Informe Trimestral, Año V, Trimestre I. (Quarterly Report: Year V, Quarter I.)

Author: Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud

Date of Publication: Enero 2016

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

Keywords:

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

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

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

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

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

Informe Trimestral: Año 5, Trimestre 1 (Y5,Q1)

Octubre 1 - Diciembre 31, 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

LISTADO DE ABREVIATURAS 3
I. Resumen de Actividades de Proyecto 4
II. Resumen Ejecutivo 5
III. Contexto y Objetivos Del Proyecto 8
A. Contexto de País 8
B. Contexto de Proyecto 11
C. Coordinación con otras contrapartes y actores 13
IV. Integración de la Perspectiva de Género 17
V. Resultados Intermedios/Logros de Proyecto 20
VI. Planes de Trabajo Anual de la SESAL (PTA) 37
VII. Monitoreo y Evaluación. 39
VIII. Gerencia de Proyecto 45
IX. Principales Conclusiones 48
X. Listado de Anexos 50
XI. Anexos 51

LISTADO DE ABREVIATURAS

AFU	Altura de Fondo Uterino
AIN-C	Atención integral del niño en la comunidad
ANMI	Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CGPSS	Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud
CMI	Clínica Materno Infantil
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
COR	Oficial Representante de Contrato
DDSSRR	Derechos Sexuales y Reproductivos
DGN	Dirección General de Normalización
DGRISS	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud
DO	Desarrollo Organizacional
DSPNA	Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención
DSSNA	Departamento de Servicios del Segundo Nivel de Atención
EMSPF	Estrategia Metodológica Servicios de Planificación Familiar
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía en Salud
HCDL	Herramienta consolidadora de datos logísticos
ICEC	Implementación conjunta de estrategias comunitarias
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
ISMA	Iniciativa Salud Mesoamérica
MGH	Modelo de Gestión Hospitalario
MNS	Modelo Nacional de Salud
MOF	Manual de Organización y Funciones
NEXOS	Proyecto Transparencia, mejoramiento y gobernanza de los servicios
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
ONG	Organización no gubernamental
PCM	Presidente en Consejo de Ministros
PF	Planificación Familiar
PMP	Plan de Monitoreo de Ejecución de Proyecto
POA	Plan Operativo Anual
PTA	Plan de Trabajo Anual
RAMNI	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y en la Niñez
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RMM	Razón de Mortalidad Materna
ROF	Reglamento Interno de Organización y Funciones (SESAL)
RS	Región Sanitaria
SESAL	Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
SIAEC	Sistema automatizado de información de estrategias comunitarias
SNS	Sistema Nacional de Salud
UAFCE	Unidad Administradora de Fondos de Cooperación Externa
UGD	Unidad de Gestión Descentralizada
ULAT	Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
ULMIE	Unidad de Logística, Medicamentos, Insumos y Equipo
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

I. Resumen de Actividades de Proyecto

Nombre del Proyecto: Unidad Local de Apoyo Técnico en Salud
Objetivo del Proyecto: Proveer asistencia integral a la SESAL y a otras contrapartes estratégicas como el IHSS, ASHONPLAFA y otros para: 1) mejorar la calidad, cobertura y acceso de servicios de salud sostenibles materno-infantiles y de planificación familiar para las poblaciones vulnerables y sub-atendidas en el país, y 2) apoyar en la transformación del sistema de salud actual a uno que sea descentralizado, plural e integrado, y que provea servicios de salud sostenibles, eficientes y equitativos, especialmente para las poblaciones más vulnerables y excluidas.
Mecanismo Implementador: Management Sciences for Health
Contrato No: AID-522-C-11-000001
Período del Proyecto (fechas de inicio y finalización): Julio 29, 2011- Julio 28, 2015
Período de Reporte (fechas de inicio y fin): Octubre 1 - Diciembre 31, 2015
Total estimado en el Contrato (Costo más fijo): US$12,422,456 + US$554,396 Fee
Balance al principio del trimestre: US$1,727,110 (sin Fee)
Nuevos fondos obligados/asignados durante el trimestre: US$0
Gastos incurridos durante el periodo de reporte: US$604,155 (Los datos para el mes de diciembre 2015 por US$150,000 son preliminares debido a que la contabilidad no se ha cerrado). Este monto no incluye los devengados del mes de noviembre por US$109,625
Balance al final del trimestre: US$1,122,955 (Este monto no incluye US$554,396 de Fee)
Estimado de gasto para el trimestre siguiente: US$450,000 (enero 1 a marzo 31, 2016)
Numero de trimestres estimados con el balance de gastos: 2.5 trimestres
Informe sometido por: MSH-ULAT
Fecha de Remisión de Informe: Enero 8, 2016

II. Resumen Ejecutivo

Este documento contiene el informe de las actividades ejecutadas del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2015, en el marco de la implementación del plan de trabajo aprobado para el período de extensión del proyecto- Unidad Local de Asistencia Técnica para Salud (ULAT). Este documento se presenta en cumplimiento a las cláusulas contractuales contenidas en el contrato No. AID-522-C-11-000001 y sus modificaciones, el cual constituye el referente fundamental del proyecto.

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

En el trimestre, el elemento contextual más destacado estuvo constituido por la preparación de un borrador final de la ley del sistema nacional de salud (SNS) para que, una vez discutido con las instancias correspondientes del poder ejecutivo y ajustado en función de las deliberaciones, ser sometido a la aprobación del Congreso Nacional. En la preparación del mencionado borrador de la ley, se ha tomado las previsiones para que se encuentre debidamente alineado con la Ley Marco del Sistema de Protección Social que entré en vigor el pasado 4 de septiembre. El contenido principal de la ley del SNS es la definición de las competencias y roles de cada una de las instancias que lo conforman, enfatizando en los aspectos de la rectoría del sistema cuya responsabilidad le corresponde exclusivamente a la SESAL. La discusión por el Congreso Nacional de esta ley está incluída en la agenda legislativa para el año 2016.

Otro elemento contextual importante fue la falta de disponibilidad en la mayor parte del trimestre, en la Unidad de Administración de Fondos de Cooperación Externa (UAFCE), de los fondos bilaterales no ejecutados, debido a las dificultades de la SESAL en la liquidación de los mismos. ULAT dedicó esfuerzos importantes en la reelaboración de los planes de trabajo anual (PTA) que se habían formulado, ajustando las actividades en sus montos financieros y en sus tiempos de ejecución, de tal forma que estuviesen preparados al momento de tener acceso a los fondos como realmente ocurrió. También apoyó la capacitación de los funcionarios de la SESAL en los lineamientos establecidos para normar la ejecución de estos fondos.

Adicionalmente, en función de la decisión de USAID de ubicar para su administración en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fondos adicionales para financiar actividades de la cooperación brindada a la SESAL, se apoyó a esta institución en la elaboración de los planes correspondientes al financiamiento

aprobado. Tanto en las actividades incluidas en los planes financiados con los fondos remanentes como en aquellas de los planes financiados con los fondos adicionales, se tuvo el cuidado que estuvieran debidamente alineadas con la cooperación técnica que brinda ULAT. Se debe aclarar que no obstante que estos fondos no han estado disponibles, se procuró que las actividades programadas por ULAT fueran ejecutadas en la forma prevista.

Otro elemento que se debe reiterar es el avance en el proceso de la descentralización de la gestión de la provisión de los servicios del segundo nivel. Se brindó asistencia técnica al DSSNA de la SESAL para la implementación de las mejores prácticas del modelo de gestión hospitalario (MGH) y se enfocaron importantes esfuerzos al desarrollo de los procesos técnicos y de coordinación con los cinco hospitales y gestores que están asumiendo la responsabilidad de los servicios hospitalarios mediante los convenios de gestión que fueron aprobados en el mes de septiembre a través de los decretos PCM-039-2015, PCM-050-2015 Y PCM-052-2015.

Dentro del contexto particular del proyecto han actuado como circunstancias propicias la coordinación con otros proyectos cuyas líneas de trabajo convergen con las desarrolladas por ULAT, en el ánimo de hacer la entrega de la asistencia en una forma integrada a la SESAL. Se puede mencionar específicamente: (i) con el Proyecto de Gobernanza y Transparencia Local y Mejora en la Entrega de Servicios (NEXOS) en el desarrollo de las capacidades de los gestores descentralizados; (ii) con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en las actividades vinculadas con el monitoreo y evaluación de las actividades de PF, en el ajuste de los convenios de gestión del 2016 y en el fortalecimiento del proceso de gestión descentralizada; (iii) con la OPS en la revisión y ajuste de la propuesta de ley del SNS y en los lineamientos establecidos por USAID en la formulación de los planes de trabajo con fondos adicionales; (iv) con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en la ejecución de la estrategia metodológica de servicios de PF (EMSPF); (v) con la Cooperación Canadiense para Chagas y Leishmaniasis en los aspectos de género, y (vii) con CARE Internacional en planificación familiar en el área rural (PF-rural) en el marco de la implementación conjunta de estrategias comunitarias (ICEC) para apoyar los talleres realizados en la red de Erandique-Lempira.

En el informe se menciona con respecto a la incorporación de la perspectiva de género en las áreas de trabajo del proyecto que se continuaron realizando actividades para potenciar el empoderamiento y la participación en mujeres y hombres en el autocuidado personal, familiar y comunitario de la PF, en el marco de la ICEC, para lo que: (i) se definieron los criterios de selección para la región en la que se desarrollaría el proceso de capacitación; (ii) se elaboró la propuesta de sistematización y el plan de capacitación en género en el marco de ICEC; (iii) se elaboró el guión metodológico para la elaboración de materiales educativos, y (iv) se elaboraron los planes de trabajo para implementar las experiencias de aprendizaje de género. También se finalizó la Política Nacional de Género en Salud de la SESAL y se revisó la propuesta para la organización, capacitación y funcionamiento de un equipo de integración de género que conduzca los procesos de transversalización de la política en la SESAL.

En cuanto a las actividades del resultado 4.1 "Uso de los servicios de calidad en salud materna e infantil y planificación familiar incrementado" se incluye en el informe que: (i) Se continuó con la implementación de ICEC en las 8 redes de servicios que se iniciaron en el trimestre anterior y se continuó con la expansión del proceso a nuevas redes; (ii) se motivó para el llenado adecuado del Sistema Automatizado de Información de las Estrategias Comunitarias (SIAEC) que fue revisado y ajustado; (iii) se brindó

asistencia para adaptar la EMSPF a la nueva situación orgánica de la SESAL, de tal forma que para el 2017 la programación de PF se hará simultáneamente con los planes operativos anuales (POA) regionales, a fin de hacerla sostenible; (iv) se apoyó la revisión y adecuación de los lineamientos de PF para proveedores descentralizados; (v) fueron elaborados y distribuidos los instrumentos e instructivos para el inventario físico, con fecha de corte al 15 de noviembre; (vi) se apoyó para que la Unidad de Logística, Medicamentos, Insumos y Equipo (ULMIE) asumiera la responsabilidad del funcionamiento de la herramienta consolidadora de datos logísticos (HCDL); (vii) se socializó con el nivel político y técnico los resultados de la evaluación efectuada a la estrategia de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y en la Niñez (RAMNI); (viii) se coordinó con la Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS), la revisión final de los informes de mortalidad materna de los años 2012 y 2013, los que ya están listos para ser distribuidos en el próximo período; (ix) se continuó apoyando a la región sanitaria de El Paraíso la ejecución del plan para fortalecer las intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad materna e infantil; (x) se apoyó el taller para la validación operativa de las normas y protocolos para la atención materna y neonatal en los niveles ambulatorio, clínica materna e infantil (CMI) y hospitalario, y (xi) se desarrollaron los talleres de CONE ambulatorio en la red descentralizada de Lepaera.

En relación al resultado intermedio 4.2: "Servicios sostenibles en salud materna e infantil y planificación familiar", se especifica que: (i) se apoyó en el taller dirigido a los 20 jefes regionales, para evaluar los procesos de implementación de la nueva estructura regional y sus funciones y se estableció el compromiso que los jefes regionales deberán vigorizar la conducción y monitoreo de la ejecución de las funciones planteadas en los manuales operativos del DO regional; (ii) se continuó apoyando la configuración del Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud (CGPS) y en el proceso de implementación de las redes integradas de servicios de salud (RISS); (iii) se apoyó en la presentación y discusión del informe final de evaluación de la implementación del MGH; (iv) se apoyó en la capacitación sobre el uso de la "guía para la formulación del plan regional de gestión de las RISS"; (v) se apoyó en el desarrollo de capacidades de los gestores descentralizados, y (vi) se dio seguimiento a la rendición de cuentas de los gestores descentralizados sobre los resultados alcanzados y los recursos utilizados en el marco del convenio de gestión firmado con la SESAL.

En resumen, todas las líneas de trabajo se continúan ejecutando en un ambiente positivo y adecuado para el logro de los objetivos y productos planteados, pero algunas de ellas sufrieron atrasos por las razones que están señaladas en el informe.

III. Contexto y Objetivos Del Proyecto

A. Contexto de País

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

La 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 Instituto Hondureño de Seguridad Social (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

B. Contexto de Proyecto

Como fue propuesto para el período de extensión, ULAT continúa brindando su asistencia con la estrategia definida para la ejecución del proyecto y apoyando a la SESAL en los procesos establecidos para incrementar el acceso y disponibilidad de servicios efectivos de PF del sector público con calidad, para las poblaciones vulnerables y sub-atendidas. Todo ello en función del marco de resultados del contrato, del análisis de los avances que obtuvo el proyecto a la fecha y con base a las necesidades del país para mejorar la cobertura y el acceso a los servicios de salud, en especial los de PF.

De acuerdo al enfoque metodológico que se aplica, la asistencia técnica es provista a los distintos niveles institucionales, desde los tomadores de decisiones y líderes del nivel central hasta los proveedores de servicios en el nivel comunitario, buscando desarrollar los procesos para el alcanzar significativamente la inclusión de las poblaciones marginadas y vulnerables a servicios de PF desde una perspectiva de sostenibilidad. En esta línea de pensamiento, las acciones se están enfocando principalmente en los departamentos del occidente del país (Copán, Intibucá, Lempira y La Paz), que tienen los índices más altos de postergación.

Se ha seguido apoyando a la SESAL y a otros actores relevantes del sector salud en liderar cambios sociales y culturales más amplios contribuyentes a la mejora de los resultados de salud de los grupos objetivo. Se puede mencionar como ejemplo general que un número mayor de mujeres adopten las decisiones en relación a su salud y la de su familia. En esta área, ULAT está incorporando en forma operativa la perspectiva de género para abordar las barreras del acceso a los servicios de salud y contribuir a reducirlas, así como para desarrollar las capacidades institucionales en este campo como elemento esencial para la sostenibilidad de los procesos impulsados.

Simultáneamente, la asistencia técnica continuó enfocada hacia los procesos esenciales de la reforma del sistema de salud, tratando de proveer el impulso necesario y aprovechar las iniciativas que les proporcionan mayor viabilidad. El trabajo se realiza en forma conjunta con las contrapartes que actúan como responsables de cada área de acción; con 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.

Una serie de circunstancias presentadas en el período tuvieron incidencia en el contexto en que se desarrolla el proyecto y exigieron esfuerzos especiales de adecuación de la asistencia técnica. El elemento más destacado estuvo constituido por la aprobación de la Ley Marco del Sistema de Protección Social que entró en vigencia el 4 de septiembre pasado y en la que se configura el sistema de salud definiendo las instituciones que lo integran y sus roles principales.

Efectivamente, esta ley incluye los elementos esenciales que perfilan la estructura y funcionamiento de un nuevo sistema asignándole a la SESAL la función de la rectoría y adscribiendo al IHSS las funciones de financiamiento/aseguramiento y las de provisión de servicios. En esencia implicó el replanteamiento de algunos de los procesos que se estaban desarrollando dentro de la reforma de salud y 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. También modificó la propuesta prevista para la constitución y funcionamiento de un fondo nacional de salud que 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 eso, otro elemento a destacar es la demanda a corto plazo, de la preparación de una propuesta final de ley del SNS ajustada en función a los preceptos establecido en dicha ley marco.

El contenido principal de la ley del SNS es la definición detallada de las competencias y roles de cada una de las instancias que lo conforman, enfatizando en los aspectos de la rectoría del sistema cuya responsabilidad le corresponde exclusivamente a la SESAL. Una vez discutida esta propuesta final con las instancias correspondientes del poder ejecutivo, y ajustada en función de estas deliberaciones, deberá ser sometida a la aprobación del Congreso Nacional, cuya discusión está incluída en la agenda legislativa para el año 2016.

En condición similar se encuentran otras propuestas que requieren ser ajustadas en función de los mandatos de la Ley Marco del Sistema de Protección Social y sobre las que ULAT brinda asistencia a la SESAL, como la configuración de las RISS y el conjunto garantizado de prestaciones y servicios de salud (CGPSS).

En otra área de acción, el avance en el proceso de la descentralización de la gestión de la provisión de los servicios del segundo nivel, implicó que se dedicaran esfuerzos importantes de la asistencia técnica para la implementación de las mejores prácticas del MGH y para el desarrollo de los procesos técnicos y de coordinación con los cinco hospitales y los gestores que están asumiendo la responsabilidad de los servicios hospitalarios mediante los convenios de gestión que fueron aprobados en el mes de septiembre a través de los decretos PCM-039-2015, PCM-050-2015 Y PCM-052-2015.

Otro elemento a destacar estuvo constituido por las dificultades de la SESAL para efectuar en tiempo y forma las liquidaciones de los fondos ejecutados, provenientes de la cooperación bilateral de USAID. Esto condujo a que durante la mayor parte del trimestre no se pudiera disponer de los fondos no ejecutados, y por ende no se contara con el financiamiento para desarrollar las actividades que habían sido programadas en los PTA y que son complementarias a las definidas en el plan de trabajo de ULAT. Por ello, se dedicaron esfuerzos importantes para apoyar a la SESAL en la reelaboración de los PTA con el fin de ajustar las actividades en sus montos financieros y en sus tiempos de ejecución, de tal forma que estuviesen preparados al momento de tener acceso a los fondos, como realmente ocurrió.

Adicionalmente, en función de la decisión de USAID de ubicar para su administración en la OPS, fondos adicionales para financiar actividades de la cooperación brindada a la SESAL, se apoyó a esta institución en la elaboración de los planes correspondientes al financiamiento aprobado. Cabe destacar que en los esfuerzos de asistencia se tuvo el cuidado que tanto las actividades incluidas en los planes financiados con los fondos remanentes como en aquellas de los planes financiados con los fondos adicionales, estuvieran debidamente alineadas con la cooperación técnica que brinda ULAT.

No se puede dejar de mencionar que dentro del contexto particular del proyecto actuaron como circunstancias propicias para la ejecución de sus acciones, la coordinación que se continúa efectuando

con otros proyectos cuyas líneas de trabajo convergen con las desarrolladas por ULAT y que han tenido como propósito brindar una asistencia a la SESAL lo más integrada posible.

Los resultados de las actividades ejecutadas bajo las circunstancias antes descritas y que constituyen el plan de trabajo de la asistencia que ULAT brinda a la SESAL, en los procesos de planificación familiar, salud materno-infantil, reforma, descentralización y la incorporación de elementos de género en todos ellos, se describen en los capítulos subsiguientes.

C. Coordinación con otras contrapartes y actores

Durante este período, se destinó un esfuerzo importante a 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)

Se continuaron los esfuerzos para desarrollar las capacidades de los gestores descentralizados. Junto con la UGD y el DSPNA, se realizaron dos talleres financiados por NEXOS/USAID con la participación de cuarenta gestores descentralizados de las regiones sanitarias de Comayagua, Lempira, Intibucá, Copán, Choluteca, Santa Bárbara, La Paz y Olancho. Los mismos tenían como objetivo fortalecer las capacidades de las RS y de los gestores para el funcionamiento de los equipos de salud familiar en las redes involucradas. En ambos talleres, los participantes expresaron conformidad con los lineamientos para operar los equipos de salud familiar y algunos participantes expresaron que ya habían estado aplicando los mismos y fueron aquellos gestores a los que NEXOS/USAID había capacitado previamente en el tema de trabajo comunitario.

BID

La coordinación estuvo relacionada con las actividades del proyecto Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (ISMA 2015). Específicamente se participó de jornadas de trabajo convocadas por la Sub Secretaría de RISS, y conducida por la Unidad de Gestión Descentralizada (UGD) con el objeto de revisar el indicador de muerte materna y neonatal evitable, ya que de los resultados observados en los monitoreos se deduce un incremento en los casos de mortalidad. Participaron en esta reunión dos consultores senior de la ISMA2015 y técnicos del DSSNA y de ULAT.

Se identificó que en los monitoreos se está midiendo la muerte evitable a nivel ambulatorio no obstante que este indicador y los instrumentos puestos en operación son exclusivamente para el nivel hospitalario lo que conduce a confusión. Por esta razón se sugirió que este indicador no se incluya en el formato que obliga a la medición. También hubo mucha discusión con relación al concepto de "evitabilidad" logrando al final acordar que hay otros indicadores que permiten la medición.

Se introdujo el tema del uso de los instrumentos para profundizar el análisis de la mortalidad como una herramienta que puede contribuir a identificar mejor las condicionantes de las muertes para elaborar mejores planes de intervención que permitan evitar muertes por las mismas causas. También se hizo alusión a la necesidad de unificar los métodos e instrumentos de medición de los indicadores con la selección de criterios trazadores para lograr el propósito o finalidad de la descentralización basada en el acceso y la calidad de la atención de manera que se pueda reducir la morbilidad y mortalidad materna y de la niñez.

Por otra parte se discutió el tema del monitoreo y evaluación de las actividades de PF, logrando aclarar que en la gestión descentralizada se debe monitorear por la producción de parejas protegidas y no por el cumplimiento de la programación en la entrega de métodos, lo cual quedó claramente establecido.

También se ha estado coordinando en relación a las actividades del proceso de ajuste de los convenios de gestión del 2016.

Se participó en una jornada de trabajo de la UGD con la Subsecretaria de RISS y jefes de los departamentos de esta subsecretaría, con el fin de discutir y recibir aportes de índole político-técnico para fortalecer el proceso de gestión descentralizada del primer y segundo nivel, y que los mismos se incorporen en los convenios de gestión 2016. Entre los temas abordados más relevantes se mencionan: (i) la identificación de los productos, procesos y responsables como insumos que requiere la UGD para la gestión de servicios mediante convenios; (ii) la delimitación de las responsabilidades técnicas y de conducción de la redes de servicios de salud que se descentralizan y que deben asumirse por parte de las regiones sanitarias y de la dirección de redes de servicios; (iii) la incorporación en los convenios del 2016, de la implementación por parte de los gestores de las redes, de los diferentes lineamientos y guías metodológicas del componente de atención del Modelo Nacional de Salud (MNS); (iv) la organización del proceso propio de la UGD en términos de contratación y gestión de los convenios, entre otros.

OPS

Con la OPS, se tuvieron acciones de coordinación en varios temas.

En el área de políticas, se estuvo participando en jornadas de trabajo junto con la SESAL para revisar y ajustar la propuesta de ley del SNS que se había formulado en función de las observaciones de los distintos funcionarios y expertos que fueron consultados. Este proceso fue concluido y en virtud de lo cual, la Ministra de Salud tiene una propuesta lista para su discusión ante otras instancias previo a su remisión al Congreso Nacional.

También se ha apoyado a la SESAL, bajo lineamientos establecidos por USAID en la formulación de los planes de trabajo que serán financiados con fondos adicionales de dicha agencia y cuya administración ha sido asignada a la OPS.

UNFPA

La coordinación con esta agencia estuvo enmarcada en la ejecución de la EMSPF, lográndose acuerdos que se consideran constituyen un hito importante. Dichos acuerdos están orientados a lograr la sostenibilidad de la estrategia al volver a institucionalizar adecuadamente las actividades de los

componentes de programación, monitoría y evaluación de PF en los procesos nacionales ya establecidos, superando la situación de procesos ad-hoc con que han estado funcionando.

En efecto, con la participación de representantes de las instancias de la SESAL involucradas en la aplicación de la estrategia (Dirección General de Normalización "DGN", Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud "DGRISS", DSSNA, Unidad de Logística de Medicamentos, Insumos, Infraestructura y Equipamiento "ULMIE", Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos "ANMI" y la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión "UPEG"), y con la asesoría técnica del UNFPA y ULAT, se logró adaptar la propuesta de actualización de los documentos de redes y de hospitales de la estrategia metodológica de PF a la luz de los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación de la misma. Para ello se tomó en consideración el MNS, el Reglamento de Organización y Funciones de la SESAL (ROF) y el MGH.

En resumen los principales cambios son:

- La programación se integra al proceso nacional de elaboración de los POA y la UPEG será la responsable de elaborar y distribuir el consolidado nacional anual de la programación de las actividades de PF.
- El proceso de logística, tal como corresponde, será conducido por la ULMIE y la distribución por el ANMI.
- La monitoría será realizada de manera "indirecta" a través de la revisión de documental ya que el planteamiento de las reuniones mensuales, con discusiones específicas sobre PF, no es factible sin financiamiento adicional al presupuesto nacional por lo que no es sostenible.

COCHALE

A solicitud del proyecto COCHALE de Canadá, se estableció coordinación con el objetivo de informarse de las actividades que dicho proyecto está negociando con la DGN, dentro de su asistencia técnica a la SESAL. Se hizo referencia especialmente a: (i) la capacitación que realizarán con todo el personal de la SESAL en aspectos de género y para lo que están contratando una consultora específica; (ii) la ubicación de la Dra. Delmy Aguilar, responsable del tema de género en la SESAL, en las oficinas del proyecto en el edificio Plaza Morazán; (iii) la disponibilidad financiera para hacer la reproducción del documento de la política y para su proceso de socialización en las regiones sanitarias para el próximo año, y (iv) la coordinación en la elaboración de la estrategia y el plan de implementación, para no duplicar esfuerzos. En este tema, se explicó que la directora de normalización ha decidido alinear la cooperación a partir de los contenidos en la política de género.

CARE INTERNACIONAL

Con respecto a PF rural en el marco de ICEC, se apoyó la facilitación técnica de talleres realizados en la red de Erandique-Lempira y financiados parcialmente por CARE internacional con quien dicha red está coordinando acciones. En estos talleres se capacitaron ocho recursos técnicos de la red y tres de ellos fueron acreditados como facilitadores. También se capacitaron nueve líderes comunitarios propuestos por sus comunidades como monitores/as de PF rural.

SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE FINANZAS (SEFIN)

Se participó, con un técnico de gestión financiera de la UGD, en la discusión con la analista de salud de la SEFIN con el objetivo de buscar otras alternativas para la asignación de fondos a los gestores descentralizados, diferente a las transferencias que se han venido utilizando. Como resultado de la reunión se acordó: (i) enviar a la Tesorería General de la República un oficio firmado por la Señora Ministra de Salud, con la programación de los desembolsos o flujo de caja por rubros y adjuntando los PCM que respaldan los convenios, para asegurar la oportunidad y cantidad de los desembolsos a los hospitales que están descentralizados; (ii) gestionar una reunión con el Ing. Carlos Ponce de Servicio Civil para tratar el reordenamiento de las planillas de los recursos humanos; y (iii) gestionar una reunión con la instancia correspondiente en la SESAL para establecer los mecanismos de suministro de medicamentos a estos hospitales, dado los procesos actuales que se tienen en marcha en que los gestores recibirán directamente los fondos para que los hospitales bajo su gestión sean abastecidos de estos insumos críticos.

IV. Integración de la Perspectiva de Género

Para el período de extensión del proyecto se propuso consolidar las líneas de trabajo que en el área de PF rural se habían desarrollado, y gestionar e impulsar la puesta en marcha de la política de género en la SESAL, por lo que se orientarían los esfuerzos principales en estos dos grandes procesos.

Durante el trimestre, se produjeron en la DGN cambios de funcionarios que venían asumiendo responsabilidades en los aspectos relacionados con género. La Lic. Karen Benítez, responsable del tema de género en la DGN, renunció a su cargo y en su lugar se nombró a la Dra. Delmy Aguilar y como apoyo técnico a las Dras. Sandra Lorenzana y Ángela Ochoa. Con el apoyo brindado por ULAT a éste equipo, se logró el ajuste y la finalización de la propuesta de la "Política Nacional de Género en Salud", que fue oficializada en diciembre 2015 y se espera sea socializada el 25 de enero de 2016 coincidiendo con la celebración del día de la mujer hondureña. Como parte de la agenda de desarrollo de esta actividad se está pensando en incluir la juramentación del equipo de integración de género, que la SESAL ha decidido conformar como mecanismo para impulsar el proceso de transversalización en todas sus actividades.

En diciembre 2015 y como consecuencia de la información sobre que ya estaban disponibles en la UAFCE los fondos bilaterales de USAID con la SESAL, se retomó el proceso para la contratación de la consultoría encargada de elaborar la estrategia de género en el marco de la política aprobada y su correspondiente plan de implementación. Se espera que la consultoría en mención pueda iniciar en el transcurso de enero del 2016.

En cuanto a las actividades específicas realizadas en los dos procesos que contempla el plan de trabajo, los resultados fueron los siguientes:

1. Con respecto a potenciar el empoderamiento y la participación en mujeres y hombres en el autocuidado personal, familiar y comunitario de la PF, en el marco de la ICEC a través de equipos regionales, de RIIS y comunitarios:
   - Se definieron los criterios de selección para la región en la que se desarrollará el proceso de capacitación de género en ICEC. Se definió a la Región Sanitaria de Lempira y se seleccionó la RISS de La Unión que comprende los municipios de La Unión, San Rafael y La Iguala.
   - Se elaboró la propuesta de sistematización y el plan de capacitación en género en el marco de ICEC. Para esto, se revisó la información recolectada de la zona en una visita que se realizó en el segundo trimestre del año y se completó con información adicional brindada por la mancomunidad, con esta información se identificaron los elementos específicos a ser incluidos en el proceso de capacitación para fortalecer el empoderamiento de mujeres y hombres, concluyéndose que los temas principals a abordar en el proceso serían: (i) Sistema sexo género; (ii) género en ICEC; (iii) abordaje de la familia y la comunidad en el embarazo en adolescentes; (iv) abordaje individual, familiar y comunitario de las mujeres madres solteras y las masculinidades; (v) abordaje de la violencia obstétrica como práctica negativa del personal de salud y opciones de manejo en estas situaciones, y (vi) conocimientos básicos sobre la violencia doméstica.
   - Se elaboró el guión metodológico y a partir del mismo, se diseñaron los siguientes materiales educativos:

- Aspectos Básicos de Derechos Humanos, Género, Empoderamiento y su relación con la ICEC.
- Cuando en la ICEC se detecta Violencia Doméstica y Violencia Obstétrica: Que puede hacer el personal de la RISS?
- Masculinidades y su impacto en la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres: Qué observamos en ICEC y que podemos hacer?
- Embarazo en Adolescentes: Que puede hacer el personal de la RISS con los padres, las madres y la comunidad?
- Como trabajar el embarazo no deseado con la persona, la familia y la comunidad y/o madres solteras. Que puede hacer el personal de salud con los padres, las madres y la comunidad?
- También se elaboraron presentaciones en power point y la programación de actividades de las experiencias de aprendizaje del equipo en cada municipio que integra la red.

➢ Se elaboraron planes de trabajo para implementar las experiencias de aprendizaje de género, las que estarán centradas en la prevención del embarazo en adolescentes como eje principal y a la que se adhieren los otros temas abordados por la RISS de la Unión en los municipios de La Unión, San Rafael y La Iguala.

Los retos más importantes en este período estuvieron relacionados con: (i) la resolución de los problemas administrativos de la RISS de La Unión, con la SESAL para garantizar el cumplimiento de los objetivos de mejorar la salud materna e infantil y de la población en general, y (ii) que la RISS de La Unión pudiera organizarse mejor para mejorar la saturación de actividades por los problemas administrativos que han presentado durante los meses de julio-noviembre 2015.

Entregable:

➢ Informe de avance del proceso del grupo de integración en el marco de la ICEC a través de equipos regionales.

2. En relación al fortalecimiento de los procesos políticos para la transversalización de género en la SESAL:

➢ Se finalizó la Política Nacional de Género en Salud en el mes de diciembre. Con el fin de dar seguimiento a su aprobación, se organizó un grupo de trabajo ampliado que retomó el documento de la política y se desarrollaron jornadas de trabajo que permitieron ajustar y finalizar dicho documento. Para este fin, al grupo de trabajo se le explicó los antecedentes del proceso que concluyeron con la propuesta y se conoció de la guía que ha sido oficializada por la DGN y que contiene los requerimientos esenciales para emitir los documentos normativos.

➢ El documento de Política ha sido oficializado. Se decidió que la socialización de la misma será efectuada en un evento que se realizará el 25 de enero de 2016, fecha en que se conmemora el Día de la Mujer Hondureña con participación de funcionarios de la SESAL y representantes de los organismos nacionales y de la cooperación externa en el tema.

Con estos avances queda pendiente para los próximos meses brindar asistencia técnica en los lineamientos para el fortalecimiento del nivel central en el proceso de aplicación de la política y apoyar el desarrollo de las capacidades del personal institucional.

El reto más importante del período fue la tardanza en los problemas administrativos relacionados con la asignación de los funcionarios responsables de la atención del tema de género en salud para el reinicio y darle continuidad a los procesos que estaban concertados.

3. En la asistencia técnica para la elaboración de una estrategia de género que permita la implementación de la política, se elaboraron, revisaron y aprobaron por la DGN, los términos de referencia para la contratación del professional que llevará a cabo la consultoría específica. Los fondos bilaterales de USAID están disponibles a partir de diciembre 2015, por lo que se espera que dicha contratación inicie en enero 2016.
   Un reto importante en esta actividad lo constituyó la disponibilidad financiera para la contratación de la consultoría.

4. En seguimiento al ajuste de la propuesta para la organización, capacitación y funcionamiento de un equipo de integración de género que conduzca los procesos de transversalización de la política en la SESAL, se revisó la propuesta para la organización de dicho equipo. Para ello se obtuvo del INAM, el manual de funciones de los mecanismos de género con lo que se procedió a la revisión y ajuste de la propuesta elaborada. Simultáneamente, la DGN inició la selección de las personas que lo integrarán. Se espera que el mismo esté completamente organizado en el enero 2016 y sea juramentado en el evento de socialización de la Política Nacional de Género.

5. Entre otras actividades importantes desarrolladas se destacan:
   - A solicitud del proyecto COCHALE de Canadá, se realizó una reunión de coordinación en la que se informó de las actividades que dicho proyecto está negociando con la DGN, dentro de su asistencia técnica a la SESAL. Se hizo referencia especialmente a: (i) la capacitación que realizarán con todo el personal de la SESAL en aspectos de género y para lo que están contratando una consultora específica; (ii) la ubicación de la Dra. Delmy Aguilar, responsable del tema de género en la SESAL, en las oficinas del proyecto en el edificio Plaza Morazán; (iii) la disponibilidad financiera para hacer la reproducción del documento de la política y para su proceso de socialización en las regiones sanitarias para el próximo año, y (iv) la coordinación en la elaboración de la estrategia y el plan de implementación, para no duplicar esfuerzos. En este tema, se explicó que la directora de normalización ha decidido alinear la cooperación a partir de los contenidos en la Política de Género.
   - Se participó en el Foro Público por los Derechos Sexuales y Reproductivos: Monitoreo y Auditoría Social a Centros de Salud y Políticas Públicas (DDSSRR). Se obtuvo la presentación de los resultados de la auditoría que se compartirán con funcionarios de ULAT vinculados al tema.

V. Resultados Intermedios/Logros de Proyecto

Tabla 1- Resultados del Proyecto- durante período reportado

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

Como fue consignado en el plan de trabajo para el período de extensión del proyecto, bajo este resultado intermedio, se pretende continuar fortaleciendo y consolidar 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 PF oportunos y con una calidad aceptable. En esta línea de trabajo los esfuerzos están orientados fundamentalmente a la expansión de la implementación de PF en el área rural, a la consolidación de las actividades vinculadas con la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) y al ajuste de la política de reducción acelerada de la mortalidad materna e infantil.

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

PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA SESAL

La EMSPF de la SESAL se encuentra en aplicación desde hace varios años y fue actualizada en 2012. ULAT acompañó la socialización de la estrategia actualizada y ha estado brindando asistencia técnica en la implementación de la misma con énfasis en los procesos de programación, logística y evaluación. La programación anual de las actividades de PF es elaborada y consolidad en base a los lineamientos de la estrategia. Se han realizado inventarios físicos de anticonceptivos cada seis meses y se apoyó en el rediseño y aplicación de la 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 desarrollo organizacional (DO) y para fortalecer los componentes que muestran todavía debilidades. También se apoyó en la adaptación y aplicación de los lineamientos de PF para proveedores descentralizados los que ya forman parte de los convenios firmados entre estos y la SESAL.

Mejorar el acceso a servicios de planificación familiar es un proceso que requiere de los esfuerzos mancomunados en todos los niveles. En esta línea de pensamiento capacitar a los monitores y monitoras comunitarias se constituye en el último escalón de una cadena que a nivel local se inicia con la socialización de la estrategia ICEC a los equipos regionales. La ICEC ya es una intervención bien reconocida tanto por la SESAL como por las autoridades municipales y los líderes y lideresas comunitarias en el ámbito de su implementación. Varios alcaldes han participado activamente en las reuniones de los comités de apoyo al Hogar Materno de sus comunidades y algunas municipalidades aportan fondos para su funcionamiento.

El Director Regional de Santa Bárbara considera que para él la ICEC es una expresión efectiva del MNS. La efectividad de esta intervención se demuestra en sus dos principales indicadores, dado que en un análisis realizado en mayo de 2015 se encontró un **incremento de 783 parejas protegidas con**

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

métodos de PF distribuidos por monitores comunitarios y un incremento de 82% a 91% en la atención institucional del parto en las comunidades intervenidas.

1. En relación a las actividades para efectuar la expansión de PF rural en las regiones seleccionadas utilizando la guía metodológica elaborada para su implementación:
   - Se continuó con la implementación de ICEC en las 8 redes de servicios que se iniciaron en el trimestre anterior y en las que se han tenido diferentes grados de avance. En las redes de Reitoca, Trojes, Erandique, Hombro a Hombro, El Paraíso y Choluteca se capacitaron alrededor de 70 monitoras/es comunitarios de PF Rural, faltando el inicio con esta actividad en las redes de Nueva Arcadia, San Marcos y Tutule en La Paz. En las ocho redes se avanzó en la capacitación de unos 215 técnicos de los niveles regional y de redes para implementar ICEC.
   - En las redes de Erandique y El Paraíso se brindó asistencia para organizar y capacitar el comité de apoyo al hogar materno. El de El Paraíso está en proceso de elaboración de su plan de trabajo, con el objetivo principal de obtener fondos para la construcción del hogar ya que hasta el momento identificaron el terreno en los predios de la CMI.
   - Se agregó la red de Belén Gualcho, en la que se capacitaron 25 recursos en la implementación de ICEC. Este es un nuevo gestor que solicitó ser incorporado a este proceso a fin de poder cumplir con su convenio de gestión.
   - También se brindó asistencia técnica a la red de Lepaera en Lempira en dónde se ayudó a organizar y se capacitó el Comité de apoyo al Hogar Materno.

   Es importante aclarar que el hecho de haber capacitado pocos monitores de PF rural se debe a que la capacitación de los monitores es la última actividad en el proceso de implementación de ICEC, cuando ya se cuenta con todos los equipos debidamente capacitados. A partir del próximo trimestre estos equipos iniciarán la capacitación de los monitores a un ritmo de por lo menos ocho talleres mensuales con los que se espera alcanzar la meta.

2. En las redes intervenidas en el año anterior, se hizo énfasis en la motivación para el llenado adecuado del sistema de información, a través del cual se obtienen los datos para su seguimiento. En este período se dio continuidad a la implementación de ICEC en las redes de El Paraíso y Trojes.

3. El SIAEC fue revisado y se le hicieron las correcciones a los errores identificados y se hizo la incorporación de datos y fórmulas para obtener directamente los indicadores. La versión corregida fue reproducida y está en el proceso de instalación en todas las redes aprovechando las actividades de capacitación. Se espera que para finales de enero, el SIAEC se encuentre funcionando en todas las regiones y redes en donde se está implementando ICEC.

4. Con el propósito de apoyar el proceso de programación de las actividades de PF:
   - Se brindó asistencia técnica a la DGN, a la DGRISS y a la ULMIE, para revisar y adaptar a la

nueva situación de la SESAL, la Estrategia Metodológica de los Servicios de PF. El resultado de esta actividad es que en el 2016 se hará la programación de las actividades de PF para el 2017 simultáneamente con la programación de los POA regionales, a fin de hacerla sostenible. Dado que los POA para 2016 se elaboraron entre abril y junio de 2015, se decidió programar 2016 con la metodología empleada hasta ahora. Con este propósito los instrumentos de programación fueron distribuidos a todas las RS las que elaboraron su programación que será discutida y aprobada en enero de 2106.

- Con la UGD se revisaron y adecuaron nuevamente los lineamientos de PF para proveedores descentralizados. El cambio más importante reside que ahora la programación se basará en los porcentajes de cobertura de mujeres en edad fértil (MEF) usando métodos, de la población asignada en el convenio. Los lineamientos fueron socializados con todos los gestores en una reunión convocada con este propósito. Se espera que los gestores realicen la programación en base a estos lineamientos y la hagan llegar a la región para que sean consolidadas.

5. Los instrumentos e instructivos para el inventario físico, con fecha de corte al 15 de noviembre fueron elaborados y distribuidos a todas las RS. El inventario fue realizado tal como se programó y ya se recibieron casi todos los instrumentos enviados por las regiones. Los datos serán digitados y se contará con los resultados a mediados del mes de enero.

6. La ULMIE ha asumido la responsabilidad del funcionamiento de la HCDL y se está pendiente de asegurar que este mecanismo se consolide.

Resultado Esperado:

- **Hito 151.** Estrategia de PF en el área rural expandida a nivel nacional a través de gestores descentralizados, utilizando la implementación conjunta de las estrategias comunitarias (ICEC).

REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL

Como fue enfatizado en su oportunidad, la evaluación de la política de RAMNI condujo a la conclusión que haber descontinuado su monitoreo contribuyó a que no se alcanzaran todos los objetivos que tenía planteado, pero que sus líneas de trabajo y las estrategias para implementarlas continúan siendo válidas y se encuentran alineadas a los compromisos nacionales e internacionales vinculados a la salud del país.

Por esta razón en esta área se están concentrando los esfuerzos para revitalizar la política, fortalecer las instancias de su conducción y formular la propuesta final para implementar una estrategia modificada de AIN-C que implique menor costo pero igual efectividad, vinculándola a los esfuerzos que desde otros proyectos relacionados con la nutrición se están ejecutando o se van ejecutar en el país.
En este marco las actividades realizadas en el período fueron:

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

1. Se socializó con el nivel político y técnico los resultados de la evaluación efectuada a RAMNI. Como resultado la vice ministra de RISS giró instrucciones con asignación de responsabilidades específicas para re-elaborar la Política Nacional de Reducción de Mortalidad Materna e Infantil en el marco de la reforma y el MNS, haciendo solicitud a ULAT para brindar la asistencia técnica requerida. Esta actividad se espera de inicio en la primera semana de enero del año próximo.

2. Se coordinó con la UVS la revisión final de los artes para la impresión de los informes de mortalidad materna de los años 2012 y 2013, los que ya fueron impresos y listos para ser distribuidos en el próximo período.

3. En cuanto el apoyo para la ejecución del plan para fortalecer las intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad materna e infantil en la región sanitaria (RS) de El Paraíso, se continuó brindando la asistencia técnica concertada con ajustes del plan inicialmente elaborado, derivado de cambios ocurridos en los niveles gerenciales de la región y del hospital que han provocado interrupciones en su desarrollo. En el próximo período se hará una evaluación del cumplimiento de este plan, con las recomendaciones que sean pertinentes.

4. El inicio del apoyo a la ejecución de una prueba piloto para la aplicación de la propuesta sobre lineamientos de la estrategia de atención integral del niño en la comunidad (AIN-C) para proveedores descentralizados formulada por ULAT/USAID, ha estado dependiendo de la disponibilidad de los fondos de USAID con que se financian las actividades contenidas en los PTA de la SESAL. La implicación que tiene el retraso habido hasta la fecha es que puede provocar que los lineamientos no sean validados tal y como fueron diseñados.

Resultado esperado:

- **Hito 156.** Reconfiguradas las instancias para conducir la política que establece la reducción de la mortalidad maternal e infantil.

CONE

Para el período de extensión del proyecto se propuso concluir el proceso de la actualización de los manuales de normas y protocolos de atención materna y neonatal y proceder a su socialización. La aplicación de estas normas se vio fortalecida con la elaboración de herramientas de apoyo de este proceso, tales como los flujogramas, las listas de chequeo y el re-diseño del proceso de capacitación. Pero las normas vigentes estaban respaldadas con evidencia del 2010, por lo que se inició el proceso de su actualización.

Con esta línea de pensamiento las actividades del período fueron las siguientes:

1. La realización del taller para la validación operativa de las normas y protocolos para la atención materna y neonatal en los niveles ambulatorio, CMI y hospitalario, formulados en base a la evidencia científica actualizada y a las disposiciones contenidas en los procesos regulatorios de

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

la SESAL. Se incorporaron las observaciones pertinentes brindada por los participantes y se logró que se iniciara la consulta pública que el proceso exige. A la fecha se cuenta con seis documentos finales: (i) la norma técnica nacional para la atención durante el período pre-concepcional, el embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido; (ii) los protocolos para la atención ambulatoria; (iii) los protocolos para la atención del parto y el recién nacido; (iv) los protocolos para atención inicial y referencia; (v) los protocolos para la atención de las emergencias obstétricas, y (vi) los protocolos para la atención de las complicaciones neonatales. Se espera que una vez finalizado el período de consulta pública se cierre el proceso, aprobando las normas y protocolos e iniciando el proceso de impresión.

2. Se desarrollaron los talleres de CONE ambulatorio en la red descentralizada de Lepaera. En estos talleres se capacitó al personal de todos los establecimientos de salud. Sin embargo, vale la pena referir que en el desarrollo de los mismos se confirmaron los problemas existentes en los monitoreos que están siendo ocasionados por la utilización de diferentes criterios de medición por parte de los funcionarios que los realizan. Por esta razón se retomaron las discusiones con la UGD logrando que se programara un taller de CONE mixto dirigido al personal de las regiones que realiza los monitoreos.
   El taller en mención se realizó con la participación de 20 funcionarios que cumplen responsabilidades de apoyo y de control de la gestión de diez regiones sanitarias en las que hay presencia de proveedores descentralizados y tres técnicos de la UGD que realizan monitoreos. En el taller se logró discutir ampliamente todos los temas en que se habían identificado desacuerdos. Las notas de los test revelan que el desconocimiento de las normas es la causa principal de los problemas ocurridos en los monitoreos. Se espera que en adelante se disminuyan los problemas.

3. A pesar de que durante este período no se tuvo mayores avances en la expansión del uso de "Listas de Chequeo para la aplicación de las normas materno neonatales" en el marco del MGH, la UGD mostró interés en este instrumento por lo que se espera que puedan ser incluidos como fuentes de información en los convenios.

4. En relación a la implementación de la "Historia clínica neonatal ambulatoria", el taller de CONE mixto para el personal de regiones que realizan los monitoreos, fue la oportunidad para que las diez regiones presentes pudieran reconocer la importancia del uso de este instrumento, por lo que se aprovechó para distribuirlos a las regiones que no los tenía y para establecer el acuerdo de empezar a utilizarlos de inmediato.

5. En cuanto a la expansión a nivel nacional del uso de la historia clínica perinatal con las gráficas de vigilancia de altura de fondo uterino (AFU) y ganancia de peso incorporadas, se informa que dicho instrumento se está utilizando en algunas de las redes en las que se está implementando ICEC. Se está pendiente de levantar información para comparar los resultados de su uso con la línea base, lo que se espera realizar en el próximo período.

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

Resultado esperado:

- **Hito 153.** Normas y protocolos en salud materna y neonatal iniciadas en su implementación.

RI 4.2 Servicios Sostenibles Materno- Infantil y Planificación Familiar

Como está previsto para el logro de este objetivo se están orientando los esfuerzos de la asistencia técnica en la consolidación de algunos de los principales procesos vinculados con la reforma del sector salud: (i) el desarrollo orgánico y funcional de la SESAL que responde a la separación de funciones y al fortalecimiento del rol rector; (ii) la implementación del MNS con sus instrumentos operativos, y (iii) el reajuste y formulación de la propuesta de ley del sistema de salud tomando como referencia la recién aprobada ley marco de protección social.

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

DESARROLLO ORGANIZACIONAL

Con base a los resultados que fueron obtenidos en la implementación del desarrollo orgánico y funcional de la SESAL en su nivel central y regional, se identificaron las actividades que se requieren desarrollar para obtener la consolidación en el corto plazo de las instancias claves dentro de la estructura institucional. Como se ha explicado anteriormente, el marco general de esta transformación está constituido por el decreto PCM-061-2013 que establece la estructura general de la SESAL y por el reglamento que establece la organización y las funciones específicas de las diferentes unidades. En el DO del nivel regional como ya se había iniciado la socialización de los manuales de organización y funciones, el de procesos y procedimientos y el de perfiles de puestos y cargos, se propuso para el periodo de extensión, concluir con estas acciones.

1. En cuanto a la implementación del DO en el nivel central:
   - Las actividades sufrieron un enlentecimiento parcial debido la decisión adoptada desde casa de gobierno en el sentido que en la SESAL se crearía una nueva Subsecretaría. Se argumentó como objetivo para establecer esta instancia la necesidad de fortalecer la ejecución de proyectos financiados con fondos provenientes de la cooperación externa. Lo anterior ha implicado la realización de los trámites legales y administrativos para efectuar los cambios correspondientes en el decreto PCM que contiene la modificación del reglamento de organización, funcionamiento, y competencias del poder ejecutivo. De la misma forma, una vez efectuado este paso se procederá a realizar los ajustes en el ROF y en el manual de organización y funciones (MOF) de la SESAL. Se está a la espera de los mencionados cambios para continuar con las acciones de socialización de la nueva estructura que estaba prevista realizar en este período.
   - Se acordó con la unidad estratégica de Vigilancia de la Salud que se iniciará el proceso para la impresión del manual de procesos formulado para dicha unidad inmediatamente que se tenga la disponibilidad de los fondos bilaterales de USAID ubicados en la UAFCE.

RI 4.2 Servicios Sostenibles Materno- Infantil y Planificación Familiar

- Se apoyó la programación de las actividades relacionadas con el DO del nivel central incluída en el PTA de la SESAL a ser financiadas con fondos de donación de la USAID que será administrados por OPS y que corresponden al período diciembre 2015 a septiembre 2016.
- Se apoyó a la UPEG en la formulación y revisión de las actividades planteadas en el PTA financiado con fondos de USAID ubicados en la UAFCE para: (i) la reproducción de los documentos del DO del nivel central, y (ii) la contratación de un ingeniero industrial para la elaboración del manual de procesos y procedimientos de las direcciones generales. Como fue explicado en el párrafo anterior, debido a la creación de una nueva subsecretaría, el ROF y MOF que estaban listos para ser impresos tendrán que ser modificados, por lo que sus impresiones se llevarán a cabo hasta que los cambios estén totalmente definidos. En la actualidad se está realizando un proceso de definición de las unidades que serán adjudicadas a la nueva subsecretaría y consecuentemente removidas de su ubicación actual.

2. En relación a la asistencia técnica para consolidar la implementación de la estructura orgánica y funcional del nivel regional:
   - Las actividades también sufrieron un enlentecimiento parcial debido a que los fondos bilaterales de USAID a ser ubicados en la UAFCE, y con los que estaba previsto financiarlas, estuvieron disponibles hasta la segunda semana de diciembre. No obstante, se acordó con el Departamento de Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención (DSPNA) que el desarrollo de los tres talleres que hacen falta para las regiones de Ocotepeque, Colón e Islas de la Bahía, relacionados con el uso y entendimiento de los tres manuales operativos, se concertará con los jefes regionales para que los mismos se desarrollen a partir de la segunda semana de enero del 2016.
   - En el desarrollo del taller con los equipos conductores de las regiones noroccidentales (Jefatura regional, jefatura de planeamiento, jefatura del departamento de RISS, coordinación de unidad de apoyo a la gestión), orientado al tema del análisis de brechas y priorización de la oferta de servicios se aprovechó para explicar las funciones de las diferentes instancias de la estructura regional que tienen relación con la elaboración del mencionado plan, haciendo énfasis en cómo debe ser la gestión de las redes desde la perspectiva del ente rector y desde la perspectiva del gestor de la provisión de servicios de salud.
   - Se apoyó la reunión que la Subsecretaría de RISS desarrolló con la participación de los 20 jefes regionales, de la DGRISS, el DSPNA y del DSSNA, para evaluar los procesos de implementación de la nueva estructura regional y sus funciones. Las conclusiones fueron: (i) que todas las RS tienen organizada la estructura de acuerdo al manual de organización y funciones; (ii) que tienen distribuidos los recursos humanos con que disponen según la nueva estructura; (iii) que 17 regiones están en proceso de implementación de las funciones de sus unidades según el manual de procesos y procedimientos, pero que requieren continuar fortaleciendo las funciones rectoras, y (iv) que las 3 regiones restantes desarrollarán los talleres sobre los manuales operativos en el mes de febrero del 2016.

     Se estableció el compromiso que los jefes regionales deberán vigorizar la conducción y monitoreo de la ejecución de las funciones planteadas en los manuales operativos del DO

regional y que el cumplimiento de este aspecto será vigilado por la Subsecretaria de RISS.

Resultado Esperado:

- **Hito 70.** Nueva estructura organizativa de la SESAL implementada completamente.

Entregable:

- Informe trimestral de avance en la implementación del DO del nivel central y regional.

MARCO LEGAL

Tal como fue incluído en el plan de trabajo, para el período de extensión se propuso efectuar la revisión y ajuste de la propuesta de ley del SNS que había sido elaborada. El objetivo fue asegurar su alineamiento con los mandatos contenidos en la Ley Marco del Sistema de Protección Social, aprobada por el Congreso Nacional. Dicha ley presupone para su implementación de una ley del sistema de salud y le asigna a la SESAL la función de la rectoría del sistema y adscribe al IHSS las funciones de financiamiento y aseguramiento, y las de provisión de servicios.

En el marco establecido, en la asistencia técnica para la adecuación de la propuesta ajustada de la ley del SNS se desarrollaron las siguientes actividades:

- Con el equipo de la SESAL designado por la Ministra de Salud y con la OPS, se llevaron a cabo varias jornadas de trabajo para continuar la revisión de la propuesta de ley del SNS y efectuar las adecuaciones pertinentes en función a la Ley Marco del Sistema de Protección Social. En una primera etapa, con estas adecuaciones el equipo preparó una versión preliminar de la propuesta de ley ajustada para que sirviera de base en los procesos de consulta que fueron acordados.
- Se realizó un taller con funcionarios de la SESAL considerados claves en este proceso, en virtud de su experiencia y conocimientos en áreas específicas. El taller tuvo como resultado un banco de opiniones, comentarios, observaciones y propuestas, lo que implicó la realización de reuniones de trabajo con el fin específico de evaluar cada una de ellas y determinar la pertinencia de su de inclusión al texto de la ley. Como resultado de este proceso se tuvo un segundo borrador.
- La nueva propuesta fue sometida a la consideración y revisión de funcionarios de OPS en Washington seleccionados al efecto por su expertismo en el tema. Con ellos se realizaron varias reuniones virtuales en las que se discutieron temas específicos recibiéndose las recomendaciones correspondientes. El equipo de trabajo hizo un detallado análisis de las mismas y se procedió a incorporar aquellos elementos que fueron considerados atinentes. Como producto de este esfuerzo se contó con una versión casi final de la propuesta.
- Para concluir, la Ministra de Salud acordó realizar un proceso de consulta con profesionales fuera de la SESAL calificadas como expertas por sus conocimientos y experiencia dentro del sistema de salud. La consulta se efectuó electrónicamente y tuvo por objetivo recibir observaciones, comentarios y propuestas específicas en los casos correspondientes. Con los aportes recibidos el equipo efectuó la valoración de pertinencia correspondiente y

consecuentemente la incorporación de los aspectos relevantes en el texto de la ley, procediéndose a la elaboración del borrador final de la propuesta de ley del SNS, que fue sometida a la consideración de la Ministra de Salud, quien dio su aprobación mediante un oficio. Se considera que la propuesta en mención está lista para que las autoridades de la SESAL puedan someterla a discusión ante las otras instancias de gobierno. En el oficio de aprobación, la Ministra de Salud solicitó a la ULAT que se continúe con la asistencia técnica en esta otra etapa del proceso de aprobación de la ley.

Resultado Esperado:

- **Hito 157.** Propuesta de ley del sistema nacional de salud acorde a la Ley Marco del Sistema de Protección Social formulada.

Entregable:

- Propuesta ajustada de la ley del SNS acorde a la Ley Marco del Sistema de Protección Social y oficio de la SESAL de su aprobación.

MODELO NACIONAL DE SALUD

A lo largo del período de ejecución del proyecto se lograron importantes avances relacionados con este tema con la aprobación del documento del MNS, su incorporación al quehacer de la SESAL y con su reconocimiento como la primera norma que orienta la transformación del sistema nacional de salud. También se logró el inicio de su implementación con la operativización de algunas de las guías formuladas con las que se instrumenta, principalmente las que corresponden al componente de atención/provisión. En base a ello, se propuso que los esfuerzos en el período de extensión serían dirigidos a la finalización en la formulación de las guías y apoyar el proceso de su implementación.

En este marco, las actividades de asistencia técnica fueron:

- Se continuó ofreciendo apoyo técnico directo al equipo del DSPNA responsable del proceso de configuración del Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud, para revisar el avance y estado actual del documento borrador contentivo de la propuesta del mismo. Como resultado de este ejercicio se entregaron al equipo las observaciones, las sugerencias, y las recomendaciones de ajustes que se estimaron pertinentes para mejorar el documento. Con este producto, la SESAL está próxima a disponer de uno de los principales requerimientos de la Ley Marco del Sistema de Protección Social y del Plan Nacional de Salud para la adecuación institucional que manda esta Ley en su Art. 50.
- Se continuó ofreciendo apoyo técnico directo al equipo del DSPNA responsable del proceso de implementación de las RISS en el diseño y organización de los talleres realizados para desarrollar las competencias para el análisis de brechas y priorización de la oferta de servicios contenido en la Guía para la Elaboración del Plan Regional de Gestión de las RISS. Los talleres se realizaron con la asistencia y participación de 76 técnicos de las 20 RS del país.
- Se dio apoyo técnico para el seguimiento a distancia a cada equipo de conducción regional

para completar el análisis de brechas y la priorización de la oferta de servicios y para continuar con la formulación del correspondiente plan de gestión.

- Se apoyó la construcción del documento "Propuesta Nacional de la Configuración y Delimitación de las RISS", particularmente lo que concierne a sus antecedentes, justificación, propósito, objetivos y marco conceptual. Con este producto, la SESAL podrá disponer de otro de los principales requerimientos de la Ley Marco del Sistema de Protección Social y del Plan Nacional de Salud para la adecuación institucional.
- Adicionalmente se trabajó en la elaboración de un documento técnico base de referencia para la creación de la superintendencia de salud. La construcción de este documento se efectúa en función a la Ley Marco del Sistema de Protección Social, con el propósito que sirva como instrumento de reflexión sobre el entendimiento del ámbito de competencias de dicha entidad a la que la ley marco en mención le establece como responsabilidad vigilar, controlar y fiscalizar las operaciones que para el otorgamiento de los beneficios que se derivan del Régimen del Seguro de Atención de la Salud deberán realizar las entidades administradoras y ejecutoras de servicios de salud.

Resultado Esperado:

- **Hito 79.** Elaboradas y aprobadas las guías o instrumentos para los componentes de gestión y financiamiento del MNS (fase II).

Entregable Adicional:

- Informe de avances en la formulación de la propuesta de configuración y delimitación de las RISS.

DESCENTRALIZACIÓN

El proceso de descentralización de la gestión de las redes de provisión de servicios de salud continuó avanzando con la incorporación de los gestores del segundo nivel. Como se ha señalado reiteradamente este proceso enfrenta retos de mejora y fortalecimiento, tanto en la contratación de servicios desde la instancia central como en el desarrollo de las capacidades de gestión de los gestores proveedores, el control y rendición de cuentas de dicha gestión, así como para el desarrollo de instrumentos gerenciales del proceso a nivel de las RS.

Alcanzar la implementación de una gestión por resultados con calidad por parte de los proveedores descentralizados es un hito que cada año ha avanzado en la medida en que se han ajustado y alineado los instrumentos de gestión y se ha capacitado al personal de todos los niveles institucionales para que los adopten en su quehacer. Como quedan todavía algunos elementos que incorporar para consolidar el proceso, fundamentalmente los relacionados con la gestión de las redes, el desarrollo de las capacidades técnicas y administrativas de los gestores descentralizados y el desarrollo de los procesos de transparencia y rendición de cuentas, para el período de extensión se propuso brindar asistencia técnica para la expansión de la implementación del MGH y orientar esfuerzos principalmente a la difusión de las mejores prácticas a través de la facilitación entre pares.

RI 4.2 Servicios Sostenibles Materno- Infantil y Planificación Familiar

En este sentido los avances alcanzados en este periodo se describen a continuación.

- En cuanto a la asistencia técnica al DSSNA de la SESAL para la implementación de las mejores prácticas del MGH, se enfocaron esfuerzos al desarrollo de procesos técnicos y de coordinación con los cinco hospitales y gestores que están asumiendo la responsabilidad de los servicios hospitalarios mediante los convenios de gestión que fueron aprobados en el mes de septiembre a través de los decretos PCM-039-2015, PCM-050-2015 Y PCM-052-2015.

  La puesta en marcha de la gestión descentralizada de los servicios hospitalarios y por ende la implementación total y gradual del MGH ha puesto en evidencia la necesidad de un proceso acelerado de facilitación entre pares que permita el desarrollo de las competencias requeridas en el personal involucrado y del conocimiento de buenas prácticas, a fin de lograr los resultados que han sido pactados en los convenios de gestión del año 2016.

  Debido a ello, en este período se realizó la facilitación a los equipos técnicos de conducción del gestor de los hospitales Juan Manuel Gálvez y Enrique Aguilar Cerrato, que iniciaron un diagnóstico de, entre otros, los siguientes aspectos: (i) la situación económica, financiera y de recursos humanos; (ii) de la organización de los procesos administrativos para iniciar licitaciones públicas y privadas; (iii) de la selección, evaluación y contratación de personal, y (iv) de la contabilidad patrimonial y presupuestaria.
- La descentralización de la gestión de los servicios en los hospitales se convirtió en una oportunidad para implementar todo el rediseño orgánico y funcional planteado en el MGH, debido a que son de vital importancia, las decisiones sobre el uso de los recursos y la puesta en marcha de procesos de seguimiento y control con fines de alcanzar los objetivos y resultados pactados. Los Hospitales de Puerto Lempira, Mario Catarino Rivas, Leonardo Martínez, Enrique Aguilar Cerrato y Juan Manuel Gálvez, que están iniciando una gestión descentralizada, fueron definidos como de mayor prioridad en la implementación del MGH. La definición de las estrategias para la sostenibilidad del proceso de implementación del MGH continúa pendiente de discusión con el DSSNA.
- Con respecto a la asistencia técnica para el análisis y uso de los resultados de la evaluación de la implementación del MGH en tres hospitales de la SESAL, el informe final de evaluación de la implementación del MGH fue presentado y discutido con el equipo técnico del DSSNA, y se hizo entrega del documento final. Se estableció el compromiso por parte del DSSNA de realizar una jornada de socialización con los tres hospitales pilotos de la implementación, con fines de identificar actividades enfocadas a mejorar en aquellos aspectos en que la evaluación reveló que existen brechas y obstáculos importantes.
- Se facilitó el desarrollo de reuniones con técnicos del DSPNA para finalizar su desarrollo como facilitadores de los talleres dirigido a las RS sobre el uso de la "guía para la formulación del plan regional de gestión de las RISS". Se hizo énfasis en el enfoque de las presentaciones, los contenidos de los mensajes a brindar y en las vinculaciones que se deben observar entre el plan de gestión de las RISS y el DO de la región, y entre la gestión de las RISS desde la óptica de la función rectora y la de la gestión de la provisión de servicios. Se explicó detalladamente a los facilitadores los componentes de "análisis de brechas" y "priorización de la oferta de servicios" contenidos en la guía para la elaboración

del plan regional de gestión. El uso de las tablas de estos componentes, la lógica de las preguntas a responder por los equipos regionales y descritas en la guía, así como la forma en que se debe responder a cada una de las preguntas planteadas en cada uno de los incisos de ambos componentes, fueron aspectos que también fueron objeto de atención.

También se apoyó en las jornadas de trabajo con el jefe del DSPNA y los técnicos facilitadores para preparar la organización de los talleres dirigido a las regiones noroccidentales y regiones centro-sur-oriente, sobre el uso de la "guía para la formulación del Plan Regional de Gestión de las RISS" y se apoyó su desarrollo.

- El monitoreo y evaluación de la implementación de los planes regionales de la gestión de la red de servicios se efectuará cuando se concluya con la elaboración de los planes regionales de gestión de las RISS.
- Junto con la UGD y el DSPNA se desarrollaron dos talleres financiados por NEXOS/USAID y dirigidos a los 40 gestores descentralizados de las regiones sanitarias de Comayagua, Lempira, Intibucá, Copán, Choluteca, Santa Bárbara, La Paz y Olancho. Los mismos tuvieron como objetivo fortalecer las capacidades de las RS y de los gestores para el funcionamiento de los equipos de salud familiar en las redes involucradas. Se abordaron como temas: (i) la función de los equipos de salud familiar y su inserción comunitaria; (ii) el mapeo de las comunidades en el área de influencia de los gestores; (iii) el diagnóstico de salud comunitaria; (iv) la ficha familiar y su llenado; (v) la ficha de seguimiento al riesgo de los individuos; (vi) la programación de actividades; (vii) la asesoría técnica y colaboración para el plan de desarrollo local, y (viii) la autoevaluación y supervisión. El total de personas capacitadas fue de 94.

  En ambos talleres, los participantes expresaron conformidad con los lineamientos para operar los equipos de salud familiar y algunos participantes expresaron que ya habían estado aplicando los mismos y fueron aquellos gestores a los que NEXOS/USAID había capacitado previamente en el tema de trabajo comunitario.

  Los asistentes también tuvieron claridad que la participación de los coordinadores de las unidades de control de la gestión de las regiones en el taller, fue para que ellos también tuvieran conocimiento de los lineamientos de tal manera que al momento en que realicen las monitorias trimestrales del cumplimiento del convenio, tengan el mismo entendimiento que los gestores en relación a este tema.
- La rendición de cuentas de los gestores descentralizados de servicios de salud que se realiza para informar a la sociedad civil, comunidad organizada y las autoridades municipales sobre los resultados alcanzados y los recursos utilizados en el marco del convenio de gestión firmado con la SESAL, mostró avances después que se capacitaron los equipos técnicos correspondientes del gestor y de la SESAL. Se lograron en el período siete eventos de rendición de cuentas por seis gestores, siendo estos:
  - La red descentralizada de servicios de salud gestionada por la Cooperativa Mixta de Productores del Norte de Intibucá (COMIPRONIL) a la Alcaldía Municipal de Intibucá y sus comunidades. El evento fue realizado en cabildo abierto el día 17 de octubre del 2015, en la comunidad de Rio Grande del municipio de Intibucá.
  - La red descentralizada de servicios de salud de San Marcos, Santa Bárbara, gestionada por el Patronato Pro-Mejoramiento Unión San Marqueña rindió cuentas

en el evento realizado el 14 de noviembre 2015, con la participación de la alcaldía municipal, comisión de transparencia, cuadro artístico, red de voluntario, patronatos y juntas de agua, con un total de participantes de 133 personas.

- La red descentralizada de servicios de salud gestionada por la Municipalidad de Naranjito Santa Bárbara, en evento realizado el día 14 de noviembre del 2015 rindió cuentas en cabildo abierto en el municipio del Naranjito, con la participación del alcaldía municipal, representantes del gestor, comité de salud, comisionado de transparencia, con un total de 125 participantes.
- La red descentralizada de servicios de salud gestionada por la Asociación de Salud Municipal de Catacamas (ASAMUC), hizo su rendición de cuentas en el evento realizado el 30 de octubre 2015, con la participación de la alcaldía municipal, comisión de transparencia, embajador de Perú, representantes de la RS, juntas de agua, con un total de participantes de 155 personas.
- La red descentralizada de servicios de Salud MANCHORTI, municipalidad de San Antonio Copan la Jigua, rindió en evento realizado el 28 de septiembre 2015, con la participación de la alcaldía municipal, representantes de la RS, representantes de centros de salud, fiscal de la comisión de salud, representantes de patronatos, representantes de juntas de agua, representantes de la sociedad civil, con un total de participantes de 134 personas.
- La red descentralizada de servicios de salud del municipio de El Paraíso, gestionada por la mancomunidad CHORTI, efectuó su rendición de cuentas en evento realizado el 26 de octubre 2015, con la participación de la alcaldía municipal (alcalde, ocho regidores y secretaria), comisión de transparencia, juntas de agua, presidentes de comité de salud, red de voluntarios (Colvol y parteras), jefes de establecimientos de salud, representante de la RS, con un total de participantes de 127 personas.
- La red descentralizada de servicios de salud de primer nivel Belén Gualcho, Ocotepeque, efectuó su rendición de cuentas en evento realizado en cabildo abierto el 16 de noviembre 2015 en el municipio de Belén Gualcho.

Como producto de este seguimiento, se llegó a la conclusión que es necesario hacer mejoras al proceso para lo que se elaboró una propuesta de mejora al proceso de rendición de cuentas que fue presentado a la coordinadora de la UGD para establecer el cronograma de actividades y su ejecución.

Resultados esperados:

- **Hito 94.** Incrementada y extendida a la red hospitalaria pública, la implementación de los manuales de organización y procedimientos del Modelo de Gestión Hospitalario.
- **Hito 98.** Evaluación de la implementación del modelo de gestión hospitalaria.

Entregables:

- Informe trimestral de avance de la facilitación entre pares para la implementación del MGH.
- Informe sobre el avance del proceso de rendición de cuentas y transparencia, y auditoría social realizadas a los gestores descentralizados.

Tabla 2- Desafíos/ Retos programáticos durante el período reportado

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

PF RURAL

- La coordinación con el DSPNA, responsable de la implementación de ICEC, ofreció dificultades por complicaciones de las agendas lo que no permitió que acompañaran plenamente el proceso como estaba previsto.
- La no disponibilidad de los fondos previstos en los PTA financiados a través de la UAFCE para el desarrollo de las actividades de PF rural dentro de ICEC generó cierto enlentecimiento del proceso y reducción del ámbito en que hasta el momento ha podido cubrirse con fondos de ULAT. Un desafío importante para solventar esta situación fue la incorporación como financiadores de algunos gestores interesados en implementar el proceso en el corto plazo.

REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL

- El reto más relevante de los últimos años fue la falta de prioridad en la conducción de la política. No obstante, en este período el principal problema estuvo representando por la no disponibilidad de los fondos con que se financian los PTA de la SESAL, con los que estaba previsto realizar las actividades de socialización de los resultados de la evaluación de RAMNI y con base en ellos efectuar el rediseño o adaptación de la política. Esta misma causa provocó el retraso en el inicio de la prueba piloto de AIN-C.

CONE

- La adaptación tanto para los equipos institucionales como para los de la asistencia técnica a los nuevos lineamientos establecidos por la DGN para la elaboración de las normas y la satisfacción de los requerimientos que impone provocó demoras en la culminación del proceso de actualización de las normas.

RI 4.2 Servicios Sostenibles Materno- Infantil y Planificación Familiar

DO SESAL

- El reto más importante fue trabajar en un escenario de cambio en el nivel central de la SESAL que condujo a la incertidumbre en las contrapartes sobre el tema.
- Otro reto fue mantener el tema del DO en la agenda de las RS en circunstancias en que no se disponía del financiamiento de los PTA para el desarrollo de las actividades programadas a desarrollar en este nivel.

MARCO LEGAL

- Este proceso no tuvo dificultades en su desarrollo, puesto que la aprobación de la Ley Marco del Sistema de Protección Social le proporcionó la viabilidad requerida. No obstante el desafío estribó en encontrar las oportunidades en el contenido de dicha ley para consolidar la propuesta que la SESAL tiene sobre el SNS y que es el tema central de la ley.

MODELO DE SALUD

- Hubo retraso en la aprobación formal por parte de la Subsecretaría de RISS de la Propuesta Nacional de Configuración y Delimitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud finalmente definidas por los equipos de conducción de las veinte RS con el apoyo técnico del DSPNA y la asistencia técnica y financiera de ULAT/USAID.
- Se tuvo que controlar la frecuente introducción por parte de otras instancias de la Subsecretaría de RISS, de elementos de confusión al proceso de implementación de las redes ya configuradas y delimitadas por los equipos de conducción de las veinte RS y validadas por el DSPNA.

DESCENTRALIZACIÓN

- Lograr la oportunidad para el desarrollo de los talleres dadas otras múltiples actividades programadas parte de la Subsecretaría RISS y que tenían como requerimiento la participación del DSPNA.
- El número de hospitales cuya gestión fue delegada a finales del presente año, demanda la facilitación para que los mismos puedan contar con un diagnóstico acertado y de esa forma elaborar sus planes de intervención. Sin embargo, la respuesta institucional de la SESAL es limitada.

Tabla 3- Actividades para el siguiente periodo de reporte

Transversalización de género
ACTIVIDADES
▪ Potenciar el empoderamiento y la participación en mujeres y hombres en el autocuidado personal, familiar y comunitario de la Planificación Familiar, en el marco de la ICEC a través de equipos regionales, de RIIS y comunitarios.
▪ Fortalecimiento de los procesos políticos para la transversalización de género en la SESAL.
▪ Brindar asistencia técnica para la elaboración de una estrategia de género que permita la implementación de la política.
▪ Dar seguimiento al ajuste de la propuesta para la organización, capacitación y funcionamiento de un equipo de integración de género que conduzca los procesos de transversalización de la política en la SESAL.

RI.4.1 Incrementado el uso y acceso a servicios MI y PF de calidad
PF RURAL
▪ Brindar asistencia técnica para efectuar la expansión de PF rural en las regiones seleccionadas utilizando la guía metodológica elaborada para su implementación.
▪ Brindar apoyo en el seguimiento al proceso de PF rural en las redes intervenidas en el año 4 del proyecto.
▪ Apoyar la implementación y funcionamiento del sistema automatizado de información de las estrategias comunitarias que incluye PF en el área rural.
▪ Brindar asistencia técnica al proceso de programación de las actividades de PF a nivel nacional a fin de garantizar que las actividades de las redes de servicios en las que se esté implementando PF rural sean incluidas.
▪ Apoyar la realización de un inventario físico de anticonceptivos a nivel nacional.
▪ Apoyar el funcionamiento de la HCDL.
REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL
▪ Apoyar el diseño o adaptación de la política nacional para reducir en forma acelerada la mortalidad materna y en la niñez en base a los resultados de la evaluación.
▪ Apoyar las actividades de la vigilancia sostenida de la mortalidad materna e infantil.
▪ Apoyar la ejecución del plan de asistencia técnica para fortalecer las intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad materna e infantil en la RS de El Paraíso.

▪ Apoyar la ejecución de prueba piloto para la aplicación de la propuesta de ULAT/USAID de lineamientos de la estrategia de AIN-C para proveedores descentralizados.
CONE
▪ Apoyar la actualización de los manuales de normas y protocolos de atención materno neonatal en los niveles ambulatorio, CMI y hospitalario, en base a la evidencia científica actualizada y a las disposiciones contenidas en los procesos regulatorios de la SESAL.
▪ Apoyar el desarrollo de capacidades en aplicación de las normas maternas y neonatales del personal institucional de las redes de servicios en las que se implementa ICEC.
▪ Apoyar la expansión del uso de "Listas de Chequeo para la aplicación de las normas materno neonatales" en el marco del MGH.
▪ Apoyar la implementación de la historia clínica de hospitalización neonatal en los hospitales priorizados.
▪ Apoyar la implementación de la "Historia clínica neonatal ambulatoria".
▪ Apoyar la expansión a nivel nacional del uso de la historia clínica perinatal con las gráficas de vigilancia de altura de fondo uterino (AFU) y ganancia de peso incorporadas.

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

descentralizados.
▪ Brindar asistencia técnica para el monitoreo del proceso de rendición de cuentas y transparencia de los gestores descentralizados de los servicios de salud.

VI. Planes de Trabajo Anual de la SESAL (PTA)

En la definición de las actividades del plan de trabajo para el período de extensión se constituyó como un supuesto importante que el desarrollo de algunas tareas específicas de las mismas estarían financiadas con fondos bilaterales de USAID para la SESAL ubicados en la UAFCE y que ya comprometidos no habían sido ejecutados. Dada esta complementariedad, la falta de disponibilidad de estos fondos, en la mayor parte del trimestre, fue un elemento contextual importante del proyecto.

Esta falta de disponibilidad estuvo provocada por las dificultades confrontadas por la SESAL para la liquidación del financiamiento ya ejecutado y que en la práctica condicionó un retraso bastante prolongado en las actividades que estaban programadas para desarrollarse.

Para contribuir a minimizar el impacto de este retraso, ULAT apoyó a la SESAL en múltiples jornadas de trabajo para: (i) conocer el estatus de los procesos administrativos y financieros con respecto a liquidaciones pendientes; (ii) desarrollar las actividades preparatorias de tal forma que el reinicio de la ejecución de las actividades se efectuara lo más pronto posible una vez que se dispusiera de los fondos, y (iii) establecer acuerdos para agilizar la readecuación de los PTA en función de los fondos disponibles y de los tiempos en que las actividades puedan desarrollarse.

Como parte de este proceso, ULAT formuló una guía que pueda permitir la ejecución acelerada de las actividades planteadas en el PTA asignado a la Subsecretaría de RISS, a fin de hacer posible una toma adecuada de decisiones. Para este mismo fin, se concertó que el monto para el primer desembolso sería por un valor de 6 millones de lempiras, para lo cual la UAFCE debería hacer una nueva solicitud por ese monto y se procedió a ajustar los POA considerando los tiempos de ejecución de las actividades en función que la fecha de disponibilidad de los fondos se estableció para el mes de diciembre. También se acordó que aún no teniendo la disponibilidad en la UAFCE, las actividades que están programadas en los PTA con estos fondos remantes pueden ser ejecutadas y reconocidos los gastos pagados vía solicitud de reembolso.

Se acordó: (i) establecer un mecanismo de seguimiento con visitas in situ a cada unidad ejecutora (UE) exigiendo que las liquidaciones se hagan en forma mensual como condición para el siguiente desembolso; (ii) los desembolsos ya no se realizarán por cheques sino vía transferencias; (iii) no incluir a la RS de Islas de la Bahía, por los problemas que presentó en sus liquidaciones, y (iv) fortalecer el proceso de auditoría interna con la incorporación de nuevos recursos en esta área.

Se solicitó que ULAT apoyará a la UAFCE en el monitoreo técnico de la ejecución del PTA en coordinación con el técnico responsable de la SESAL que se designe y se apoyó la organización y desarrollo del taller para socializar a las RS, los lineamientos técnicos y administrativos que normarán el uso de los fondos. Específicamente, el taller tuvo como objetivos: (i) conocer los lineamientos administrativos para la ejecución de los fondos USAID administrados por la UAFCE; (ii) conocer los lineamientos sobre el nuevo sistema de facturación de la Dirección ejecutiva de ingresos (DEI); (iii) conocer los lineamientos técnicos para la ejecución de los respectivos PTA, y (iv) ajustar las fechas de realización de las actividades del PTA con fondos remanentes.

Como resultados del taller: (i) los jefes regionales, jefes de unidad de planeamiento y responsables administrativos del manejo de fondos de cooperación externa, conocieron y están preparados para ejecutar adecuadamente los fondos del PTA financiado por USAID; (ii) los participantes conocieron el instrumento y la importancia del informe mensual obligatorio de ejecución técnica y financiera de las actividades de los PTA, y (iii) se reprogramaron las fechas para ejecutar las actividades del PTA.

Adicionalmente, en función de la decisión de USAID de ubicar para su administración en la OPS, fondos adicionales para financiar actividades de la cooperación brindada a la SESAL, se apoyó a esta institución en la elaboración de los planes correspondientes al financiamiento aprobado.

Se reitera que tanto las actividades incluidas en los planes financiados con los fondos remanentes como en aquellas de los planes financiados con los fondos adicionales, se tuvo el cuidado que estuvieran debidamente alineadas con la cooperación técnica que brinda ULAT.

VII. Monitoreo y Evaluación.

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador I	*Definición del Indicador*	Meta **Año 5***	*Periodicidad*	**Resultados Obtenidos**				
				Línea Base	**Año 4**	**Año 5**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.1 Incrementado el Uso y el Acceso a Servicios MI y PF de CALIDAD								
Años Protección Pareja (APP)	*La estimación de protección proporcionada por los métodos anticonceptivos durante el período de un año, basados en el volumen de todos los anticonceptivos vendidos o distribuidos gratuitamente a los clientes durante ese período.* *Unidad: APP*	431,494 (nueve meses)	Trimestral acumulativo	449,609	475,434	**151,327**		
Comentario Y5Q1: Lo obtenido satisface las expectativas, ya que representa 105% de la meta establecida.								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 3	Definición del Indicador	Meta **Año 5**	Periodicidad	Resultados Obtenidos				
				Línea Base	**Año 4**	**Año 5**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.1 Incrementado el Uso y el Acceso a Servicios MI Y PF de CALIDAD								
Número de personas capacitadas en PF/SR con fondos del GEU	*Número de personas (profesionales de salud, personal de atención primaria en salud, trabajadores comunitarios, voluntarios, personal no de salud) capacitados en los temas de PF y salud reproductiva.* *Unidad: Persona capacitada*	740	Trimestral acumulativo	**0**	426	**397** *239 mujeres* *158 hombres*		
Comentario Y5Q1: Se ha obtenido un 54% de lo estimado para todo el período. Componente PF - SMI Total: Talleres para Implementación de ICEC y PF Rural (228 mujeres y 147 hombres) Componente Género Total: Taller de entendimientos de Género en el marco de ICEC (11 mujeres y 11 hombres)								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 6	Definición del Indicador	Meta **Año 5**	Periodicidad	**Resultados Obtenidos**				
				Línea Base	**Año 4**	**Año 5**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.1 Incrementado el Uso y el Acceso a Servicios MI Y PF de CALIDAD								
Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado en programas asistidos con fondos del GEU	*Parto atendido en un hospital o clínica materna e infantil de la SESAL o en las unidades de salud con gestión descentralizada. Para considerarse como atención por personal calificado, se incluyen a médicos, enfermeras calificadas* *Unidad: Parto atendido en CMI/ Hospital/ o Desc.* *Unidad Medida: Partos*	**70%**	*Trimestral acumulado*	52%	66%	**80%**		
Comentario Y5Q1: Se ha alcanzó un nivel del indicador por encima de la meta establecida. Se atribuye esto a que la información sobre partos atendidos ha mejorado notablemente en el último período de tal manera que se recogen datos de todas las unidades de salud involucradas.								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 8	Definición del Indicador	Meta **Año 5**	Periodicidad	**Resultados Obtenidos**				
				Línea Base	**Año 4**	**Año 5**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.1 Incrementado el Uso y el Acceso a Servicios MI Y PF de CALIDAD								
Número de Mujeres recibiendo manejo activo del tercer periodo del Parto (AMSTL) a través de programas apoyados por el GEU	Mide el total de mujeres con MATEP de acuerdo a las normas nacionales	76,080 (nueve meses)	Trimestral acumulativo	99,287	99,513	**31,262**		
Comentario Y5Q1:								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 10	Definición del Indicador	Meta **Año5**	Periodicidad	**Resultados Obtenidos**				
				Línea Base	**Año 4**	**Año 5**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.2 Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar								
Número de personas capacitadas en temas de salud materno-infantil a través de programas apoyados por el Gobierno de Estados Unidos	Número de personas (profesionales de salud, trabajadores de salud, trabajadores comunitarios, personal voluntario, etc.) capacitados en temas de salud materno/neonatal y nutrición a través de programas apoyados por el gobierno de EUA. Unidad: Persona	-	Trimestral acumulativo	0	*848*	**36** *32 Mujeres* *4 Hombres*		
Comentario Y5Q1: Componente PF - SMI: Total: CONE Mixto 36 personas (32 mujeres y 4 hombres)								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 13	Definición del Indicador	Meta **Año 5**	Periodicidad	Resultados Obtenidos				
				Línea Base	**Año 4**	**Año 5**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.2 Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar								
Porcentaje de proveedores descentralizados en cuyos contratos se ha incluido la cláusula de auditoria social	*Define la cantidad de proveedores descentralizados en relación con la cantidad total de proveedores meta por año, que han firmado sus contratos con una cláusula de auditorías sociales incluidas en los mismos. En términos generales, la cláusula de auditoría social requiere que cada proveedor descentralizado sea sometido a procesos de auditoría social y transparencia.*	100%	Trimestral acumulativo	**0**	100%	**100%**		
Comentario Y5Q1:								

Plan de Monitoreo del Desempeño								
Indicador 16	Definición del Indicador	Meta **Año 5**	Periodicidad	**Resultados Obtenidos**				
				Línea Base	**Año 4**	**Año 5**		
						Trim I	Trim II	Trim III
RI 4.2 Servicios de Salud Sostenibles para la atención Materno Infantil y en Planificación Familiar								
Número de hospitales preparados para iniciar la implementación del Nuevo modelo de gestión hospitalaria	Número de hospitales en los cuales se han completado la etapa preparatoria (condiciones básicas previas listadas en la definición de hospitales preparados) y para los cuales la Sub-secretaria de Redes de Servicios de la SESAL determina que el equipo de conducción hospitalario se encuentra listo para iniciar la implementación del nuevo modelo de gestión hospitalario. Unidad: Hospital	4	Semestral	**0**	**2**	**4**		
Comentario Y5Q1:								

VIII. Gerencia de Proyecto

Tabla 4- Prioridades Gerenciales abordadas en este período de reporte

Prioridades gerenciales	Estado	Comentarios
Formulación y puesta en marcha de la ruta para el cierre del proyecto en junio 2016.	En ejecución	La propuesta fue formulada y se ha iniciado su implementación.
Revisión y actualización del plan de desmovilización que incluye en plan de disposición de equipo.	En proceso	El plan fue revisado y se encuentra en proceso de ajuste para los últimos detalles que deben ser incluidos en el plan de disposición de equipo. Aunque este plan debe ser presentado a USAID 90 días antes de la finalización del proyecto, se ha decido su presentación en el próximo mes de enero.
Verificar y ejecutar las actividades legales y administrativas correspondientes a la finalización progresiva de contratos del personal del proyecto.	En ejecución	Se han efectuado los preavisos al personal próximo a concluir su contrato de acuerdo a los tiempos establecidos por la ley.
Participar de la reunión semanal con el COR del proyecto para monitorear el desarrollo de las actividades en cada componente del proyecto.	Ejecutado en forma continua y sistemática	Es un aspecto estratégico de mucha importancia que contribuye al éxito del proyecto.
Concluir el proceso de contratación del profesional que ocupará la plaza de coordinador de contabilidad y administrativo.	Finalizado	La persona seleccionada fue contratada a partir del 4 de diciembre de 2015.
Formular y remitir el informe anual (cuarto año del proyecto) para aprobación de USAID.	Finalizado	El informe fue remitido a USAID el 30 de octubre de 2015, en cumplimiento a las cláusulas del Contrato No. AID-522-C-11-000001 y sus adendas. Se está a la espera de las observaciones.
Apoyar y dar seguimiento a los planes de trabajo (PTA) de la SESAL con fondos de USAID.	En ejecución	Los planes fueron formulados y aprobados por USAID. Se inició su ejecución y ULAT está brindando asistencia en la misma.
Brindar asistencia a la SESAL para formular los planes a ser financiados con fondos adicionales de USAID administrados por la OPS.	Finalizado	Los planes fueron formulados, aprobados por la SESAL y remitidos a la OPS. Se encuentra pendiente la información sobre la disponibilidad efectiva de los fondos.
Continuar con las acciones de coordinación OPS, para la discusión de los temas de cobertura universal de salud y el conjunto garantizado de prestaciones que están vinculados con el MNS, y sobre la formulación de la propuesta de ley del SNS ajustada a la Ley Marco del Sistema de Protección Social.	En proceso	Se realiza de acuerdo a un plan de trabajo establecido. El borrado de la propuesta de ley del SNS fue finalizado, remitido a la SESAL y aprobado por la Ministra de Salud.
Continuar con la participación en reuniones	Ejecutado	Las reuniones se efectúan por

de seguimiento del plan de monitoreo del proyecto (PMP) con los mecanismos implementadores de USAID.	en forma continua y sistemática	convocatoria de USAID.
Análisis sistemático de los escenarios políticos, sociales y económicos que inciden sobre el desarrollo del proyecto.	Ejecutado en forma continua y sistemática	Se requieren identificar los aspectos facilitadores u obstaculizadores del desarrollo del proyecto.

Tabla 5- Prioridades Gerenciales para el Próximo Periodo

Prioridades Gerenciales para el siguiente periodo de reporte	Comentarios
Continuar con las actividades del plan de cierre del proyecto.	Las actividades serán finalizadas en junio de 2016.
Remisión del plan de desmovilización y del plan de disposición de equipo a USAID para su aprobación.	Este plan será remitido a USAID en el mes de enero de 2016.
Readecuación de la estructura orgánica del proyecto en función de la finalización progresiva de contratos del personal del proyecto.	El cierre progresivo del proyecto en el periodo de extensión implicará el reconocimiento de los derechos laborales para el personal que finalizará su contrato y la verificación del cumplimiento de todos los elementos relacionados con los procesos técnicos que se culminan.
Participar de la reunión semanal con el COR del proyecto para monitorear el desarrollo de las actividades en cada componente del proyecto.	Es un aspecto estratégico de mucha importancia que contribuye al éxito del proyecto.
Elaboración y remisión del informe trimestral (Y5Q1) del proyecto, para aprobación de USAID y preparar los ajustes de acuerdo a las observaciones que sean efectuadas.	El informe será remitido el 8 de enero de 2016.
Seguimiento a la exoneración de impuestos para el periodo 2016.	Se seguirán las actividades de acuerdo a los procedimientos administrativos establecidos.
Continuar con la coordinación con el BID en relación a: (i) la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015), en el ámbito de influencia de dicho proyecto, y (ii) el fortalecimiento del rol rector y el DO de la SESAL.	De acuerdo a la ejecución de los procesos de los proyectos y a los acuerdos que se vayan estableciendo oportunamente.
Coordinar con OPS para definir técnicamente enfoques y abordajes: (i) en el fortalecimiento de las instancias de conducción de la estrategia para la reducción acelerada de la mortalidad materna, (ii) en la descentralización hospitalaria; (iii) los temas relacionados con la instrumentación del MNS y sobre la estrategia para la cobertura universal de salud, y (iv) apoyo a la SESAL en la discusión de la propuesta de ley del SNS con las instancias respectivas.	De acuerdo a la ejecución de los procesos de los proyectos y a los acuerdos que se vayan estableciendo oportunamente.

Prioridades Gerenciales para el siguiente periodo de reporte	Comentarios
Apoyar a la UAFCE en los aspectos relacionados con los PTA financiados por USAID.	Se hará monitoría permanente de la ejecución de los planes. Se participará en las reuniones de coordinación entre USAID y la SESAL.
Apoyar a la SESAL en el seguimiento a los PTA con fondos de USAID administrados por la USAID.	Se hará monitoría permanente de la ejecución de los planes. Se participará en las reuniones de coordinación entre USAID y la SESAL.
Continuar con la participación en reuniones de seguimiento del PMP con los mecanismos implementadores de USAID.	Las reuniones se efectúan por convocatoria de USAID.
Análisis sistemático de los escenarios políticos, sociales y económicos que inciden sobre el desarrollo del proyecto en el marco de la nueva administración.	Se requieren identificar los aspectos facilitadores u obstaculizadores del desarrollo del proyecto.

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

Rubro (Line Item)	Gasto Anticipado
Uso de los Servicios de Calidad en Salud Materna e Infantil y Planificación Familiar Incrementado	US$135,000
Servicios Sostenibles Materno- Infantil y Planificación Familiar	US$270,000
Sistemas de Vigilancia Epidemiológica/de Salud y de Monitoreo y Evaluación actualizados y mejorados	US$45,000

IX. Principales Conclusiones

La evaluación general de la implementación del plan de trabajo para este período permite arribar a las siguientes conclusiones:

i. 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 formulación de la propuesta de ley del SNS como instrumento legal complementario a la la Ley Marco del Sistema de Protección Social que entró en vigencia el 4 de septiembre de este año. La ley del SNS configura las instituciones que lo integran con sus roles principales y modifica algunas líneas de trabajo desarrolladas por el proyecto, específicamente de aquellas relacionadas con el tema de aseguramiento público y el fondo nacional de salud. La discusión y aprobación de ley del SNS está incluída en la agenda legislativa del 2016.

ii. La falta de disponibilidad en la SESAL durante la mayor parte del trimestre, de los fondos bilaterales no ejecutados, debido a las dificultades en la liquidación de los mismos, implicó el enlentecimiento de algunas de las actividades programadas en el plan de extensión del proyecto, debido a la complementariedad prevista en las actividades financiadas con los fondos bilaterales con aquellas que están incorporadas en dicho plan. Sin embargo, se identificaron algunas estrategias para reducir el impacto de esta situación como la búsqueda de financiamientos alternativos para el desarrollo de las capacitaciones previstas a nivel de los gestores.

iii. Debido a la incidencia que la complementariedad de las actividades tiene como elemento contextual del proyecto, ULAT dedicó esfuerzos importantes en apoyo a la SESAL para la reelaboración de los PTA que se habían formulado, ajustando las actividades en sus montos financieros y en sus tiempos de ejecución, de tal forma que estuviesen debidamente preparados al momento de tener acceso a los fondos bilaterales. También con este fin se apoyó la capacitación de los funcionarios de la SESAL en los lineamientos técnicos y administrativos establecidos para normar la ejecución de estos fondos, de tal manera de hacer expedito su uso.

iv. Por la naturaleza del proyecto y las circunstancias en que desarrolla la SESAL sus acciones, demandó de ULAT 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 son posibles gracias al buen posicionamiento del proyecto frente a la SESAL, que permite ubicar en la agenda política de la cúpula ministerial los temas que se consideran más relevantes.

v. La decisión de la SESAL de expandir la descentralización en el segundo nivel de atención, con la generación de un impulso no previsto en este proceso de trascendental importancia, demandó esfuerzos de la asistencia técnica para acompañar adecuadamente esta línea de trabajo.

vi. Se continuaron generando condiciones propicias para avanzar en las actividades vinculadas al área de PF rural. Los gestores descentralizados de la prestación de servicios de salud continúan

manifestando interés en la implementación de la ICEC, a tal grado que se han podido financiar actividades que permiten su puesta en marcha.

vii. 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.

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

ix. 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.

X. Listado de Anexos

Hito	Nombre de Hito	Documento Entregable	Estatus de Entrega	Fee
	Transversalización de Género	Informes trimestrales de avance del proceso del grupo de integración en el Marco de la ICEC a través de equipos regionales.	Entregado	NO
70	Nueva estructura organizativa de la SESAL implementada completamente.	Informe trimestral de avance en la implementación del DO del nivel central y regional.	Entregado	SI*
157	Propuesta de ley del sistema nacional de salud acorde a la ley marco de protección social formulada.	Propuesta ajustada de la ley del SNS acorde a la ley marco del sistema de protección social y oficio de la SESAL de aprobación.	Entregado	NO
79	Elaboradas y aprobadas las guías o instrumentos para los componentes de gestión y financiamiento del MNS (fase II).	Informe de avances en la formulación de la Propuesta Configuración y Delimitación de las RISS.	Entregado	NO
94 y 98	Incrementada y extendida a la red hospitalaria pública, la implementación de los manuales de organización y procedimientos del Modelo de Gestión Hospitalario. Evaluación de la implementación del modelo de gestión hospitalaria.	Informe trimestral de avance de la facilitación entre pares para la implementación del MGH.	Entregado	NO
		Informe trimestral del proceso y resultados de la presentación de rendición de cuentas y transparencia, y auditoria social realizadas a los gestores descentralizados	Entregado	NO

**Este hito ya fue alcanzado en períodos anteriores, para la etapa de extensión se propuso continuar realizando algunas de sus actividades para lograr una mayor consolidación y sostenibilidad del proceso.*

XI. Anexos