con ICEC.

Entregable trimestre IV:

- Informe trimestral de avance del proceso sobre el empoderamiento de género en PF rural.

VII. Logros del proyecto y retos programáticos

A continuación, en forma pormenorizada, se describen por sub-resultado intermedio el desarrollo de las actividades, los avances y lo que queda pendiente por realizar, con una valoración de la situación actual en cuanto a su desarrollo; los productos que fueron entregados en el período incluyendo aquellos que no estaban inicialmente contemplados, y los principales retos que tuvieron que enfrentarse en el desarrollo de las actividades.

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

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: (i) el incremento en el acceso y disponibilidad de servicios efectivos de PF del sector público y privado, para las poblaciones vulnerables y sub-atendidas, y (ii) el incremento en la capacidad de proveedores públicos y privados para mejorar el acceso a y la disponibilidad de servicios MI- especialmente obstétricos y neonatales.

SUB RI 4.1.1

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

Bajo este sub resultado intermedio se continuaron los esfuerzos para incrementar la capacidad institucional de la SESAL y del IHSS para mejorar el acceso y disponibilidad de servicios efectivos de PF.

Para el período de extensión del proyecto, se definió que en esta línea de trabajo, se continuarán realizando los esfuerzos orientados fundamentalmente al aumento del acceso a servicios de PF en el área rural. En virtud de ello, se ejecutarán las acciones con las que se espera alcanzar: (i) la consolidación de la estrategia de PF en el área rural de la SESAL; (ii) el incremento de la cobertura de los servicios de PF en el área rural a nivel nacional, focalizando en los departamentos del occidente del país (La Paz, Copán, Intibucá y Lempira), y (iii) la reducción de la necesidad insatisfecha e incrementada la demanda de los servicios de PF.

4.1.1.1: Incrementada la capacidad institucional de la SESAL y del IHSS para mejorar el acceso y disponibilidad de servicios efectivos de PF.

PLANIFICACION FAMILIAR

PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA SESAL

En los primeros años del proyecto, se realizó la evaluación y actualización de la EMSPF de la SESAL a nivel nacional en base a cobertura, calidad y equidad de género y se ha estado apoyando en su implementación con énfasis en los procesos de programación, logística y evaluación, a través de la

capacitación a facilitadores nacionales y regionales, quienes realizaron réplicas a nivel de redes y de unidades de salud. La programación anual de las actividades de PF es elaborada y consolidada en base a los lineamientos de la estrategia. Se realizan 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 adaptarla a la nueva estructura de la SESAL generada por el DO y para fortalecer los componentes que muestran todavía debilidades. 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.

Con estos logros, las acciones ejecutadas en función del plan de trabajo para el año IV del proyecto, estuvieron orientadas a apoyar la consolidación de: (i) la programación de las actividades de PF en las redes de servicios de las RS; (ii) el desarrollo de competencias de los responsables de los almacenes regionales y de redes para el almacenamiento correcto de los anticonceptivos; (iii) la implementación de los mecanismos de distribución identificados en el año tres del proyecto; (iv) la realización de dos inventarios físicos de anticonceptivos (noviembre 2014 y mayo 2015), y (v) el funcionamiento de la HCDL.

Para el período de extensión del proyecto, las acciones están orientadas a la expansión y fortalecimiento de las actividades de PF rural las que en este informe serán descritas bajo el proceso de "Planificación Familiar en el área rural".

En la ejecución de los planes de trabajo para cada etapa, las actividades principales se fueron ejecutando como sigue:

- En relación al apoyo en la programación de las actividades de PF en las redes de servicios de las regiones sanitarias, se realizó dicha programación a nivel nacional, en dos talleres con la participación de los responsables de cada una de las 20 RS. Se puede enfatizar que por primera vez se tuvo en el mes de diciembre, el consolidado programático nacional que incluyó a las redes de servicios con gestión descentralizada. La programación y consolidación de los métodos anticonceptivos de las unidades jerárquicamente dependientes de la SESAL, se realizó en los meses de noviembre y diciembre de 2014. Sin embargo, en las redes con gestión descentralizada se realizó en los meses de enero y febrero, debido a que la revisión y ajuste de los lineamientos para su programación fueron revisados y aprobados en el mes de diciembre. La consolidación se hizo en el mes de marzo.
- 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 con la constitución 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 en los procesos de adquisición, almacenamiento, distribución y dispensación de medicamentos afectaron el funcionamiento correcto del componente logístico de anticonceptivos, en el cual ya se tenían avances importantes. Los resultados de esta evaluación aportaron información válida para que la estrategia sea adaptada a la nueva estructura de la SESAL, la que está programada a realizarse del 12

al 16 de octubre de 2015, con el objetivo de utilizarla en los procesos de programación para el año 2016.

- Se realizó una coordinación con técnicos de la UGD en la que se logró elaborar un informe sobre la producción en la entrega de métodos de PF en el período de enero a junio 2014, encontrando información de 23 gestores, entre los cuales hubo un cumplimiento de la programación de 69% para dispositivo intrauterino (DIU), 97% para condón, 54% para ACO y 84% para inyectable trimestral. También se encontró que las unidades de salud de todos ellos el 93% estaban abastecidas de métodos al momento de las monitorías.

  El análisis realizado para el período de enero a marzo muestra un logro en el cumplimiento de la programación de 96% para ACOs, 70% para Inyectable Trimestral, 77% para DIU y 88 para condones. Sin embargo solo se produjeron 7903 parejas protegidas, que de seguir en el mismo ritmo solo alcanzaríamos a proteger un poco más de 31,000 parejas lo que significa un 43% menos que en 2014. Esto obliga a realizar cambios en la programación.
- Los lineamientos de PF para proveedores descentralizados fueron adaptados en el mes de diciembre y forman parte de los anexos de los convenios firmados con la SESAL. Los mismos están siendo utilizados para elaborar la programación y monitoría de las actividades de PF, así como los aspectos logísticos para disponer de los métodos anticonceptivos. Los cambios más importantes se efectuaron en el componente de programación, en el que se decidió modificar los criterios de programación, haciéndolos más prácticos y sencillos y además con la seguridad de que anualmente se incrementará la cantidad de parejas a proteger con respecto a las protegidas del año anterior. Los criterios son: (i) la cantidad de parejas protegidas el año anterior, menos las AQV y los DI, y (ii) a esta cantidad se le suma el 8% de las mujeres en edad fértil registradas en el censo. La poca producción de parejas protegidas observadas en el primer trimestre de 2015 pueden significar que los gestores no aplicaron 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. También puede ser un error conceptual en los lineamientos de programación por lo que se ha discutido con la DGRISS, la DGN y la UGD, para cambiar el paradigma de la programación, diseñándose un nuevo proceso que será validado en el mes de octubre con un gestor de La Paz.

  Durante la adaptación de los lineamientos hubo mucha discusión con respecto al componente de logística, quedando aún dudas de la obligatoriedad de los gestores de comprar métodos en situaciones de desabastecimiento, ya que su financiamiento no está incluido en el per cápita, aunque se evidenció, que la mayoría de ellos los adquieren.
- Dado que hasta en el mes de septiembre se estableció un adecuado relacionamiento con la unidad de logística de la SESAL, responsable del funcionamiento de los almacenes, fue pospuesta el cumplimiento de la actividad relacionada con el desarrollo de las competencias de los responsables de los almacenes regionales y de redes para el almacenamiento correcto de los anticonceptivos, la que se espera pueda realizarse en los siguientes trimestres.
- Se trabajó en la revisión y adaptación del documento para la sistematización del proceso logístico de los insumos anticonceptivos en la SESAL. Con la evaluación de la EMSPF, se identificaron los obstáculos enfrentados para la distribución de los métodos anticonceptivos y los mecanismos con los que puedan superarse.

La coordinación iniciada en septiembre con la unidad de logística, el almacén central y la DGRSS, permitió establecer un acuerdo para mejorar la distribución de los anticonceptivos, en función del cual, a partir del mes de diciembre serán incluidos en los envíos de los medicamentos a todas las regiones, garantizándose que el Almacén Central hará el número de envíos necesarios según la programación. Con esto se espera que la distribución del nivel central a los regionales mejore y estos cambios serán incluidos en el capítulo de logística de la estrategia que será actualizada en el mes de octubre de 2015.

Vale la pena destacar que también en el mes de septiembre se desarrollaron reuniones con 18 de las 20 RS, para discutir los nuevos mecanismos de abastecimiento y distribución que fueron acordados entre el almacén central de medicamentos, la unidad de logística de la SESAL y la DGRISS, hecho que marca un hito en la historia de la estrategia metodológica de PF, la que incorporara en su adaptación estos nuevos acuerdos.

- Se ha estado apoyando a la UGD y al BID con su Iniciativa Mesoamérica 2015, en el diseño de una estrategia de gestión del proceso logístico de anticonceptivos en los modelos descentralizados, vinculado con el contenido de los lineamientos, a fin que puedan evitar los desabastecimientos participando en el proceso de adquisiciones, al grado que se piensa que un gestor pueda realizar la compra consolidada de métodos para todos ellos. El análisis de la propuesta indica que se quieren introducir elementos que harían más complejo el proceso de registro de información al momento de la atención, se hicieron las observaciones correspondientes y se está a la espera de la respuesta de la consultora contratada por el BID.
- Se realizó el inventario físico de anticonceptivos con fecha de corte en el mes de diciembre de 2014, con una cobertura superior al 90% de los establecimientos de salud. El resultado más importante es que mostró que existe un 84% de unidades de salud con desabastecimiento de alguno de los 5 métodos que provee la SESAL. También se realizó el inventario físico con fecha de corte en mayo de 2015 y sus resultados mostraron un 82% de unidades de salud desabastecidas al menos de un método, con una cobertura de 93% de unidades de salud que reportaron. El instrumento para realizar el inventario físico que corresponde en este trimestre ya fue distribuido a nivel nacional.

  Dada esta situación, se considera necesario que las autoridades superiores de la SESAL, realicen acciones para mejorar el abastecimiento en todos los niveles para que los métodos puedan estar disponibles para las usuarias y los usuarios de manera oportuna cuando ellos lo requieran, lo que ya se inició en virtud de los acuerdos establecidos con la unidad de logística.
- En relación al funcionamiento de la HCDL, se apoyó a todas las RS que han presentado dificultades en su uso. También se han hecho ajustes al programa y como resultado se tiene una nueva versión de la herramienta. Se logró que la HCDL funcione a nivel nacional y actualmente solo hay dos regiones que presentan dificultades, las que se espera sean solventadas en el mes de octubre.

Retos Programáticos:

- El proceso de DO que se continúa implementando en el nivel central, particularmente en lo que respecta a la redistribución de los recursos humanos con funcionarios que venían fungiendo como contrapartes asignados a otras funciones, sigue condicionando retrasos en algunas de las actividades programadas. Como ejemplo se puede mencionar que el no contar con una contraparte oficial designada para desarrollar la evaluación de la aplicación de la EMSPF, provocó que la evaluación consumiera un tiempo mayor que el que inicialmente estaba programado y por ende no hubiese

oportunidad para hacer su adaptación en este período. No obstante se realizan esfuerzos para mantener en la medida de las posibilidades, la atención y la ejecución de los procesos que se están desarrollando con las regiones y los hospitales.

- La falta de financiamiento con fondos de USAID en la UAFCE limitó la ejecución de algunas actividades prioritarias.
- El proceso de adquisiciones de métodos anticonceptivos y su consiguiente distribución desde el nivel central a las regiones de salud continúa siendo un problema importante. 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.

  La re-estructuración de los mecanismos de compra de todos los insumos y medicamentos (incluyendo los anticonceptivos) ha exigido acciones de incidencia para mantener los criterios contemplados en la estrategia metodológica de los servicios de PF, sobre lo cual ya se establecieron acuerdos preliminares.

Entregable trimestre IV:

- Informe de inventario físico del 15 Mayo 2015

PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL ÁREA RURAL (ICEC)

Durante el proyecto, la asistencia técnica en este campo estuvo orientada al diseño de una estrategia específica para el área rural y las correspondientes herramientas operativas conteniendo la perspectiva de género, a las gestiones para su aprobación y a la implementación de la misma. La estrategia fue aprobada en el marco de las intervenciones que se realizaban a través de RAMNI, identificándola como una actividad prioritaria para dar sostenibilidad a las acciones orientadas a contribuir con la reducción de la mortalidad materna e infantil. Entre las herramientas técnicas para su implementación se formularon el manual del facilitador, la tabla para aplicar los criterios médicos de elegibilidad, el censo de mujeres y hombres en edad fértil, el formulario de informe mensual de actividades, el formulario de referencia y respuesta y un sistema de información automatizado para el manejo de los datos de producción de los monitores comunitarios. Las herramientas fueron validadas y aprobadas y durante el proceso de revisión y ajuste del documento se identificó la necesidad de elaborar un manual específico para los monitores y monitoras de PF en la comunidad. También se decidió desarrollar una experiencia demostrativa en un área seleccionada del país, evidenciar el funcionamiento de la misma y analizar su factibilidad y aplicabilidad para mejorar el acceso a métodos de PF.

Todo ello permitió su expansión al ámbito nacional, considerando que los resultados demostraron que la actividad era factible y producía una motivación importante en las comunidades, el personal de salud y las autoridades municipales. La expansión del proceso se hizo a través de la "ICEC", la cual incluye la estrategia de individuos y familias en la comunidad (TIFC) y hogares maternos vinculados al CONE comunitario, ambulatorio y hospitalario. También incluye los aspectos de género expresados fundamentalmente en los contenidos de la capacitación de monitores comunitarios de PF rural, del sistema sexo-género y sexualidad, y en TIFC el plan de participación del hombre en la salud sexual y reproductiva.

Considerando los logros alcanzados a la fecha, para el cuarto año se propuso apoyar: (i) la expansión del proceso de ICEC en las redes intervenidas; (ii) la expansión de la ICEC en las regiones seleccionadas utilizando la guía metodológica elaborada, y (iii) la implementación y funcionamiento del sistema automatizado de información de las estrategias comunitarias.

Para el período de extensión, con el fin de aumentar la utilización sostenible y el acceso a los servicios de PF de calidad en las zonas rurales marginadas de Honduras, se propuso continuar brindando asistencia técnica para: (i) la expansión de PF rural en las regiones seleccionadas utilizando la guía metodológica elaborada para su implementación; (ii) el seguimiento al proceso de PF rural en las redes intervenidas en el año 4 del proyecto; (iii) la implementación y funcionamiento del sistema automatizado de información de las estrategias comunitarias que incluye PF en el área rural; (iv) el 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; (v) la realización de un inventario físico de anticonceptivos a nivel nacional, y (vi) el funcionamiento de la HCDL.

Los logros más importantes alcanzados en este período y que abarcan las actividades definidas tanto para el plan de trabajo del cuarto año del proyecto como para las consignadas en el plan de extensión, se describen a continuación:

- Se continuaron los esfuerzos dirigidos al fortalecimiento del proceso de ICEC en las redes intervenidas.
- Se dio inicio a ICEC en las nuevas redes contempladas en el proceso de extensión del proyecto.
- Se fortaleció la coordinación con el DSSPNA que, por el nuevo DO son los responsables de su implementación. Se tiene programado con esta unidad trabajar en 12 departamentos y ya se dio inicio en 7 de ellos. Los equipos regionales muestran satisfacción por incorporarse en este proceso y e incluso los jefes regionales se han incorporado a los procesos de capacitación.
- Se realizó un intercambio de experiencias entre los comités de los hogares maternos de San Marcos de Colón y San Marcos de Ocotepeque con resultados exitosos.
- Con la UGD se abordó el tema de cómo lograr que la herramienta del SAICEC sea utilizada para generar información en aquellos modelos descentralizados que están implementando la ICEC. Se hizo el compromiso de incluir este aspecto en un segundo módulo informático que se está trabajando para incluir los resultados obtenidos en los convenios actuales.
- En el marco del desarrollo de la ICEC se desarrollaron las capacidades tanto en el personal institucional como en el comunitario. Durante el último trimestre de este cuarto año, y dado que se está extendiendo la estrategia a las nuevas redes de servicios, los esfuerzos principales se orientaron inicialmente a la capacitación de los equipos facilitadores para que ellos capaciten a los voluntarios de la comunidad, por lo que el mayor número de capacitados corresponde a personal institucional. Efectivamente de las 108 personas capacitadas en el trimestre en mención, 17 son líderes comunitarios y 91 es personal institucional. Se espera que en los próximos períodos la relación personal institucional vrs. comunitario se irá invirtiendo.

  El total de personas capacitadas en todo el año en la aplicación de las tres estrategias comunitarias que incluye ICEC se distribuyen así: (i) 358 funcionarios institucionales de los niveles regional, de redes y local; (ii) los miembros de los 154 comités comunitarios organizados con un total aproximado de 770 personas; (iii) el personal que aplica la estrategia de hogares maternos que

ascendió a 89 personas entre los 15 comités de apoyo, y (iv) 335 como monitores comunitarios de PF Rural.

Retos Programáticos:

- La gran demanda de apoyo técnico y financiero generado por el interés que la intervención despertó tanto en los niveles gerenciales como en los operativos rebasó en algún momento las capacidades existentes en ULAT.
- 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.

Entregables trimestre IV:

- Informes de capacitaciones de los equipos técnicos conductores de las RISS y RSD priorizadas.
- Informes de capacitaciones sobre el uso de la herramienta.

Ilustración 5: Municipalidad Santiago de Puringla, Graduación 27 Monitoras PF rural. (10 de octubre, 2014)

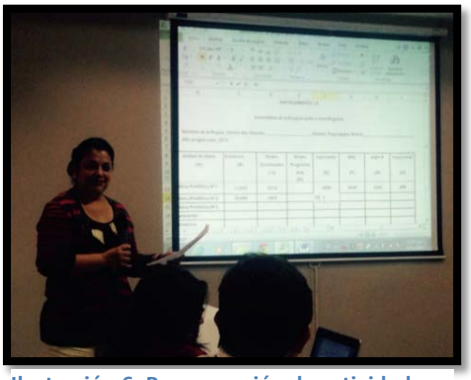


Ilustración 6: Programación de actividades de PF en el IHSS (Noviembre, 2014)

Ilustración 6- Taller de PF rural, Mancomunidad de COLOSUCA, Gracias-Lempira (Noviembre, 2014)

Ilustración 7- Taller PF rural en MANCORSARIC, (Febrero, 2015)

PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL IHSS

La Estrategia de Gestión de los Servicios de PF en el IHSS (EGSPF) fue diseñada, y aprobada por los niveles superiores de la institución. Se inició su implementación expresada en los procesos de capacitación de los funcionarios involucrados en la aplicación de la estrategia, sobre todo en los aspectos de programación. Se desarrolló la herramienta consolidadora de datos logísticos (HCDL) y se capacitó al personal relacionado con su uso y en los aspectos de género para la elaboración de materiales "No Sexistas" para PF. No obstante, la crisis que sigue enfrentando la institución genera elementos que obstaculizan la aplicación completa de la estrategia la que se ha visto limitada principalmente por la falta de algunos de los métodos de PF contemplados en su "mezcla" o lista de métodos disponibles. Esto condicionó la necesidad de continuar con la asistencia técnica.

En este marco, para este período del proyecto, los esfuerzos principales en el IHSS fueron orientados por una parte, a la consolidación del proceso logístico a nivel de redes de servicios y a realizar un análisis del grado de implementación de EGSPF, para lo que se diseñó una metodología para recolectar información en terreno con una muestra significativa cuyos resultados pueden ser utilizados por el IHSS para adaptar su estrategia, incorporando las lecciones aprendidas en los años de su aplicación, y por otra, a que la estrategia de PF en el IHSS se aplique plenamente y pueda ser evaluada para su ajuste. El informe de la evaluación se hizo llegar a la DMN a fin de que tome las decisiones sobre el seguimiento a esa estrategia.

Concretamente las actividades se orientaron a apoyar en: (i) la programación de las actividades de PF en las tres modalidades de prestación de servicios del IHSS; (ii) los procesos de monitoria y evaluación de las actividades de PF; (iii) los procesos de capacitación para la operación de la EGSPF; (iv) el funcionamiento de la HCDL; (v) la gestión de la DMN para la compra de anticonceptivos; (vi) la evaluación del funcionamiento de los componentes de la EGSPF, y (vii) la adaptación de la EGSPF en base a los resultados de la evaluación.

Los alcances obtenidos se describen a continuación:

- La programación de las actividades de PF de las modalidades de servicios propios y SME fue elaborada y consolidada. Los servicios sub rogados no efectuaron la programación porque no hubo claridad sobre la inclusión de este compromiso en los contratos correspondientes.

- Debido a que la estrategia no se está implementando tal como fue diseñada, no ha sido posible sistematizar las actividades de monitoría y evaluación.
- La evaluación de la EGSPF se realizó mediante un proceso de análisis del grado de implementación de la estrategia, para lo cual se diseñó el protocolo y los instrumentos para el levantamiento de la información y se elaboró el informe correspondiente. En las conclusiones se identificó que: (i) las acciones emprendidas durante el desarrollo de la estrategia han generado algunos resultados positivos, pero no han sido lo suficientemente efectivos para lograr una adaptación del proceso por parte de las diferentes unidades de salud de los servicios propios y del SME; (ii) el mecanismo de programación de insumos de PF requiere ser ajustado, ya que en los establecimientos visitados consideran que las cantidades resultan muy elevadas y por lo tanto, difícil de cumplir, y (iii) que el IHSS no ha efectuado compras de insumos, específicamente de condones y DIU y por lo tanto la aplicación de EGSPF es limitada en cuanto a la cartera de servicios ofertados.
- Se apoyó la socialización de las guías clínicas de PF dirigida a 100 médicos especialistas y generales en Tegucigalpa y 90 en San Pedro Sula, de los servicios propios y del SME, con lo que se fortaleció la capacidad institucional para la entrega efectiva de métodos a las personas usuarias que demandan estos servicios.
- Entre octubre y diciembre de 2014 se fortaleció la capacidad de las personas usuarias de la HCDL y se logró confirmar que la herramienta funciona. Se obtuvieron reportes de las actividades de PF que se han realizado en las unidades de salud, sin embargo al final de la asistencia técnica, la HCDL funciona y sus usuarios están preparados para su buen funcionamiento, aunque aún hay poca producción de los servicios, por las situaciones enunciadas.

Reto Programático:

- La Coordinación con la DMN del IHSS siguió siendo complicada, debido a las directrices giradas y a las decisiones gerenciales tomadas por la comisión interventora, dado que hay actividades que requieren aprobación en un nivel superior y no se han logrado los espacios para dar a conocer las actividades programadas y definidas en el plan de trabajo. Especial importancia que en el escenario de la crisis financiera se impide brindar atención preferente a la compra de todos los métodos anticonceptivos que la estrategia requiere, frente a otros problemas catalogados de mayor importancia institucional.

SUB RI 4.1.2

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

Bajo este sub resultado, los esfuerzos principales se centraron en mejorar el acceso a servicios de salud materna e infantil a través de la estrategia CONE. Se identificó que la atención en base a normas de las mujeres y de los recién nacidos, no alcanzaba los resultados esperados, a nivel de los prestadores de servicios, ni a nivel de los facilitadores de la capacitación en CONE ambulatorio. Por esta razón se hicieron en el diseño de los procesos de capacitación, habiéndose adaptado los lineamientos y los

manuales tanto para el nivel hospitalario como el ambulatorio, así como las demás herramientas de ayuda para el proceso.

Como la conducción de la política RAMNI siguió siendo no suficientemente priorizada por las autoridades en el período, la estrategia CONE cuya adaptación al nuevo MNS ya estaba finalizada a inicios del cuarto año, aún sigue pendiente de su aprobación oficial. Por otra parte, la aplicación de una política nacional para reducir la mortalidad materna e infantil, en el marco de la reforma en salud sigue siendo absolutamente necesaria, así como también lo son los procesos de actualización de las normas maternas y neonatales, que a cinco años de su vigencia requieren ajustes en base a la evidencia científica acumulada. Esto explica las razones por las que durante el período de ejecución del cuarto año del proyecto, los esfuerzos se orientaron en apoyar estas líneas de acción.

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

RAMNI

Durante el tercer año del proyecto, la evaluación de medio término de la ejecución de la política RAMNI no se efectuó debido al complejo proceso de selección de la consultoría que no fue posible culminarla sino hasta el final del período. Por esa razón tampoco se preparó una propuesta de ajuste o una nueva política nacional para reducir la mortalidad materna e infantil en el marco de la reforma en salud, porque los esfuerzos fueron orientados en el cuarto año a efectuar la evaluación mencionada.

Se decidió ejecutar un plan de trabajo conjunto con el HEU para elaborar la metodología que permitiera caracterizar la situación de la mortalidad y morbilidad grave materna y neonatal en regiones y hospitales y en base a ello implementar planes de mejora. Cambios internos en la estructura y funcionamiento de este hospital obstaculizaron el proceso al grado de ser descontinuado. En respuesta a esta situación, se seleccionaron los hospitales de Tela y San Lorenzo, como áreas en las que se reinició el trabajo sobre el tema. Por otra parte, a efecto de lograr la elaboración de planes regionales que contribuyeran también a caracterizar la situación de la mortalidad y morbilidad grave materna y neonatal, se elaboró e inició su ejecución, un plan de trabajo conjunto con la región sanitaria de El Paraíso.

En virtud de lo anterior, las actividades de la asistencia técnica propuestas para el cuarto año fueron: (i) apoyar la conclusión de la evaluación de medio término de la política RAMNI; (ii) apoyar en el diseño o adaptación de la política nacional para reducir la mortalidad materna y en la niñez en base a los resultados de la evaluación; (iii) apoyar el desarrollo de planes de trabajo para implementar simultáneamente intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad materna e infantil en regiones de salud priorizadas, y (iv) apoyar la finalización del diseño y la ejecución de una propuesta metodológica para la implementación más costo efectiva de la estrategia de AIN-C para proveedores descentralizados.

Como producto de las actividades desarrolladas en el período, se entregó a la SESAL el informe con el resultado de la evaluación de RAMNI. La viceministra de redes de servicios de salud tomó la decisión de utilizar los resultados de la evaluación y ordenó que, con este propósito, se programaran fondos en los planes de trabajo de la cooperación bilateral de SESAL con USAID. En los resultados de la evaluación se incluyó como conclusión que haber descontinuado el plan de ejecución del monitoreo de RAMNI

contribuyó a que no se alcanzaran todos los objetivos, no obstante que sus líneas de trabajo y las estrategias para implementarlas han continuado siendo válidas y que las mismas se encuentran alineadas con los compromisos nacionales e internacionales vinculados a la salud del país. En vista de lo anterior, se consideró para el período de extensión que ULAT en esta área de acción, deberá concentrar sus esfuerzos para continuar apoyando en: (i) 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; (ii) las actividades de la vigilancia sostenida de la mortalidad materna e infantil; (iii) 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; (iv) la ejecución y seguimiento de las actividades definidas en el plan de trabajo acordado que incluye el seguimiento y análisis de las actividades de RAMNI en las dos redes de servicios priorizadas, y (v) la ejecución de una prueba piloto para la aplicación de la propuesta de ULAT/USAID de lineamientos de la estrategia de AIN-C para proveedores descentralizados.

La descripción de las correspondientes actividades para cada uno de los planes que conforman el accionar del proyecto durante el período objeto de este informe, fue como sigue:

- Se desarrollaron las actividades contempladas en el plan de trabajo para el proceso de evaluación de medio término de la política de RAMNI. El equipo técnico conductor logró coordinar las acciones con las que se logró que se aprobaran los instrumentos y los procesos para el levantamiento de la información. La evaluación de la política fue finalizada y el informe entregado a las autoridades de la SESAL quienes ya han tomado algunas decisiones para su socialización.
  No fue posible hacer la adaptación de la política porque los resultados de la evaluación aún no han sido totalmente apropiados ni socializados por el nivel político de la SESAL. La viceministra de redes de servicios de salud decidió asumir la responsabilidad de utilizar los resultados de la evaluación y ordenó que se programaran fondos con este propósito en los planes de trabajo de la cooperación bilateral con USAID, cuya ejecución aún no se inicia.
- En relación al apoyo de los planes de trabajo para implementar simultáneamente intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad materna e infantil en las regiones de salud priorizadas, se seleccionó a la región de El Paraíso y al hospital de Danlí, con los que se elaboraron y pusieron en ejecución planes para la implementación de RAMNI. Las principales actividades programadas fueron la capacitación en CONE ambulatorio y hospitalario y el inicio de la implementación de la ICEC. El primer resultado fue la capacitación en CONE ambulatorio, con la participación de la coordinadora de la red gestionada con financiamiento proporcionada por la Asociación de Médicos de Asia (AMDA), quienes tenían previsto ejecutar esta actividad en el mes de diciembre y lo que les fue posible en virtud de esta coordinación.
  A nivel de la red regional, se trabajó en dos redes priorizadas en base a los criterios de mortalidad materna e infantil, siendo una de ellas la red descentralizada de Trojes y la otra la de El Paraíso con gestión centralizada. En las dos redes se inició el uso de la historia clínica perinatal base (HCPB) con las gráficas de ganancia de peso y de AFU incorporadas y la historia clínica neonatal ambulatoria. El desarrollo de este plan fue interrumpido por las actividades relacionadas con la preparación del proceso de expansión y la situación especial de la conducción de la región sanitaria que generó perdida de la comunicación que se había establecido y que se requiere sea retomada.
  En esta línea de trabajo, también se hicieron coordinaciones con la OPS y con la representación de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia sobre el desarrollo del

proyecto "Cero Muertes Maternas por Hemorragia" que incluirá la nueva intervención del traje anti shock que será utilizado en las clínicas materno e infantiles (CMI) y en los hospitales.

- Se participó en la presentación de resultados del estudio de anemia y parasitismo en las comunidades intervenidas por el proyecto ACCESO. Se acordó que a raíz de este estudio se deberá documentar la presencia de parásitos para iniciar el proceso de desparasitación en el grupo etario de menores de 2 años, con un abordaje integral que incluya la eliminación de factores predisponentes a estas infecciones (disposición de excretas, suelos, saneamiento de agua, prácticas higiénicas, etc.). Se encontró que en el grupo objeto de estudio a pesar de seguir con la alimentación propuesta, había presencia de anemia por deficiencia de hierro. En función de los resultados, con apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) se realizaron estudios parasitológicos a la población intervenida menor de 2 años, con los que se demostraron que existe parasitismo intestinal pero que la prevalencia de anemia no está directamente relacionada con el mismo. Por esta razón se decidió reorientar las intervenciones realizadas y se elaboró una nota técnica para el abordaje de la anemia en esta población que incluyó intervenciones de tratamiento farmacológico, sea con hierro elemental o con ¨chispitas¨, desparasitación en los menores de 2 años en los que se documentó parasitismo y la continuación de las medidas de promoción en salud y la prevención de anemia en la población intervenida.

  Se concluyó que deberá hacerse una socialización con las autoridades de la SESAL para definir las intervenciones que mejoren esta problemática. Sobre las acciones sub-siguientes del proyecto en mención no se estableció ninguna comunicación con ULAT.
- Se finalizó el diagnóstico de la situación de AIN-C en los proveedores descentralizados y en función de sus resultados se elaboró una propuesta de lineamientos. Estos lineamientos proponen ajustes principalmente en: (i) la duración de los talleres, con una agenda que incluya todos los temas, pero desarrollados con metodologías más participativas de tal manera que sean más efectivas, y (ii) la adaptación a las láminas de consejería, que al evitar repeticiones de contenidos disminuye la cantidad requerida. Con estos cambios principales el costo estimado produce un ahorro de aproximadamente US$ 1,000.00 anuales por comunidad intervenida. El costo de la validación de la propuesta se programó en los planes de trabajo de la cooperación bilateral USAID/SESAL. Debido a que estos fondos aún no están disponibles, no se ha iniciado la experiencia piloto en la red de Erandique, que fue la seleccionada por la UGD para estos fines.

Retos Programáticos:

- Un desafío que se ha tenido que vencer en el período en el tema de la evaluación de RAMNI y las consiguientes propuestas para ajustes de la política, es el tiempo dedicado a esta actividad por las contrapartes, lo que provocó el enlentecimiento en el desarrollo previsto, no permitiendo avanzar como se esperaba en la dimensión de tiempo establecida para la consultoría.
- La dificultad para identificar la responsabilidad sobre la conducción de la estrategia, ha sido el mayor obstáculo enfrentado.

4.1.2.2 Incrementada la capacidad de los proveedores en CONE para alcanzar con servicios efectivos a las poblaciones vulnerables y sub-atendidas.

CONE

Para inicios del cuarto año del proyecto, se contaba con un documento propuesta de la estrategia CONE ajustada al nuevo MNS y pendiente únicamente de su revisión y discusión final con los actores involucrados de los niveles central, regional y de redes. Pese a que la estrategia no había sido aprobada, se tenían importantes avances en el rediseño del proceso de capacitación en CONE hospitalario y ambulatorio, habiéndose adaptado las herramientas y capacitado a los facilitadores de ambos procesos con la metodología ajustada. Por ello, se propuso hacer las gestiones para la aprobación de la estrategia, ya que se identificó como necesidad para que las intervenciones funcionen de manera alineada y para poder desarrollar el proceso de capacitación como una actividad continua tendiente a mejorar la calidad de la atención obstétrica y neonatal.

También se consideró que la expansión a nivel nacional del uso de las listas de chequeo contribuirían a que la atención de esos grupos poblacionales se haga aplicando de manera correcta las normas. En forma concreta, se identificaron como acciones de asistencia técnica: (i) el apoyo a la capacitación de los facilitadores nacionales, regionales y de hospitales en la aplicación de las normas materno neonatales utilizando la metodología y herramientas diseñadas; (ii) el apoyo a la expansión a nivel nacional de las "Listas de Chequeo" de la aplicación de las normas materno neonatales; (iii) el seguimiento al impacto de la capacitación en CONE a nivel hospitalario y ambulatorio usando la nueva metodología; (iv) el apoyo a la implementación de la historia clínica de hospitalización neonatal en los hospitales; (v) el apoyo en el rediseño e implementación de la "Historia clínica neonatal ambulatoria"; (vi) el apoyo a la expansión a nivel nacional del uso de la historia clínica perinatal que tienen incorporadas las gráficas de vigilancia de AFU y ganancia de peso incorporadas; (vii) la asistencia técnica para fortalecer el proceso de mejora continua de la calidad en la atención materna neonatal, y (viii) el apoyo en la implementación de una experiencia piloto para el desarrollo de habilidades en CONE, para un proveedor descentralizado.

Considerando los avances alcanzados con la ejecución de las actividades para el cuarto año del proyecto, la aplicación de las normas técnicas para la atención materna y neonatal se vio fortalecida con la elaboración de las herramientas que apoyan este proceso tales como los flujogramas, las listas de chequeo y el re-diseño del proceso de capacitación. Como las normas vigentes están respaldadas con evidencia del 2010, se dio inició a su actualización.

Para el período de extensión se propuso concluir con la actualización normativa y la socialización de sus nuevos contenidos continuando con la asistencia técnica para: (i) 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; (ii) 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; (iii) la expansión del uso de "Listas de Chequeo para la aplicación de las normas materno neonatales" en el marco del MGH; (iv) la implementación de la historia clínica de hospitalización neonatal en los hospitales priorizados; (v) la implementación de la "Historia clínica neonatal ambulatoria", y (vi) la expansión a nivel nacional del uso de la historia clínica perinatal con las gráficas de vigilancia de AFU y ganancia de peso incorporadas.

Los avances obtenidos en esta área de acción para las actividades definidas en cada uno de los planes de trabajo de ULAT, fue como sigue:

- Se realizó la capacitación de facilitadores nacionales, regionales y de hospitales en la aplicación de las normas maternas y neonatales utilizando la nueva metodología y herramientas diseñadas. Debido al elevado costo de capacitación de facilitadores en todas las regiones y hospitales, se tomó la decisión de focalizar esta actividad en las redes y hospitales que están priorizados por efectos de ICEC o por compromisos previos en el marco de los planes para reducir la mortalidad materna y perinatal en las regiones y hospitales. Así, se desarrolló este proceso, capacitando a los facilitadores en CONE ambulatorio y hospitalario de los hospitales y CMI que están vinculadas a la ICEC como una estrategia para fortalecer la capacidad de respuesta con calidad a la demanda generada por los trabajos en la comunidad.
- Durante el año los esfuerzos se orientaron a desarrollar la capacidad nacional para la facilitación de la capacitación en CONE, principalmente en los aspectos metodológicos y se priorizaron los hospitales, las regiones y las redes en los que se está implementando la ICEC.

  En el cuarto trimestre se desarrollaron talleres de CONE hospitalario en los hospitales de La Ceiba, Comayagua, San Marcos de Ocotepeque, Santa Bárbara, Danlí y el San Felipe capacitando a un total de 89 recursos de los cuales 64 fueron finalmente acreditados como facilitadores y el resto se consideró como participantes. En cuanto a CONE ambulatorio se desarrollaron talleres en Danlí y La Paz capacitando a 33 recursos de los cuales solo 13 fueron acreditados como facilitadores.

  En total en el año se desarrollaron 22 talleres de CONE hospitalario capacitando a 315 personas de las cuales 231 también fueron acreditadas como facilitadoras. En CONE ambulatorio se hicieron 13 talleres capacitando a 199 personas de las cuales 129 fueron acreditadas como facilitadores. Adicionalmente se desarrolló un taller de CONE mixto dirigido a personal técnico de la UGD con la participación de 11 personas con el fin de buscar la unificación de criterios al momento de realizar los monitoreos.
- La implementación de las listas de chequeo fue discutida con el DSSNA quienes estuvieron de acuerdo con el proceso y autorizaron que se continuara expandiendo su uso y que se buscara un mecanismo para que el nivel político superior lo oficialice. Se inició su utilización en los hospitales de Tela, San Lorenzo, Choluteca, Comayagua, La Esperanza, Gracias y San Marcos de Ocotepeque. También se inició el proceso de sistematización en el uso de la aplicación electrónica para contar con información detallada sobre la aplicación de las normas.
- El seguimiento de la capacitación en CONE, no se ha podido ejecutar debido a los limitados recursos económicos necesarios para que los facilitadores formados desarrollen las capacitaciones para el personal operativo. Se consideró que el proceso de supervisión capacitante en servicio debería funcionar para efectos de transferencia de conocimientos, por lo que se analizara la disponibilidad de recursos para efectuar esta actividad en los trimestres siguientes.
- 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, distribuida y comenzó su uso en las regiones sanitarias de Islas de la Bahía, Lempira, Reitoca, Arizona, Copán, Intibucá y El Paraíso.
- 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. Los resultados de la

evaluación comparativa con la línea base, serán utilizados para promover la implementación de esta herramienta a nivel nacional. Esta evaluación no se ha realizado debido a los cambios gerenciales que se han suscitado a nivel regional y que han generado lentificación en los procesos.

- En cuanto a la asistencia técnica para fortalecer el proceso de mejora continua de la calidad en la atención materna neonatal, inicialmente se realizaron las coordinaciones con la UGD y con el departamento de hospitales para realizar talleres de capacitación en CONE al personal de dichas unidades encargado de realizar las monitorias y evaluaciones en el cumplimiento de las normas. Se pretendió lograr la homologación de criterios en la aplicación en la evaluación del manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales. Esta actividad está pendiente porque la implementación del DO del nivel central, ha dificultado la definición por parte de la SESAL de las contrapartes definidas para cada uno de los procesos.
- La implementación de una experiencia piloto para el desarrollo de habilidades en CONE, para un proveedor descentralizado, fue sustituida en su planteamiento por la formación de facilitadores en hospitales y regiones priorizadas.
- Se recopilo la evidencia científica correspondiente y se elaboraron las normas técnicas y los protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato": (i) ambulatorio; (ii) atención obstétrica y neonatal, manejo inicial y referencia de complicaciones, y (iii) manejo de las complicaciones obstétricas y manejo de las complicaciones neonatales, las que ya fueron discutidas y revisadas por el grupo de expertos. Serán validadas en un taller por el nivel operativo en el mes de octubre.

Retos Programáticos:

- Han sido factores limitantes de importancia, la disponibilidad de fondos en la magnitud requerida para la capacitación como se había pensado inicialmente y la dificultad, debido a la escasez de recursos humanos de la SESAL que puedan dedicarse a esta tarea, lo que imposibilitó la realización de talleres simultáneos con los que se pudiera avanzar más rápido en el tiempo disponible con este proceso.
- Ha sido importante el disponer de la flexibilidad del equipo de trabajo del proyecto para poder atender múltiples solicitudes de asistencia técnica en el tema recibidas desde las regiones y los hospitales.

Entregable trimestre IV:

- Informes de capacitación en aplicación de las normas maternas y neonatales utilizando la metodología y herramientas diseñadas.

Ilustración 8: Taller de Capacitación en CONE Hospitalario, Santa Rosa de Copán. Febrero, 2015

Ilustración 9: Taller de formación de facilitadores de CONE Ambulatorio en la Región de Atlántida. Marzo, 2015

Ilustración 10: Taller de formación de facilitadores en CONE Hospitalario al personal del Hospital General San Felipe

Ilustración 11: Taller de capacitación a facilitadores en CONE Ambulatorio, Con Fondos de Mesoamérica a personal de las redes descentralizadas de la región de Olancho e Intibucá y personal de la UGD. Julio, 2015

RI 4.2 Servicios sostenibles de materno infantil y planificación familiar.

Este resultado, con sus líneas de acción incluidas, pretende que todas las intervenciones en SMI y PF que la USAID apoya, tengan mecanismos que aseguren la sostenibilidad de los procesos desarrollados, lo que se espera lograr a través de la consolidación del proceso de reforma y su instrumentación con métodos y técnicas adecuados.

SUB RI 4.2.1

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

Se continuaron orientando los esfuerzos de la asistencia técnica en la implementación de las principales funciones sustantivas del sistema de salud y los procesos derivados, para viabilizar el fortalecimiento de la SESAL como el ente rector, de acuerdo con la propuesta de la reforma. En este sentido se continuó apoyando el desarrollo de: (i) el fortalecimiento de la capacidad institucional de la SESAL como rector de los marcos políticos, técnicos, financieros y regulatorios que apoyen la provisión de servicios de MI y de PF; (ii) el fortalecimiento del marco legal para mejorar las capacidades de los servicios de MI y de PF; (iii) el desarrollo instrumental del nuevo modelo de salud que incorpore la protección social para poblaciones sub atendidas y vulnerables; (iv) el fortalecimiento de la descentralización de los servicios de salud para incrementar el acceso y la cobertura; (v) el fortalecimiento y expansión de la protección social con la inclusión de los servicios de MI y de PF, y (vi) el fortalecimiento de la capacidad del sistema nacional de calidad en salud.

Para el período de extensión también se propuso continuar con las acciones de asistencia para los primeros cuatro incisos del párrafo anterior que están vinculados a los procesos de desarrollo organizacional en la SESAL, marco legal, MNS y descentralización, con la intención de alcanzar la mayor consolidación posible con actividades complementarias a las que hasta el momento se habían estado ejecutando. Las circunstancias en que se venía desarrollando, la línea de trabajo relacionada con la protección social fue drásticamente modificada con la promulgación de la Ley Marco Protección Social que incluyó dentro de los pilares de aseguramiento en salud el correspondiente al subsidiado y le otorgó plenamente esta función al IHSS. En la propuesta inicial que se venía formulando el supuesto era que el régimen subsidiado seria asumido por la SESAL por lo que esta área de trabajo dejo de tener la viabilidad que la sustentada.

En relación al sistema nacional de calidad (SNC), por diferentes razones, las instancias correspondientes de la SESAL no le otorgaron la prioridad que requería para poder desarrollar las líneas de trabajo programadas y en ese contexto fueron perdiendo progresivamente su vigor técnico por lo que se consideró como medida apropiada llegar hasta la realización del diagnóstico de la situación al momento y la entrega del informe correspondiente.

4.2.1.1 Fortalecida la capacidad de la SESAL como rector de los marcos políticos, técnicos, financieros y regulatorios que apoyen la provisión de servicios MI y PF.

Durante el período y sobre la base que se logró desarrollar durante el tercer año del proyecto, en este tema se continuó fortaleciendo las capacidades institucionales de la SESAL, para dar sostenibilidad al proceso de planificación estratégica y operativa, y complementarlo con su vinculación al presupuesto, a fin de crear las bases para la planificación sectorial, en el marco de la nueva estructura organizativa del gobierno y la creación de los gabinetes sectoriales. Además se continuó implementando la estrategia de incidencia política, reenfocándola hacia la consolidación de la implementación de la nueva estructura orgánica y funcional de la SESAL y el avance en la configuración del nuevo marco legal del sistema de salud que entre otros elementos fueron definidos como alta prioridad para la cúpula ministerial.

PLANIFICACION INSTITUCIONAL DE LA SESAL

Dentro de la gestión por resultados se ha considerado la planificación estratégica junto con la presupuestación por resultados como dos de los pilares fundamentales. En estos desarrollos la vinculación del presupuesto con la planificación y programación cobró importancia.

En este marco, se logró avanzar en la construcción de un modelo de asignación presupuestaria por producto, introduciéndose en el PEI 2014-2018 elementos estratégicos que sirvieron de base para dicho modelo de asignación y para generar información sobre el grado de eficacia y eficiencia del gasto en salud. Para el seguimiento y evaluación del PEI 2014-2018 y el POA-P, y para proveer información periódica a SEFIN y a la Secretaria Técnica de Planificación y Cooperación Externa (SEPLAN), para el cuarto año del proyecto, se previó el desarrollo de una aplicación que facilitara la integración de los datos en el tiempo y forma requeridos a partir de los lineamientos y desarrollos establecidos por SEPLAN. Esta aplicación es totalmente concordante con los hitos 137 y 138 del resultado intermedio 4.4 del proyecto que especifica que estará "Mejorada la capacidad de la Secretaría de Salud para monitorear y evaluar el desempeño del sistema de salud del sector". Particularmente se propuso brindar la asistencia técnica para: (i) la sistematización de la vinculación del PEI con el POA identificando los productos programables que responden a cada producto trazador definido, y (ii) el fortalecimiento de las capacidades institucionales en planificación y presupuestación orientada a resultados.

Por esta razón, bajo esta área se apoyó el proceso de la planificación estratégica y operativa de la SESAL, cuyos avances se describen a continuación:

- Se elaboró la propuesta del cuadro de mando y los indicadores y metas del plan estratégico institucional ajustado, y en seguimiento al proceso de la planificación orientada a resultados que fue aprobada por la DPGPR, se dio inicio al proceso de programación y presupuestación plurianual para el año 2016.
- La UPEG conformó un equipo que con apoyo de ULAT construyó el método de asignación de presupuesto y el material de trabajo para su aplicación. La metodología planteada por la SESAL a la SEFIN fue aprobada, con el reconocimiento de ser la mejor propuesta entre las instituciones del Poder Ejecutivo, dado el rigor técnico con que fue elaborada. En esencia, este método introdujo un cambio sustancial en el financiamiento, al pasar de presupuestos históricos a prospectivos.

- La presupuestación orientada a resultados en el marco del Plan de Nación 2014-2018 y del PEI 2014-2018 se definió como una prioridad del actual gobierno respondiendo a su modelo de gestión orientado a resultados. Este era uno de los componentes menos desarrollados en la SESAL por lo que requirió para ejecutarlo un mayor esfuerzo, especialmente de la UPEG y de la Gerencia Administrativa (GA). El Decreto 140/2014 introdujo nuevos elementos relativos al procedimiento de elaboración, aprobación y gestión del presupuesto para todas las instituciones, unidades y proyectos que reciben fondos nacionales públicos. Para esto 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.

  En este cometido, se apoyó a la UPEG y a la GA en el análisis de las propuestas realizadas en coordinación con SEFIN y la Treasury Office of Technical Assistance de Los Estados Unidos de América (EEUU) para la línea base y con el representante del Fondo Monetario Internacional (FMI) para el segundo enfoque. La elaboración de ambas requirió identificar la información, analizarla en su estructura e idoneidad, buscar y acopiar la información necesaria, y construir las matrices y las notas técnicas de acompañamiento. Se desarrollaron varios talleres con las unidades de la SESAL y con la participación de la SEFIN, para construir el modelo y analizar los aportes a la propuesta de línea base. Para esta se prepararon las presentaciones y el material de discusión. El PEI 2014-2018 fue la base del nuevo Sistema de Administración Financiero Integrado para la Gestión (SIAFI-Ges) desarrollado por la SEFIN y para cuya validación se tomó como referencia el desarrollo metodológico de la planificación estratégica elaborado por la SESAL.
- Con representantes de las unidades del nivel central y del primer y segundo nivel de atención, también se elaboró, un listado de los productos trazadores y programables que responden al PEI 2014-2018 y al POA-P 2016-2019. Este listado de productos fue efectivamente utilizado para los proyectos y las instituciones durante el proceso de elaboración de sus POA-P que fueron finalizados el 15 de julio en el proceso de elaboración del anteproyecto del POA-P 2016. A partir del listado, se elaboró el formato de análisis y la aplicación que les facilitó a las unidades, los entendimientos de su programación.
- Se realizó la sistematización de los productos trazadores 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 de las metas físicas. Lo anterior fue respuesta a la decisión de la SEFIN en el sentido que determinadas instituciones públicas, entre las cuales se encuentra la SESAL, estimasen la línea base y el presupuesto requerido para el 2016 cubriendo las necesidades institucionales y a la que se le deben aplicar criterios de ponderación del gasto, tales como la inflación, la demanda y las prioridades.

Con los logros alcanzados en esta línea de acción que incluye la conformación de una masa crítica capacitada para sustentar el proceso, se dan por obtenidos los objetivos definidos al respecto, por lo que este proceso no fue considerado para el período de extensión.

Retos Programáticos:

- El desarrollo de las capacidades institucionales a medida que se fueron definiendo las bases del proceso de programación y presupuestación plurianual y del 2016, constituyó un reto importante en este período.
- La labor de armonización y coordinación que se tuvo que establecer con la gerencia administrativa y la sub secretaria de RISS de la SESAL con la SEFIN también fue un obstáculo que se tuvo que vencer.
- Debe destacarse como elemento que demando esfuerzos sustanciales, la intensidad de las actividades dedicadas a consolidar este proceso y, especialmente, a mejorar la calidad del dato y la información aportada en los planes estratégicos.
- La gran cantidad de unidades para la coordinación y la obtención de la información, la conciliación del PEI 2013-2016 con los lineamientos de planificación institucional del nuevo gobierno y con las líneas de trabajo incluidas en el plan de salud 2014-2018 y el esfuerzo de la asistencia en acompañar a la SESAL en estos tres diferentes procesos claves (la elaboración del Plan Nacional de Salud 2014-2018, la revisión del Plan Estratégico Institucional 2014-2018, y el desarrollo metodológico del POA-P 2016), demandó una dedicación mayor que la prevista.

PLANIFICACION SECTORIAL

La planificación sectorial se consideró como la etapa siguiente al desarrollo del proceso de planificación institucional. A partir de enero de 2014 se creó una nueva estructura organizativa del gobierno, que implicó la creación de los gabinetes sectoriales y la SESAL pasó a formar parte del Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social. En este contexto, se iniciaron los intercambios de información entre las instituciones que forman parte del sector, con el fin de ir construyendo en forma conjunta, la propuesta del sector sobre el cuadro de mando con el que se evaluará su desempeño en el marco de la gestión orientada a resultados y a la creación de valor público.

En este campo, el Plan Nacional de Salud (PNS) 2014-2018 y el PEI 2014-2018, señalan entre otras metas, la priorización de las intervenciones en los municipios más postergados del país y la identificación de las zonas de extrema pobreza en las ciudades más pobladas, con el fin de identificar las acciones más eficientes y lograr el uso equitativo de los escasos recursos disponibles, logrando con ello el mayor impacto posible medido en términos de mejora de la salud de la población.

Durante el período se iniciaron las acciones para la realización de dos estudios de investigación en el ámbito de la planificación sectorial, elaborándose sus términos de referencia. Se estimó como prioridad y se desarrollaron acciones para contar con los resultados de estos estudios: (i) priorización y focalización de grupos poblacionales diferenciados por sexo y problemas de salud, para la inclusión en los sistemas de financiamiento y aseguramiento público en salud, y (ii) necesidades de los recursos financieros para ir construyendo el 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.

Los avances obtenidos en esta línea de trabajo fueron:

- Se elaboró un primer borrador del plan sectorial teniendo como referencia el Plan de Nación, el Plan de Una Vida Mejor y el plan estratégico del gobierno, con el fin de rescatar los elementos

que deben ser desarrollados de forma conjunta para lograr los objetivos sectoriales que los mismos contemplan. La propuesta de plan incorpora un cuadro de indicadores sectoriales de impacto, que forman parte del SIMEGpR.

- Para el desarrollo de los estudios mencionados, se contempló la necesidad de contratar profesionales especializados con vasta experiencia en los respectivos campos. A pesar de haberse formulado las propuestas de términos de referencia y avanzado en los procesos de reclutamiento y selección, la falta de recursos humanos calificados participando en los mismos, consumió un tiempo que limitó seriamente el tiempo disponible del proyecto para desarrollar los estudios y condujo a la decisión de dar por fracasados estos procesos.

Con los logros obtenidos y dado el tránsito a la reconformación del sistema al tenor de los dispuesto en la Ley Marco de Protección Social y por los contenidos que esta impone a la ley del sistema nacional de salud con la que se complementa, esta línea de acción queda finalizada y se dan por obtenidos los objetivos planteados en el proyecto.

Retos Programáticos:

A lo largo del período se tuvieron que enfrentar y superar los siguientes retos:

- La armonización del PEI con el plan sectorial del Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social, implicó esfuerzos adicionales de acompañamiento a la UPEG para la revisión de las propuestas y la elaboración de las fichas técnicas de los indicadores incluidos como parte del plan.
- El proceso fracasado para la contratación de las consultorías específicas que condujo a la no realización de los estudios programados.

DESARROLLO ORGANIZACIONAL DE LA SESAL

La reorganización del nivel central y de las regiones sanitarias tienen una importancia crítica para que la SESAL asuma sus funciones misionales y para prepararla en el proceso de separación de las funciones de la provisión de servicios de salud y la del financiamiento de la salud. En su desarrollo se han planteado adecuaciones sucesivas de las estructuras orgánicas para ir conformando unidades administrativas cada vez más especializadas, que en su oportunidad puedan ser transferidas en el momento de separación de tales funciones. Este enfoque se complementa con el fortalecimiento de las unidades administrativas que deben asumir las funciones misionales correspondientes a la rectoría.

El marco general de esta transformación está constituido por el decreto del Presidente en Consejo de Ministros (PCM 061-2013) y en función de la nueva estructura general aprobada por el mismo, se finalizó y oficializó el ROF de la institución, en el que se describen las funciones esenciales que deben asumir las instancias políticas, estratégicas y técnicas. En este marco, tanto para el nivel central como para las regiones sanitarias, se planteó el desarrollo de actividades que condujeran a la oficialización e implementación de sus instrumentos operativos (manuales de organización y funciones, de procesos y procedimientos y de puestos y perfiles de los recursos humanos), los cuales tuvieron distintos grados en su avance.

En virtud de lo anterior, en el plan del cuarto año del proyecto se estableció que la asistencia técnica estaría orientada a: (i) el apoyo en la implementación de la nueva estructura orgánica y funcional de la SESAL en su nivel central, y (ii) el apoyo a la Sub Secretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud (SSRISS) en la consolidación de la implementación de la estructura orgánica y funcional del nivel regional.

Para el período de extensión, se identificaron las actividades que se requerían para obtener en el corto plazo la consolidación de las instancias claves de la estructura e ir conformando unidades administrativas cada vez más especializadas. Concretamente las acciones propuestas fueron: (i) brindar asistencia técnica para continuar apoyando la implementación de la nueva estructura orgánica y funcional de la SESAL en el nivel central, y (ii) brindar asistencia técnica para consolidar la implementación de la estructura orgánica y funcional del nivel regional.

Los logros y avances alcanzados se describen a continuación:

NIVEL CENTRAL

- Se capacitaron los facilitadores de las diferentes instancias de la nueva estructura del nivel central, contempladas en el ROF y en el MOF. Para ello, se identificaron metodologías que permitieron permear la resistencia al cambio. Las actividades se concretaron al análisis de los procesos críticos tanto de las unidades estratégicas como 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 CONCOSE, las unidades estratégicas y de apoyo, y a solicitud de la Ministra, se hizo particular énfasis en la GA. También se apoyó a la Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos en la conducción estratégica del proceso del cambio de los RRHH.
- Se diseñó la herramienta para la elaboración del plan de implementación de la nueva estructura orgánica de cada una de las instancias del nivel central y se capacitó a los facilitadores en la misma.
- Se finalizó la propuesta del MOF en base al ROF que fue aprobado mediante acuerdo ministerial No. 406. En este documento se incorporaron los ajustes que se consideraron pertinentes en función de las observaciones efectuadas por cada una de las unidades del nivel central. Esta situación condujo al fortalecimiento del trabajo articulado de las instancias del nivel político de la SESAL a través de la conformación de grupos de integración que responden a las funciones definidas para cada una de las instancias.

  También se apoyó en la elaboración de la propuesta del acuerdo con el que se espera sea aprobado el manual. La emisión del acuerdo está aún pendiente porque actividades emergentes de alta importancia política ha desplazado el interés sobre este tema en la agenda de la conducción ministerial.
- Se elaboró el manual de procedimientos que incluye los procesos generales por competencia y funciones de la rectoría. 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 que fueron priorizadas por el despacho ministerial.

- Se formuló un documento propuesta de plantilla básica de puestos de los recursos humanos del nivel central, el cual se desarrolló en alineamiento al MOF y al de procesos y procedimientos, el que se encuentra pendiente de discusión, ajuste y aprobación.
- Para continuar con la implementación del DO en el período de extensión del proyecto, se apoyó en la programación de actividades a ser incorporadas en los PTA de la SESAL, financiados con fondos remanentes de la carta 17 de la cooperación bilateral de USAID a la SESAL y que permitirían su ejecución en el período de noviembre de 2015 a Junio de 2016 (carta de ejecución # 22). En estos planes se incorporó financiamiento para: (i) la impresión de los MOFs; (ii) la contratación de un consultor que apoye la elaboración de los manuales de procesos y procedimientos de las cuatro direcciones generales y de la unidad estratégica de comunicación social; (iii) la impresión de los manuales de procesos y procedimientos de las direcciones generales, y (iv) el desarrollo de reuniones para la elaboración de los manuales de procesos y procedimientos. Está pendiente la conformación de un equipo integrado por consultores bajo la coordinación de un funcionario de la SESAL, que la conducción institucional ha decidido para continuar con el proceso. Con ello se espera que el DO pueda tener más avances en su implementación en el futuro cercano. Una vez que USAID haya realizado el primer desembolso de los fondos contemplados en el PTA, se reiniciará el apoyo por parte de ULAT a la SESAL.

Reto Programático:

Fue un reto a ser superado en el período, que se retomara la conducción del proceso del DO por el nivel político de la SESAL, dada la cantidad de problemas de otra índole que afronta y poder organizar la agenda de la asistencia técnica para dar respuestas inmediatas a las solicitudes planteadas.

NIVEL REGIONAL

- Se obtuvieron los planes de implementación de la nueva estructura orgánica de las regiones de Cortés, Santa Bárbara, Colón, Yoro, con los que se completaron los 20 planes regionales de implementación.
- Se obtuvo la aprobación y se concluyó la impresión, recepción 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 instancias del nivel regional.
- Se apoyó el ajuste de los PTA de las 20 regiones sanitarias y de las unidades ejecutoras del nivel central de la SESAL a ser financiados con fondos de USAID, obteniéndose como uno de los productos, la reprogramación de las actividades orientadas a la implementación de la nueva estructura orgánica y funcional de las RS para lograr su consolidación.
- En el desarrollo de las capacidades:
    - Se llevaron a cabo las capacitaciones de los recursos humanos de la unidad de planeamiento y departamento de redes integradas de servicios de salud de las 20 RS en las funciones de planificación que plantea el nuevo DO.
    - Se desarrollaron las capacidades de los recursos humanos de 17 regiones sanitarias, en el uso y entendimiento de las funciones planteadas en los tres manuales del desarrollo organizacional de las regiones (manual de organización y funciones, manual de procesos y procedimientos y la plantilla básica de puestos y perfiles). Se explicitaron las

actividades que deben realizarse para consolidar la implementación de la nueva estructura regional, el alineamiento con el plan de salud 2014-2018 y los indicadores de evaluación de la plataforma presidencial para la gestión por resultados.

A la fecha se han capacitado 317 funcionarios de la SESAL. Están pendientes de capacitación las RS de Gracias a Dios, Colón, Ocotepeque, y el seguimiento a la implementación de los flujos de los procesos asignados a cada centro de producción, los cuales se efectuarán una vez que la SESAL tenga acceso a los desembolsos de los PTA para el período 2015-2016.

- Se conformó el equipo de facilitadores nacionales y se elaboró el cronograma para el desarrollo de las capacitaciones orientadas a: (i) la socialización y el entendimiento de la estructura orgánica y funcional de las RS con los nuevos jefes regionales, y (ii) la capacitación de 9 facilitadores del nivel central, para la capacitación de los integrantes de los centros de producción de cada región sanitaria en el uso de los 3 manuales del DO regional.
- Se desarrollaron reuniones con los facilitadores de los talleres y el director general de redes integradas de servicios para monitorear y evaluar el avance de las capacitaciones, revisando la metodología, los resultados y las inquietudes planteadas por los participantes, a fin de retroalimentar el proceso.

  Es importante mencionar que los talleres de capacitación originalmente se planificaron para los recursos humanos de tres centros de producción (unidad de planeamiento, unidad de vigilancia de la salud, departamento de redes integradas de servicios de salud), pero al momento de su desarrollo, la capacitación se brindó a todos los jefes y coordinadores de todos los centros de producción de la estructura organizativa.

Ilustración 12: Taller DO Regional, Islas de la Bahía. Agosto, 2015

Retos Programáticos:

- Mantener en agenda del Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención (DSPNA) y de las regiones sanitarias involucradas, el tema del DO, en un escenario de marcada incertidumbre, de cierto nivel de desestabilización y de constantes interferencias en las agendas.
- La falta de recursos disponibles para la realización de las actividades que fueron contempladas a ser financiadas a través de los PTA de la SESAL con fondos provenientes de USAID.

Entregable trimestre IV:

- Informes trimestrales de avance en la implementación del DO del nivel central y regional.

4.2.1.2 Fortalecido el marco legal y regulatorio para mejorar las capacidades de los servicios de MI y de PF para poblaciones sub-atendidas y grupos vulnerables.

Durante los primeros años del proyecto, las actividades incluidas bajo este sub-sub resultado intermedio han pretendido que las intervenciones en SMI y PF que se han diseñado y han estado en implementación, dispongan de los mecanismos que aseguren su sostenibilidad. Esta sostenibilidad se prevé, entre otras acciones, con la definición de un marco legal para el funcionamiento del sector que posibilite que las mismas se realicen en forma sistemática, adecuada, y permanente. Es así, que aunque en las primeras etapas del proyecto, el tema no formó parte de la agenda de la cúpula política de la SESAL, con las decisiones del país en esta área, el tema tomó especial importancia. Inicialmente la discusión giró sobre la propuesta de un proyecto de ley específica en materia de gestión descentralizada de servicios de salud y posteriormente con el interés gubernamental de aprobación de una ley de protección social, el de formular una propuesta de ley del sistema nacional de salud, bajo un esquema de aseguramiento universal.

MARCO LEGAL

Sobre la base de la propuesta de proyecto de ley del SNS desarrollada en el año tres del proyecto y la que contó con la aprobación de la SESAL, se propuso en un primer escenario, darle el seguimiento y la consolidación de los procesos para obtener la aprobación del proyecto de ley, bajo el supuesto que continuarían vigentes las condiciones políticas que posibilitaran impulsar su discusión. En ese sentido, se definió llegar también a la formulación de propuestas de los reglamentos que se priorizaran en el marco de la ley del sistema de salud.

En relación a la recopilación de instrumentos jurídicos vinculados con el área de salud, se esperaba desarrollar las capacidades en la SESAL para el mantenimiento de la plataforma electrónica que se diseñó para tal efecto. Adicionalmente se realizarían acciones para migrar la plataforma "SYSLEYES" a un ambiente web, a fin que se convirtiese en un instrumento de consulta interna y externa.

También se previó continuar con acciones de incidencia política que pudieran influenciar la posición u opinión de actores relevantes relacionados con el proceso de reforma para generar condiciones favorables a los cambios o transformaciones institucionales, aprovechando los espacios que se presentaren.

De forma concreta, las actividades planificadas fueron: (i) dar seguimiento y apoyar técnicamente en el proceso de abogacía para la aprobación de la propuesta de proyecto de ley del sistema nacional de

salud; (ii) apoyar la formulación de las propuestas de reglamentos que se prioricen; (iii) brindar asistencia técnica para la formulación y puesta en marcha de una propuesta de plan de implementación de las reformas legales/ estructurales, y (iv) actualizar el inventario legal.

Los avances correspondientes se describen a continuación:

- Sobre la ley marco de protección social que fue aprobada por el Congreso Nacional mediante Decreto No. 56-2015 se apoyó en el desarrollo de las jornadas de discusión con la SESAL, OPS y BID para efectuar las observaciones correspondientes en función de la propuesta preliminar del sistema de salud que la SESAL había estado desarrollando. En ese momento, todos los actores a los cuales se les presentó la ley de protección social coincidieron en la necesidad de la misma y en sus objetivos globales, pero hubo consenso que requería ajustes en su contenido y coherencia. También se participó, por invitación de USAID, a una reunión de la mesa CESAR para discutir las observaciones que el grupo técnico efectuó y hacerlos llegar por los canales respectivos a la instancia correspondiente.
- Se formuló una propuesta de proyecto de ley del sistema nacional de salud (SNS), que cuenta con la aprobación por parte de la SESAL y por ende con la obtención del hito vinculado. No obstante, se han continuado desarrollando acciones en esta área para ajustar dicha propuesta en función de los contenidos establecidos en la Ley Marco de Protección Social aprobada. Para ello, se sostuvieron discusiones en relación a los aspectos con los 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 marco se define a la SESAL como entidad rectora del sistema y se adscriben las funciones de financiamiento y aseguramiento y las de provisión de servicios de salud al IHSS. 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 SNS, la cual fue sometida al interior de la SESAL a un proceso de consulta en un taller desarrollado para tales efectos con el apoyo de ULAT y la OPS. Actualmente se está en el proceso de sistematización de las observaciones recibidas para proceder con aquellas que se consideran pertinentes para ajustar la propuesta e iniciar su discusión formal con el nivel político de la SESAL.

Ilustración 13: Taller Consulta Ley SNS. Septiembre 2015

- Se iniciaron las actividades de recopilación de los instrumentos jurídicos atinentes a los temas que se presume serán incluidos finalmente en la propuesta de ley del sistema. Estos instrumentos legales que han sido formulados en otros países, servirán de base para el análisis y la construcción de las propuestas de reglamentos específicos que se supone podrá poner en operación los mandatos de la ley. Dado el tiempo que resta de la ejecución del proyecto y lo complejo que significa el desarrollo de estos procesos por su alta dependencia de decisiones políticas, esta actividad no ha sido posible desarrollarla en tanto no se disponga de la versiona final de la ley del SNS, en virtud de la reorientación que se debe otorgar en la priorización de los mismos. Para el período de extensión de ULAT se espera llegar hasta la identificación de los principales reglamentos que deberán ser priorizados por la SESAL.
- Se continuó con la actualización del Sysleyes que actualmente cuenta con la incorporación de 1,053 instrumentos jurídicos de diversa índole. También se concluyó con su migración a un ambiente web, el cual ya está disponible en la página oficial de la SESAL (http://www.salud.gob.hn/). De esta forma, esta herramienta se ha convertido en un referente de consulta interna y externa.

Ilustración 14: Imagen Pagina Web SESAL. SYSLEYES

Retos Programáticos:

En este período los retos a superar fueron:

- Durante las primeras etapas constituyó un desafío importante priorizar en la agenda política de la SESAL, el tema de la ley general de salud para avanzar en su formulación y aprobación. Sin embargo, en función de las acciones de incidencia realizadas y en virtud del escenario político vigente, se logró que este tema adquiriera alta relevancia.
- Otro reto enfrentado fue el de concluir un plazo relativamente corto, una propuesta de ley del SNS, en torno a las decisiones políticas adoptadas por la SESAL.

INCIDENCIA POLÍTICA

- Se apoyaron las acciones de evaluación del desempeño del CONCOSE conducidas por la Ministra de Salud, ayudando en la conceptualización de los contenidos, la elaboración de las agendas, la construcción de las presentaciones y la elaboración del material para el trabajo en equipo. El propósito fue articular los esfuerzos a través del ejercicio de las funciones establecidas fijándose como objetivos: (i) fortalecer la conducción y la gobernanza de la SESAL través de la sistematización de las funciones y la organización del consejo consultivo, y (ii) revisar los logros del año 2014 y consensuar los retos y metas de resultado para el 2015 en el marco del PNS y el PEI 2014-2018.
- Se participó de las discusiones entre la USAID y la SESAL con el objetivo de establecer acuerdos para la ejecución de los fondos con que se financian los planes de trabajo de las distintas unidades ejecutoras.
- Se participó en la reunión del grupo de notables que fueron consultados en el evento programado por la SESAL y la OPS en el marco de su iniciativa hacia el logro del acceso y la cobertura universal de salud en Honduras y en ocasión de las actividades desarrollados por un equipo de consultores que vinieron de Washington para la formulación de la hoja de ruta.
- Se ha participado en reuniones convocadas por la Ministra de Salud y su equipo estratégico, para dar seguimiento a la ejecución y ajuste de la agenda de la conducción para el año en curso, específicamente en las líneas de trabajo de la asistencia técnica de ULAT.

4.2.1.3 Completados los planes, procesos, y herramientas del nuevo modelo de salud incorporando la protección social para poblaciones sub-atendidas y vulnerables.

En base a los logros importantes obtenidos en el año tres del proyecto relacionados con el MNS los esfuerzos del período fueron orientados a continuar con su instrumentación y a fortalecer su vigencia en términos de su posicionamiento a nivel político, técnico y estratégico, de tal forma de lograr su incorporación en todo el quehacer de la SESAL y a su reconocimiento como la primera norma que orientará la transformación del SNS.

MODELO NACIONAL DE SALUD

Para superar las debilidades institucionales, la administración de la SESAL propuso en el plan de salud 2014-2018: (i) establecer un ente que administre el financiamiento y el aseguramiento y, gestione la provisión descentralizada de los servicios de salud; (ii) la implementación de los tres componentes del nuevo MNS; (iii) la creación de un modelo de gestión de RRHH de salud basado en competencias; (iv) la conformación de las RISS, y (v) el impulso de la APS. Todas estas líneas de trabajo están vinculadas con la implementación del MNS, por lo que le han proveído un entorno y respaldo político favorable.

Para el cuarto año se propuso: (i) apoyar la implementación del MNS y de las guías disponibles en las RS; (ii) elaborar y validar técnicamente las guías básicas seleccionadas de los componentes de gestión y de financiamiento del MNS; (iii) proveer asistencia técnica para la elaboración de una propuesta de creación del fondo nacional de salud, y apoyar en el diseño del plan de implementación del MNS.

Para el período de extensión, los esfuerzos se orientan únicamente a la finalización en la formulación de las guías y apoyar el proceso de su implementación.

En la ejecución del plan de trabajo anual y del plan para el período de extensión, las actividades desarrolladas fueron:

- Se finalizó el documento propuesta de la guía para la configuración y delimitación de las RISS, pendiente únicamente de su aprobación oficial. Esta guía servirá de insumo en el proceso de elaboración de los planes de gestión de cada una de las redes regionales; para la constitución formal de las redes locales en cada región. Este proceso de construcción significó el desarrollo de capacidades de los 20 equipos de conducción regional y un efecto motriz en otros procesos en marcha para la implementación de algunos instrumentos políticos ya disponibles en el nivel central de la SESAL, tales como: (i) la definición de políticas públicas y mecanismos institucionales para constituir las RISS; (ii) la definición del conjunto de prestaciones de salud a garantizar y de paquetes específicos para poblaciones especiales; (iii) la categorización de establecimientos de salud, y (iv) la articulación de establecimientos del primer nivel de atención con la comunidad (propuesta de lineamientos e instrumentos para la operación de los equipos de atención primaria en las RISS, PROAPS/JICA).
- Se finalizó una propuesta de la guía técnica para la organización y funcionamiento del sistema de referencia-respuesta como elemento articulador de las redes integradas y para asegurar la complementariedad y continuidad de la atención. La guía fue sometida a validación por parte de los equipos regionales de cinco RS y se está a la espera de su aprobación oficial.
- Dada la estrecha vinculación entre el proceso de configuración y delimitación de las RISS y el de la 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 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 adecuados.
- Se obtuvo la aprobación por parte de la Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud (SSRISS) del documento que contiene la propuesta de la guía para la definición del conjunto de prestaciones de salud a garantizar. El proceso está desarrollándose conforme la hoja de ruta acordada entre los socios y bajo la responsabilidad del equipo interinstitucional nuclear (SESAL, IHSS y UNAH), el apoyo de médicos especialistas de los hospitales Escuela Universitario y General San Felipe y con la asistencia técnica directa de OPS y de ULAT. 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.
- Se ha avanzado en la configuración del CGPSS para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y el daño y se está trabajando en las prestaciones para la recuperación de la salud.
- Simultáneamente, el equipo responsable ha avanzado en el diseño de los términos de referencia (TDR) para la consultoría nacional de apoyo al consultor internacional de la OPS, que estarán realizando el estudio de costos del CGPS.
- Se finalizó la propuesta de la guía básica para el diseño del sistema logístico, para la gestión de la cadena de suministro y adquisiciones.
- Se obtuvo la aprobación del documento propuesta del "Modelo Nacional de Gestión de Recursos Humanos de Salud Basada en Competencias". En virtud de ello, se elaboró una propuesta del plan para su socialización en dos etapas: (i) al interior de la SESAL, y (ii) con las instituciones del sector

que hacen parte del Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARUHS) y otras. Este plan no pudo llevarse a ejecución debido al cambio en la jefatura de la dirección de recursos humanos. No obstante, ya se estableció contacto con la nueva funcionaria a cargo y se está a la espera de coordinar la fecha para una reunión de trabajo en la que se explicará el apoyo de ULAT en esta línea de acción. Reactivar las actividades en este proceso tiene su importancia por cuanto la Ley Marco del Sistema de Protección Social señala que el SNS debe contar, con al menos seis componentes y dos de ellos están estrechamente relacionados con el proceso de gestión de los recursos humanos.

- 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 dirección general de desarrollo de recursos humanos en salud y la UPEG y, en el nivel regional por los equipos de conducción regional.
- Se inició la formulación del "Plan Nacional de Salud" contemplado en el artículo 50 de la Ley Marco de Protección Social y que tiene por propósito entre otros, optimizar la calidad y eficiencia de la red integral pública de servicios de salud. Este plan debe ser concluido a fines del mes de mayo del 2016.

Retos Programáticos

Son varios los retos enfrentados a lo largo del período para obtener los avances alcanzados:

- La multiplicidad de actividades y tareas en que se encuentran inmersas las contrapartes oficiales, generó en varias ocasiones dificultades para ordenar y armonizar el cumplimiento oportuno de los compromisos adquiridos, en desmedro de la continuidad y celeridad de la construcción de propuestas.
- La elaboración en el plazo establecido, de las guías pendientes de iniciar, dada la complejidad de las mismas y las condiciones actuales del funcionamiento de la SESAL.
- La tardanza por el nivel político de la SESAL en la toma de decisiones para la aprobación de las guías.
- El proceso de socialización y validación de guías, con funcionarios de recién ingreso en el sistema, con conocimientos limitados sobre el sistema y su proceso de reforma y con asignaciones de trabajo poco precisas y dentro de una etapa transición administrativa.

4.2.1.4 Fortalecida la descentralización de los servicios de salud para incrementar el acceso y cobertura.

La descentralización de la gestión de las redes de provisión de servicios de salud ha continuado avanzando con la incorporación de los prestadores del segundo nivel en el proceso, lo que está planteando importantes retos de mejora en todos los niveles institucionales de la SESAL y en los propios gestores de servicios, como el fortalecimiento en la contratación de servicios desde la instancia central, el desarrollo de las capacidades de gestión de los gestores proveedores, el control y rendición de cuentas de dicha gestión y el desarrollo de instrumentos gerenciales del proceso a nivel de las RS.

La asistencia técnica en esta área se ha desarrollado con la participación activa de las contrapartes de la SESAL, logrando el desarrollo paulatino de las competencias de los recursos técnicos de la institución y el mejoramiento del desempeño institucional.

Durante la última etapa de este período, el apoyo se concentró en la UGD y el DSSNA, debido al proceso de delegación de la gestión a cinco hospitales, mediante un decreto del Presidente en Consejo

de Ministros. Estos hospitales son el Mario Catarino Rivas, Leonardo Martínez, JMG, EAC y Puerto Lempira. Los requerimientos de asistencia en los diferentes niveles y en los propios gestores son altos y se está trabajando en la elaboración de un plan de abordaje de los mismos.

DESCENTRALIZACION

La adopción de instrumentos de relacionamiento con todos los gestores-prestadores, la implementación del modelo de gestión basado en resultados que la SESAL ha establecido para los hospitales que se descentralicen son ejemplos de los avances del proceso de descentralización en el período. Por otro lado, el HEU solicitó a la SESAL el desarrollo de mecanismos de coordinación para mejorar el acceso y atención de los usuarios del servicio de emergencias del hospital, a fin de ordenar y fortalecer su integración en la red de servicios del sistema público.

Para el cuarto año del proyecto se propuso continuar brindando la asistencia técnica en los procesos de descentralización, para los dos niveles de atención, a través de las siguientes líneas de acción: (i) la socialización y capacitación a los equipos de las regiones sanitarias, sobre la "guía para la formulación del plan regional de gestión de las redes integradas de servicios de salud"; (ii) la elaboración de planes regionales de gestión de las redes; (iii) el diseño y validación de la propuesta de guía para el monitoreo del proceso de capacitación de proveedores descentralizados; (iv) el monitoreo y evaluación de la implementación de los planes regionales de gestión de la red; (v) el desarrollo de las competencias de las regiones sanitarias en el monitoreo del proceso de capacitación de proveedores descentralizados; (vi) la realización de la evaluación de la currícula de capacitación para el desarrollo de las capacidades técnicas y administrativas en los proveedores; (vii) la implementación de la guía de gestión por resultados de las redes de servicios descentralizados mediante el ajuste de los instrumentos operativos de gestión por resultados; (viii) la extensión a otros hospitales de la implementación del MGH y el desarrollo de mecanismos de sostenibilidad del proceso; (ix) la formulación de convenios de gestión e instrumentos de monitoreo para unidades descentralizadas del segundo nivel de atención; (x) el proceso de fortalecimiento del área de la emergencia y de las Cliper, mediante la implementación de una gestión por resultados con calidad en el HEU; (xi) la evaluación del proceso y de los resultados de la implementación del MGH en tres hospitales de la SESAL; (xii) la monitoria y mejora continua de los procesos del RGH, en implementación en la red de hospitales públicos, y (xiii) el fortalecimiento del proceso de rendición de cuentas y transparencia de los gestores descentralizados.

Ha continuado la expansión del proceso de descentralización de la gestión de los servicios de salud a fin de alcanzar una mayor cobertura poblacional bajo este tipo de arreglos financieros. Para ello, se han ido consolidando varios procesos técnicos orientados a fortalecer la gestión por resultados con calidad, se han generado herramientas técnicas, y desarrollado las competencias de los profesionales de los diferentes niveles de gestión de la SESAL y de los propios gestores descentralizados. Sin embargo, en la medida que se integran nuevas entidades gestoras al proceso, se debe continuar este esfuerzo de capacitación a los gestores para lograr los objetivos planteados.

En virtud de ello y para alcanzar una mayor consolidación en este proceso, durante el período de extensión de ULAT se propuso continuar asistiendo la expansión de la implementación del MGH y orientando los esfuerzos a la difusión de las mejores prácticas a través de la facilitación entre pares, que exige la identificación de los mejores recursos para compartir sus experiencias con otros hospitales.

También se espera completar la documentación de los procesos con la elaboración de manuales de procedimientos que han quedado pendientes. Como elemento esencial se considera el fortalecimiento de los comités de apoyo a los hospitales y los consejos consultivos sobre el conocimiento del MGH y su rol en la gestión de los mismos. Específicamente las actividades de asistencia programadas consisten en continuar con: (i) la implementación de las mejores prácticas del MGH a través de la facilitación entre pares; (ii) el trabajo con hospitales priorizando la implementación del MGH y el desarrollo de mecanismos de sostenibilidad del proceso; (iii) el análisis y uso de los resultados de la evaluación de la implementación del MGH en tres hospitales de la SESAL; (iv) la elaboración de planes regionales de gestión de las redes integradas de servicios de salud; (v) el monitoreo y evaluación de la implementación de los planes regionales de la gestión de la red de servicios; (vi) el monitoreo del proceso de capacitación de proveedores descentralizados, y (vii) el monitoreo del proceso de rendición de cuentas y transparencia de los gestores descentralizados de los servicios de salud.

En esta área de acción, los logros alcanzados a lo largo de todo el período objeto de este informe son:

PRIMER NIVEL

- Dado que el proyecto Nexos-USAID brinda asistencia técnica a un número de gestores descentralizados de servicios de salud, se desarrollaron en conjunto con UGD y ULAT actividades para la definición de la currícula de capacitación en base al diagnóstico de necesidades de mejora del desempeño que fue realizado a través de la aplicación de una encuesta. En función de ello, se diseñó la guía para el monitoreo del proceso de capacitación, la cual aún tiene pendiente su validación.
  Por otra parte, se avanzó en la preparación de un plan de monitoreo utilizando la metodología que propone la guía, para dar seguimiento a la capacitación, que dio inicio con los gestores de los municipios de Protección y Macuelizo y de la mancomunidad Chortí. El objetivo de la capacitación específica fue fortalecer las competencias para elaborar el censo familiar comunitario (CFC) y el análisis de la situación de salud (ASIS).
- 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 formulación y ejecución de dichos planes.
  También se capacitó a los equipos de las veinte RS en la aplicación de los instrumentos (matrices) de los dos componentes iniciales de la guía y en los lineamientos para la configuración de la RISS.
  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.
  En el ordenamiento organizacional de la SESAL se plantea que las RS deben realizar la función de armonización de la provisión de servicios así como el monitoreo de la gestión para la provisión de los mismos. Las jornadas de socialización con los equipos técnicos de las RS implicadas en la descentralización de los cinco hospitales se han estado desarrollando en este período con énfasis en los procesos del MGH, ya que inicialmente se evaluará al gestor en los aspectos organizativos establecidos en él.

- El nivel de implementación de la currícula diseñada para el desarrollo de las competencias de los profesionales de las redes descentralizadas ha postergado el desarrollo de su proceso de monitoreo y evaluación. A la fecha, los contenidos temáticos desarrollados con los gestores basados en la currícula son pocos y orientados a un grupo de gestores que tienen apoyos con proyectos 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 subsiguiente 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.
- Conjuntamente con los técnicos de la UGD se identificaron y priorizaron en un plan, los temas fundamentales a desarrollar con los gestores de los servicios del segundo nivel para que asuman la ejecución del convenio de gestión, iniciándose con la planificación estratégica y operativa, las funciones de conducción del órgano estratégico y la clarificación de su relacionamiento con el equipo de conducción del hospital y con la RS como ente ejecutor de la rectoría, así como, la rendición de cuentas.
- Los procesos y procedimientos que debe asumir la UGD en su nueva definición como instancia articuladora-compradora de servicios de salud, se abordaron en una propuesta de plan de implementación, identificándose las necesidades de recursos con especialidades en áreas claves para su contratación y la conducción de los desarrollos técnicos y de competencias en el personal de planta de la UGD.

Retos Programáticos:

La complejidad de este proceso, sumada a la diversidad de apoyos que dispone la SESAL, son elementos condicionantes para el desarrollo efectivo de la asistencia técnica en este tema. Los retos más importantes durante este período fueron:

- La dinámica y prioridad de los tomadores de decisiones de la SESAL para darle mayor sostenibilidad y credibilidad al proceso de descentralización de la gestión de la provisión de servicios no siempre ha estado alineada con las oportunidades y necesidades de desarrollo de procesos técnicos. Como ejemplo se menciona la falta de priorización para la ejecución de las actividades de socialización y capacitación a los equipos de las RS, sobre la "guía para la formulación del plan regional de gestión de las RISS", en el apoyo técnico para la elaboración de planes regionales de gestión de las RISS y para el desarrollo del monitoreo y evaluación de la implementación de los planes regionales de gestión de la red de servicios.
- La sostenibilidad de los resultados alcanzados, y el impulso de los procesos de mejora en diferentes áreas de la gestión, cuando hay incumplimiento de la SESAL en las responsabilidades que le establece el convenio de gestión, especialmente la referida a la oportunidad de los desembolsos.
- La concreción en los esfuerzos de coordinación con otros proyectos que brindan asistencia técnica en este tema y con los que se tiene que hacer alineamientos de propuestas. En este sentido se menciona que el proceso de capacitación a los gestores descentralizados, se ha efectuado parcialmente y no se logró desarrollar en los tiempos acordados, por lo que su monitoreo se tendrá

que efectuar también de forma parcial y la evaluación tuvo que ser replanteada en su forma y contenido.

- El avance en el diseño de propuestas con equipos contrapartes que en su mayoría son de nuevo ingreso.

SEGUNDO NIVEL

- La organización de los hospitales bajo un enfoque sistémico y de gestión por resultados, para generar condiciones favorables a su interior en cuanto a los procesos de trabajo, ha venido implementándose en tres hospitales pilotos, fortaleciendo los entendimientos y herramientas producto de la práctica, así como, la mejora continua y el intercambio de experiencias entre ellos y con otros hospitales con fines de contribuir a la sostenibilidad de los procesos involucrados. A partir de enero del presente año se inició su expansión al resto de hospitales de la red pública.

  La evaluación del grado de implementación del MGH ha mostrado, entre otras cosas, la necesidad de: (i) desarrollar un proceso de seguimiento y capacitación, sistemático y permanente, al personal que ocupa cargos de conducción en los temas de Liderazgo, Gerencia y Relaciones Humanas; (ii) realizar un estudio técnico sobre el desempeño del recurso humano, la identificación de necesidades de personal adicional para cubrir las nuevas funciones, y los mecanismos de incentivos para el personal comprometido y motivado; (iii) elaborar una propuesta técnica y económica que respalde ante el nivel político de la SESAL, el paso subsecuente en la implementación del MGH para la oficialización de los nuevos cargos de dirección, sus perfiles y niveles salariales, así como, la reclasificación de los cargos ante el Servicio Civil en las casos que proceda, y (iv) revisar prioritariamente el sistema de información hospitalario o al menos de los hospitales que implementan el MGH con gestión descentralizada, con el objetivo de garantizar información, estandarizada y de calidad, para la toma de decisiones oportunas, que permitan medir, en el corto plazo, la efectividad y la eficiencia de la provisión de servicios con la nueva gestión.
- Se revisaron los convenios de gestión para el período fiscal 2015, con fines de ajustar los objetivos a resultados concretos y medibles, así como para la sustitución de los indicadores de monitoreo y de desempeño enfocados en procesos por indicadores de resultados de productos y resultados de impacto en donde sea posible medirlos. En este marco se planteó enfocarse al menos en tres tipos de actividades: (i) el análisis de las estadísticas que se reciben mensualmente; (ii) la auditoria de algunos procesos, y (iii) la verificación en campo de las no conformidades de la mejora continua del gestor y del resultado del análisis de las estadísticas de producción de servicios.
- Se apoyó en el seguimiento a la implementación del MGH en los tres hospitales (San Lorenzo, JMG y EAC). Las jornadas de discusión con los técnicos del DSSNA sobre los entendimientos conceptuales y metodológicos del MGH y las jornadas de intercambio de buenas prácticas entre hospitales, generaron condiciones favorables para que el DSSNA asumiera el reto de extender la aplicación de este modelo en otros hospitales de la red pública de servicios de salud.
- Las autoridades de la SESAL aprobaron la implementación al resto de hospitales de la red, de algunos de los principales procesos del MGH, con el objetivo de generar mejores condiciones de atención y respuesta al usuario, así como, la mejora en la conducción de dichos servicios. En virtud de ello, se capacitaron a funcionarios de todos los hospitales de la red pública, en los entendimientos técnicos conceptuales del MGH y en los entendimientos operativos de los procesos

priorizados. Esta implementación está siendo favorecida por las experiencias y capacidades generadas en los equipos de los tres hospitales con que se inició el proceso de implementación hace dos años.

- Con la decisión 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 denominado Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH) al nuevo MGH. Para facilitarlo, se desarrollaron talleres de capacitación y se preparó el documento ejecutivo "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 estratégica. En esencia, 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 la adopción de instrumentos de relacionamiento como ser lo compromisos de gestión, con sus propias unidades proveedoras de servicios de salud a partir del 2014.
- Se facilitó el desarrollo de visitas a los hospitales que están implementado el MGH por parte de funcionarios de aquellos que van a iniciar la implementación. El fin ha sido cumplir su puesta en marcha, la cual está siendo monitoreada y supervisada por el equipo técnico del DSSNA: (i) se desarrolló un intercambio de buenas prácticas del MGH entre los tres hospitales (JMG. EAC y Hospital San Lorenzo), en el que se mostró evidencia en los avances obtenidos en la reducción de tiempos de espera de cirugías y consultas, la reducción de los costos hospitalarios producto del uso eficiente de la capacidad instalada de los quirófanos y también por el control de stock de los suministros mediante el pacto de stock, y el mayor grado de motivación, compromiso e involucramiento de los equipos directivos y técnicos de los hospitales, y (ii) se facilitó una visita de intercambio del personal del área de servicios generales del HEU (mantenimiento, almacén, lavandería, seguridad, morgue, cuarto de máquinas) a sus pares del hospital JMG de Gracias Lempira, con fines de conocer y adaptar los nuevos procedimientos que el MGH introduce en estas áreas hospitalarias.

  También se apoyó al 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. Además, 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.
- Se brindó apoyo en el proceso de análisis e identificación de un mecanismo viable que permitiese la descentralización de otros cinco hospitales de la red pública y se obtuvo la aprobación para que dichos hospitales modificaran su mecanismo de gestión, con la utilización de la guía de estimación de metas basadas en demanda-oferta a través de la delegación de este proceso a la instancia gestora.
- 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.
- El monitoreo del plan de sostenibilidad de la implementación del MGH en los tres hospitales pilotos, mostró un trabajo sostenido, aunque con avances disimiles puesto que han sido diferentes las áreas de intervención priorizadas y las realidades de contexto que están enfrentando. Algunos procesos no pueden asumirlos por los recursos limitados con que cuentan, la no disponibilidad de ciertos perfiles profesionales, la falta de tecnología de información y el limitado apoyo que reciben desde las instancias centrales para continuar con este fortalecimiento de la gestión de sus servicios.
- En el marco del MGH y de la integración de la red de servicios hospitalarios, se continuó brindando asistencia técnica al HEU. Específicamente se apoyó a los equipos de las áreas de emergencia y administrativa, generándose las propuestas de mejora para resolver la problemática de los procesos siguientes: (i) triage, con la propuesta de organización de la sala para la identificación de pacientes ya clasificados, el manual de normalización para internos y médicos que lo operan y la hoja de registro de urgencias; (ii) el proceso de apoyo diagnóstico de laboratorio con una propuesta para la toma y el acarreo de las muestras y para la generación de exámenes en las terminales de la emergencia; (iii) el sistema de información, con una propuesta de un buzón de disposición final de los registros de la emergencia, y (iv) la disponibilidad de suministros y soporte administrativo, con una propuesta de rediseño del proceso de compras y el rediseño de la estructura organizacional de la dirección de finanzas y administración.

  También se apoyó el área de gestión de recursos, 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.

Retos Programáticos:

Durante el período fueron muchos y variados los retos que tuvieron que ser enfrentados:

- Demora en las decisiones para socializar y comunicar la aprobación del MGH, así como para continuar la descentralización de los otros dos hospitales ya aprobados mediante convenio de préstamo con el BID.
- El DSSNA sufrió reducción de su personal técnico en el proceso de implementación de DO de la SESAL.
- La lentificación del proceso de implementación del MGH por parte de la firma consultora Corporación de Servicios de Cataluña (CSC) a nivel de los hospitales y el apoyo técnico demandado por el DSSNA superior al previsto debido a la finalización de la actividad de dicha firma, sumado al inicio del proceso de implementación del MGH en toda la red de hospitales.
- La crisis sobre la disponibilidad de recursos en los servicios hospitalarios para enfrentar la alta demanda de atención por causa de la prevalencia de algunas enfermedades.

Entregable trimestre IV:

- Informe trimestral de avance de la facilitación entre pares para la implementación del MGH, que incluye el informe sobre las mejoras implementadas.

Entregable Adicional:

- Informe final de Consultaría Ing. Vanessa Juárez, Fortalecimiento al HEU en el sistema de emergencia y de Gestión con Calidad de los servicios de emergencia. Fecha: Diciembre 2014 - Junio 2015.

AUDITORÍA SOCIAL

- Se finalizaron y socializaron 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" y se generaron los entendimientos básicos en los equipos técnicos de las RS y los de coordinación de los gestores, a través de capacitaciones.
- Se apoyó en la elaboración del documento "Transparencia de la Gestión Pública en los Servicios de Salud Descentralizados", formulado con el objetivo de brindar información a los gestores de las regulaciones existentes en el país sobre los procesos de control social, que permiten una participación activa e informada, ya sea cuando se realiza la rendición de cuentas a la ciudadanía (RCC) o cuando las instituciones se someten a las instancias de auditoría social. Se capacitó a los equipos técnicos de 33 gestores para que implementen dichos procesos.
- En conjunto con la UGD se realizó la capacitación al equipo coordinador del gestor de Lepaera sobre el documento referido en el párrafo anterior. Debido a que el gestor de Lepaera es la municipalidad, su rendición de cuentas a la ciudadanía se realizó en conjunto con la rendición de cuentas en general que la misma efectuó. El punto de acta número diez de su primer cabildo abierto, el 19 de febrero de 2015, indica que se dio a conocer el informe de los servicios de salud descentralizados y sus diferentes actividades, dejándolo impreso como constancia en las oficinas municipales.
- Se capacitó al equipo coordinador de la Asociación Madre Feliz (MAFE) sobre la ruta crítica del documento Transparencia de la Gestión Pública en los Servicios de Salud Descentralizados". Se brindó apoyo técnico para la preparación del informe y su presentación en un cabildo abierto que se llevó a cabo el 27 de febrero. A partir del análisis y las recomendaciones surgidas de la RCC, se inició el seguimiento al plan de mejora continua de la calidad del gestor. La RCC se llevó a cabo con la asistencia del Alcalde y sus regidores, autoridades del nivel central de salud y la comunidad en general. Como aspectos relevantes del proceso se pueden mencionar: (i) la asistencia de alrededor de 500 personas de la comunidad; (ii) el espacio cedido por la alcaldía en el cabildo abierto; (iii) las preguntas y respuestas, con buena participación de los ciudadanos y con el reconocimiento a MAFE por una presentación clara y organizada; (iv) la expresión de satisfacción por la oportunidad brindada para conocer los ingresos y egresos de este gestor, y (v) el reconocimiento que MAFE realiza una buena gestión y mantiene un buen abastecimiento de medicamentos, y un buen trato.
- El Hospital San Lorenzo fue sujeto de auditoria social en el mes de octubre. La organización Predicar y Sanar (PREDISAN), en su condición de gestor, también efectuó el proceso de rendición de cuentas y fue sujeto de auditoria social un gestor de la red de servicios de salud de Santa Barbará.

  Estos procesos siguen siendo bien incipientes y con muchas oportunidades de mejora y de desarrollo en la mayoría de los gestores de servicios de salud.

- Se realizaron jornadas de capacitación dirigidas a los equipos técnico de todas las RS con el objetivo de fortalecer y desarrollar las capacidades de acompañamiento a los gestores, en su preparación para 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, con fines de que se implementen las mejoras que dichos procesos evidencian.

Entregables trimestre IV:

- Informes semestrales sobre el avance del proceso de rendición de cuentas y transparencia.

Retos Programáticos:

- La escasa experiencia en el tema y el desconocimiento del marco legal existente en el país por parte de las contrapartes de la SESAL, así como, el componente político alrededor del mismo, lo vuelve un proceso complejo.
- La falta de priorización de este tema por las instancias de conducción de la SESAL. Debido a que este es un proceso de doble vía, en el que se evalúa al gestor y a la SESAL, agrega inquietudes para impulsar el tema desde la institución.
- La falta de incorporación de la rendición de cuentas y auditoría social en las agendas municipales para la realización de los cabildos abiertos, impide que los gestores puedan realizarlos, demandando esfuerzos adicionales para la búsqueda de la oportunidad propicia para efectuarlos.

4.2.1.5 Fortalecida y expandida la protección social, incluyendo los servicios de materno infantil y de planificación familiar para poblaciones sub-atendidas y vulnerables.

Para el alcance de éste sub-sub resultado partiendo de las definiciones establecidas en la propuesta elaborada por ULAT, sobre el marco estratégico, técnico y operacional del SPSS, se esperaba continuar con el diseño y la aprobación del conjunto instrumental del sistema y se propuso apoyar su incorporación en los convenios con los proveedores descentralizados del primer y segundo nivel de atención.

ASEGURAMIENTO PÚBLICO

Para el cuarto año del proyecto se consideró que se estaban generando condiciones favorables para que el tema de aseguramiento tuviera impulso. La ratificación del convenio C-103 de la OIT, la aprobación de la política de protección social, las exigencias de la población sobre el cambio del sistema nacional de salud, las declaraciones políticas del más alto nivel alrededor del tema de aseguramiento universal en salud y la expresión de las declaraciones políticas en el PNS 2014-2018, en el que se establece el tema de aseguramiento como una prioridad, condujeron a que el proyecto en función de los avances obtenidos a la fecha, propusiera continuar impulsando este tema dentro de la SESAL a través de: (i) la validación y socialización del marco de referencia para la construcción de un sistema de identificación de

beneficiarios (SIB) del componente del SPSS del MNS, y (ii) la definición de las propuestas técnicas de las herramientas gerenciales (HG) del SPSS del MNS.

La aprobación de la Ley Marco de Protección Social, configuro un escenario diferente y definió nuevos roles institucionales e instrumentales del sistema de aseguramiento público en salud con lo que toda la propuesta desarrollada queda definitivamente invalidada, por lo que se dan por obtenidos los objetivos planteados inicialmente por el proyecto.

No obstante, lo realizado correspondiente al tema se describe a continuación:

- La propuesta del marco de referencia para la construcción del sistema de identificación de beneficiarios (SIB) del componente del SPSS del MNS, fue sometido a revisión, reestructuración y validación a la luz de los elementos conceptuales y estratégicos que fueron incorporados en la propuesta que había en ese momento de la ley marco de protección social, en discusión. con la propuesta borrador se apoyaron las discusiones del equipo de la UPEG, para profundizar el entendimiento en este tema y en virtud de este proceso, la UPEG formuló el documento "Sistema Plural de Aseguramiento en Salud de las Personas, Régimen Subsidiado", el cual fue presentado a todo el equipo, homologándose los conceptos e incorporándose los aportes surgidos.
- Se participó en jornadas de trabajo SESAL/OPS con el fin de establecer la hoja de ruta y discutir los aspectos organizativos de las actividades vinculadas con la cobertura universal en salud que es una línea de trabajo de dicha organización.
- Se finalizaron las propuestas de las herramientas gerenciales: (i) la metodológica para la identificación e incorporación de los grupos humanos priorizados a la estructura de costos del aseguramiento público subsidiado, incorporando variables de género y edad para decidir a quién subsidiar; (ii) la del sistema de control para la implementación de contratos, convenios y acuerdos del SPSS a ser implementada con los gestores operadores independientes de los servicios descentralizados, dentro de los actuales parámetros de actuación de la SESAL; (iii) la metodología para el sistema de control financiero del SPSS, definiendo los procesos sobre los cuales es factible ejercer regulación y quienes son los actores con la potestad de realizarla; (iv) las modalidades de tipo de gestión descentralizada de servicios de salud, modalidad público-público, y (v) el establecimiento de un régimen de aseguramiento público en salud.

  Se constituyó y oficializó por parte de la SESAL el equipo técnico de contraparte para la socialización de estas propuestas y se recibió nota de la recepción oficial de los documentos, con la referencia que los mismos fueron de ayuda técnica para sus procesos internos en el tema.

  Se reitera que con la aprobación de la Ley Marco de Protección Social, los logros alcanzados bajo esta línea de acción perdieron su vigencia, debido a que sus postulados difieren a los aquí desarrollados.

Reto Programático:

- La incertidumbre provocada por la aprobación de la Ley Marco de Protección Social y la postergación del tema hasta que la misma sea aprobada, enlenteció el proceso e implico que el mismo perdiera vigencia.

4.2.1.6 Fortalecida la capacidad del Sistema Nacional de Calidad en Salud para mejorar servicios MI y PF para grupos sub-atendidos y vulnerables.

A inicios del proyecto, la SESAL puso en marcha acciones para definir un sistema de calidad en salud y una política nacional, en el entendido que definirían y orientarían las actividades relacionadas con la calidad de los insumos, los servicios y la gestión de procesos dentro del sistema de salud, por lo que el proyecto estableció como línea de acción el fortalecimiento de la capacidad de la SESAL en este tema.

SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

La Política de Calidad y el Sistema Nacional de Calidad en Salud (SNCs) aprobada en febrero del 2011, cobró vigencia en el PNS 2014-2018, en el que se estableció como meta la formulación y ejecución de un plan de implementación del SNC. El componente regulatorio de este plan presenta una línea de acción específica relacionada con el fortalecimiento de la calidad como política y como eje transversal a todo el sistema de salud. En función de ello, para el cuarto año del proyecto se propuso brindar asistencia técnica en: (i) la revisión y rediseño del plan de implementación del SNCs; (ii) la puesta en marcha del plan de implementación del SNCs; (iii) la identificación para la elaboración y/o ajuste de las propuestas técnicas de las normas seleccionadas, y (iv) el desarrollo de las capacidades para la estandarización y verificación de la conformidad.

A continuación se describen los avances obtenidos en esta línea de acción:

- 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 período prolongado de tiempo para la definición por parte de la SESAL de una contraparte responsable del proceso, se diseñó una propuesta de trabajo para permitir avanzar en la elaboración del diagnóstico sobre la implementación de la política de calidad. Se logró conformar un equipo de trabajo con funcionarios de la SESAL, con el que se dio inicio a la discusión de este tema.
- Se elaboró y discutió el diseño metodológico y el plan de trabajo para realizar el diagnóstico. Las técnicas principales incorporadas dentro de la metodología fueron la revisión documental y la recolección de información cualitativa mediante encuestas semi-estructuradas, con el propósito obtener información desde la perspectiva de los diferentes ámbitos de la gestión de la calidad. En la ejecución del plan de trabajo, se desarrolló un taller en la que participaron 30 funcionarios del nivel central y que fue utilizado para el llenado de la encuesta en forma presencial. 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, el llenado de las encuestas se hizo vía correo electrónico.

Ilustración 15: Diagnostico SNCs. Mayo de 2015

- Los resultados del diagnóstico están contenidos en un documento que fue remitido a la Unidad de Calidad de la SESAL para su utilización y seguimiento. Del análisis de los resultados sobresalen como

conclusiones que: (i) la Política Nacional de Calidad en Salud vigente no cumple con la estructura que para un documento de este tipo establece actualmente la Dirección de Regulación; (ii) la evaluación de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) realizada por funcionarios del nivel central contiene más debilidades y amenazas que fortalezas, las cuales deben ser tomadas en cuenta para la implementación de una Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) reformulada, y (iii) los funcionarios encuestados del nivel central admiten no conocer o conocer muy poco de la política y sugieren que para colaborar en el proceso de su implementación deben ser capacitados en el contenido, en gestión de la calidad, en la mejora continua de la calidad y en temas de gerencia, liderazgo y control de la gestión.

En función de lo anterior se recomendó elaborar un plan de implementación de la política que incluya como parte de sus acciones, la actualización de la misma y la incorporación de los elementos sustanciales con los que se dé soluciones a la problemática encontrada en el diagnóstico.

Entregable Adicional:

- Informe del Diagnóstico en los avances de implementación del SNC´s.

RI 4.4 Uso de datos para la toma de decisiones

Bajo este resultado intermedio se ha buscado construir las capacidades de la SESAL para interpretar los datos como base para la formulación de políticas y toma de decisiones en el marco de un proceso de seguimiento y evaluación de la gestión ampliado y fortalecido, con la actualización y mejora de los sistemas de M&E y de vigilancia epidemiológica y de la salud, a través del: (i) el uso de los sistemas de vigilancia; (ii) el diseño e implementación del SIIS de la SESAL; (iii) el monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de salud, y (iv) el fortalecimiento de la capacidad de la SESAL en generar y usar evidencia para mejorar la respuesta del sector salud.

Sub RI 4.4.1
Actualizados y mejorados los sistemas de M&E y de vigilancia epidemiológica y de la salud.

Bajo este resultado se buscó brindar asistencia técnica en la caracterización de la mortalidad en la niñez, la vigilancia sostenida de la mortalidad materna y en la profundización del análisis de la mortalidad materna e infantil de la niñez en hospitales y regiones, para mejorar la toma de decisiones. También se apoyó para la formulación de un sistema de monitoria y evaluación de la gestión vinculada al proceso de planificación institucional.

4.4.1.1 Mejorada la capacidad de la SESAL en el uso de los sistemas de vigilancia epidemiológica y en salud y en su capacidad de generar y utilizar evidencia para responder a los grupos sub-atendidos y vulnerables. Este resultado sub-sub intermedio ha sido combinado con el anterior resultado sub-sub intermedio 4.4.1.4, en vista de que ambos se trabajarán conjuntamente.

VIGILANCIA DE LA SALUD

Dado que a finales del tercer año del proyecto, se logró dar un nuevo impulso para la revisión de la norma nacional de vigilancia de la salud (NVS), logrando su lanzamiento oficial y socialización, se consideró que su puesta en ejecución requeriría del desarrollo de competencias e instrumentos para operarla y realizar las acciones congruentes con los objetivos del PNS 2014-2018. Por ello el proyecto propuso apoyar: (i) la expansión del proceso de profundización del análisis de la mortalidad materna e infantil en hospitales y regiones para mejorar la toma de decisiones; (ii) la implementación del uso de la base de datos del subsistema de vigilancia de la mortalidad de la niñez en hospitales; (iii) la vigilancia sostenida de la mortalidad materna e infantil; (iv) el proceso de socialización de los resultados del informe del estudio sobre la caracterización de la mortalidad en la niñez 2009-2010; (v) el establecimiento de los elementos de la NVS que deben incorporarse en los contratos con gestores descentralizados, y (vi) en la consolidación de la nueva estructura organizativa de la UVS.

Para el período de extensión, se propuso continuar con esta área de intervención bajo la línea de trabajo vinculada con la reducción acelerada de la mortalidad materna e infantil que corresponde al resultado intermedio 4.2. Específicamente se estableció: (i) apoyar las actividades de la vigilancia sostenida de la mortalidad materna e infantil, a través de la asistencia a las reuniones del comité de vigilancia, en el seguimiento para el análisis de muertes maternas y neonatales en los hospitales y las regiones sanitarias, en la socialización de los resultados de la vigilancia y en la expansión de la implementación de las guías para profundizar el análisis respectivo, y (ii) 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.

Los avances alcanzados fueron:

- Se aprobaron los instrumentos para profundizar el análisis de la mortalidad materna e infantil por la UVS, aunque no se ha podido extender su uso a otras regiones debido a que la unidad ha priorizado las actividades para enfrentar problemas epidémicos.
- Se logró realizar la socialización del estudio "Caracterización de la mortalidad en la niñez 2009 - 2010, mediante la distribución pasiva a nivel nacional vía correo a aproximadamente 200 funcionarios interesados en el tema.
- Se logró la aprobación del informe de vigilancia de la mortalidad materna del año 2012 y se revisó el borrador del informe de vigilancia sostenida de la mortalidad materna del año 2013. A solicitud de la SESAL, ambos informes ya están en proceso de impresión y se espera socializarlos antes de finalizar este año.
- Se efectuaron reuniones con el personal de la UVS para la discusión de los elementos relacionados con la NNV que deben ser incorporados en los convenios de gestión descentralizada del primer nivel. Para ello se revisaron los documentos de referencia: los convenios de gestión vigentes, la NNV, el ROF y el MOF del nivel central como regional. Como resultado se preparó una propuesta que establece el requerimiento de incluir en los convenios un objetivo específico sobre este tema, así como precisar los roles de la SESAL y de los gestores, y los instrumentos que deben ser anexados al convenio. Los convenios fueron finalmente revisados y en ellos se actualizaron los elementos de la vigilancia que se consideraron debían ser incorporados.
- Se elaboró el manual de procesos y procedimientos de la UVS. Para ello, 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.

Retos Programáticos:

Los retos enfrentados en el período estuvieron condicionados por:

- La falta de decisión por parte del nivel político para culminar con el proceso de socialización del estudio de mortalidad en la niñez y todos los temas relacionados con la vigilancia sostenida de la mortalidad materna e infantil.
- La no disponibilidad de tiempo en la agenda de la UVS, ante la situación de disponer de sus pocos recursos para las situaciones de emergencias epidemiológicas tanto nacionales como internacionales, que ameritan respuestas inmediatas, como el chikungunya, el dengue y el ébola.

4.4.1.2 Mejorada la capacidad del SIIS de la SESAL para apoyar los sistemas de vigilancia y M&E enfocadas a grupos vulnerables y sub-atendidos.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD (SIIS)

En esta línea de trabajo, las actividades incluidas en los diferentes planes anuales del proyecto se fueron progresivamente postergando debido a que el financiamiento previsto por el gobierno de Canadá para implementar el sistema integral de información en salud no ha estado disponible y no se puede continuar estableciendo expectativas con aspectos que no son del dominio del proyecto, aunque está claro que el proceso sigue siendo esencial para la vigilancia, monitoreo y evaluación de la gestión. A la fecha, el horizonte de inicio del proyecto de desarrollo del SIIS con fondos de la cooperación canadiense (ACDI) esta indeterminado.

Durante el período, los esfuerzos de la asistencia se orientaron a:

- Mantener contacto permanente con la UPEG, en el tema de la definición de estrategias y metodología para el desarrollo del SIIS en el marco de la reforma.
- 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.
- Apoyar las reuniones para que la UGI, realizara el análisis y actualización del plan estratégico del SIIS, a la luz de los cambios y desarrollos organizacionales y funcionales que han ocurrido en la SESAL, desde la firma del memorándum de entendimiento.

4.4.1.3 Mejorada la capacidad de la SS para monitorear y evaluar el desempeño del sistema de salud del sector.

MONITORIA Y EVALUACION DE LA GESTION

Durante el 2013-2014, la UPEG priorizó el proceso de planificación institucional, y en este contexto se avanzó en el diseño conceptual, el desarrollo de cuadros de mando y la identificación y elaboración de indicadores, vinculados al PNS 2014-2018 y al PEI 2014-2018. Los lineamientos de la DPGPR y del gabinete sectorial de desarrollo e inclusión social, introdujeron elementos que requerían ser incorporados y consolidados en el SIMEGpR. Esos lineamientos incorporaron algunos indicadores que debían ser conceptualizados e incluidos en los perfiles estratégicos de los programas y en los cuadros de mando del desempeño institucional. Para apoyar a la SESAL en esta área de acción se propuso brindar asistencia técnica para la elaboración y puesta en marcha, del plan de implementación del SIMEGpR.

Las actividades se describen a continuación:

- Se dispone del SIMEGpR aprobado por la UPEG, el cual incluye los instrumentos para el monitoreo y la evaluación.
- Se apoyó la elaboración del plan de implementación del SIMEGpR que enuncia los principales elementos y etapas para su puesta en marcha y desarrollo.
  El desarrollo y elaboración del SIMEGpR fue un proceso complejo por: (i) la estructura y características del PEI 2014-2018, en torno a nueve objetivos estratégicos, resultados de gestión, productos finales y productos intermedios, a los cuales se les debe dar seguimiento y evaluar; (ii) los requerimientos de las distintas plataformas que han surgido por la nueva estructura del gobierno en sectores; (iii) el desarrollo de los instrumentos de recolección de datos y la determinación de las responsabilidad de las unidades, en cuanto a recolección, flujo, almacenamiento y mantenimiento del dato, teniendo como escenario las responsabilidades y funciones que les asigna el DO, y (iv) la vinculación de los indicadores de cada una de las plataformas en el marco del SIMEGpR y la armonización y coherencias de las metas.
- El SIMEGpR se construyó desde los niveles superiores de gestión proporcionando las grandes líneas de políticas y estrategias que deben ser monitoreadas y evaluadas; y desde los niveles operativos, generando y recolectando los datos que se requieren para la construcción y seguimiento de los indicadores. Este doble sentido durante su construcción, permitió implementar los instrumentos en las distintas plataformas y coordinar con la DPGPR y con el Gabinete Sectorial, el diseño y elaboración de los instrumentos y la operacionalización de ambas plataformas.
- Se desarrollaron las capacidades de las unidades del nivel central, liderado por la UPEG, la UGI y la DGRISS, que fueron las primeras que diseñaron el contenido de las plataformas y con las unidades ejecutoras, que han sido capacitadas para introducir los datos directamente en la plataforma de la DPGPR.

Retos Programáticos:

Constituyeron desafíos importantes:

- El involucramiento del equipo técnico y la toma de conciencia por el mismo de la necesidad de disponer del SIMEGpR y los instrumentos para la elaboración de indicadores.

- El cambio de técnicos contrapartes a mitad del proceso, suscitó nuevos escenarios en los que se requirió sucesivos cambios de enfoque en el documento y en los instrumentos, provocando en algún momento enlentecimiento de las actividades.
- La armonización de los entendimientos sobre la estructura y contenido del SIMEGpR y los instrumentos para la medición de resultados.
- La integración y armonización de 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.

4.4.1.4 Fortalecida la capacidad de la SESAL para generar y utilizar evidencia que mejore la respuesta del sector a poblaciones vulnerables y sub-atendidas.

Se previó la necesidad de realizar estudios que proporcionen elementos para el análisis de la situación de salud y conocer con mayor detalle las inequidades existentes, para reorientar las estrategias y políticas, que conduzcan a su superación. Con los resultados de los estudios se consideró que se podía apoyar la planificación focalizada a grupos específicos, las situaciones de exclusión y fortalecer los criterios para la asignación de presupuesto.

EQUIDAD EN EL FINANCIAMIENTO EN SALUD

En virtud que en un período anterior de la ejecución del proyecto, se logró concluir el estudio de gasto y financiamiento en salud, para el cuarto año se propuso brindar asistencia en la realización de un estudio sobre equidad en el financiamiento en salud. El grado de avance en esta área se describe a continuación:

- 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 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 le sirva para la toma de decisiones.

  Con este estudio se hicieron las siguientes actividades: (i) se apoyó su divulgación a través de distintos medios de comunicación del país con el fin de asegurar que las publicaciones estuviesen en concordancia con los resultados del estudio; (ii) se apoyó la presentación de los resultados en una reunión sostenida con funcionarios de USAID, con los que se generó un interesante debate sobre el alcance de los mismos; (iii) se apoyó la revisión de las estimaciones de los gastos de salud (1995-2013), enviados por la OMS (Ginebra), cuyas cifras fueron corregidas, a la luz de la información arrojada con los estudios que el país ha elaborado; (iv) se finalizó la revisión de la matriz de datos solicitados por OMS para su inclusión en el informe de estadísticas sanitarias mundiales 2015, las que reemitió la SESAL a la OPS, y (v) se le proporcionó copia de los resultados del estudio a la Presidenta de la Comisión Interventora del IHSS.

Dado los resultados obtenidos, se ha expresado el interés de apoyar la realización de un nuevo estudio con año de referencia 2014, aprovechando las capacidades desarrolladas en los técnicos de la UPEG.

- Esta línea de acción también 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 sus 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.

Reto Programático:

- Una dificultad importante fue encontrar el recurso humano calificado y/o la disponibilidad de los mismos para la ejecución de las consultorías estimadas en este proceso. En el caso del estudio de gasto y financiamiento tuvo que efectuarse una adecuación en su conceptualización y llevarse a cabo con consultores nacionales con el apoyo de expertos en momentos específicos. Para el estudio de equidad en el financiamiento este fue un obstáculo tal que impidió que el mismo pudiera realizarse.

VIII. Productos: octubre 2014 - Septiembre 2015

Productos Entregados en Año 4, Trimestre I

	Documento Entregado
1.	Boletín de Genero. Año 4, trimestre I
2.	Informe de las actividades realizadas en cada fecha conmemorativa y su resultado.
3.	Informe trimestral de las actividades de seguimiento a la ICEC en los aspectos de género.
4.	Informe del cumplimiento de la programación de PF de los proveedores descentralizados.
5.	Informes de monitoria y evaluación de la ejecución de la EGSPF.
6.	Informes de las capacitaciones realizadas.
7.	Reportes logísticos obtenidos de la herramienta HCDL *(Enero – Oct 2014)*
8.	Informes de avance en el proceso de capacitación ICEC.
9.	Informes de capacitación en la aplicación de las normas maternas y neonatales utilizando la metodología y herramientas diseñadas.
10.	Nota de aprobación de la SESAL al Manual de Procesos y procedimientos de las Regiones Sanitarias.
11.	Documento propuesta del plan de implementación del MNS 2014-2018.
12.	Informe trimestral de avances de la implementación del MGH.
13.	Informe trimestral de avances del rediseño de procesos y organización funcional del servicio de emergencias del HEU.
14.	Informes trimestrales del proceso y de los resultados de la rendición de cuentas y transparencia, y de las auditorias sociales realizadas a los gestores.
15.	Informe de avance en la aplicación del SPSS.
16.	Informes trimestral de avance en la implementación del SIMEGpR.
17.	Documento conteniendo el Estudio de Gasto y financiamiento en salud finalizado y publicado
	Documentos Contractuales
1.	Informe de avances del proyecto, año 4, trimestre I.
	Adicionales

1.	Informe final de consultoría: Lic. Rosa Cárcamo. Fortalecimiento del proceso de Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria. Fecha: 19 de mayo al 18 de noviembre 2014
2.	Informe final de consultoría, Dra. Kenia Videa: Diseñar una propuesta metodológica de implementación de la Estrategia de AIN-C que sea factible para los proveedores descentralizados.
3.	Informe final de consultoría, Lic. María Sandoval: Diseño del estudio de gasto y financiamiento.

Productos Entregados en Año 4, Trimestre II

	Documento Entregado
1.	Documento Propuesta de los Elementos de Género a ser Incorporados en la Evaluación de RAMNI
2.	Boletín de Genero. Año 4, trimestre II
3.	Informe de las actividades realizadas en cada fecha conmemorativa y su resultado.
4.	Informes trimestrales de las actividades de seguimiento a la ICEC, en los aspectos de género.
5.	Informe de los elementos de género incorporados en las herramientas gerenciales del SPSS del nuevo MNS.
6.	Consolidado nacional de la programación de actividades de PF
7.	Documento de Lineamientos de PF actualizado.
8.	Documento de sistematización del proceso logístico de insumos anticonceptivos.
9.	Consolidado de la programación de métodos de PF en el IHSS.
10.	Informes de monitoria y evaluación de la ejecución de la EGSPF.
11.	Informes de las capacitaciones realizadas
12.	Informes de avances del proceso de capacitación de Hogares Maternos.
13.	Informes de los eventos de intercambio de experiencias.
14.	Informe sobre la capacitación de monitoras/es capacitadas en PF rural.
15.	Informe de monitorias del proceso de ICEC.
16.	Informes de capacitación en aplicación de las normas maternas y neonatales utilizando la metodología y herramientas diseñadas.
17.	Documento conteniendo el plan de monitoría y evaluación del plan estratégico institucional ajustado.

18.	Informe sobre las competencias desarrolladas en planificación estratégica.
19.	Informe de capacitaciones a los Recursos humanos de la Unidad de Planeamiento y Departamento de Redes Integradas de servicios de Salud de las Regiones Sanitarias en el manual de procesos y procedimientos del nivel regional y plantilla básica de puestos y perfiles de los recursos humanos de las regiones sanitarias"
20.	Informe del proceso de elaboración e implementación del plan.
21.	Documento conteniendo la guía para el monitoreo del proceso de capacitación de proveedores descentralizados, (fase II).
22.	Informe de avance del proceso de capacitación de los gestores y proveedores de las redes de primer nivel de atención.
23.	Informe de seguimiento de la implementación de la guía de gestión por resultados para las RISS con gestión descentralizada de la provisión y sus herramientas de gestión.
24.	Informe trimestral de avance de la implementación del MGH.
25.	Informe trimestral de avance del rediseño de procesos y organización funcional del servicio de emergencias del HEU.
26.	Informe de resultados del proceso de implementación de los Lineamientos del RGH.
27.	Informes trimestrales del proceso y de los resultados de la rendición de cuentas y transparencia, y de las auditorias sociales realizadas a los gestores.
28.	Documento del marco de referencia para la construcción de un sistema de identificación de beneficiarios del componente del sistema de protección social en salud dentro del MNS.
29.	Documento conteniendo las propuestas técnicas de las herramientas gerenciales.
30.	Documento conteniendo la metodología para la identificación e incorporación de grupos humanos priorizados a estructura de costos del aseguramiento.
31.	Documento conteniendo la propuesta de control para la implementación de contratos, convenios y acuerdos del SPSS
32.	Documento conteniendo la propuesta del sistema de control financiero del SPSS
33.	Documento propuesta de modalidades tipo de gestión descentralizada de servicios de salud, modalidad público - público.
34.	Informe de avance en la aplicación del SPSS.
35.	Informes de las actividades realizadas sobre la vigilancia de la mortalidad materna y de la niñez
36.	Informes trimestrales de avance en la implementación del SIMEGpR.
	Documentos Contractuales
1.	Informe de avances del proyecto, año 4, trimestre II.

	Adicionales
1.	38 Convenios de gestión firmados con los proveedores descentralizados.

Productos Entregados en Año 4, Trimestre III

	Documento Entregado
1.	Documento conteniendo la propuesta para la conformación del equipo de integración.
2.	Informe anual de los contenidos de género propuestos para su incorporación en la evaluación y en la actualización de la EGSPF del IHSS.
3.	Boletín de Genero. Año 4, trimestre III
4.	Informe de las actividades realizadas en cada fecha conmemorativa y su resultado.
5.	Informes trimestrales de las actividades de seguimiento a la ICEC, en los aspectos de género.
6.	Informes del funcionamiento de la herramienta consolidadora de datos Logísticos (HCDL).
7.	Informe de la ejecución plena de la estrategia de PF implementada.
8.	Informe sobre el aumento de la cobertura de servicios de PF por proveedores descentralizados.
9.	Informe de la evaluación de la estrategia para la gestión de los servicios de PF (EGSPF).
10.	Informe de la evaluación de medio término de la política RAMNI.
11.	Planes de trabajo de RAMNI 2014 de las regiones seleccionadas. (El Paraíso).
12.	Documento de la propuesta metodológica de AIN-C para proveedores descentralizados.
13.	Informes sobre la capacitación de Monitoras/es y personal institucional capacitados en PF rural.
14.	Informe de monitorías del proceso de ICEC.
15.	Informes de capacitación en aplicación de las normas maternas y neonatales utilizando la metodología y herramientas diseñadas.
16.	Informe de implementación de las listas de chequeo.
17.	Historia clínica de hospitalización neonatal actualizada.
18.	Historia clínica neonatal ambulatoria rediseñada.
19.	Informe de seguimiento de la implementación de la HCPB con las gráficas incorporadas.

20.	Listado de productos programables por producto trazador, vinculado al PEI 2014-2018.
21.	Modelo de asignación de presupuesto basado en la eficiencia y eficacia.
22.	Informe sobre las competencias desarrolladas en planificación estratégica
23.	Documento conteniendo el manual descripción de puestos (MDP).
24.	Documento conteniendo el manual de procesos y procedimientos.
25.	Documento conteniendo la plantilla básica de puestos y funciones del nivel regional aprobado.
26.	Documento conteniendo el plan de implementación de los manuales aprobados.
27.	Informe de capacitaciones del DO regional.
28.	Informe anual del grado de implementación de la nueva estructura orgánica y funcional de las regiones sanitarias.
29.	Guías para la implementación del MNS diseñadas y validadas.
30.	Documento técnico para la elaboración del plan de monitoreo y evaluación de la implementación del plan regional de gestión de la RISS.
31.	Informe de avaluación de las capacidades de los gestores descentralizados
32.	Informe trimestral de avances de la implementación del MGH.
33.	Informe trimestral de avances del rediseño de procesos y organización funcional del servicio de emergencias del HEU.
34.	Documento de evaluación del proceso y resultados de la implementación del MGH en tres hospitales.
35.	Informes trimestrales del proceso y de los resultados de la rendición de cuentas y transparencia, y de las auditorias sociales realizadas a los gestores.
36.	Documento ajustado de la propuesta de plan de implementación de las herramientas gerenciales del sistema de protección social en salud dentro del MNS.
37.	Informe de avance en la aplicación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).
38.	Informe de los talleres de socialización sobre vigilancia de la mortalidad materna e infantil
39.	Propuesta de modificación de contrato que incluyan los aspectos de vigilancia acordados con la SESAL.
40.	Informe de avance de la implementación de la nueva estructura organizacional interna de la UVS.
41.	Documento conteniendo el sistema de monitoreo y evaluación de la gestión.
42.	Herramientas del SIMEGpR
43.	Documento conteniendo el plan de implementación para la puesta en marcha del SIMEGpR.

44.	Informes trimestrales de avance en la implementación del SIMEGpR.
45.	Informe descriptivo de las evidencias que respalden el uso de datos en la toma de decisiones.
	Documentos contractuales
1.	Informe de avances del proyecto, año 4, trimestre III.
2.	Plan de Extensión de Proyecto 29 de julio 2015 al 28 de junio de 2016.
	Adicionales
1.	Informe de los elementos de género incorporados en las herramientas gerenciales del SPSS en el nuevo modelo nacional de salud.
2.	Manual de Procesos y procedimientos de la UVS
3.	Manual de Procesos y procedimientos de la Unidad Técnica de Gestión de Proyectos.
4.	Manual de Procesos y procedimientos de la UPEG.
5.	Manual de Procesos y procedimientos de la UGI.
6.	Plan Estratégico Institucional PEI 2014-2018

Productos Entregados en Año 4, Trimestre IV

	Documentos Entregados
1.	Informe de inventario físico del 15 Mayo 2015
2.	Informes de capacitaciones de los equipos técnicos conductores de las RISS y RSD priorizadas.
3.	Informes de capacitaciones sobre el uso de la herramienta.
4.	Informes de capacitación en aplicación de las normas maternas y neonatales utilizando la metodología y herramientas diseñadas.
5.	Informes trimestrales de avance en la implementación del DO del nivel central y regional.
6.	Informe trimestral de avance de la facilitación entre pares para la implementación del MGH que incluye el informe trimestral sobre las mejoras implementadas.
7.	Informes semestrales sobre el avance del proceso de rendición de cuentas y transparencia.
8.	Informes trimestrales de avance del proceso. Potenciar el empoderamiento y la participación de mujeres y hombre en planificación familiar en el marco de ICEC. Componente de Género

	Documentos Contractuales
1.	Informe de avances del proyecto, año 4, trimestre IV.
	Documentos Adicionales
1.	Informe final de Consultaría Ing. Vanessa Juárez, Fortalecimiento al HEU en el sistema de emergencia y de Gestión con Calidad de los servicios de emergencia. Fecha: Diciembre 2014 - Junio 2015
2.	Informe del Diagnóstico en los avances de implementación del SNC´s.

Resultados de Proyecto en Cifras

Indicador/ Item	Resultados	Observaciones
Total de Entregables enviados en año 4 • Programados para el año. • Entregado de lo programado. • Pendientes • Adicionales no programados • Entregables concluidos este año.	**89** 87 72 15 10 7	• *Incluye programados, adicionales y pendientes de otros años que fueron entregados.* • *Remitidos a USAID en trimestre respectivos* • *Justificaciones en reportes correspondientes.* • *Adjuntados en los diferentes trimestres del año IV.*
Total de personas capacitadas en temas PF y salud reproductiva	**366** Mujeres: 249 Hombres: 117	*Temas principales:* • *Planificación familiar en zonas rurales e implementación de ICEC.*
Total de personas capacitadas en temas salud materno infantil, que incluye reforma, género y descentralización.	**848** Mujeres: 644 Hombres: 204	*Temas Principales:* • *CONE ambulatorio y hospitalario* • *Levantamiento y análisis de procesos productivos hospitalarios (DO)* • *Auditoria social y rendición de cuentas.*
Numero de políticas/guías en temas MI	2	• *Guías para la implementación del MNS:* o *Guía básica diseño del sistema logístico gestión de suministro y adquisiciones.* o *Modelo nacional de Gestión de recursos humanos basada en competencias.*
Total de agencias con fondos USAID con quienes se coordina	4	• *NEXOS* • *ACCESO* • *LMG* • *AIDSTAR PLUS*
Total de cooperantes no Fondos USAID con quienes se coordina	4	• *BID- MESOAMERICA 2015* • *JICA* • *OPS* • *UNFPA*

IX. Monitoreo y Evaluación

Indicadores PMP- RI 4.1

	Objetivo estratégico: Mejorado el estado de salud para poblaciones vulnerables y sub atendidas							
	Resultado Intermedio 4.1.- *Incrementado el uso y acceso a servicios de SMI y PF con calidad*							
Indicador	Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4[1]		Meta final Proyecto	**Observaciones**
					Meta	*Logrado*		
Indicador 1. (F) ***Años protección pareja***	449,609	539,470	526,920	575,326	575,326	475,434	527,382	*Las metas establecidas en el PMP para los primeros tres años del proyecto se cumplieron. Para el año 4 se estableció una meta similar a la alcanzada en el año 3, que se considera el nivel que debe mantenerse dado los niveles de desabastecimiento que se están presentando en la SESAL por dificultades en la compra de anticonceptivos y evidenciados en los inventarios físicos que se realizan dos veces al año en las unidades de salud.* *La tendencia a la disminución en los resultados de 2015 se explican:* *(i) por el sub-registro sobre las AQV realizadas en algunos hospitales y por la falta de información de otros (Tela, La Paz, Comayagua, Puerto Lempira y Hospital Escuela) con incidencia en el resultado total, (ii) Los problemas de desabastecimiento que se han hecho referencia en el párrafo anterior,* *No ha sido posible establecer cuanto aportan cada uno de los ítems al comportamiento del indicador.*
Indicador 2. ***Porcentaje de regiones de salud que realizan la programación anual utilizando la metodología descrita en la estrategia de PF.***	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*El cumplimiento de la meta de este indicador, fue alcanzado hasta el nivel de redes de salud, desde el inicio del proyecto y se mantiene el uso de la metodología de programación de insumos ACO*
Indicador 3. (F) ***No. de personas capacitadas en PF/SR con fondos del GEU***	0	0	330	429	375	426	740	*El sobre cumplimiento de las metas establecidas para este indicador obedecen a una mayor demanda para la implementación en ICEC, así como en la capacitación en cascada para los procesos de logística de PF en el IHSS y la SESAL que no*

[1] Metas conforme el PMP , Junio 2015

								estaban inicialmente contemplados.
Indicador 4. (F) ***No. de políticas o guías desarrolladas o modificadas con apoyo del GEU para mejorar el acceso y uso de servicios de PF/SR para los cuales existe evidencia de implementación inicial***	1	2	2	1	-	-	4	*La meta global establecida en el proyecto para este indicador era de 4 políticas, las que ya fueron cumplidas. (i) Componente de PF a ser incluido en contratos con proveedores descentralizados (ii) Estrategia metodológica de la SESAL modificada de PF (iii) Manual del Monitor(a) Comunitario de PF. (Estrategia para garantizar el acceso a servicios de PF en entornos rurales). (iv) Estrategia de PF para el IHSS.*
Indicador 5. ***No. de nuevos estándares incluidos en los procesos de desarrollo organizacional y recursos humanos de ASHONPLAFA***	0	4	3	-	-	-	7	*La meta establecida fue alcanzada como en el año 2 de proyecto, según lo planificado, que coincidió con la finalización del convenio de apoyo entre USAID y ASHONPLAFA y por ende la asistencia técnica que incluía.*
Indicador 6. ***Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado en programas asistidos con fondos del GEU***	52%	67%	68%	64%	70%	66%	70%	*De acuerdo con el PMP vigente, las metas para los años 4 y 5 del proyecto se establecen en 70 % considerando la posibilidad de mejorar la oportunidad y calidad del dato de partos. Aún persisten algunos hospitales que no informan lo que hace que se visualice la meta por debajo de lo esperado.*
Indicador 7. ***Porcentaje de muertes maternas adscritas a la primera demora*** *(búsqueda de ayuda de emergencia)*	SD[2]	27%	22%	6%	6%	-	6%	*Las últimas cifras oficiales de este indicador están referidas al año 2013. Siguen pendientes los análisis para los años subsiguientes. Se observa una consistente disminución de la primera demora en las muertes maternas, se plantea mantener para el final del proyecto la situación alcanzada.*
Indicador 8. ***Número de mujeres recibiendo manejo activo del tercer período del parto (AMSTL) a través de programas apoyados por el GEU***	99,287	101,439	91671	91,867	101,439	99,513	82,996	*El procedimiento que mide este indicador se ha sistematizado, su cumplimiento en este año fue de* **99%** *a nivel de todo el país, determinado por inferencia estadística de la muestra utilizada. Se mantiene el desafío de la gestión de la información debido al sub-registro que aún persiste.*

Relación y tendencia entre metas y resultados.

Figura No. 1

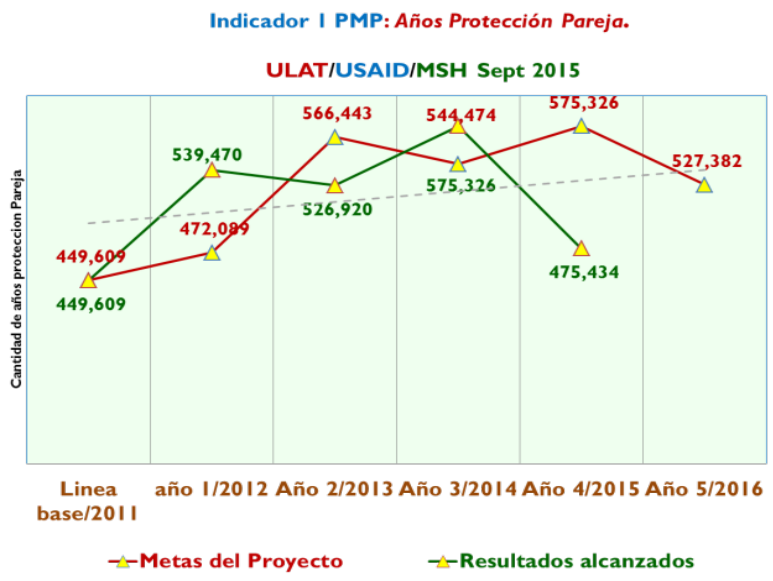


Figura No. 2

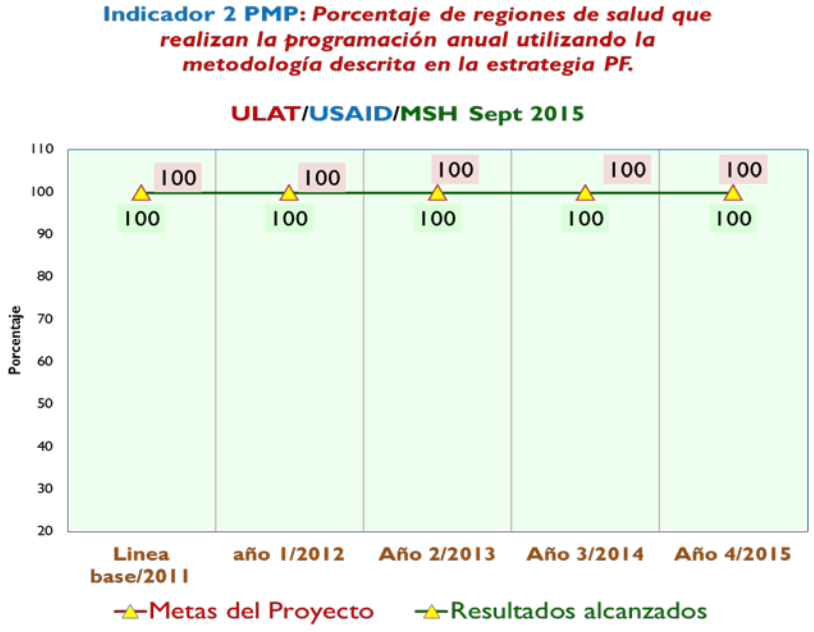


Figura No.3

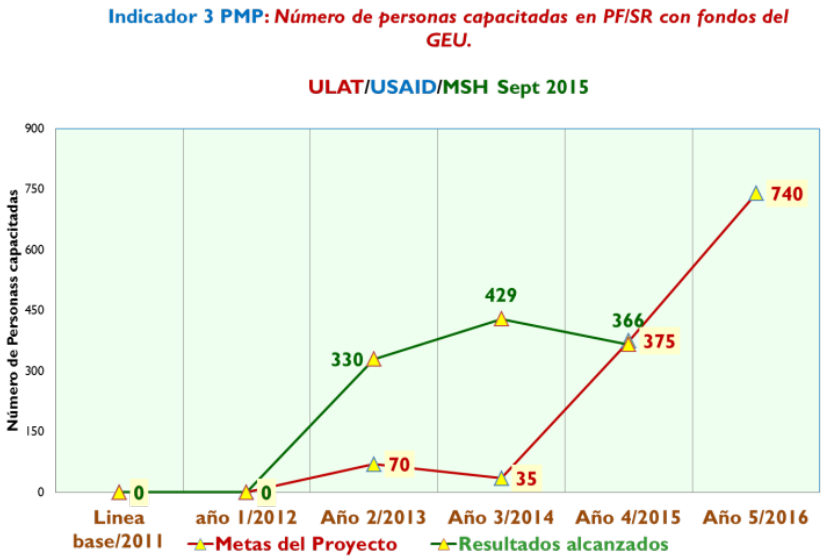


Figura No. 4

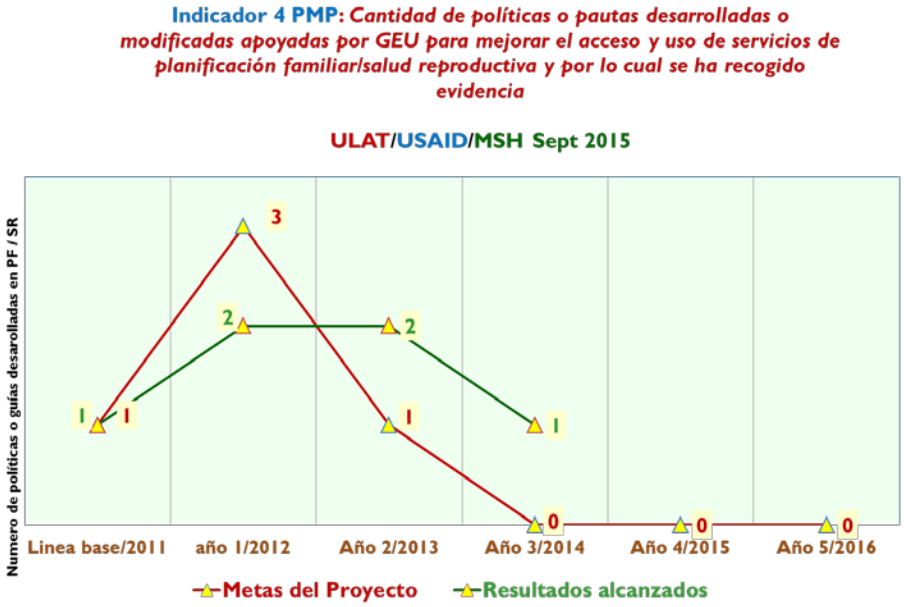


Figura No.5

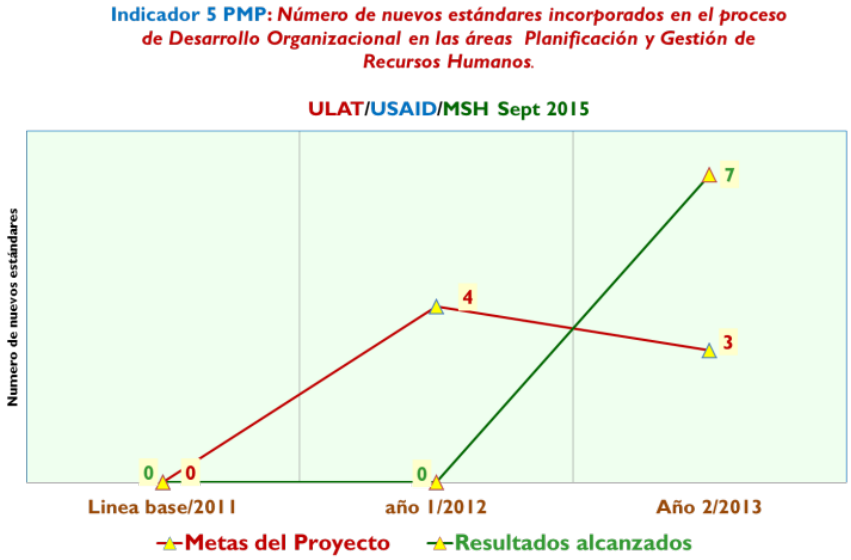


Figura No. 6

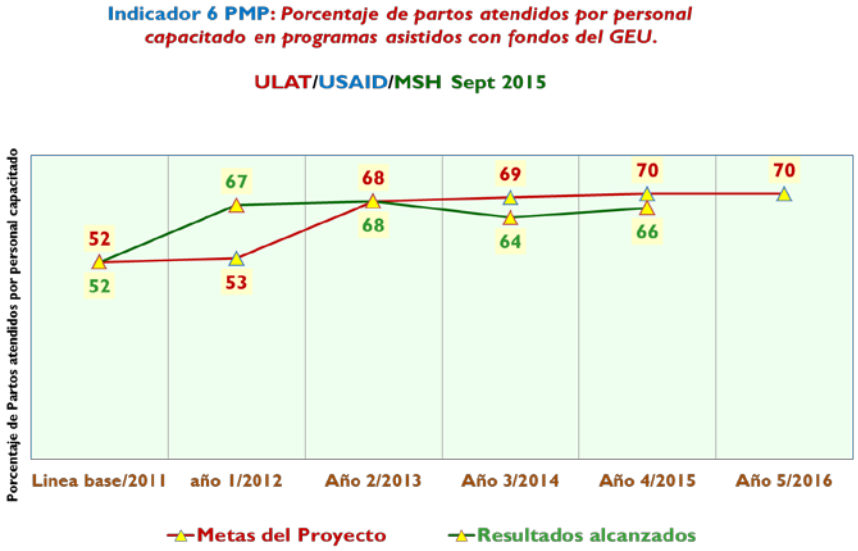


Figura No. 7

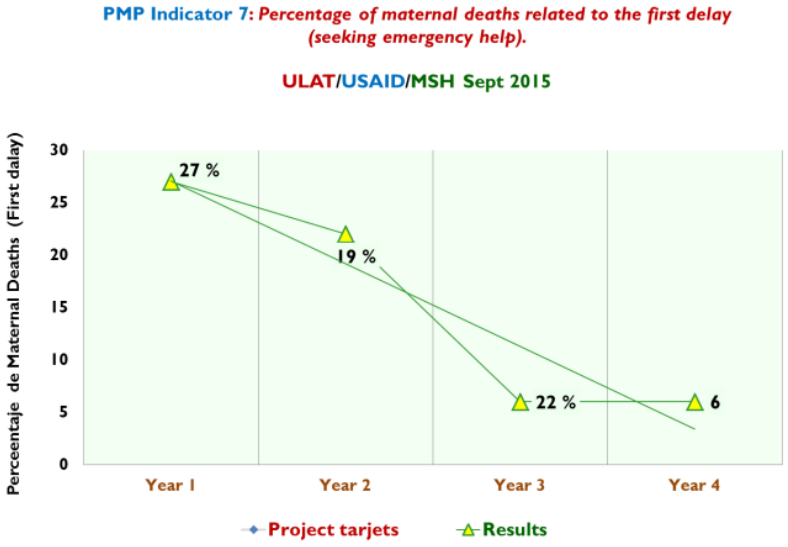
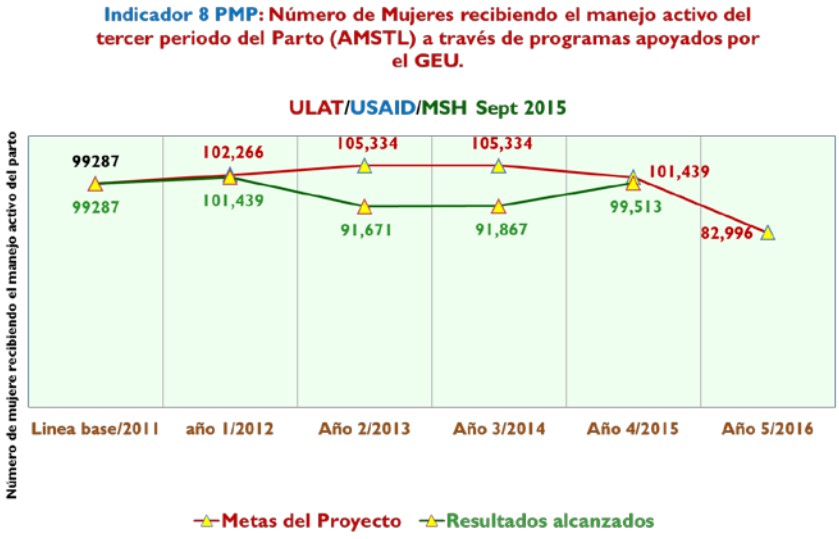


Figura No. 8



Indicadores PMP del R.I. 4.2 y 4.4

	Objetivo estratégico: ***Mejorado el estado de salud para poblaciones vulnerables y sub atendidas***							
	Resultado Intermedio 4.2.- *Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar*							
Indicador	Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4		Meta final Proyecto	**Observaciones**
					Meta	Logrado		
Indicador 9. (F) ***Numero de políticas adoptadas con apoyo del GEU***	*6*	*2*	*4*	*6*	*1*	*1*	*12*	*En el año tres se cumplió la meta final del proyecto, para el año 4 se planteó avanzar en la propuesta de una la ley del Sistema Nacional de Salud, la cual se alcanzó. Para el período de extensión se propone su ajuste en función de la ley marco del Protección Social.*
Indicador 10. ***Número de personas capacitadas en temas de salud materno-infantil a través de programas apoyados por el GEU***	*0*	*256*	*420*	*543*	*118*	*848*	*887*	*Lo realizado por el proyecto en este indicador supera la meta programada para todos los años en especial para el año 4, los resultados están relacionados con las condiciones propicias en el proyecto que generaron demandas de capacitación mayores que las inicialmente previstas.*
Indicador 11. ***Número de planes gerenciales elaborados para el desarrollo organizacional de las RSD y con evidencia de implementación inicial***	*0*	*5*	*7*	*8*	*-*	*-*	*20*	*En este indicador el proyecto ha cumplido a cabalidad los planes programados. Se han completado los 20 planes gerenciales.*
Indicador 12. ***Número de barreras de género abordadas en el nuevo modelo de salud***	*0*	*NA*	*4*	*4*	*4*	*4*	*9*	*De las diez barreras identificadas en el diagnóstico nueve han sido abordadas a lo largo del proyecto, las que se mantienen vigentes para construirle sostenibilidad futura, la que se refiere a la incorporación de variables relacionadas al género en el SIIS, no ha sido posible abordarla puesto que proyecto SIIS ha sido pospuesto indefinidamente*
Indicador 13. ***Porcentaje de proveedores descentralizados en cuyos contratos se ha incluido la cláusula de auditoria social***	*0*	*100%*	*100%*	*100%*	*100%*	*100%*	*100%*	*La meta fue alcanzada con la inclusión de la cláusula de auditoría social en el contrato tipo, su seguimiento y actualización es anual. La cláusula se incorpora cada vez en se negocia un nuevos convenios.*
Indicador 14. (F) ***Número de personas cubiertas por acuerdos financieros en salud con apoyo del GEU***	*770,613*	*959,865*	*1,105,670*	*1,338,939*	*1,800, 000*	*1,388,836*	*1,800,000*	*No obstante las dificultades financieras por la que atraviesa la SESAL como producto de la crisis que vive el país, se han mantenido los convenios de gestión que da la cobertura de la población por año visualizándose un incremento con respecto al 2014. En el resultado total no están incorporados aun los volúmenes de población que deberán*

								imputarse a los convenios vinculados con la autonomía de gestión hospitalaria, por cuanto no se han construido los criterios para estimarla.
Indicador 15. **Número de Proyectos de Extensión de cobertura formulados por las Regiones Sanitarias utilizando la guía metodológica diseñada.**	*0*	*6*	*37*	*39*	*2*	*38*	*14*	*La meta final de proyecto establecida para este indicador fue sobrepasada desde el año 2.* *Cada uno de los convenios que se firma corresponde a un proyecto específico de extensión de cobertura y para su elaboración se utilizan los elementos contenidos en la guía metodológica. En ese sentido la SESAL ha obviado el paso de "formular un documento proyecto", constituyéndose el convenio en "el proyecto mismo". De esta manera el 100% de los convenios han seguido el proceso metodológico establecido.*
Indicador 16. **Número de hospitales preparados para iniciar la implementación del Nuevo modelo de gestión hospitalaria**	*0*	*0*	*3*	*0*	*2*	*0*	*9*	*La implementación del MGH se ha extendido a toda la Red de hospitales públicos del país, por decisión política fue modificada la estrategia iniciándose con una implementación parcial, enfocada a establecer la estructura orgánica de conducción, el sistema de gestión de pacientes y algunos procesos de gestión de recursos.*
Indicador 17. (F) **Porcentaje de puestos de entrega asistidos por el GEU, experimentando desabastecimiento de drogas específicas trazadoras (PF) (anticonceptivos)**	*63%*	*60%*	*58%*	*78%*	*50%*	*83%*	*43%*	*El decremento en el porcentaje de Unidades desabastecidas de algún método era el resultado esperado de este indicador, por falta de adquisición, principalmente de anticonceptivos orales y el desabastecimiento observado por falta de adquisición y problemas en distribución ha contribuido a que este indicador alcance a 83% en el 2015.* *Se está abordando este problema incorporando el abastecimiento de ACO dentro del proceso de logística general de medicamentos de la SESAL.*

Indicador 18. **Número de decisiones gerenciales tomadas en base a informes de monitoria y Evaluación de la SESAL.**	*0*	*NA*	*NA*	*NA*	*4*	*5*	*4*	*El Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión por Resultados que ya está diseñado, sigue – por decisión de la SESAL - pendiente de ser implementado.* *No obstante en el año 4 del proyecto la SESAL utilizó los datos provenientes del estudio de gasto y financiamiento para tomar decisiones gerenciales, entre las que sobresalen: Formulación del Plan Estratégico Institucional 2014-2018 y el Plan Operativo Anual 2016; Conformación del CONCOSE, prioridades, evaluación y decisiones adoptadas.; Descentralización de hospitales y puesta en funcionamiento de policlínicos.; Compromisos de gestión con las regiones sanitarias.; Proveer información a las instituciones nacionales y sectoriales.*
Indicador 19. **Número de leyes, políticas o procedimientos en borrador, propuestos o adoptados que promuevan la equidad de género a nivel regional, nacional o local.**	*0*	*0*	*5*	*5*	*3*	*0*	*8*	*Este indicador se cumplió a cabalidad, para el 2015 se diseñaron los siguientes documentos, que cuentan con sus informes respectivos (entregables) como evidencias:* *1. Propuesta del equipo de integración de género de la SESAL..* *2. Documento Propuesta de los Elementos de Género a ser Incorporados en la Evaluación de RAMNI.* *3. Herramienta 01 del SPSS.- Propuesta Metodológica para la Identificación e Incorporación de Grupos Humanos Priorizados a la Estructura de Costos del Aseguramiento Público Subsidiado.* *4. HERRAMIENTA 02 del SPSS: Propuesta de un Sistema de Control para la Implementación de Contratos, Convenios y Acuerdos del SPSS.* *5. Propuesta de los elementos de género a ser incorporados en la evaluación de PF en el IHSS: Análisis de los Avances de los Contenidos de Género en la EGSPF.*

Relación y tendencia entre metas y resultados

Figura No. 9

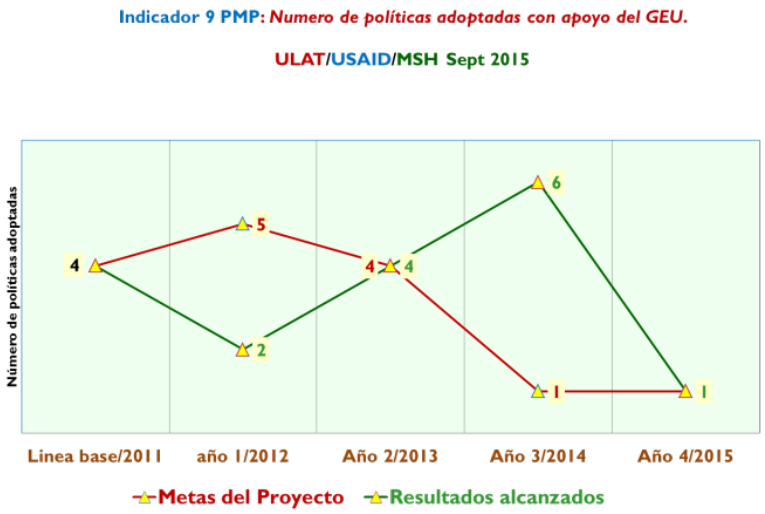


Figura No. 10

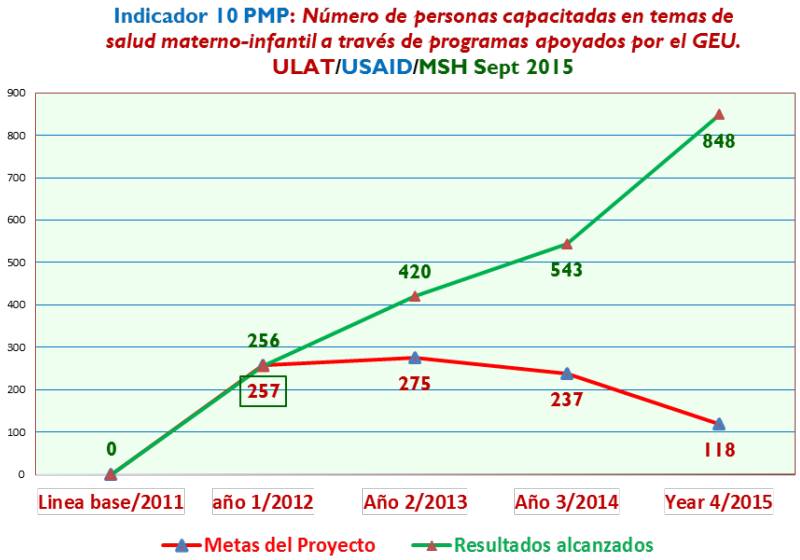


Figura No. 11

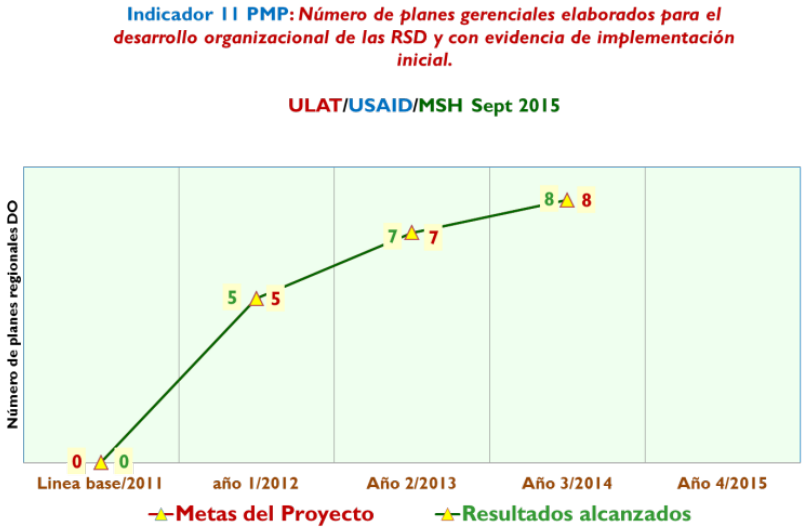


Figura No. 12

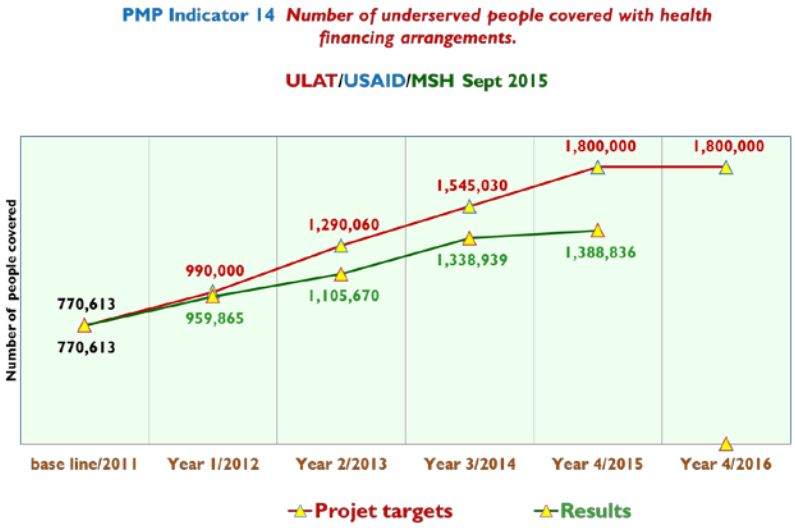


Figura No. 13

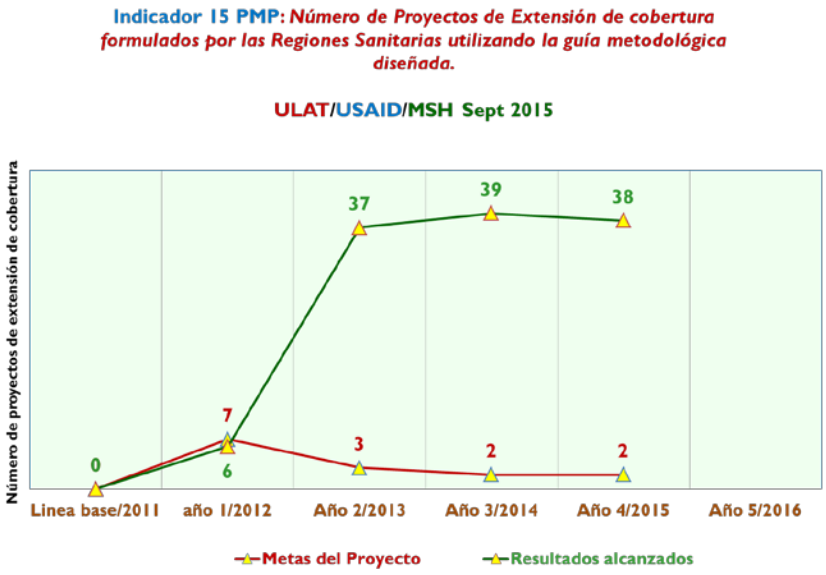


Figura No. 14

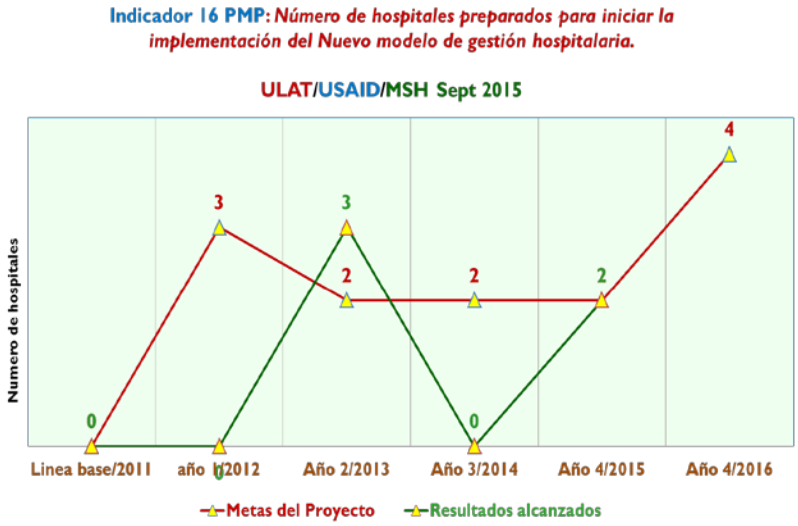


Figura No. 15

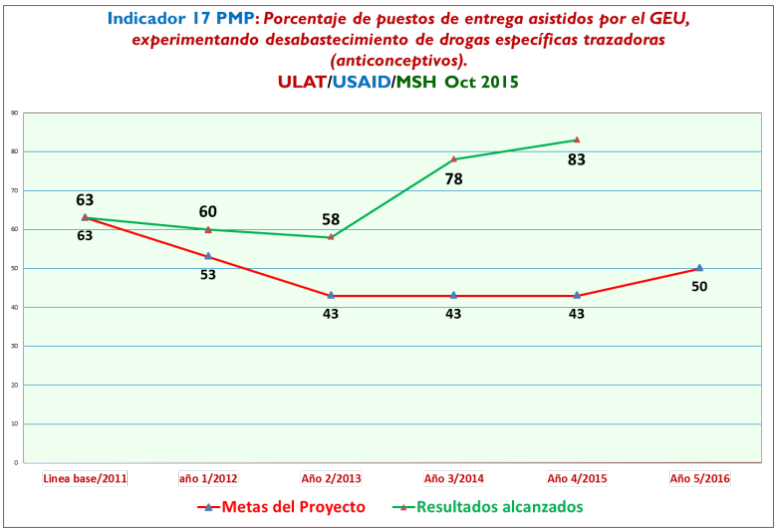
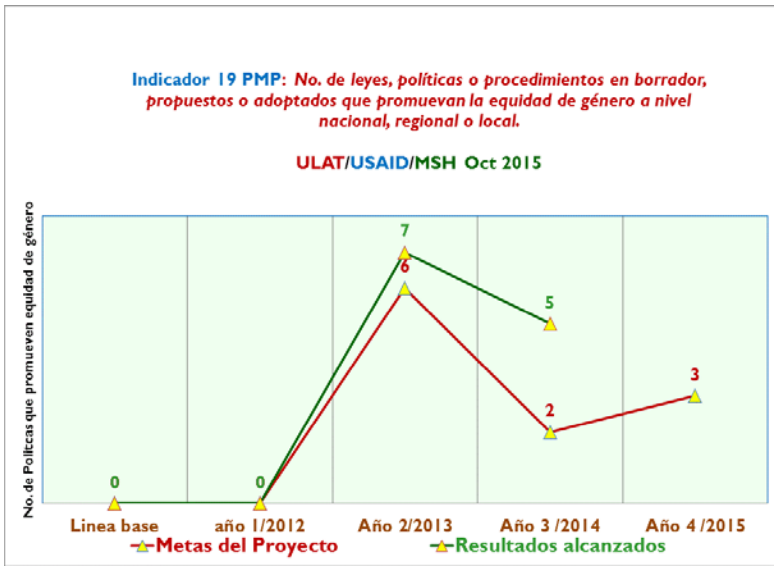


Figura No. 16



X. Coordinación con otras contrapartes y actores

Durante este período, se continuó con la coordinación con las organizaciones y agencias que desarrollan actividades cuya naturaleza está vinculada con las que ejecuta ULAT. A continuación se describen con sus principales resultados:

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

Coordinadas por la UGD, se desarrollaron jornadas de trabajo con el proyecto USAID/NEXOS, para el abordaje del desarrollo de las capacidades administrativas y técnicas de los gestores descentralizados y para identificar las líneas de trabajo conjunta en las que se podían potenciar los esfuerzos que cada uno está haciendo en forma individual. Se diseñó la currícula para la capacitación en base al diagnóstico de necesidades de mejora del desempeño que fueron identificadas a través de una encuesta formulada con este propósito. En este marco se efectuó la planificación, la conducción, la facilitación y la evaluación de talleres sobre el rol de los gestores descentralizados en función al MNS, los que se realizaron con la participación de técnicos de la UGD y del DSPNA, los funcionarios de 14 RS de la SESAL en las que hay gestión descentralizada de servicios de salud, los funcionarios de 37 gestores descentralizados y los técnicos del proyecto NEXOS/USAID. En la misma forma se abordó el tema de la auditoria social y la transparencia de la gestión, y el de monitoría y evaluación de los convenios que se suscriben para la gestión descentralizada caracterizando adecuadamente el proceso y el rol de cada instancia en el mismo.

Estas actividades de capacitación por concentración han sido complementadas con otras de capacitación in situ en temas específicos desarrolladas por cada uno de los proyectos. Para darle seguimiento a todo el proceso de capacitación se propuso una guía para el monitoreo y evaluación del resultado obtenido en el desempeño de los gestores.

En el tema de transparencia y auditoria social, se estableció un plan conjunto que incluyó la revisión y ajuste de la propuesta metodológica que ULAT formuló para realizarlas. Se dio seguimiento al proceso de capacitación de los gestores en el tema de la transparencia de la gestión pública de servicios de salud descentralizados y como resultado se apoyó en la rendición de cuentas a la ciudadanía que efectuó el gestor de MAFE en el municipio de San José de Comayagua.

ACCESO

Se participó en las jornadas para la discusión de los resultados del estudio sobre anemia y parasitismo realizado en las comunidades intervenidas por el proyecto ACCESO. Estas jornadas realizadas con la participación de funcionarios de la UGD, DGN, ACCESO y USAID, se evidenció que a pesar de los resultados obtenidos en la recuperación o ganancia de peso en los niños, los índices de anemia habían aumentado. Por esta razón USAID consideró necesario, con la aprobación de la SESAL, que antes de finalizar este proyecto, se efectuaran acciones para corregir dicho problema.

En virtud de ello ULAT brindó asistencia técnica en el tema de las causas de anemia ferropénica, las acciones necesarias para suplir las necesidades o demandas de hierro durante la etapa de desarrollo en el niño de 6 a 24 meses, los mecanismos de absorción del hierro, los condicionantes para la no absorción (parasitismo intestinal, y la ingesta de café, leche y refrescos de cola) y las intervenciones en base a evidencia científica. Además se estableció el compromiso de documentar la presencia de parásitos para iniciar un proceso de desparasitación en el grupo etario de menores de 2 años, con un abordaje integral que incluyera la eliminación de factores predisponentes (disposición de excretas, suelos, saneamiento de agua, prácticas higiénicas, etc.). En función de las líneas estratégicas identificadas, se acordó realizar las intervenciones necesarias para la recuperación de los niños con anemia, asegurando que cada una de las unidades de salud intervenida con gestión descentralizada, cuenten con los micronutrientes necesarios dándole seguimiento a las actividades que realizaron los técnicos del proyecto ACCESO.

Por otra parte, 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 a USAID, considerándose como 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 hizo énfasis que el financiamiento necesario representa una disminución de alrededor del 32% pasando de un costo de aproximadamente $120 por niño al año a $75. 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 comunitarios, quedando posteriormente las comunidades sin el apoyo y sin el empoderamiento necesario.

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

AIDSTAR PLUS

La coordinación con este mecanismo implementador de USAID estuvo relacionada con el proceso de configuración de las RISS con la utilización de las guías diseñadas por ULAT con este propósito, y con el proceso de definición y configuración del conjunto de prestaciones de salud a garantizar y de los paquetes específicos de prestaciones para poblaciones especiales.

En el primer tema, se escogieron las 5 regiones en el ámbito de influencia de AIDSTAR PLUS como punto de partida para la puesta en marcha del proceso general de configuración de redes en la SESAL. Se acompañó al DSPNA y AIDSTAR-Plus en la asistencia de los equipos de conducción de las regiones sanitarias, metropolitanas del Distrito Central y de San Pedro Sula, y las departamentales de Cortés, Atlántida e Islas de la Bahía. La asistencia tuvo por objetivo la capacitación de los facilitadores regionales en los aspectos metodológicos y operativos de la configuración de las RISS en estas regiones sanitarias que fueron priorizadas. Durante este proceso de asistencia, se identificaron como obstáculos del

proceso, 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, 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 por la incertidumbre de la sostenibilidad financiera que satisfaga las necesidades que genera el proceso (recursos instalados, equipo, personal, etc.), tanto en el personal institucional como en los gestores descentralizados.

También se desarrollaron acciones conjunta para la definición y configuración del paquete específico para la población expuesta o viviendo con VIH, Sida e infecciones de transmisión sexual en el marco de la estrategia integral de las ITS/VIH/Sida.

BID

Se coincidió con el BID en las revisiones preliminares de la propuesta del proyecto de ley del sistema de salud, en función del proceso que había iniciado el ejecutivo al introducir la ley marco de protección social para aprobación del Congreso Nacional.

No obstante, las actividades que requirieron mayor esfuerzo, estuvieron relacionadas con la descentralización de la gestión de servicios en el primer nivel y con la implementación del MGH en tres hospitales de la red pública de servicios de salud, que dicha institución apoya, y cuyo diseño efectuó ULAT. Se apoyó al DSSNA en las jornadas de trabajo con la firma consultora CSC, contratada por BID para brindar la asistencia técnica los hospitales seleccionados. También se ejecutaron acciones relacionadas con la implementación de los acuerdos entre la SESAL y la fundación que gestiona el Hospital San Lorenzo, así como aquellas para formular los acuerdos entre la SESAL y los entes que gestionarán los hospitales de La Esperanza y Gracias.

También se apoyó en la revisión sobre el alcance y desarrollo de los manuales de los sistemas de conducción que fueron elaborados por la firma CSC. En este marco, se coordinó con su experto internacional de gestión financiera, 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 del taller sobre gestión financiera y en la segunda parte del taller que fue dirigida a los tres hospitales del proyecto de implementación, dando con estas actividades, cierre y finalización a la asistencia técnica brindada por la firma CSC.

OPS

Con la OPS, se tuvieron acciones de coordinación en varios temas. En el área de políticas, se estuvo participando en jornadas de trabajo convocadas por la SESAL para revisar la propuesta de ley del sistema de salud (SNS) que se está formulando y que ha requerido de ajustes sucesivos. Este proceso aún no se concluye en virtud de la aprobación por parte del Congreso Nacional de la ley Marco de Protección Social y sobre cuyos preceptos, la propuesta de ley debe ajustarse finalmente.

Otros temas fueron la cobertura universal de salud y el conjunto garantizado de prestaciones de servicios de salud (CGPSS) que están vinculados con el MNS. Se realizó un taller para la capacitación de

los miembros del equipo interinstitucional constituido con la participación de la SESAL, IHSS, UNAH, ULAT, AIDSTAR, JICA y OPS, a quien se ha responsabilizado de la elaboración de una nueva propuesta costeada y factible del CGPSS con base a la propuesta original formulada con apoyo de ULAT. Se realizaron múltiples reuniones del equipo bajo la conducción del DSPNA, para revisar las prestaciones de salud (de promoción, de prevención, de recuperación y de rehabilitación) de tres países suramericanos y compararlos con el que Honduras propone, con el propósito de aprovechar cualquier oportunidad de mejoramiento que estos ofrezcan. También se identificaron los procedimientos para algunas prestaciones de salud por curso de vida y grupos etarios, y por nivel de atención y escalón de complejidad de los servicios de salud.

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

OPS junto con UNFPA participaron en el proceso de evaluación de medio término de RAMNI que ULAT diseñó y ejecutó.

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" y que 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 e implementación.

UNFPA

Tuvo participación en la evaluación de medio término de RAMNI. También se realizaron reuniones de coordinación para identificar actividades comunes en el marco de la implementación de ICEC. El acuerdo fundamental fue que se trabajaría en la incorporación del tema de prevención del embarazo en la adolescente en la estrategia de TIFC en una de las redes que aún no ha sido seleccionada. Se elaborará la guía para el desarrollo de este tema en el marco de la estrategia.

Por otra parte se está coordinando la participación del UNFPA en la actualización de las normas materno neonatales y de la estrategia metodológica de los servicios de PF de la SESAL.

JICA

Con JICA la coordinación se focalizó en las actividades relacionadas con el proceso de socialización de las guías que serán utilizadas por las regiones sanitarias para establecer la configuración de las RISS y la formulación de su plan de gestión. En este marco se apoyó una visita realizada por 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 establecieron coordinaciones en el tema de implementación del CONE ambulatorio, participando en un taller en la ciudad de Copan Ruinas, dirigido al personal de la MANCORSARIC, y el AMDA que está trabajando en una de las redes del departamento de El Paraíso. Además 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 que tienen

financiamiento por JICA para su mejoramiento e implementación. No obstante, los expertos de JICA, se mostraron 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.

También se desarrollaron acciones relacionadas con la validación técnica de la propuesta de lineamientos para el funcionamiento y desempeño de los equipos locales de salud familiar (ESFAM) elaborada por PROAPS/JICA, y simultáneamente, se capacitó como facilitadores a los técnicos del DSPNA para que entrenen a los miembros de los equipos de las regiones sanitarias.

BANCO CENTRAL

Con el Banco Central, se realizaron acciones de coordinación para concretar su apoyo técnico en la finalización y presentación de los resultados del estudio de gasto y financiamiento en salud que se hizo el 9 de diciembre de 2014. Este estudio se desarrolló de forma armonizada con la metodología y nomenclátores que utiliza el Banco Central para las Cuentas Nacionales.

XI. Conclusiones Generales

La evaluación general de la implementación del plan de trabajo para el cuarto año del proyecto permite arribar a las siguientes conclusiones:

i. El proyecto fue objeto de una modificación en su alcance, el tiempo de ejecución y en su monto financiero. Por esta razón el informe contempló tanto las actividades del plan de trabajo del año 4 presentado y aprobado en su oportunidad, en el marco del cumplimiento de las cláusulas del contrato AID-522-C-11-000001, previo a su modificación, como las actividades de la etapa inicial de implementación del plan de trabajo aprobado para el período de extensión del proyecto hasta el 28 de junio de 2016. Para las primeras y que no continúan vigentes en esta última etapa del proyecto, se explican las razones y el estado de su finalización.

ii. El desarrollo de algunas actividades han confrontado dificultades relacionadas con la priorización de otros temas dentro de la agenda política de la SESAL que en la práctica ha implicado la posposición de algunos procesos que se han venido apoyando. Efectivamente, la cúpula presidencial ha definido de alto interés el abastecimiento de medicamentos a la red de servicios, lo que ha provocado que una parte importante de los esfuerzos institucionales han estado orientados en el período a este objetivo. Adicionalmente, también se han tenido que desplegar esfuerzos durante gran parte del año a la vigilancia epidemiológica y al manejo de los brotes de enfermedades como dengue, chikungunya y ébola, que ha acaparado una buena 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. Se pueden mencionar como ejemplos, los retrasos generados en la implementación del sistema nacional de calidad y la puesta en marcha de una política y estrategia de género en salud.

iii. El proyecto también ha confrontado las dificultades generadas por la implementación del DO a nivel central, cuyo tiempo de desarrollo ha sido más prolongado que lo previsto y que ha tenido como resultado el cambio de los funcionarios que venían fungiendo como contrapartes en las diferentes líneas de trabajo, con un impacto directo en la dinámica con que se venían desarrollando las acciones y con la demanda subsecuente de gestiones para poderlas mantener vigentes en las agendas de trabajo de las distintas unidades institucionales.

   La decisión de poner en marcha la nueva estructura orgánica y funcional de la SESAL ha generado una situación compleja, pues en la práctica ha representado la redefinición de los procesos institucionales, una nueva distribución de funciones, la reingeniería de los procedimientos y la redistribución de los recursos humanos y físicos con que está dotada la SESAL. Como puede colegirse un proceso de tal complejidad exige el establecimiento de una conducción y administración vigorosa para ir alcanzando los hitos definidos en el tiempo establecido. Por esta razón, el desarrollo de las actividades y tareas vinculadas con los aspectos del DO demandó en el período, una importante cantidad de esfuerzos en los que ULAT continúa teniendo un papel importante.

iv. Las circunstancias del contexto anterior, demandó del proyecto la atención debida para la identificación de oportunidades propicias para avanzar en el conjunto de actividades del proyecto y minimizar el impacto de las mismas en la obtención de los resultados previstos. En efecto, la adecuación a estas situaciones, que transitan con bastante incertidumbre, fueron

posibles gracias al buen posicionamiento del proyecto frente a las autoridades de la SESAL, que permiten ir colocando con oportunidad en la agenda política de la cúpula ministerial los temas vinculados con la reforma del sector salud y con las estrategias dirigidas al mejoramiento de la salud materno infantil y planificación familiar, conciliado con la relacionada con el abordaje de los problemas cotidianos.

v. En el escenario político y social nacional se presentaron elementos que tienen incidencia en el curso definido para el desarrollo del proyecto. Destaca entre ellos, la aprobación de la Ley Marco de Protección Social con la configuración en su contenido del sistema de salud y la definición de las instituciones que lo integran con sus roles principales. Su puesta en vigencia condicionó la modificación de algunas líneas de trabajo del proyecto, específicamente de aquellas relacionadas con el tema de aseguramiento público que en principio estaba previsto a ser asumido por la SESAL pero que la ley lo inscribe en las funciones del IHSS. Dado que la función del financiamiento también fue adscrito al IHSS, la propuesta prevista para la constitución y funcionamiento de un fondo nacional de salud perdió la viabilidad con que se venía perfilando.

   El mandato de la ley marco de la promulgación de una ley complementaria sobre el sistema de salud para la instrumentación de sus elementos fundamentales, por lo que se han requerido ajustes a la propuesta inicial de la ley del sistema de salud que se había trabajado en ULAT, para alinearla adecuadamente a los preceptos establecidos en dicha ley marco. En condición similar se encuentran otras propuestas que requieren ser ajustadas, entre las que se destacan la guía para la configuración de las RISS y la guía del CGPSS.

vi. Otro elemento que ha modificado el escenario en el devenir del proyecto fue la decisión de la SESAL de expandir el proceso de descentralización en el segundo nivel de atención estableciendo como meta la incorporación en este proceso de otros cinco hospitales que se agregaron a los tres iniciados como proyectos pilotos y que ha demandado esfuerzos no previstos en la asistencia técnica para acompañar adecuadamente esta línea de trabajo que se considera de trascendental importancia.

vii. Se han continuado generando condiciones propicias para avanzar aceleradamente en las actividades del período de expansión del proyecto vinculadas con el área de planificación familiar en el área rural. El interés manifiesto por los gestores descentralizados de la prestación de servicios de salud en la implementación de la ICEC, a tal grado que algunos han decidido financiar actividades que permitan su puesta en marcha, ha favorecido el aceleramiento de este proceso. Este financiamiento desde el nivel operativo por una parte ha permitido continuar con las acciones a pesar de las dificultades confrontadas por la UAFCE para la financiación de los planes de trabajo anual programado, y por otra, se expresa como evidencia de una posible sostenibilidad futura del proceso.

viii. Durante el cuarto año del proyecto continuaron las condiciones prevalecientes en el IHSS generadas por la intervención a través de una comisión especial, por lo que algunas decisiones requeridas para implementar la asistencia técnica que brinda el proyecto no se generaron y hubo la necesidad de modificar las actividades de PF, en su ámbito y alcance, y en los resultados previstos.

ix. Continuaron las acciones de coordinación con otros proyectos con los que se tienen líneas de trabajo convergentes, favoreciendo la entrega de una asistencia integrada a la SESAL y potencializando los esfuerzos individuales.

x. 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.

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

XII. Informe Financiero

1. Estado de rendición de cuentas

Ingresos Acumulados (fondos obligados recibidos)	$12,976,852
Intereses Ganados (1)	0
Gastos incurridos (al 30/Sep/14)	$10,708,266 + $474,209 fee = $11,182,475
Fondos Disponibles al 30/Sep/14	$1,794,377
Cuentas por Pagar (devengados)	$103,670
Fondos Disponibles Netos	$1,690,707
Gastos Estimados para el Siguiente Trimestre	$450,000
Trimestres Estimados con los Fondos	3.8

Nota:

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

2. Estado de la implementación del presupuesto

Management Sciences for Health

ULAT

Contrato 522-C-11-000001

Estado de Ejecución del Presupuesto

Al 30 de Septiembre de 2015

(US$)

Descripción	Presupuesto 1/	Ejecutado	Devengado	Ejecutado+Devengado	%	Saldo	
Gastos:							
Salarios	1849,551	1445,197	61,483	1506,680	81%	342,870	2/
Consultorías	157,086	42,503	-	42,503	27%	114,583	3/
Costos Indirectos	651,961	544,003	22,426	566,429	87%	85,531	
Asignaciones	59,256	29,197	-	29,197	49%	30,059	4/
Viajes	176,177	125,215	1,262	126,477	72%	49,700	5/
Capacitaciones	612,153	424,042	10,325	434,367	71%	177,787	5/
Subcontratos y Donaciones	-	-	-	-	0%	-	
Otros Costos Directos	480,744	330,527	8,175	338,701	70%	142,042	6/
Equipo	4,911	-	-	-	0%	4,911	7/
Total	**3991,839**	**2940,684**	**103,670**	**3044,355**	**76%**	**947,484**	
Fee	246,589	214,975	-	214,975	87%	31,614	
Total	**4238,427**	**3155,659**	**103,670**	**3259,329**	**77%**	**979,098**	8/

1/ El presupuesto está basado en el presupuesto del Año 4 hasta julio 2015 más el gasto promedio mensual del Año 5 para los meses de agosto y septiembre de 2015

2/ El presupuesto incluía pagos por cesantía que, debido a la extensión del contrato, serán pagados hasta el final del Año 5

3/ No fue posible encontrar candidatos calificados o disponibles para algunas de las consultorías ocasionando que el trabajo fuera asumido por personal del Proyecto

4/ Algunos de las asignaciones previstas no fueron utilizados por el consultor

5/ Algunos de los entregables se están obteniendo con menos recursos que los esperados debido a la forma eficiente en que las actividades han sido programadas

6/ Debido a la extensión del contrato, algunas de las publicaciones programadas para el Año 4 serán completadas durante el Año 5

7/ La compra programada de computadoras portátiles no fue realizada debido a la donación de equipo al Proyecto ULAT por parte de otro proyecto de MSH en noviembre de 2014

8/ Este saldo no incluye el pasivo por la cesantía acumulada por US$244,550 a septiembre de 2015

3. Matriz de los problemas mayores encontrados

Management Sciences for Health
UNIDAD LOCAL DE APOYO TECNICO PARA LA SALUD
Contrato 522-C-11-000001
Matriz de Problemas Financieros y Acciones Tomadas/por Tomar
Al 30 de Septiembre de 2015

Tema	Problema	Acción Tomada/por Tomar
Exoneración de Impuesto sobre Ventas	El proceso de exoneración de ordenes de compra en línea fue implementado hasta julio de 2015, fecha de expiración del documento de exoneración.	En julio de 2015, se remitió a USAID solicitud de renovación del documento de exoneración. Resolución pendiente.
Impuestos sobre la Renta, Activo Neto y Aportación Solidaria Temporal	El proceso para obtener el documento de exoneración de los Impuestos sobre la Renta, Activo Neto y Aportación Solidaria Temporal (Tasa Seguridad), correspondiente al año 2013, tomó un largo tiempo para ser emitido, retrasando la solicitud de reembolso de los cargos efectuados por tasa de seguridad al Proyecto a octubre de 2013. Adicionalmente, cuando la resolución fue emitida, no estaba lo suficientemente clara ocasionando interpretaciones ambiguas.	Una nota aclaratoria fue solicitada por el Proyecto a la Secretaría de Finanzas del Gobierno de Honduras. Se preparó un informe detallando los cargos por seguridad efectuados al Proyecto a octubre de 2013 y está listo para ser remitido a la Dirección Ejecutiva de Ingresos una vez se reciba el documento de exoneración corregido. A la fecha de este informe, el banco local reembolsó unicamente 27% de los cargos efectuados.
Nuevo Regimen de Facturación de la Dirección Ejecutiva de Ingresos	El nuevo Regimen de Facturación emitido por la Dirección Ejecutiva de Ingresos requiere solicitar las facturas a los proveedores y consultores en un formulario específico. El proceso para que ellos obtengan estos formularios puede tomar algún tiempo. Debido a que muchos de los consultores/proveedores no se habían registrado y algunos de los talleres se realizan en áreas rurales, se ha complicado obtener los documentos oportunamente.	Previo a la contratación/pago, se consulta con los proveedores/consultores el estado de su registro y se han girado instrucciones a los equipos técnicos para que traten de realizar los talleres en las ciudades principales mientras el proceso de registro es implementado en las áreas rurales.

4. Implementación de actividades

Management Sciences for Health
ULAT
Contrato 522-C-11-000001
Presupuesto de la Adjudicación vrs. Ejecución por Resultado Intermedio
Al 30 de Septiembre de 2015
(US$)

Descripción	Uso y Acceso a Servicios de Calidad de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar Incrementados	Servicios de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar Sostenibles	Vigilancia Epidemiologica/Salud y Sistemas de Monitoreo y Evaluación Mejorados y Actualizados	Total
Presupuestado	4388,717	6894,372	1139,367	**12422,456**
Fee				**554,396**
Total Presupuestado				**12976,852**
Gastos	3740,615	5943,973	1023,678	**10708,266**
Fee				**474,209**
Total Gastado				**11182,475**
Saldo Disponible (Presupuestado - Gastado)	**648,102**	**950,399**	**115,689**	**1714,190**
Saldo Fee Disponible (Presupuestado - Gastado)				**80,187**
Saldo Adjudicación Disponible (Total Presupuestado - Total Gastado)				**1794,377**

XV. Anexos

I. Informe de bienes no fungibles

REPORTE ANUAL DE LAS PROPIEDADES DEL GOBIERNO EN CUSTODIA POR EL CONTRATISTA				
UNIDAD LOCAL DE APOYO TECNICO PARA SALUD (ULAT) AID-522-C-11-000001				
Al 30 de Septiembre del 2015				
	Vehiculos	Mobiliario y Equipo		Otros Activos Fijos
		Oficina	Vivienda	
A. Valor de la propiedad a la fecha del último informe.	$26,685.63	$84,880.38		
B. Operaciones realizadas durante el periodo del informe.				
1. Adquisiciones (Añadir):				
a. Adquirido por el contratista 1/				
b. Transferido de la USAID 2/				
c. Transferido de otros/Sin reembolso 3/		$5,720.93		
2. Bajas (Menos):				
a. Devuelto a USAID				
b. Transferido de USAID-Comprado por el Contratista.				
c. Transferidos a otras Agencias del Gobierno 3/				
d. Otras Disposiciones 3/		-$1,616.00		
C. Valor de la propiedad a la fecha del informe.	$26,685.63	$88,985.31		
D. Vida útil de la propiedad en custodia del contratista	Años 1	Años 1	Años	Años

Notas: El 12 de noviembre de 2014 el Proyecto Mesoamérica, administrado por MSH en Honduras, realizó la donación de equipo de computo al Proyecto ULAT, con un valor de mercado de US$5,720.93. Adicionalmente, el 15 de mayo de 2015 uno de los empleados del Proyecto ULAT, Dr. Hector Escoto, fue victima de asalto frente a las oficinas del Proyecto, durante el cual le sustrajeron la computadora con valor de US$1,616 que tenía asignada, reembolso gestionado ante la aseguradora.

REPORTE ANUAL DE LAS PROPIEDADES DEL GOBIERNO EN CUSTODIA POR EL CONTRATISTA				
UNIDAD LOCAL DE APOYO TECNICO PARA SALUD (ULAT) AID-522-C-11-000001				
Al 30 de Septiembre de 2015				
	Vehiculos	**Mobiliario y Equipo**		**Otros Activos Fijos**
		Oficina	**Vivienda**	
A. Valor de la propiedad a la fecha del último informe.	L. 529,974.25	L. 1693,265.56		
B. Operaciones realizadas durante el periodo del informe.				
1. Adquisiciones (Añadir):				
a. Adquirido por el contratista				
b. Transferido de la USAID				
c. Transferido de otros/Sin reembolso		L. 123,000.00		
2. Bajas (Menos):				
a. Devuelto a USAID				
b. Transferido de USAID-Comprado por el Contratista.				
c. Transferidos a otras Agencias del Gobierno				
d. Otras Disposiciones		-L. 32,093.76		
C. Valor de la propiedad a la fecha del informe.	L. 529,974.25	L. 1784,171.80		
D. Vida útil de la propiedad en custodia del contratista	Años 1	Años 1	Años	Años

Notas: El 12 de noviembre de 2014 el Proyecto Mesoamérica, administrado por MSH en Honduras, realizó la donación de equipo de computo al Proyecto ULAT, con un valor de mercado de L123,000.00. Adicionalmente, el 15 de mayo de 2015 uno de los empleados del Proyecto ULAT, Dr. Hector Escoto, fue victima de asalto frente a las oficinas del Proyecto, durante el cual le sustrajeron la computadora con valor de L32,093.76 que tenía asignada, reembolso gestionado ante la aseguradora.

2. Historia de Éxito

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

HISTORIA DE ÉXITO

Honduras: alianzas estratégicas fortalecen esfuerzos en la reducción de la mortalidad materna y de la niñez

Líderes y lideresas de las comunidades y personal institucional han participado en el fortalecimiento de sus capacidades técnicas, para contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil en los municipios más pobres y postergados de Honduras.

El desarrollo de alianzas estratégicas inter institucionales, lideradas por la Secretaria de Salud de Honduras, está permitiendo la movilización de recursos para fortalecer el proceso de implementación conjunta de estrategias comunitarias (ICEC), que con asistencia técnica del proyecto ULAT/MSH financiado por USAID, se ha venido desarrollando en el país desde finales del 2013 cuando se desarrolló la primera experiencia en la Red Integrada de Servicios de Salud de Marcala en el departamento de La Paz y que actualmente se ha expandido a otros departamentos del país.

El proceso ICEC, que se enmarca en la Política de "Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez" (RAMNI), consiste en implementar bajo un enfoque integral las estrategias Trabajo con Individuos sus Familias y Comunidades (TIFC), Hogares Maternos (HM) y Planificación Familiar en área rural (PF-rural), con el objetivo de contribuir en forma sinérgica en el impacto en las comunidades más pobres y postergadas de Honduras, en la reducción de la mortalidad materna e infantil.

Los resultados en términos de participación de las comunidades en el auto cuidado de su salud, mejores coberturas de planificación familiar mediante los servicios prestados por monitores y monitoras rurales y el aumento del parto institucional ha motivado a otras instituciones a unirse en este esfuerzo. Tal es el caso de Childfund, una organización global de desarrollo que trabaja en Honduras apoyando especialmente a las niñas y niños que viven en las peores condiciones de pobreza.

Actualmente Childfund International está aportando recursos financieros para que con la asistencia técnica del proyecto ULAT/MSH, se desarrolle el proceso de ICEC en la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) conformada por los municipios de Reitoca, Alubarén y Curarén en el sur del departamento de Francisco Morazán. Con esta alianza se están fortaleciendo las capacidades técnicas de los líderes y lideresas permitiendo desarrollar un trabajo "Hombro a Hombro" en el seno de las comunidades.

Este proceso además ha permitido fortalecer la oferta mediante la capacitación del personal asistencial a nivel de los establecimientos de salud que conforman esta red en la que se incluye una clínica materna e infantil y emergencias ubicada en el municipio de Reitoca.

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

3. Entregables

Resultado Intermedio 4.1

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

Informe Inventario Físico de Métodos Anticonceptivos a nivel nacional al 15 de Mayo del 2015

Julio 2015

INFORME DE AVANCE EN EL PROCESO DE CAPACITACION ICEC

Dirigido a Personal Comunitario y Equipos técnicos Conductores de las RISS y RDS Priorizadas.

JULIO- SEPTIEMBRE 2015

TEGUCIGALPA MDC

INFORMES DE CAPACITACIONES SOBRE EL USO DE LA HERRAMIENTA SAIEC

TEGUCIGALPA MDC

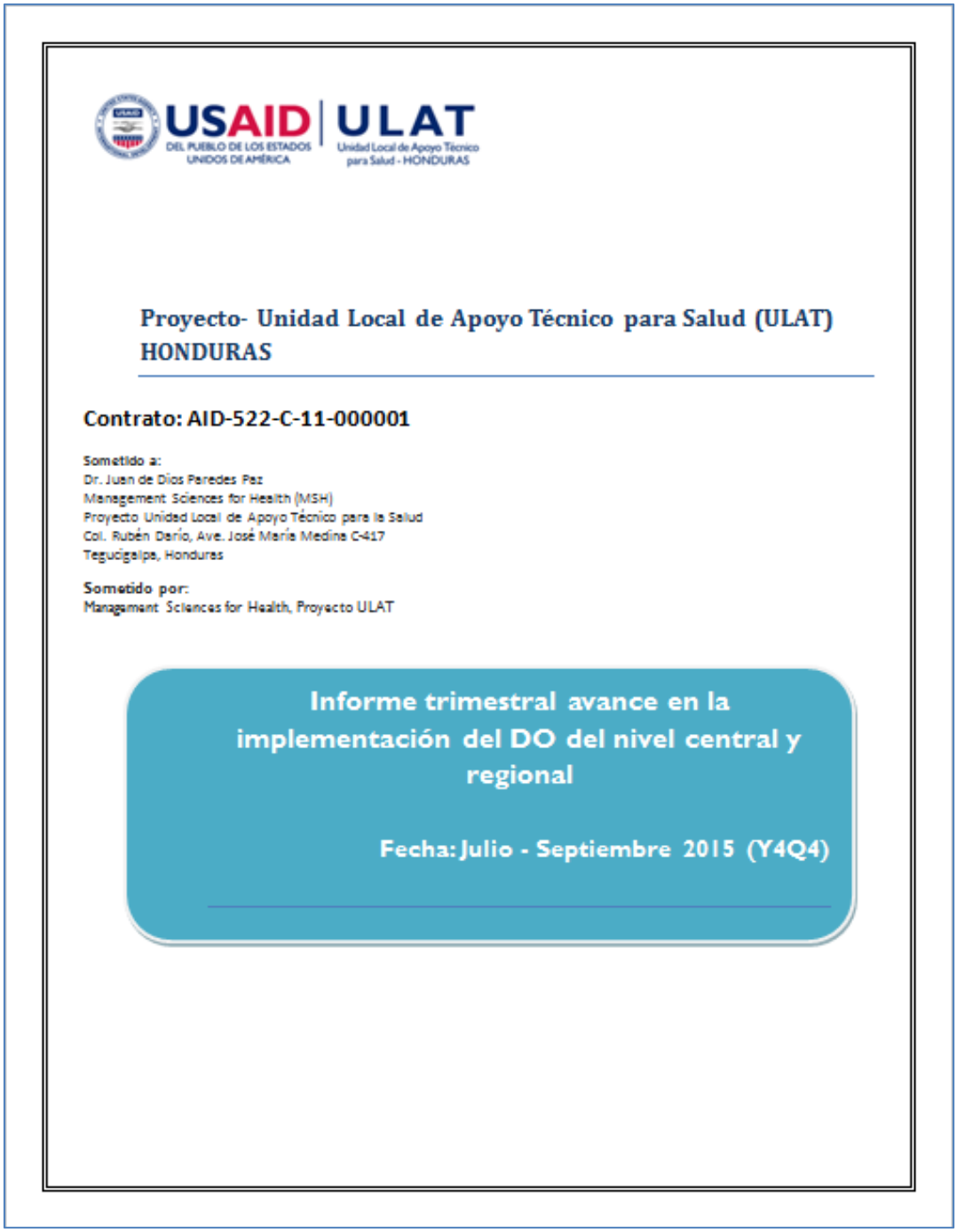
SEPTIEMBRE 2015

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

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

Septiembre de 2015

Resultado Intermedio 4.2



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 avance en la implementación del DO del nivel central y regional

Fecha: Julio - Septiembre 2015 (Y4Q4)

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: Julio-Septiembre 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 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: JULIO-SEPTIEMBRE 2015

Género

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
ULAT
Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS
MSH/ULAT
INFORME TRIMESTRAL DE AVANCE DEL PROCESO: POTENCIAR EL EMPODERAMIENTO Y LA PARTICIPACIÓN EN MUJERES Y HOMBRES EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL MARCO DE ICEC COMPONENTE DE GÉNERO.
SEPTIEMBRE 2015

Documentos Adicionales

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

Informe Final de Consultoría:
Fortalecimiento al HEU en el sistema de emergencia y de Gestión con Calidad de los servicios de emergencia.

Fecha: Diciembre 2014 - 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:
Nombre del Consultor: Ing. Vanessa Serahi Juárez Bustillo

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD
Diagnóstico de la Implementación de la Política Nacional de Calidad en Salud
SNC´S