

**PROGRAMA DE REORGANIZACION INSTITUCIONAL Y EXTENSION DE LOS SERVICIOS  
BASICOS DEL SECTOR SALUD**

(HO-0032)

**RESUMEN EJECUTIVO**

<b>PRESTATARIO Y GARANTE:</b>	República de Honduras	
<b>ORGANISMO EJECUTOR:</b>	Secretaría de Salud (SS)	
<b>MONTO Y FUENTE:</b>	BID: (FOE)	US\$36,0 millones
	Contrapartida local:	US\$ 4,0 millones
	Total:	US\$40,0 millones
<b>PLAZOS Y CONDICIONES FINANCIERAS:</b>	Plazo de amortización:	40 años
	Período de Gracia:	10 años
	Período de desembolso:	5 años
	Tipo de interés:	1% durante el período de gracia y 2% en adelante.
	Inspección y vigilancia:	1% del monto del Préstamo.
	Comisión de crédito:	0,5% sobre montos no desembolsados.
<b>OBJETIVOS:</b>	<p>El Programa tiene como objetivos: (i) contribuir a establecer las bases (institucionales, metodológicas y gerenciales) para que la Secretaría de Salud (SS) pueda en el mediano plazo, diseñar e implementar la reforma del sector y (ii) en el corto plazo, mejorar la calidad de los servicios y fortalecer la promoción y educación en salud a través de la extensión del acceso a servicios de atención primaria.</p>	
<b>DESCRIPCION:</b>	<p>El Programa se conceptualiza como un proyecto de transición y largo alcance que desarrollará la reforma institucional de la Secretaría de Salud, que complementa acciones iniciadas con la Cooperación Técnica del Programa de Reforma del Sector Público (PRSP/CTPRSP: PR-967/SF-HO y PR-968/SF-HO), soluciona problemas actuales de salud y prepara la capacidad institucional para la futura reforma del sector.</p> <p>En relación con el primer objetivo el Programa contribuye a: (i) complementar la reorganización institucional de la SS a través del financiamiento de actividades orientadas a la racionalización de sistemas y reorganización técnico-administrativa del</p>	

Ministerio; (ii) la realización de un plan piloto de reforma hospitalaria que comprende actividades de reorganización, modernización gerencial y fortalecimiento de la autonomía en 6 hospitales incluyendo acciones para la rehabilitación y reequipamiento de 3 hospitales y para el fortalecimiento del sistema nacional de emergencias en otros 3 hospitales ya existentes con lo cual se iniciaría la reforma hospitalaria, y (iii) el desarrollo de la capacidad técnico-gerencial del sector requerida para ejecutar el Programa y preparar las bases de una futura operación de reforma sectorial. Ello se logrará a través de asistencia técnica y de la realización de tres estudios de ámbito sectorial.

Referente al segundo objetivo, el Programa pretende solucionar problemas de salud que afectan principalmente a la población pobre, mujeres y niños, con financiamiento de acciones orientadas a: (i) extender el Programa de Acceso con servicios básicos; y, (ii) fortalecer tres programas de salud pública (educación en salud, vigilancia epidemiológica con especial atención al control del SIDA, y mejoramiento nutricional).

El Programa se estructura a través de dos componentes:

A. **Componente de Desarrollo de las Bases para la Reforma del Sector Salud (US\$24.800.000)**, que sería desarrollado a través de 3 actividades:

(a) reorganización institucional de la Secretaría de Salud, con el propósito de modernizar la institución y hacerla más eficiente. Ello se realizaría a través de la reorganización del nivel central (homologar la estructura jerárquica de la SS, mejorar y descentralizar sistemas de administración de recursos como personal, suministros y presupuesto), y la readecuación de las políticas institucionales del sector comprendiendo la redefinición de roles institucionales; la creación de mecanismos de coordinación de la Secretaría de Salud, tanto con el Seguro Social como con el Sector Privado, y la generación de mecanismos de acreditación de establecimientos para mejorar la calidad de la atención de salud;

(b) Un programa piloto para la reforma hospitalaria que financiará el desarrollo de un nuevo modelo de organización y atención hospitalaria que se realizaría a través de un plan piloto en 6 hospitales estructurado alrededor de: (i) el fortalecimiento de la autonomía hospitalaria entendida como el manejo descentralizado del presupuesto, del personal y del sistema de suministros; la participación de la sociedad civil a través de Comités de Apoyo o Patronatos; la implantación de mecanismos de recuperación de costos; la formalización de contratos de gestión entre la SS y Hospital y la contratación de servicios generales (limpieza, vigilancia) que serían ofertados con la participación privada; (ii) la modernización gerencial en 6 hospitales comprendiendo el desarrollo de nuevos sistemas de gestión: información gerencial, administración de personal, suministros, contabilidad, presupuesto, control de calidad, transportes y comunicaciones, y mantenimiento; (iii) la rehabilitación físico-funcional y reequipamiento básico de 3 hospitales, (iv) el desarrollo del sistema nacional de emergencias utilizando infraestructura existente en 3 hospitales y (v) la aplicación de medidas de seguridad ambiental en dichos hospitales.

(c) el desarrollo de la capacidad operativa institucional. La Unidad Coordinadora del Programa (UCP) tendrá responsabilidad para la ejecución del Programa y para preparar la documentación y establecer las metodologías que sustenten técnicamente la futura reforma del sector, incluyendo la contratación de servicios de consultoría para realizar los procesos de evaluación intermedia y final. También tendrá la responsabilidad de supervisar la realización de tres estudios sectoriales: promoción de la participación del sector privado en la prestación de servicios, análisis del régimen de salud de la Seguridad Social, y análisis de la violencia doméstica como problema de salud.

B. Componente de Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (US\$9.400.000). Este componente está orientado a mejorar la protección de núcleos de población en riesgo social y epidemiológico

(pobres, mujeres y niños) a través del financiamiento de dos acciones:

- (a) la extensión del Programa de Acceso de acceso" a la población que carece de cobertura de servicios básicos (30% de la población que corresponde a aproximadamente 45% de municipios del país) incluyendo el fortalecimiento de la gestión de nivel local, la participación de la sociedad civil, reorganización del sistema de prestaciones, y,
- (b) el fortalecimiento de 3 programas de salud pública: educación sanitaria, vigilancia epidemiológica para la prevención y control de enfermedades con especial atención al control del SIDA en mujeres embarazadas, y mejoramiento nutricional (micronutrientes y lactancia materna).

**CLASIFICACION  
AMBIENTAL:**

El Resumen Ambiental del Programa indicó que se tendrían impactos positivos en las condiciones ambientales ya que se implementarán actividades de capacitación al personal hospitalario sobre las medidas de prevención y protección en relación con el control de los residuos sanitarios, así como se aplicarán acciones de protección ambiental con especial atención a la disposición y control de residuos líquidos y hospitalarios. (Ver párrafo 4.11 y resumen ambiental). En otro sentido y dada la naturaleza del Programa, casi todas sus acciones están dirigidas a lograr impacto en las condiciones sociales de los grupos humanos más vulnerables: pobres, mujeres y niños. En efecto, el análisis de beneficiarios (párrafo 4.26) expresa la focalización del programa en población con mayor nivel de pobreza. El impacto en la población femenina e infantil, es prioritario en este programa ya que tanto las acciones del componente de fortalecimiento de la atención primaria de salud (párrafo 2.19) a través del "programa de extensión del acceso" están orientados prioritariamente a la atención de la mujer y del niño con impacto esperado en la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil. De igual manera, a través de las acciones de Fortalecimiento de los Programas de Salud Pública, beneficiará a dichos grupos de riesgo (mujer y niño) especialmente por las actividades de educación sanitaria, vigilancia epidemiológica, mejoramiento nutricional de la embarazada y del menor de 6 años y control del SIDA en las embarazadas infectadas con VIH. El Programa comprende actividades de educación sanitaria y atención de salud que tendrán una acción específica

para población indígena (párrafo 2.19 "b"). Los 3 hospitales seleccionados para ser rehabilitados y reequipados fueron priorizados por su apoyo al programa de acceso y por sus actividades programadas para la atención de la mujer (embarazo, parto, puerperio, promoción de la salud reproductiva y lactancia materna) y del niño (crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, atención básica). El Programa comprende la realización de un estudio sobre violencia doméstica con el propósito de identificar el impacto en la salud de la mujer y niño y definir estrategias de atención sectorial.

**BENEFICIOS:**

El Programa focaliza la mayoría de los beneficios en la población en condición de pobreza y mayor riesgo epidemiológico. La estimación de beneficiarios es de 2.590.000 habitantes (47% del país), de los cuales 920.000 serían menores de 6 años (70% de la población de dicha edad) y 555.000 serían mujeres en edad fértil (46% de dicha población). Con el Programa de Acceso se aumentará la cobertura con servicios básicos a 80% de los municipios. El Programa tendría otros beneficios derivados de la mayor eficiencia institucional, lo cual tendría efectos positivos en la productividad y rendimiento.

**RIESGOS:**

La incertidumbre del Programa se relaciona con su sustentabilidad financiera. El gasto público en salud es bajo y está mal focalizado. En ese contexto, la estructura del Programa ha sido diseñada para mejorar la focalización y hacer más eficiente dicho gasto. La debilidad operativa de la SS constituye un problema de cierto riesgo para la ejecución del Programa. Las acciones coordinadas de la CTPRSP y del Programa constituyen medidas positivas para minimizar dicho eventual riesgo.

**ESTRATEGIA DEL  
BANCO EN EL PAIS  
Y EN EL SECTOR:**

La estrategia del Banco en el país se orienta a la reducción de la pobreza; al desarrollo del capital humano; al fortalecimiento institucional y apoyar la modernización del Estado. En salud la estrategia del Banco se orienta a mejorar la eficiencia, efectividad y equidad del sistema.

**IMPACTO EN LA  
POBREZA:**

El Programa cumple con los criterios de la Octava Reposición de Recursos del Banco, ya que está orientado geográficamente a poblaciones con la mayoría de habitantes en situación de pobreza. Las intervenciones propuestas dan prioridad a acciones preventivas de mayor externalidad positiva en la salud de la población en general, focalizando sus acciones en los grupos humanos de mayor riesgo: mujeres, niños y pobres.

**CONDICIONES  
CONTRACTUALES  
ESPECIALES:**

Condiciones Previas al Primer Desembolso

Antes del primer desembolso se requiere que: (i) se haya constituido la Unidad Coordinadora del Programa (UCP) con local y personal básico de acuerdo a la estructura previamente acordada con el Banco (Ver 3.4 y 3.5); (ii) se presente el Plan Operativo Anual (POA) para el primer año de ejecución en los términos indicados en 3.10 , y (iii) se presenten los Términos de Referencia definitivos para el desarrollo de las actividades contempladas en el POA del primer año.

Condiciones Especiales previas para el desembolso de recursos para las inversiones en hospitales

Los desembolsos de recursos del financiamiento correspondientes a la rehabilitación integral de 3 hospitales y al fortalecimiento del sistema nacional de emergencias en otros 3 hospitales, están condicionados a que se cumplan a satisfacción del Banco, las actividades y criterios descritos en 2.9 a 2.15 del presente documento.

Otras Condiciones

Presentar, treinta días antes de la fecha de la evaluación intermedia (que sería realizada a los 30 meses de vigencia del préstamo) los siguientes documentos: Informe sobre la situación general del Programa; Análisis de cumplimiento de las actividades contempladas en los planes operativos aprobados y una propuesta para las fases a seguir.

El Contrato de Préstamo incluirá, además, las cláusulas estándares del Banco relativas a, entre otras, auditoría, informes, inspecciones, evaluación de préstamos, adquisición de bienes, contratación de servicios para construcción de obras y contratación de consultores.

**EXCEPCIONES A LAS  
POLITICAS  
DEL BANCO:**

Ninguna

**CONDICIONES SOBRE  
ADQUISICIONES:**

La contratación de servicios por valores superiores a US\$250.000 y la adquisición de bienes superiores a US\$1.000.000 requerirán licitaciones públicas internacionales. El párrafo 2.22 describe la distribución de los costos directos del Programa por las distintas categorías de inversión y el anexo III presenta el plan tentativo de adquisiciones.

## I. MARCO DE REFERENCIA

### A. Contexto Económico

- 1.1 Luego de una década de inestabilidad económica --caracterizada por altibajos en la evolución del PIB, desempleo, elevados déficits fiscales y marcado endeudamiento externo-- se inicia en 1990, un programa de estabilización y ajuste estructural que fue apoyado por el ESAF del FMI y la Banca Multilateral. El País en 1994 aprobó la ley de reestructuración de mecanismos de ingresos y reducción de gastos del sector público y propuso una disciplina fiscal para hacer frente a la situación de desbalance financiero. El Gobierno aprobó en 1995 (con financiamiento del Banco) el programa de Reforma del Sector Público (PRSP: PR-967/SF-HO) para la modernización del Estado que incluía una Cooperación Técnica (PR-968/SF-HO) para iniciar la reforma institucional en 4 sectores: salud, educación, recursos naturales y comunicaciones. La adopción de las medidas del PRSP y CTPRSP se consideró condición necesaria para mejorar la gestión pública. Para ello, el Gobierno diseñó su política económica con el objetivo de lograr un manejo adecuado de las políticas fiscal, monetaria y cambiaria.

### B. Contexto Social

- 1.2 Con un PBI per cápita de US\$650 (1994) con 70% de los hogares y 67% de la población en situación de pobreza, Honduras es uno de los países con mayor nivel de pobreza de América Latina. El país comparte con Guatemala (1989) la tasa de mayor desigualdad de ingreso de Centroamérica y Panamá (Gini: 0.59) <sup>1/</sup> La tasa de crecimiento demográfico anual ha oscilado en los últimos años (1990 a 95) entre 2,8 y 3,1% mientras que el crecimiento económico anual entre 2,1% y 2,5%. Honduras presenta un bajo nivel de desarrollo humano, expresado por inadecuadas condiciones de salud, de educación y marginación de la mujer. En efecto, el gasto público social para educación y salud fue en 1994 de aproximadamente 4,9% y 2,5% del PIB respectivamente. <sup>2/</sup>
- 1.3 La población en 1996 se estimaba en 5.500.000 habitantes, en un territorio dividido en 18 Departamentos y 297 Municipios. La estructura demográfica identifica una población joven (43% menor de 15 y 5% mayor de 60 años), con características de ruralidad (aproximadamente 20.000 pequeñas aldeas) y con alta tasa de fecundidad (5 hijos p/mujer). La interpretación de los indicadores de salud, identifican la prevalencia de enfermedades transmisibles determinadas por factores condicionantes negativos como pobreza, mal saneamiento ambiental, malnutrición y falta de acceso a servicios. Los valores de los indicadores son indicativos debido al subregistro de hechos vitales (aproximadamente 30%) pero en general

---

<sup>1/</sup>

<sup>2/</sup>

BID. RE2: Las Economías de los Países Centroamericanos. Nov. 1996.

Existen diversos datos sobre los valores del gasto social de educación y salud y sus relaciones porcentuales con respecto al PBI y con el gasto del Gobierno Central. Los valores expresados son indicativos de los observados de varias fuentes.

se consideran insatisfactorios 3/. La malaria, desnutrición y SIDA constituyen problemas específicos de salud 4/. La violencia doméstica constituye un serio problema habiéndose reportado en 1994 un total de 11.142 delitos contra la vida, que significa un incremento aproximado del 10% anual. A nivel de la Consejería Familiar de la Secretaría de Salud (SS) y de diferentes ONGs 5/ se tiene la percepción que a pesar de la ausencia de datos específicos, la violencia doméstica constituye un problema de singular importancia, que está afectando el desarrollo de la mujer y niño.

- 1.4 La situación laboral de la **Mujer** se caracteriza por altos índices de subempleo y desempleo. La tasa de participación de la mujer en el mercado de trabajo fue en 1994 de 28%, valor inferior al promedio de Centroamérica. La situación de marginación es más evidente en áreas rurales y urbano-marginales donde los problemas relacionados con acceso a servicios tanto de educación como de salud e incremento de la violencia, son más agudos. Ello se traduce por la presencia de indicadores negativos como mortalidad materna elevada; baja atención hospitalaria del parto; alta tasa de fecundidad que en el área rural asciende a 6,4 hijos por mujer; y, bajo porcentaje (45%) de población femenina en programas de planificación familiar.
- 1.5 **Los Grupos Étnicos** representan una población aproximada de 300.000 habitantes diferenciados en 8 etnias (Garífuna; Tolupeán o Xicaque, Misquitas, Lencas, Chortis, Tawahka, Pech, y Negros Isleños) siendo las 4 primeras las de mayor población. En general, dichas etnias habitan áreas geográficas con índices de pobreza más elevados, deficiente acceso a servicios básicos y escasa cobertura de programas de salud pública.
- 1.6 La **demand**a de servicios de salud es preferentemente a instituciones públicas con un consumo privado que está en parte distorsionado por el gasto en farmacia (no totalmente gasto en salud). Dicha situación ha sido conocida en base a dos encuestas realizadas en los últimos cinco años: la Encuesta sobre Condiciones de Vida (1992) 6/ determinó que el 60% de la población enferma buscó atención en el sector público (SS e IHSS); 33% en el sector privado (incluyendo farmacias) y 7% procuró otros servicios.
- 1.7 El estudio realizado en 1996 por JICA "Plan Maestro de Salud al año 2010" 7/ comprendió una encuesta en 2.500 hogares identificando

---

3/ Esperanza de Vida: 67 años; Tasa Mortalidad Materna: 180 por cien mil nacidos vivos; Tasa Mortalidad Infantil: 45 por mil nacidos vivos; Mortalidad en Menores de 5 años: 55 por mil; Desnutrición crónica en menores de 5 años: 39%; Bajo Peso al Nacer: 11%; consultas médicas por habitante año: 0,6; cobertura de atención del parto: 48% y acceso a servicios de 70%.

4/ El BID está financiando una Cooperación Técnica No Reembolsable (ATN/SF-4687-HO) por US\$1.800.000 para la prevención y control del SIDA

5/ Asociación Cristiana de Jóvenes; Asociación Desarrollo Poblacional; Asociación Planificación Familia, etc.

6/ SECPLAN. Encuesta sobre las Condiciones de Vida en Hogares. 1992.

7/ Japan International Cooperation Agency. Plan Maestro de Salud. Honduras: 1996



que en relación con la utilización de servicios ambulatorios 48,3% demandaron servicios de la SS; 34,2% utilizaron servicios privados y 3,1% buscaron establecimientos del IHSS. Con respecto a la utilización de servicios de hospitalización, 80% demandaron servicios de la SS; 10,4% hospitales privados, y 6,4% en el IHSS. Asimismo, 60% de los encuestados reportaron su voluntad de pago directa o indirectamente.

C. El Sector Salud

- 1.8 El sector salud ha sido predominantemente de tipo público, con un sistema de seguridad social estacionario y un sector privado incipiente. La mayoría de recursos del sector provienen de impuestos generales, con mecanismos de asignación financiera sustentados en la oferta a proveedores públicos (Secretaría de Salud e IHSS). El Estado a través de la SS realiza tanto las funciones de financiamiento, como de normatización, organización y prestación de servicios.
- 1.9 Los problemas más importantes del sector han sido caracterizados por: (i) bajo nivel del gasto en salud; (ii) inadecuada organización institucional; (iii) deficientes sistemas de gestión como información gerencial, específicamente de costos unitarios de servicios; (iv) ineficiente utilización de los recursos especialmente por centralismo, falta de capacidad gerencial del personal y falta de coordinación institucional; (v) baja cobertura de servicios y programas básicos que afecta al 30% de la población que corresponde a aproximadamente 45% de los municipios del país; (vi) ineficiente sistema de prestaciones caracterizado por un modelo preferentemente curativo, centralizado, no coordinado e intramural y (vii) marcado deterioro y obsolescencia de la red de hospitales.
- 1.10 El sistema es poco equitativo, debido a la importante proporción de población sin acceso a servicios y programas básicos y al inadecuado destino del gasto público con mayor porcentaje del presupuesto focalizado en atención curativa.
- 1.11 El sistema es igualmente poco eficiente debido a: (i) concentración dentro de la Secretaría de Salud de funciones normativas, como de financiamiento, organización y entrega de prestaciones; (ii) escasa participación de otras instituciones en la oferta de servicios; (iii) la aplicación de prestaciones basadas en la oferta pública con poca participación de la sociedad civil; y (iv) escasa capacidad resolutoria de los servicios por deficiencias de gestión y marcado deterioro físico de los hospitales.
- 1.12 La proyección del actual sistema carece de sustentabilidad financiera ya que se basa en el rol predominante del Estado. El gasto público de salud es bajo y con poca rentabilidad debido a limitantes presupuestarias, escasa coordinación intersectorial e inadecuada asignación y utilización de recursos.

1.13 El sector está constituido por la Secretaría de Salud (S.S) (anteriormente denominado Ministerio de Salud), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), y el sector privado.

- (a) La SS es la institución rectora del sector organizada en dos niveles: Central (Despacho Ministerial y Direcciones Normativas); y Local (9 regiones que se dividen en 18 departamentos y 2 áreas metropolitanas). La cobertura es aproximadamente de 45% con una red de 917 establecimientos, de los cuales 890 (97%) son de nivel primario y 27 hospitales.
- (b) El IHSS tiene una afiliación aproximada del 10% del total del país con cobertura al asegurado, cónyuge (atención materna) e hijo hasta doce años. Administra 3 hospitales y 12 clínicas con problemas relacionados con escasa cobertura y financiamiento. El techo básico del salario cotizante fue fijado en 1962 en 600 Lempiras, lo cual ha impedido la recolección de ingresos y extensión de cobertura.
- (c) El Sector Privado tiene una cobertura estimada en 20% de la población y está constituido por: (i) servicios particulares con fines de lucro con 55 clínicas; (ii) servicios de pre pago con escasa cobertura (5 empresas aseguradoras con aproximadamente 14.000 afiliados), y (iii) servicios privados sin fines de lucro, constituidos por ONGs 8/.

#### D. Financiamiento del Sector Salud

1.14 El financiamiento de salud se caracteriza por ser predominantemente público, con presupuesto insuficiente 9/, ineficiente estructura del gasto y gran dependencia en la cooperación externa que ha financiado entre 15% y 25% del gasto del sector. En efecto, el análisis comparativo del gasto total (público y privado) en salud con respecto al PBI en los países de Centroamérica y Panamá, expresa que, salvo Costa Rica (9,18 % del PBI) y Panamá (8,67% del PBI), los otros países tienen un bajo gasto en salud, con los niveles más bajos en Guatemala (5,03%) y Honduras (5,68%) 10/. Del análisis comparativo del gasto público en salud en Honduras en relación con los otros gastos de la región, resulta que Nicaragua, Costa Rica y Panamá presentan niveles superiores (4,2; 7,0 y 6,8% del gasto público, en relación con el PBI) a Honduras; El Salvador presenta el mismo nivel y solamente Guatemala presenta un valor más bajo (0,9%) 11/.

---

8/ Existen en el país un total de 263 ONGs de las cuales 102 desarrollan actividades de salud, pero sólo 30 coordinan sus actividades con el Ministerio.

9/ (i) el porcentaje de gasto público de salud/PBI se ha mantenido por debajo del 3% durante los últimos 5 años siendo en 1995 de 2,5%; (ii) la asignación per cápita al año ha sido tradicionalmente baja: US\$20 a US\$25; (iii) el gasto en salud como porcentaje del presupuesto del Gobierno Central ha tenido una tendencia irregular (6-11%).

10/ Datos de Govindaraj, R. Cita de André Medici: A Saude em Honduras, 1995

11/ Ruta Social. Honduras: El gasto social y su eficiencia. Julio de 1996

- 1.15 La estructura del financiamiento del sector público de salud por destino de los recursos se resume en el siguiente cuadro:

DESTINO DEL GASTO:		OBJETO DEL GASTO	
Programas	1994 y (1996) Porcentaje	Partidas	1994 y (1996) Porcentaje
Atención Primaria Salud	42 (46%)	Serv. Personales	59 (53%)
Atención Hospitalaria	43 (39%)	Materiales y Suministros	32 (37%)
Administración	12 (11%)	Serv. No Personales	8 ( 8%)
Recursos Humanos	3 ( 4%)	Mantenimiento	1 ( 2%)
T O T A L			100 (100%)

\* La asignación a los Programas de Atención Primaria ha sido incrementada y el gasto en servicios personales disminuido, como consecuencia de la decisión del País de cumplir con el Programa de Modernización del Estado.

- 1.16 El sistema de recuperación de costos aplicado por la SS se efectúa a través de la red hospitalaria, con tarifas de carácter más simbólico que dé real sustentabilidad financiera (no existen sistemas adecuados de información de costos de servicios). En 1995 se recolectó en la red de hospitales del país aproximadamente 2% del presupuesto de los hospitales de la SS.
- 1.17 En relación con el **gasto privado en salud**, se analizaron datos del valor bruto de la producción del sector privado para 1995, según estimaciones del Banco Central, calculándose un gasto total anual de US\$34 millones. Este gasto se estima que ha sido efectuado en tres rubros: hospitales y consultorios particulares (54%); gastos en farmacias (40%); y seguros privados (6%).
- 1.18 El cuadro siguiente resume la composición del gasto total del sector en 1996. Dicho gasto corresponde a una asignación per cápita anual de US\$38.

ORIGEN	US \$	PORCENTAJE
Ministerio Salud	75.230.000	43,5
Seguridad Social	22.200.000	12,8
Cooperac. Externa	41.700.000	24,1
Sector Privado	33.900.000	19,6
TOTAL	173.030.000	100,0

#### E. Estrategia del País en el Sector Salud

- 1.19 Las autoridades de salud 12/ han orientado su estrategia al mejoramiento de la calidad, al fomento de la promoción y educación de salud a través de la extensión del acceso a servicios básicos. Para ello, se han priorizado cinco lineamientos para lograr la reingeniería institucional del Ministerio a través de: (i) el proceso de reorganización institucional por medio de la departamentalización geográfica-política y la readecuación del modelo de prestación de servicios tanto a nivel comunitario, como

12/ Honduras: Secretaría de Salud. Nueva Agenda de Salud. Febrero de 1998.

modelo de prestación de servicios tanto a nivel comunitario, como ambulatorio y hospitalario; (ii) desconcentración de recursos orientados al fortalecimiento del nivel local (Departamento y Municipio) y el desarrollo del proceso de cogestión en salud apoyados en la extensión del programa de mejoramiento del acceso; (iii) desarrollo gerencial del personal e instituciones de salud incluyendo la modernización administrativa y el sistema de suministros; (iv) la sustentabilidad financiera del modelo y (v) la revisión y reformulación de planes y programas.

- 1.20 La reorganización del modelo de atención se operativiza a través de dos instancias: nivel comunitario por medio del programa de mejoramiento del acceso con énfasis en la promoción y educación en salud, y , nivel institucional a través de la reordenación de la red de servicios con acciones en dos ámbitos (rural y urbano). A nivel rural se readecuaría la red primaria de atención (CESAR, CESAMO y Hospital de Area) bajo el contexto de la departamentalización de servicios, y a nivel urbano, se readecuarían los hospitales de tipo nacional y regional con especial atención al fortalecimiento del sistema de emergencias, remodelando y reorganizando infraestructura existente. Esta reordenación de la red de servicios incluye cambios en la estructura funcional (autonomía hospitalaria) y en la entrega de prestaciones que comprende la disponibilidad de un "paquete básico" y la aplicación de otras modalidades organizativas en la prestación de servicios (ONGs, etc).
- 1.21 La SS inició en 1995, con la cooperación financiera de la Agencia Sueca (ASDI), el Programa de Mejoramiento del Acceso (Programa de Acceso) en 4 Áreas de Salud que comprendían 60 Municipios seleccionados por su postergación socioeconómica como áreas piloto <sup>13/</sup>. La experiencia iniciada con ASDI y continuada con apoyo de USAID, UNICEF, OPS da prioridad a:
  - (a) La **desconcentración de servicios**, planteada como un proceso gradual que comprende el fortalecimiento del nivel local (Departamentos, Áreas y Municipios). Al nivel departamental , se desconcentrarían los sistemas gerenciales (información, suministros, programación, supervisión, evaluación), y al nivel municipal se fortalecería la entrega de prestaciones.
  - (b) La **participación de la sociedad civil**, para fortalecer el desarrollo local. En el desarrollo local participan tanto instancias comunitarias como entidades oficiales (Comités de Desarrollo Local, Comités de Salud). Los Comités de Salud formulan sus planes en base a recursos y normas de la SS y aportes de la comunidad.
- 1.22 El **paquete básico de salud** constituye una respuesta a las necesidades de los diferentes estratos de la población y se diseñó

---

<sup>13/</sup> El Programa de Acceso prioriza comunidades con mayor nivel de pobreza, alto índice de ruralidad y menor accesibilidad a servicios de salud

en base a criterios relacionados con población beneficiaria, modalidad de entrega, contenido y costo. Su contenido es variable en dependencia de las condiciones locales y comprende inmunizaciones; desarrollo infantil; salud reproductiva; atención del parto y control de patologías prevalentes.

- 1.23 La evaluación del Programa de Acceso <sup>14/</sup> refleja logros positivos en relación con cobertura, eficiencia y financiamiento: (i) en cuanto a cobertura, la accesibilidad de municipios se ha incrementado de 45% en 1994 a 58% en 1996, y está programado llegar a 63% en 1999 con recursos externos; (ii) en relación con eficiencia, el Programa de Acceso ha favorecido la desconcentración de la programación y evaluación de actividades; la participación de la sociedad civil tanto en la planificación y gestión (Comités de Salud), como en la concertación con ONGs; el desarrollo de nuevas modalidades de prestación de servicios como cirugía móvil y visita domiciliaria; (iii) referente al financiamiento, el Programa de Acceso se ha financiado en forma tripartita presentando en 1996, un esquema de "cobertura presupuesto" en el cual la Secretaría de Salud aportó 50%; la Cooperación Externa 40% y la comunidad 10%. Los recursos de ASDI, USAID, UNICEF y OPS están programados hasta 1999 con los cuales la cobertura sería de 63% de los municipios.

**PROGRAMA DE ACCESO: COBERTURA Y RECURSOS PROGRAMADOS HASTA 1999**

PROGRAMA ACCESO	Número MUNICIPIOS	Número HABITANTES	Aporte C.Ext.	Aporte M.S.	Aporte Comun.	TOTAL US\$	Per Cap.
ASDI	106	2.020.000	3.200.0	4.000.0	800.0	8.000.0	3.96
USAID	64	1.412.000	3.600.0	4.500.0	900.0	9.000.0	6.37
OPS/UNICEF	18	363.000	1.000.0	1.200.0	200.0	2.400.0	6.61
CON ACCESO	188	3.795.000	7.800.0	9.700.0	1.900.0	19.400.0	5.11
SIN ACCESO	109	1.700.000					

Aportes en US\$.

- 1.24 Las actividades del Programa de Acceso se han diferenciado --para efectos de costos-- en dos componentes: (a) la preparación del Programa: organización, capacitación y la configuración de Comités (Desarrollo Local, Salud, Juntas de Agua); y, (b) la entrega del paquete básico incluyendo servicios clínicos esenciales. La evaluación financiera del Programa de Acceso determina un gasto per cápita anual promedio aproximado de US\$8,0 (US\$2,0 para el componente de preparación y US\$6 para el paquete básico).

**F. Estrategia del Banco en el Sector**

- 1.25 El bajo nivel de desarrollo del capital humano, la situación de pobreza generalizada, la ineficiencia del gasto público, los reducidos niveles de productividad de la inversión y, la severa

<sup>14/</sup> ASDI: Mid Term Review of the Swedish support to health sector en Honduras y El Salvador y Guatemala. Septiembre de 1996.

restricción de recursos financieros debido al drenaje producido por el desequilibrio fiscal y el servicio de la elevada deuda externa, determinan que la estrategia del Banco se concentre en: (i) el desarrollo del capital humano; (ii) el aumento de la productividad de la inversión y (iii) la eliminación de las restricciones financieras del Estado. En relación con el desarrollo y fortalecimiento del capital humano son prioritarios los programas de reducción de la pobreza y las acciones en los sectores de educación, alimentación y salud 15/. En efecto, el Banco está apoyando a instituciones que ejecutan inversiones sociales habiéndose aprobado en 1995 dos préstamos: FHIS (PR-948/SF-HO) y PRAF (PR-949/SF-HO). En relación con salud, la estrategia se orienta a preparar las bases para la reforma del sector a través del financiamiento de actividades orientadas a fortalecer la eficiencia institucional; la focalización del gasto público en servicios básicos; reforzar mecanismos de recuperación de costos e incentivar la participación del sector privado.

- 1.26 Las acciones realizadas con la Cooperación Técnica del Programa de Reforma del Sector Público (CTPRSP), han permitido iniciar el proceso de reorganización del Ministerio con el propósito de homologar las estructuras de la administración pública. Entre esas acciones se destacan:
- (a) la **reestructuración institucional** del Ministerio en una Secretaría de Salud adoptando la estructura jerárquica propuesta por la Comisión de Modernización del Estado y la Ley de Administración Pública.
  - (b) la elaboración del **Censo del Personal de Salud**. El número de empleados ha disminuido de 16.366 en 1994 a 13.581 en 1996;
  - (c) el desarrollo del **Sistema de Suministros** se ha iniciado con la creación de la Proveeduría Especial como dependencia de la Gerencia Administrativa del nuevo organigrama de la SS;
  - (d) la **desconcentración de la ejecución presupuestaria** se ha iniciado en dos regiones con la elaboración de un sistema de información administrativa financiera (SIAF) que servirá de base para las reformas contables y financieras de la Administración Pública y constituye el paso previo para la desconcentración presupuestaria;
  - (e) la **reasignación gradual** del presupuesto de la Secretaría de Salud en favor de los servicios de atención primaria;
  - (f) la integración del **Instituto Hondureño de Rehabilitación de Minusválidos** dentro de la nueva estructura de la SS.

G. Estrategia del Programa

- 1.27 Los problemas identificados (párrafos 1.9 a 1.12) apuntan a que el actual sistema no tiene sustentabilidad financiera y, en consecuencia, el diseño del programa propuesto se enfoca en el financiamiento de actividades para lograr mayor eficiencia institucional como requisito para la reforma del sector. La estrategia del Programa se orienta a reasignar y hacer más eficiente el gasto público en salud, a la vez que se van solucionando problemas de accesibilidad y desarrollo gerencial. Esta transformación del sector se implementaría en tres etapas (véase cuadro siguiente): (a) la primera etapa, que corresponde al CTPRSP, inició cambios en la estructura del nivel central de la Secretaría; (b) la segunda etapa, que corresponde al presente Programa, desarrollará la reforma institucional de la Secretaría de Salud, completando cambios en la estructura de la SS; readecuará las políticas del sector; solucionará problemas de falta de cobertura y abordará problemas de ineficiencia e inadecuada focalización del gasto a través de la reforma hospitalaria; y, (c) la tercera etapa, que se implementaría a través de la **reforma del sector**, convertiría el actual sistema predominantemente público en un sistema mixto.

**ETAPAS DE TRANSFORMACION DEL SECTOR SALUD:**

1a. ETAPA: C T P R S P	2a. ETAPA: REFORMA INSTITUC.S.S.	3a ETAPA: FUTURA REFORMA SECTOR
<b>REESTRUCTURACIÓN MIN SALUD:</b> Lineamientos Reestruct. MS Crear Proveeduría Salud. Desconc.Presup. 2 regiones Desconc.Suminist 2 regiones. Censo de Personal.  <b>SEGURIDAD SOCIAL:</b> Estudio Modelo Seguro Social para Régimen de Pensiones.	<b>REESTRUCTURACIÓN SECRET. SALUD:</b> Reorg. Nivel Central SS Redefinir Rol Instituciones. Desconc.Recursos N.Reg/Local <b>FORTALECIM. ATENCION PRIMARIA:</b> Extender Programa Acceso Fortalecer 3 Progr.Preventivos <b>REORGANIZACIÓN HOSPITALARIA:</b> Reforma en 6 Hospitales. Fortal.Gerencia 6 Hospitales Rehabilitar 3 hospitales. Sist. Emergencias en 3 hospit. <b>PREPARAR ESTUDIOS SECTORIALES:</b> Particip. Sector Privado. Seg. Social: Régimen Salud. Violencia Doméstica.	<b>REESTRUCTURACIÓN SECTOR:</b> Consolidar Reestruct.Roles Descentral. Recursos N.Local. IHSS: Aplicar Recomendaciones. <b>CONSOLIDAR ATENCION PRIMARIA:</b> Consolidar Programa Acceso. Fortalecer 4 Prog.Preventivos. Descentralizar Serv.N.Local <b>REORGANIZAC INSTITUC/SERVICIOS</b> Consolidar Reforma Hospitales. Fortal. Gerencia Hospitales Recuperar Capac. Resolut. Hosp

- 1.28 La **futura reforma sectorial** se orientaría a lograr modificaciones en las funciones básicas del sistema tratando de optimizar el uso de los recursos por medio de la diferenciación de funciones de normatización, financiamiento, organización y entrega de prestaciones como se ilustra en el siguiente cuadro:

CARACTERÍSTICAS	SISTEMA ACTUAL	SISTEMA FUTURO
1. MODELO SISTEMA	1.1 Público	1.1 Mixto.
2. REGULACIÓN y NORMATIZACIÓN.	2.1 Responsabilidad de la SS. 2.2 Segmentación Institucional. 2.3 Efectiva a nivel Programas.	2.1 Responsabilidad de la SS. 2.2 M S: Normatizador y Evaluador 2.3 Efectiva nivel institucional
3. FINANCIAMIENTO	3.1 Origen Recursos: Estatal. 3.2 Asignación a Oferta Pública. 3.3 Incentivos a Proveed. Públicos	3.1 Origen Recursos: Mixto 3.2 Asignación Contratos Gestión 3.3 Incentivos Dif Proveedores.
4. ORGANIZACIÓN y COORDINACIÓN	4.1 Criterios de Oferta Pública 4.2 Inconsistencia Demanda/Oferta 4.3 Modalidad Intramural.	4.1 Oferta Pública y Privada. 4.2 Complemento Demanda/Oferta 4.3 Modalidad Intra y Extramural
5. ENTREGA PRESTACIONES	5.1 Modelo Curativo. 5.2 Proveedores Públicos. 5.3 Modalidades Tradicionales: consulta y hospitalización.	5.1 Modelo Integral: preventivo y curativo. 5.2 Proveed Públicos y Privados 5.3 Modalidades Innovadoras.

#### H. Actividades de otras Agencias Internacionales en Salud

- 1.29 **USAID** tiene acciones programadas hasta el año 2000 a través de:
- (i) sector salud II para servicios de atención primaria (inmunizaciones, control de enfermedad diarreica y saneamiento ambiental rural);
  - (ii) sector población III con actividades relacionadas con planificación familiar y
  - (iii) apoyo al Programa de Acceso. El Banco Mundial está ejecutando el Programa de Nutrición y Salud Rural que termina en 1998 y comprende: (i) apoyo al PRAF en actividades de alimentación; (ii) instalación de sistemas de agua y letrinas a nivel rural; (iii) suministro de medicamentos al nivel primario, y (iv) fortalecimiento de servicios básicos (construcción de 30 nuevos centros de salud y rehabilitación de 130). El Banco Mundial ha realizado un estudio <sup>16/</sup> que analiza: (i) los nuevos desafíos del sector, (ii) la modernización de la gestión financiera del Ministerio de Salud, (iii) el sistema de copagos y (iv) la eficiencia en la provisión pública de servicios. Dicho estudio, complementa los estudios propuestos en este programa para desarrollar la base empírica y metodológica para la futura reforma del sector. El Gobierno de Suecia, OPS, AID y UNICEF están apoyando el Programa de Acceso. La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), terminó en 1996 un estudio sectorial orientado al mejoramiento de la salud al año 2010. Otros Países (Unión Europea; España; Canadá; Noruega; Corea; etc) están cooperando con el sector salud.

<sup>16/</sup> World Bank. Report No.17008-HO. Improving access, efficiency and quality of care in the health sector. Oct.31, 1997.



## II. EL PROGRAMA

### A. Conceptualización y Objetivos

- 2.1 El Programa se conceptualiza como un proceso de transición y largo alcance que complementa acciones iniciadas con la Cooperación Técnica del Programa de Reforma del Sector Público (CTPRSP) financiada por el Banco y en ejecución desde 1996. El proceso de transición apoyado por este programa está orientado a: (i) en el corto plazo a solucionar problemas de salud de la población de mayor riesgo (pobres, mujeres y niños); y (ii) en el mediano plazo fomentar la reforma del sector.
- 2.2 Los **objetivos del Programa** son: (i) contribuir a preparar la capacidad institucional y las bases metodológicas, gerenciales para diseñar e implementar la reforma del sector; y, (ii) mejorar la calidad de los servicios y fortalecer la promoción y educación de salud a través de la extensión de la cobertura con servicios de atención primaria de salud a nivel comunitario, ambulatorio y hospitalario básico. El Programa pretende lograr dichos objetivos a través de acciones orientadas a: modernizar la estructura de la SS; reasignar el gasto público en intervenciones de salud pública y servicios básicos; diversificar la entrega de prestaciones con diferentes proveedores y reorganizar la atención hospitalaria.

### B. Estructura del Programa

- 2.3 El diseño del Programa se sustentó en la realidad del sector basada en: (i) reconocer lo que es factible realizar en base a la situación del sector; (ii) aprovechar la dinámica de reestructuración del Estado puesta en marcha por la CTPRSP; (iii) fortalecer la capacidad institucional de la Secretaría; (iv) realizar acciones que representen innovaciones aprovechando el máximo potencial del sector, y (v) ejecutar el Programa con una modalidad flexible y secuencial que permita su adecuación a futuras situaciones.
- 2.4 El Programa se estructura en dos componentes: componente 1: Desarrollo de las Bases para la Reforma del Sector; y, componente 2: Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud. Los componentes configuran un conjunto de acciones seleccionadas por constituir respuestas efectivas a los problemas enunciados en párrafo 1.9. En efecto, como respuesta a los **problemas de equidad** se propone el componente de Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud para ampliar cobertura, mejorar la salud de la población y reasignar recursos públicos en beneficio de la población pobre. Los **problemas de ineficiencia institucional** tienen como respuesta las acciones del componente de Desarrollo de las Bases para la Reforma del Sector Salud, a través de la Reorganización Institucional de la Secretaría de Salud (redefinición de políticas y cambios de sistemas a nivel central) y el inicio de la Reforma Hospitalaria (cambios en la organización de los servicios). Con

los resultados de estos componentes habrá una mejor utilización de los recursos y mayor eficiencia del gasto público.

1. Componente 1: Desarrollo de las Bases para la Reforma del Sector Salud (US\$24.800.000)

- 2.5 Este componente complementa las acciones de la CTPRSP y tiene como objetivos apoyar la modernización de la Secretaría de Salud (SS) y preparar la futura operación de ámbito sectorial. Para ello, se desarrollarán actividades estructuradas en tres subcomponentes: (a) Reorganización Institucional de la SS; (b) Programa Piloto de Reforma de la Atención Hospitalaria; y, (c) Desarrollo de la Capacidad Operativa Institucional.

(a) Subcomponente 1a: Reorganización Institucional de la Secretaría de Salud (US\$1.400.000).

- 2.6 Este subcomponente tiene como objetivo mejorar la eficiencia institucional a través del financiamiento de acciones relacionadas con: (i) la reestructuración del nivel central de la SS (homologar la estructura jerárquica, mejorar y descentralizar sistemas de administración de personal, administración de suministros a nivel local y administración presupuestaria a nivel regional, departamental y hospitalaria); y, (ii) la readecuación de políticas institucionales del Sector con redefinición de roles institucionales; la complementación de la regulación del Código de Salud; la regulación de sistemas de contratación de servicios privados; la regulación de mecanismos de coordinación entre la SS y el IHSS y la normatización para la acreditación y habilitación de establecimientos de salud.

- 2.7 Como productos del subcomponente se espera: (i) la consolidación de la estructura de la Secretaría; (ii) la implantación del sistema de administración de personal; (iii) el funcionamiento de la proveeduría específica; (iv) la desconcentración del presupuesto a dos regiones de salud; (v) la desconcentración de suministros a dos regiones de salud; (vi) definición de la estrategia institucional del sector (delimitación de las funciones de normatización, financiamiento, organización y entrega de prestaciones); (vii) la presentación de anteproyectos de reglamentos y resoluciones para la aplicación del Código de Salud (Reglamento General de Hospitales y Reglamento de la Proveeduría Especial); (viii) la formulación de la estrategia de contratación de servicios privados, y (ix) la formulación de la estrategia de coordinación entre la SS y el IHSS.

(b) Subcomponente 1b: Programa Piloto de Reforma Hospitalaria (US\$17.900.000)

- 2.8 Este subcomponente se orienta a mejorar la eficiencia de los establecimientos y la calidad de los servicios y tiene como objetivo específico iniciar el proceso de reforma de la red hospitalaria de la SS a través de un programa piloto en seis

hospitales ya existentes a ser seleccionados en base a criterios de elegibilidad específicos (véase párrafo 2.14). La reforma hospitalaria comprende cambios en: (i) la estructura organizacional de los establecimientos para asegurar su eficiencia y participación de la sociedad civil, y (ii) en el modelo de atención priorizando el desarrollo de nuevas modalidades orientadas a aumentar la productividad y mejorar la calidad a través de acciones en los servicios de atención domiciliaria, ambulatoria y de emergencias en la red de hospitales.

2.9 Este subcomponente financiará cinco conjuntos de actividades:

- (a) **Desarrollo de la autonomía de los hospitales.** Las actividades financiadas por el programa incluyen a nivel de seis establecimientos: (i) la puesta en marcha de un mecanismo de descentralización de decisiones relacionadas con el manejo del presupuesto, de los suministros y de la administración del personal de acuerdo a normas técnicas de la SS, a lineamientos del Programa de Modernización del Estado y en consonancia con condiciones locales; (ii) la diversificación de la oferta de servicios con la participación de otras instituciones en la gestión (contratos de servicios con el sector privado); (iii) la participación de la sociedad civil (configuración de comités/patronatos como estructuras de apoyo a la gestión hospitalaria); (iv) la implantación de mecanismos de recuperación de costos con elaboración de aranceles por servicios o prestaciones; (v) la contratación de servicios generales (limpieza, vigilancia) como mecanismo de mayor competitividad que serían ofertados por el sector privado (ONGs, cooperativas de empleados, etc); y, (vi) la generación de un esquema de financiamiento de hospitales con mayor responsabilidad tanto de la comunidad (acciones de comités o patronatos) como de los usuarios a través de la recuperación de costos y del propio establecimiento por su mayor eficiencia.
- (b) **La implantación de sistemas de modernización gerencial a nivel de seis establecimientos.** Las actividades financiadas por el programa incluyen: (i) información gerencial (instrumento de gestión que relaciona recursos con producción y costos); (ii) administración de personal (selección, contratación, capacitación y generación de incentivos); (iii) suministros de insumos (aplicación del cuadro básico; adquisiciones, almacenamiento y control de la prescripción médica); (iv) contabilidad orientada a la elaboración de costos unitarios por centros de producción; (v) administración financiera orientada a mejorar la formulación y ejecución presupuestaria; (vi) control de calidad en base a protocolos y otros mecanismos para evaluar la atención incluyendo la configuración de comités técnicos, círculos de calidad y procedimientos de

acreditación de establecimientos; (vii) transportes asegurando los medios para hacer efectivo el sistema de referencias y apoyo al nivel primario; (viii) comunicaciones como mecanismo de interrelación interna y externa del personal del hospital, y (ix) mantenimiento a través de la asignación de personal básico en áreas de fontanería, electricidad, climatización, seguridad ambiental y contratación de servicios privados para el mantenimiento de mayor complejidad.

- (c) la **rehabilitación integral de 3 hospitales** ya existentes (incluyendo el reequipamiento básico), las obras civiles con la rehabilitación o reemplazo de las instalaciones eléctricas, sanitarias, hidráulicas, de climatización, vapor y gases medicinales.
- (d) el **fortalecimiento del sistema nacional de emergencias** readecuando la infraestructura ya existente, focalizando las actividades (remodelaciones, rehabilitación de instalaciones eléctricas, sanitarias, de climatización etc, reorganización y reequipamiento) en los servicios de emergencias de tres hospitales.
- (e) la implantación de acciones de **seguridad ambiental** con capacitación y control de residuos líquidos y desechos hospitalarios incluyendo además medidas de protección contra desastres naturales en seis hospitales.

- 2.10 Las actividades financiadas bajo el Programa Piloto de Reforma Hospitalaria, serían desarrolladas en forma secuencial con el propósito de evaluar resultados y aplicar cambios según las observaciones encontradas. Esas evaluaciones proveerán la base para hacer ajustes en el modelo de reforma hospitalaria propuesto asegurando la interrelación positiva entre reforma, modernización gerencial e inversión física, con vista a generar "best practices" para su replicación a los otros establecimientos de la red.
- 2.11 Para conocer la situación de la red de hospitales se realizó un estudio cuyos resultados revelan: escasa participación de la sociedad civil; manejo de recursos centralizado a nivel regional o central de la SS; ejecución presupuestaria por acumulación histórica; deficientes mecanismos de recuperación de costos; administración con escasa capacidad de gestión; sistemas gerenciales inexistentes (información, contabilidad de costos, mantenimiento, etc.); modelo de atención intramural; escasa coordinación sin apoyo a la red de servicios básicos; planta física deteriorada en 60% y equipo con obsolescencia funcional de 70% .
- 2.12 En base al diagnóstico funcional de la red de hospitales, se realizó un análisis de prioridades con criterios de selección de localidades (regiones de salud) sustentados en el nivel socioeconómico de la población, estado de salud y nivel de

accesibilidad. Asimismo, se determinaron criterios de selección de hospitales basados en la capacidad resolutive del establecimiento (utilización y nivel de atención); eficiencia (permanencia, ocupación, mortalidad hospitalaria); situación de la infraestructura física (deterioro y obsolescencia) y organización del establecimiento.

- 2.13 En base a dichos criterios se analizó una muestra indicativa con el propósito de establecer rangos comparativos de la red de hospitales, su nivel de eficiencia tecnológica y la estimación de costos promedios de inversión y funcionamiento. La muestra estuvo constituida por 5 hospitales de Área (Danli; Santa Bárbara; La Esperanza; Tela y Trujillo) y dos Regionales (Occidente y Atlántida) con área de influencia nacional. Para el análisis de hospitales se realizaron estudios de eficiencia (utilización, producción y rendimiento de recursos); capacidad resolutive (nivel de atención, complejidad y apoyo al nivel primario); estructura organizativa; dotación de personal, y deterioro y obsolescencia físico funcional.
- 2.14 Los hospitales que serían objeto de recursos del Programa deben cumplir los siguientes criterios de elegibilidad:
- (a) Demanda de Servicios: (i) adecuados niveles de utilización (ocupación no menor de 60%); (ii) área de Influencia con población de ámbito rural; (iii) apoyo al Programa de Acceso y (iv) apoyo a referencias de servicios primarios de salud.
  - (b) Haber puesto en marcha la reforma hospitalaria --conforme a lo descrito en 2.8 -- con especial atención a la autonomía de la gestión (manejo descentralizado del presupuesto, del personal y suministros); la configuración del patronato o comité del hospital; la existencia de contrato de gestión con el Ministerio de Salud; la externalización de servicios generales y la propuesta de recuperación de costos.
  - (c) Haber puesto en marcha la modernización gerencial con la aplicación de los nueve sistemas de gestión descritos en 2.8.
  - (d) Haber presentado un estudio de viabilidad económica para la inversión propuesta sustentado en la metodología de costo eficiencia, comprendiendo un análisis actual y proyecciones para la situación con y sin proyecto (Ver Anexo II).
  - (e) En el caso del sistema nacional de emergencias, deberán cumplir además de lo antes expuesto con: (i) disponibilidad de servicios básicos ya existentes de emergencias (ambiente, equipo, personal) y (ii) apoyo de servicios generales del hospital.
- 2.15 Los productos esperados del piloto de Reforma Hospitalaria serían el desarrollo de metodologías organizacionales que conduzcan a determinar "best practices" que permitan su replicación a otros establecimientos de la red hospitalaria.

(c) Subcomponente 1c: Desarrollo de la Capacidad Operativa Institucional (US\$5.500.000)

- 2.16 Este subcomponente tiene como objetivo específico asegurar la adecuada ejecución del Programa y preparar la información necesaria para la formulación del futuro programa de reforma del sector. Comprende las siguientes acciones:

(i) **Apoyo Institucional al Programa**

- 2.17 El Programa aportará recursos para desarrollar la máxima capacidad de ejecución, asignándose fondos para el funcionamiento de una Unidad Coordinadora para preparar, coordinar y ejecutar el Programa y, además, para sentar las bases para la futura operación de reforma sectorial (sistema de información gerencial, sistema de costos, evaluación del modelo hospitalario, análisis de resultados de los estudios, etc). Comprende además consultorías específicas (ambiente, diseños, equipamiento y supervisión de obras) así como la contratación de una agencia para agilizar el proceso de adquisición de bienes y servicios, y la contratación de un asesor internacional para apoyar a la Unidad Coordinadora y coordinar los estudios sectoriales.

(ii) **Realización de Estudios del Sector**

- 2.18 El programa financiaría tres estudios que, complementados con otros estudios de diversas agencias internacionales (PRSP, Banco Mundial, JICA, etc.) contribuirán a sustentar la futura reforma del sector. Los estudios programados incluirían: (i) una estrategia de **promoción del sector privado** que comprenda el análisis de la participación del sector privado tanto en la organización como en la prestación de servicios; la identificación de las diferentes ONGs que están desarrollando acciones de salud y su nivel de coordinación con los programas de la SS; la factibilidad de las diferentes modalidades en la prestación y externalización de servicios en la red de hospitales; el fortalecimiento de la participación de ONGs en las acciones de extensión del Programa de Acceso; (ii) el análisis del sistema de salud de la **seguridad social** comprendiendo: el conocimiento de la situación actual del sistema de salud del IHSS y sus perspectivas (población protegida; prestaciones; actividades ofertadas; análisis de eficiencia de la oferta: recursos, producción y rendimientos; gastos anuales de operación y mantenimiento; mecanismos de coordinación con la SS y sector privado) y factibilidad de extensión de cobertura geográfica y poblacional con recursos propios, con contratos con la SS y/o con contratos con el sector privado; y, (iii) el análisis de la **violencia doméstica** como problema de salud, comprendiendo la realización de una investigación operativa que caracterice el problema y su magnitud; determine los principales factores condicionantes; evalúe las diferentes experiencias que se están

desarrollando (consejerías familiares de la SS, acciones de ONGs) y presente una propuesta de factibilidad de abordaje al problema.

2. Componente 2: Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (US\$9.400.000).

2.19 Este componente busca la **equidad** del sistema y tiene como **objetivos** fortalecer el nivel local para fomentar la responsabilidad ciudadana en el cuidado de su salud, aumentar la accesibilidad a servicios básicos, mejorar las condiciones de salud de la población de mayor riesgo epidemiológico y social y focalizar el gasto público en programas de mayor externalidad positiva (salud pública). El componente se desarrollaría a través de las siguientes **actividades**: (a) extensión del Programa de Acceso a aproximadamente 90 nuevos municipios como apoyo a las actividades de promoción y educación de salud; y, (b) fortalecimiento de 3 programas preventivos promocionales de salud (educación sanitaria, vigilancia epidemiológica y mejoramiento nutricional) a nivel nacional, con especial atención al control del SIDA en mujeres embarazadas.

(a) Con la extensión del Programa de Acceso se aumentará la cobertura a 80% de los municipios del país financiando acciones relacionadas con la organización de las comunidades y la entrega de un paquete básico de salud. Las acciones principales están relacionadas con la desconcentración de servicios, participación de la sociedad civil y reorganización de la red de establecimientos. La selección de localidades beneficiarias dan prioridad a comunidades con: (i) elevadas tasas de mortalidad materna e infantil; (ii) hogares con tres o más necesidades básicas insatisfechas; (iii) inaccesibilidad geográfica a servicios básicos de salud; (iv) población preferentemente de ámbito rural y (v) motivación para la participación social.

(b) El fortalecimiento de los Programas de Salud Pública comprenden (i) la **educación sanitaria**, a través de una estrategia que promueva la resolución de problemas a partir de la acción conjunta entre población y servicios, con una acción diferenciada para los grupos de población indígena respetando sus valores culturales. Se proporcionará especial atención a la capacitación (líderes comunitarios, personal de servicios básicos y ONGs), y la difusión de conocimientos a la población en general, orientados a fomentar un estilo de vida saludable (salud individual y colectiva), promover conocimientos sobre factores condicionantes de las enfermedades prevalentes, violencia doméstica y salud reproductiva; (ii) **vigilancia epidemiológica**, comprendiendo el mejoramiento del sistema de control de enfermedades; el reequipamiento de 9 laboratorios y bancos de sangre regionales y el suministro de equipos para el control de enfermedades prevalentes (aproximadamente 40 microscopios); apoyo al Programa Nacional de Control del SIDA

como continuidad y complemento de la cooperación técnica financiada por el Banco (ATN/SF-4687-HO), desarrollando una estrategia de atención focalizada en la protección de las embarazadas infectadas con VIH, y (iii) el **mejoramiento nutricional** de mujeres y menores de 6 años para el control de las carencias nutricionales (ceguera, anemia ferropriva, bocio endémico). Las acciones se basan en dos estrategias: suplementación con micronutrientes (vitamina "A", hierro, yodo) y promoción de la lactancia materna.

- 2.20 Los productos esperados con las acciones del componente de Atención Primaria son: (i) extender el Programa de Acceso aproximadamente a 90 municipios sin cobertura; y, (ii) fortalecer a nivel nacional 3 programas de salud pública (educación sanitaria; vigilancia epidemiológica y mejoramiento nutricional).

C. Costo y Financiamiento del Programa

1. Costo y Financiamiento

- 2.21 El Programa tiene un costo de US\$40.000.000 distribuidos en las siguientes categorías:

**Cuadro de Costos**  
(en miles de US\$ equivalentes)

CATEGORÍAS DE COSTOS	B I D	LOCAL	TOTAL	%
1.0 Bases Reforma Salud	23.100.0	1.700.0	24.800.0	62,0
Reorg.Secretaría S.	900.0	500.0	1.400.0	
Reforma Hospitales	17.900.0	0.0	17.900.0	
Desarr.Capac.Instituc.	4.300.0	1.200.0	5.500.0	
2.0 Fort. Atención Primaria:	8.400.0	1.000.0	9.400.0	23,5
Ext. Programa Acceso	4.000.0	1.000.0	5.000.0	
Fort.Progr.Salud Pública	4.400.0	0.0	4.400.0	
3.0 Reembolso PPF	298.0	0.0	298.0	0,7
4.0 Sin Asign.Específica	3.142.0	730.0	3.872.0	9,7
5.0 Gastos Financieros:	1.060.0	570.0	1.630.0	4,1
5.1 Intereses	700.0	0.0	700.0	
5.2 Com. Crédito	0.0	570.0	570.0	
5.3 F.I.V.	360.0	0.0	360.0	
<b>T O T A L</b>	<b>36.000.0</b>	<b>4.000.0</b>	<b>40.000.0</b>	<b>100,0</b>
<b>PORCENTAJE</b>	<b>90.0</b>	<b>10.0</b>	<b>100.0</b>	

2. Distribución de los Recursos del Programa

- 2.22 La distribución de los costos directos de las principales acciones del Programa por destino de los recursos es la siguiente:



COMPONENTE	CONSULTORIAS	CAPACITACION	OBRAS CIVILES	EQUIPO HOSP/PROG	INSUMOS	UCF.EVAL.	TOTAL
BASES REFORMA	5.300.0	300.0	10.100.0	7.200.0	900.0	1.000.0	24.800
FORTALEC. APS.	1.200.0	700.0	- - -	800.0	5.700.0	1.000.0	9.400
TOTAL US\$	6.500.0	1.000.0	10.100.0	8.000.0	6.600.0	2.000.0	34.200.0
Porcentaje	19.0 %	2.9 %	29.5 %	23.4 %	19.3 %	5.9 %	100 %

En el costo de obras civiles y equipo hospitalario están incluidas las instalaciones y equipo de seguridad ambiental.

### 3. Dimensionamiento del Programa

- 2.23 Para el dimensionamiento se tomó en consideración la situación financiera del sector público, requerimientos de contrapartida, capacidad operativa de la SS y la evaluación de experiencias locales. La selección de componentes obedece a una concentración de recursos en el desarrollo de actividades de mayor costo-eficiencia.

### 4. Financiamiento del Programa

#### (a) Recursos del Banco

- 2.24 El financiamiento del Banco sería de US\$36.000.000 (90% del costo total) de acuerdo a las normas en proyectos de programas sociales y población de bajos ingresos. <sup>17/</sup> Los términos y condiciones del financiamiento serían:

Fuente de Recursos: FOE  
 Período de Amortización: 40 años  
 Período de Gracia: 10 años  
 Tasa de Interés: 1% durante el período de gracia y 2% en adelante.  
 Comisión de Crédito: 0,50% sobre montos no desembolsados.  
 Inspección y Vigilancia: 1% del monto del préstamo

#### (b) Recursos de Contrapartida

- 2.25 Los recursos de contrapartida ascienden a US\$4.000.000 que representa 10% del costo total del Programa y un desembolso promedio de US\$800.000 al año. Dichos recursos serán cubiertos por el Gobierno de Honduras a través de las asignaciones presupuestarias correspondientes a la SS.

<sup>17/</sup> El porcentaje de participación del Banco está sustentado en la normativa (Documento AB-1704 y GN-1964) que determina un aumento de hasta 10 puntos del porcentaje máximo para países del Grupo "D".

D. Preparación del Programa

- 2.26 Para la formulación del Programa se tuvieron en consideración una serie de estudios previos realizados por el país: Modernización del Estado; reestructuración institucional; factibilidad del PRSP; políticas de salud; Programa de Acceso y programas de salud pública. Asimismo se analizaron otros estudios realizados por otras instituciones (OPS, JICA, Banco Mundial, AID, etc) que contribuyeron a delimitar la situación del sector, sus principales problemas y sus posibles abordajes.
- 2.27 El Equipo de Proyecto conjuntamente con el Equipo Técnico Nacional contó con la colaboración de consultores para áreas específicas (financiera, económica y ambiente), a través de los cuales se pudo desarrollar las bases técnicas que han sustentado el presente Programa. Se realizó un análisis que comprendía el financiamiento de la SS y los eventuales costos de las actividades del Programa; la evaluación del Programa de Acceso; los estudios de utilización y eficiencia de la oferta de la Secretaría de Salud.

### III. MARCO INSTITUCIONAL Y EJECUCION DEL PROGRAMA

#### A. Aspectos Generales de la Ejecución del Programa

##### 1. El Prestatario y Organismo Ejecutor

- 3.1 El Prestatario será la República de Honduras y el Organismo Ejecutor la Secretaría de Salud (SS). La SS se organiza en dos niveles: (i) **central**, constituido por el despacho ministerial con diversas direcciones nacionales siendo responsable por la formulación de políticas así como de la normatización, planificación y evaluación de programas; (ii) **local**, que comprende 9 Regiones, 18 Departamentos, 2 Areas metropolitanas y 41 Áreas de Salud como unidades administrativas en los territorios (generalmente Departamentos); y, los 297 Municipios como nivel básico donde el sistema de salud ejecuta las actividades y se articula con otras instancias de la sociedad.
- 3.2 La reestructuración del nivel central del Ministerio iniciada por la CTPRSP y que será complementada por el Programa, reducirá las rigideces administrativas existentes y se logrará la modernización de la Secretaría de Salud, con lo cual se contribuirá a desarrollar opciones gerenciales de mayor eficiencia. La reasignación de roles del personal permitirá una adecuación de la estructura de la Secretaría y el desarrollo de un sistema de administración de personal más eficiente. Por otra parte, cuando la proveeduría especial esté en pleno funcionamiento, se dispondrá de un útil instrumento de gestión que favorecerá la desconcentración de suministros a regiones y establecimientos.

##### 2. Responsabilidad para la Ejecución del Programa

- 3.3 Para la determinación de la estructura y modalidad de ejecución del Programa se analizaron las experiencias previas del Banco en proyectos de salud en Honduras (PR-441/SF-HO y PR-791/SF-HO) y se conocieron las recomendaciones de Evaluación Expost de dichos proyectos. <sup>18/</sup>. En base a dichas experiencias, se propone como estructura de ejecución la configuración de una Unidad Coordinadora de Programa (UCP), integrada a la SS. Esta UCP sería una estructura de articulación entre las autoridades de salud, el Banco y las otras entidades del sector. La responsabilidad por la ejecución sería compartida con las distintas dependencias ministeriales (Subsecretarías, etc). La UCP funcionará con nuevas modalidades organizativas lo cual constituirá una experiencia institucional que podría servir de modelo de gestión alternativo para la Secretaría de Salud.
- 3.4 La responsabilidad, tanto para la ejecución como para la administración de los recursos del Programa, es de la Secretaría a través de la Unidad Coordinadora del Programa. Además, la UCP

---

<sup>18/</sup> BID. OEO. OER-50/87. Evaluación Expost. Honduras: PRONASA. Abril de 1987.

pondrá especial atención a la realización de actividades que tiendan a asegurar la factibilidad de una futura operación de reforma sectorial (enfocada en la regulación, organización y financiamiento del sector; participación privada en la entrega de prestaciones; definición del rol del IHSS, etc). La UCP formará parte de la estructura de la Secretaría, sin estar sujeta a todos los procedimientos administrativos para el desarrollo de las acciones. Eso facilitaría la movilización de recursos para que las distintas unidades ejecutoras de la SS puedan realizar las actividades programadas en forma eficiente. La Unidad Coordinadora dependerá jerárquicamente del Ministro de Salud, siendo dicha Unidad dirigida por un Coordinador Técnico. Para el cumplimiento de sus actividades la UCP mantendrá relaciones de coordinación con las distintas dependencias ministeriales, tanto a nivel central como local para asegurar la viabilidad de los componentes específicos. El tiempo previsto para la ejecución del programa es de 5 años.

- 3.5 La estructura de la UCP se ha definido en base a los siguientes parámetros: minimizar el número de personal permanente durante la ejecución del Programa; asignar recursos para contratar consultores para elaborar productos específicos que sean requeridos de forma complementaria; y, mantener estrecha coordinación con las dependencias de la SS. La estructura de la UCP comprende: (i) la dirección a cargo del Coordinador Técnico y (ii) dos estructuras de línea: Área de Salud y Área Administrativa Financiera. Además, la estructura de la UCP contempla la configuración de dos Comités, uno para la programación de actividades (Comité Técnico), y otro para el proceso de licitaciones (Comité de Adquisiciones). En total la dotación de personal permanente es de once funcionarios de los cuales 7 son profesionales y 4 personal de apoyo. La estructura profesional está configurada por 1 Coordinador Técnico; 1 Administrador; 1 Contador; 1 Contador Auxiliar; 2 Expertos en Salud Pública (1 en Programas y 1 en administración financiera hospitalaria) y 1 economista. La Unidad será reforzada con asesoría internacional y la utilización de servicios de una Agencia de Adquisiciones.

B. Ejecución de los Componentes del Programa

- 3.6 La UCP tendría responsabilidad para la ejecución de los dos componentes del programa:

1. Ejecución del Componente de Desarrollo de las Bases para la Reforma de Salud

- 3.7 Para la ejecución de este componente se utilizarán varias modalidades: (i) para el subcomponente de Reorganización Institucional del Ministerio se contratará una firma consultora y se contará con la participación de la Gerencia Administrativa y la Subsecretaría de Política Sectorial de la SS; (ii) para el subcomponente del Programa Piloto de Reforma Hospitalaria se contratarán dos firmas consultoras, una empresa constructora y dos consultores específicos, para los programas de protección ambiental

y dotación de equipo, contándose además con la participación de la Subsecretaría de Red de Servicios de la SS; y, (iii) para el subcomponente de Desarrollo de la Capacidad Operativa Institucional se dispondrá del personal asignado a la UCP, y se contratarán consultores individuales para la realización de los 3 estudios sectoriales.

2. Ejecución del Componente de Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud

- 3.8 Para la ejecución de este componente se utilizarán dos modalidades: (a) contratación de consultores individuales para el seguimiento del programa de acceso; y, (b) la contratación de una firma consultora especializada para la ejecución de los programas de salud pública. De la estructura de la SS participarán en el desarrollo del componente, la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales y la Subsecretaría de Red de Servicios.

C. Plan de Ejecución del Programa

1. Modalidad de Ejecución

- 3.9 La ejecución se realizará bajo una modalidad que asegure flexibilidad, seguimiento y que permita en un determinado momento su readecuación a situaciones existentes. En este sentido se prevé un mecanismo de **programación-evaluación anual** como proceso que permita diseñar un plan de actividades, ajustado a cada período de tiempo, con una finalidad previamente definida y una direccionalidad esperada. El instrumento que sustentaría esta modalidad de ejecución sería el **Plan Operativo Anual (POA)**.

- 3.10 El plan operativo anual definirá explícitamente para cada componente: (i) las actividades que se programa desarrollar; (ii) los requisitos que se deben cumplir; (iii) los recursos con que se ejecutarán dichas acciones; (iv) el cronograma; (v) los indicadores de seguimiento y control; (vi) los términos de referencia definitivos para las consultorías; y, (vii) en el caso de obras civiles, el POA deberá contemplar la programación funcional, el diseño de ingeniería, el programa de equipamiento y las medidas de protección ambiental. Al final del año, el POA será evaluado conjuntamente por la UCP y el Banco, como un proceso continuo de seguimiento del Programa.

2. Programación de la Ejecución

- 3.11 La ejecución del Programa se realizará con el concurso de firmas consultoras y consultores individuales, además de los recursos propios de la UCP con el siguiente esquema tentativo:

COMPONENTE	FIRMA CONSULTORA	EMPRESA CONSTRUCTORA	CONSULTOR INDIVIDUAL
DESARROLLO BASES REFORMA SALUD			
* Reorganizac. Instituc. SS.	1	-	-
* Piloto de Reforma 6 Hospitales			
- Autonomía 6 Hospitales	1	-	-
- Modernización Gerencial 6 hosp	1	-	-
- Rehabilitación 3 Hospitales	-	1	-
- Reequipamiento 3 Hospitales	-	-	1
- Seguridad Ambiental 6 Hospit.	-	-	1
- Sistema Nacional Emergencias	1	-	-
* Desarr. Capac. Institucional			
- Estudio Sector Privado	-	-	4
- Estudio Seg. Social Salud	-	-	5
- Estudio Violencia Doméstica	-	-	5
FORTALECIM. ATENCIÓN PRIMARIA			
* Programa de Acceso	-	-	4
* Programas de Salud Pública	1	-	-
APOYO INSTITUCIONAL UCP	2		14
T O T A L	7	1	34

3.12 La ejecución de las inversiones físicas del Programa para la rehabilitación y reequipamiento de 3 hospitales pilotos y para los 3 hospitales del sistema nacional de emergencia, serían realizadas en tres desembolsos condicionados al cumplimiento de las siguientes condiciones:

- El primer desembolso hasta 15% del total de las inversiones físicas será efectivo cuando se presente evidencia de: (i) haber realizado el estudio de viabilidad económica de cada hospital de acuerdo a los lineamientos descritos en el Anexo II; y, (ii) se han realizado las acciones relacionadas con la autonomía de los hospitales pilotos (descentralización del presupuesto, del sistema de suministros y del personal del establecimiento; se encuentre constituido y funcionando el Comité de Apoyo o Patronato del Hospital y esté funcionando un sistema de recuperación de costos.
- El segundo desembolso de hasta 15% adicional del monto total de las inversiones físicas será efectivo cuando se presente evidencia que se han realizado los sistemas de modernización gerencial: (i) información gerencial; (ii) administración de personal; (iii) suministro de insumos; (iv) contabilidad; (v) administración financiera; (vi) control de calidad; (vii) transportes; (viii) comunicaciones, y (ix) mantenimiento.
- El tercer desembolso del balance del total de las inversiones físicas será efectivo cuando se haya contratado la firma consultora responsable de la elaboración de la programación funcional y de los diseños respectivos.

### SECUENCIA DE ACCIONES

COMPONENTE PROGRAMA	1er AÑO	2do AÑO	3er AÑO	4o AÑO	5o AÑO
PREPAR. REFORMA SECRETARIA					
Reforma Instituc. SS	■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■		
Autonomía Hospitalaria	■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■		
Modernización Gerencial	■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■		
Rehabilitación Hospitales		■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■
Reequipamiento Hospitales			■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
Sistema de Emergencias		■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
Seguridad Ambiental			■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
Estudios Sectoriales	■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■		
FORTALECIM. AT. PRIMARIA					
Programa de Acceso	■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
Programas Salud Pública	■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
EVALUACIÓN		■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■

#### D. Monitoreo y Evaluación

3.13 Para asegurar el seguimiento continuo del Programa se ha estructurado un mecanismo que comprende: (i) programación-evaluación anual cuyo instrumento de medición será el Plan Operativo Anual; (ii) evaluación intermedia que permitirá una evaluación del proceso; y, (iii) evaluación final de resultados. El monitoreo de las acciones se realizará en base a la programación secuencial de acciones y el cumplimiento de los hitos ("benchmarks") de desarrollo (Anexo I).

3.14 La ejecución contempla además de los POA, una evaluación intermedia, que se realizaría a los treinta meses de la vigencia del contrato, en el cual se analizará el grado de cumplimiento del Programa con especial atención a la conceptualización, direccionalidad, objetivos y actividades claves, como apoyo al nivel local y las reformas del modelo de atención y de hospitales. Esta fase representa un punto de corte que permitirá a la UCP y al BID analizar conjuntamente la situación existente para determinar los pasos futuros. Para estos efectos, el Prestatario, por intermedio del Ejecutor, presentará al Banco por lo menos 30 días antes de la fecha de la evaluación intermedia los documentos pertinentes (informe sobre la situación general del Programa; análisis de cumplimiento de las actividades contempladas en los planes operativos aprobados y una propuesta para las fases a seguir incluyendo la revisión de las lecciones aprendidas y los resultados de los estudios para contribuir a la conceptualización de la futura reforma del sector). Asimismo, durante la evaluación intermedia se deberá verificar específicamente el cumplimiento de:

- (a) los criterios de elegibilidad de hospitales (2.14);
- (b) el desarrollo de la reforma en 6 hospitales pilotos (2.9);
- (c) la implantación de los sistemas de modernización gerencial en seis hospitales pilotos (2.9); y,

(d) el desarrollo de los estudios sectoriales.

- 3.15 Dada la importancia de este sistema de monitoreo, está contemplada la contratación de un asesor internacional que, conjuntamente con el economista y otros consultores de la UCP, inicien el desarrollo de la base de datos requeridos para la evaluación del Programa, verifiquen el cumplimiento de los criterios de elegibilidad y coordinen el desarrollo de los estudios sectoriales con lineamientos para una futura reforma sectorial.
- 3.16 Para la ejecución específica de la evaluación se ha considerado la contratación de dos consultores (1 nacional y 1 internacional) por aproximadamente 18 meses: 10 meses consultor nacional y 8 meses consultor internacional, que serán los responsables ante la Dirección de la UCP, de la SS y del Banco de la presentación de los informes respectivos. El Ejecutor deberá presentar al Banco la metodología, indicadores y resultados de la evaluación, dentro del plazo de dos meses de haber concluido cada fase.

E. Otros Aspectos de la Ejecución del Programa

1. Cronograma de Desembolsos

- 3.17 El Plan de Desembolsos general del Programa se presenta en el siguiente cuadro:

FUENTE	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	TOTAL	%
BID	3,6	9,2	11,0	9,0	3,2	36,0	90,0
LOCAL	0,4	0,8	1,0	1,0	0,8	4,0	10,0
TOTAL	4,0	10,0	12,0	10,0	4,0	40,0	100,0
% AÑO	10,0	25,0	30,0	25,0	10,0	100,0%	

2. Anticipo de Fondos

- 3.18 El Banco puede autorizar desembolsos hasta por una cantidad no superior al 5% del préstamo (US\$1.800.000), en calidad de anticipo destinado a cubrir los gastos iniciales del Programa en los primeros 120 días de ejecución del mismo.

3. Financiamiento Retroactivo

- 3.19 Se recomienda que se pueda reconocer en calidad de financiamiento retroactivo con cargo a los recursos del préstamo, hasta la cantidad de US\$298.000 en concepto de gastos efectuados por el Grupo Técnico Nacional (UCP) de la SS, con doce meses de anterioridad a la aprobación del préstamo. Estos gastos se refieren a la preparación de la documentación técnica requerida para la factibilidad del Programa. (PPF/011-HO).



#### 4. Inicio Material de las Obras

- 3.20 El plazo de inicio material de las obras del Programa expirará a los 36 meses contados a partir de la fecha de elegibilidad del préstamo.

#### 5. Contratación de Obras y Adquisición de Bienes y Servicios

- 3.21 Las obras civiles relacionadas con la rehabilitación de tres hospitales, serán licitadas en un paquete para cada uno, o en su conjunto para los tres hospitales, según lo contemplado en el plan operativo anual respectivo. Para dicha licitación se seguirán las normas y procedimientos del Banco. Para la adquisición de bienes por valores superiores a US\$250.000 se requerirá licitación pública internacional. Para la selección y contratación de servicios de consultoría, financiados total o parcialmente con los recursos del préstamo, deberán aplicarse los procedimientos para selección de firmas consultoras o expertos individuales del Banco, no pudiendo establecerse disposiciones que restrinjan o impidan la participación de consultores originarios de países miembros del Banco. Para la contratación de obras civiles que excedan US\$1.000.000 se requerirá licitación pública internacional.

#### 6. Auditoría Externa

- 3.22 El Prestatario por medio del Organismo Ejecutor (SS) deberá presentar anualmente al Banco, durante la ejecución del Programa, los estados financieros del mismo. Dichos estados financieros serán auditados por una firma de auditores independientes aceptable para el Banco.

#### 7. Supervisión del Programa

- 3.23 La Oficina de País (CHO) con el apoyo técnico de la Sede (RE2/SO2), realizará la supervisión y vigilancia del Programa. Dentro de los tres primeros meses de la vigencia del Programa, se realizará una misión técnica de inicio, para apoyar el cumplimiento de condiciones previas y desarrollar conjuntamente el POA definitivo del primer año.

#### IV. VIABILIDAD, BENEFICIOS Y RIESGOS DEL PROGRAMA

##### A. Viabilidad del Programa

##### 1. Diseño del Programa

- 4.1 El Programa --como proyecto de transición-- iniciará la transformación del actual sistema de naturaleza pública, en un futuro sistema de naturaleza "mixta" con mayor participación del sector privado. Sus componentes han sido diseñados para promover la equidad y eficiencia, tomando en consideración los críticos problemas que afectan la salud de la población en mayor riesgo, en particular mujeres y niños. En ese sentido, se dará prioridad a la focalización de recursos públicos a la atención de los grupos en condición de pobreza con acciones que tiendan a lograr una mayor externalidad positiva (principio de equidad). Para ello, el Programa enfatiza acciones de salud como educación de salud, vigilancia epidemiológica y mejoramiento nutricional. En otro sentido, el Programa propone acciones tendientes a mejorar la eficiencia en el uso del gasto público a través de la reestructuración de la Secretaría de Salud (SS); el apoyo a la gestión local; y, la reforma hospitalaria (principio de eficiencia y calidad). La reforma del modelo de atención de salud que se propone a través de la reorganización de los servicios, los programas de salud pública y la extensión del Programa de Acceso, toma en cuenta las necesidades de las comunidades y desarrolla nuevas modalidades --con diversos proveedores-- de entrega de prestaciones de salud basadas en los principios de sustentabilidad financiera y competitividad.

##### 2. Viabilidad Institucional para la Ejecución del Programa

- 4.2 La estructura de ejecución del Programa es pertinente con la capacidad operativa de la Secretaría de Salud, dentro del contexto del Programa de Modernización del Estado, y ha tomado en consideración las observaciones realizadas sobre la ejecución de proyectos previos en el país. En este sentido, se diseña una Unidad Coordinadora dentro de la estructura ministerial que aseguraría la adecuada coordinación con otras dependencias de la SS y disminuiría los procesos burocráticos. La UCP contará con el apoyo de asesoría internacional, habiéndose contemplado la contratación de una "agencia de adquisiciones" para agilizar la ejecución.
- 4.3 La modalidad de ejecución contempla una combinación de recursos que comprende firmas consultoras especializadas y consultores individuales. La modalidad operativa del Programa se sustenta en la metodología de programación-evaluación que asegura flexibilidad y adecuación a la realidad nacional, sin perder de vista la direccionalidad del Programa. El monitoreo previsto permite un seguimiento continuo que se inicia con los POA (evaluación de actividades), continúa con la evaluación intermedia (evaluación de proceso) y se completa con la evaluación final (resultados).

B. Beneficios

- 4.4 Los programas de Atención Primaria (acceso y salud pública) tendrán un impacto positivo al aumentar la atención en servicios básicos, racionalizar la demanda de servicios hospitalarios, prevenir la aparición de enfermedades evitables y atender las deficiencias nutricionales que tienen repercusión negativa en el desarrollo humano. Por otra parte, los beneficios de las acciones de educación para la salud, especialmente en saneamiento ambiental básico, control del SIDA, salud reproductiva, hábitos alimenticios, prevención de violencia, etc. tendrán resultados positivos para el mejoramiento de la calidad de vida y la salud en particular.
- 4.5 Respecto a la reforma hospitalaria, la introducción de nuevos sistemas de gestión, el desarrollo de la autonomía hospitalaria (manejo descentralizado tanto del presupuesto como del personal y suministros), así como la aplicación de mecanismos de recuperación de costos, tendrá como resultado una mejor utilización de los recursos, aumentará la eficiencia y calidad, y contribuirá a desarrollar un esquema de financiamiento con mayor participación de la comunidad. La externalización de ciertos servicios generales iniciará un proceso de competitividad privada.
- 4.6 Las acciones descritas tendrán beneficios relacionados con: (i) el aumento de la cobertura de servicios básicos de la SS que se mejoraría notablemente pasando de 45% de cobertura en 1994 (sin programa de acceso) a 63% en 1999 (con programa de acceso financiado por ASDI, USAID, OPS y UNICEF) y 80% de los municipios en 2002 con la ejecución del Programa del Banco; y, (ii) la atención hospitalaria que, con la rehabilitación de los 3 hospitales pilotos beneficiarían un estimado de 660.000 habitantes incluyendo el área de influencia de los servicios primarios que apoyen los hospitales.

C. Riesgos del Programa

- 4.7 La debilidad institucional de la SS podría convertirse en una limitante para la ejecución. Esta situación sería superada con las acciones coordinadas y con la modalidad de ejecución prevista. La sustentabilidad financiera del Programa constituye un problema que ha sido tomado en consideración en el esquema de la operación. La estructura del Programa ha sido diseñada para hacer más eficiente el gasto de salud a través de cambios en la gestión y en el modelo de prestación de servicios, y para lograr la mayor participación de la comunidad en la responsabilidad del cuidado de su salud. Además esa estructura pretende minimizar los gastos operativos que puede generar el Programa.

D. Impacto del Programa en relación con los Mandatos de la Octava Reposición de Recursos

1. Impacto en la Población de Bajos Ingresos

- 4.8 La operación cumple con lo establecido en la Octava Reposición de Recursos ya que presenta inversiones que van a mejorar las condiciones de vida de la población en condición de pobreza. En ese sentido, el Programa cumple con los dos criterios requeridos ya que está geográficamente orientado a beneficiarios pobres (nivel de pobreza de 70%). <sup>19/</sup> Además el Programa tiene acciones en áreas prioritarias como nutrición, desarrollo del capital humano y promoción del sector privado.

2. Impacto en la Mujer

- 4.9 La población femenina representa el 49% de la población Hondureña, con una elevada tasa de fecundidad y con inadecuados niveles de nutrición en embarazadas. Los beneficiarios prioritarios del Programa son las mujeres en edad fértil y los menores de seis años. El Modelo de Atención aplicado a la Mujer, constituye un valioso instrumento que orienta la reorganización de servicios y establece normas para la prestación integral a la mujer. El modelo pretende: (i) transformar la visión materno-infantil de atención a la mujer, niñez y adolescencia; (ii) incorporar como problema de salud el tema de la violencia intrafamiliar; (iii) promover la mejor nutrición en la mujer; (iv) incrementar la atención del parto; y, (v) fortalecer las acciones de salud reproductiva. El Programa, por otra parte, fomenta el desarrollo de la mujer a través de la capacitación y formación personal, con actividades orientadas a potencializar su rol dentro de la sociedad, convirtiéndola en receptora de servicios, promotora de un mejor estilo de vida y participe de sus soluciones en aspectos de salud.

3. Impacto en la Población Indígena

- 4.10 El Programa mejorará las condiciones de salud de los grupos indígenas ya que contribuirá a desarrollar un escenario positivo para la población indígena de Honduras. En efecto, el Programa de Acceso y los programas de salud pública, específicamente Educación para la Salud, desarrollarían una estrategia diferenciada para promover soluciones específicas para dicha población. La estrategia de resolver conjuntamente los problemas, es coherente con los principios de autodeterminación, respeto cultural y atención de salud, enunciados en la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas.

---

<sup>19/</sup> La medición de la pobreza fue realizada en base al censo de población de 1988 habiéndose utilizado los métodos de Necesidades Básicas Insatisfechas que aplica el FHIS, y el de "Línea de Pobreza".

#### 4. Factibilidad Ambiental

- 4.11 El Programa tendrá un impacto positivo en las condiciones ambientales, ya que para cada hospital piloto que rehabilitará se implementarán medidas de seguridad ambiental relacionadas con el control de: (i) disposición y control de los residuos líquidos mediante la instalación de un mecanismo de pretratamiento; (ii) control de residuos hospitalarios a través de la adquisición de equipos (guantes y utensilios de protección personal; bolsas para clasificar residuos; carros protegidos para la recolección de residuos y la instalación de un incinerador); y, (iii) capacitación al personal de servicios generales sobre protección ambiental en aspectos relacionados con: identificación, producción, composición, riesgos de los residuos hospitalarios y medidas de control. En las acciones de capacitación se deberá poner especial atención a la gestión de los residuos sanitarios (planificación del manejo y mantenimiento de las instalaciones).

#### E. Viabilidad Económica del Programa

##### 1. Criterios Generales de la Evaluación

- 4.12 El criterio utilizado para la evaluación económica del Programa es una aproximación del análisis costo-efectividad, el cual busca evaluar el impacto del Programa sobre la salud de la población beneficiada, frente a los costos de las prestaciones. Para evaluar la efectividad de las intervenciones de los distintos componentes del Programa, se utilizó como indicador base la reducción de la "Carga de Morbilidad" <sup>20/</sup>. Las tasas de AVISAs utilizadas para evaluar el Programa siguieron (con las diferencias del caso) la metodología desarrollada para áreas rurales de Colombia por su similitud en cuanto a la estructura epidemiológica prevalente. <sup>21/</sup> Fueron derivadas a partir de las tasas por mil habitantes y ajustadas hacia abajo para tener en cuenta las diferencias en las tasas de mortalidad materna e infantil, los factores de riesgo y las actitudes de la población frente al uso de los servicios de salud.

##### 2. Evaluación del Programa de Acceso de Servicios Básicos

- 4.13 Como ya se mencionó, las condiciones geográficas y socioeconómicas, el grado de ruralidad y la dispersión poblacional en Honduras han limitado el acceso a los servicios de salud, registrándose bajos niveles de utilización de servicios, altos porcentajes de automedicación, así como precarias condiciones de salud materno-infantil y con altas tasas de mortalidad.

---

<sup>20/</sup> La carga de morbilidad expresa el valor actualizado de la vida sana esperada que se pierde por defunciones prematuras, medido en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), o como años de vida saludable perdidos por enfermedades (AVISA)

<sup>21/</sup> Banco Mundial: Invertir en Salud, 1993. Colombia: Ministerio de Salud: La Carga de la Enfermedad, Bogotá 1994

- 4.14 Como solución a los problemas de inaccesibilidad que involucra aproximadamente a 30% de la población y 45% de los municipios del país, se estudiaron varias alternativas: (i) apoyo al sistema público mediante la construcción de nuevos centros y empleo de mayor cantidad de personal de salud; (ii) contratación de servicios privados; y, (iii) la ampliación de la cobertura del Programa de Acceso con servicios públicos y privados. Las dos primeras alternativas fueron descartadas porque continuaban el modelo anterior de escasa eficiencia, no garantizaban la equidad y no eran sustentables financieramente por crear mayores problemas presupuestarios a la Secretaría. La tercera alternativa se consideró viable, teniendo en cuenta la evaluación positiva del Programa de Acceso, que ha sido apoyado por diversas agencias de cooperación externa (ASDI, USAID, OPS y UNICEF). En esas evaluaciones se verifica una notoria mejoría de la salud de la población objetivo y la viabilidad institucional de la estrategia de implementación a través de la participación de la comunidad. Hasta ahora, la cobertura de municipios se ha incrementado de 45% en 1994 a 58% en 1996, proyectándose llegar al 63% de los municipios del país a fines de 1999. De esta forma, se consideró extender el Programa de Acceso a 90 municipios aún no cubiertos, con lo cual se estaría en condiciones al final del Programa propuesto, de ampliar la accesibilidad al 80% de los municipios del país. Esta opción resulta ser la de mínimo costo (US\$8.00 promedio por paquete) si se compara con el costo internacional de US\$12.00 per cápita estimado en la publicación "Invertir en Salud" 22/
- 4.15 La evaluación económica del Programa de Acceso se realizó por beneficiario. Se evaluaron cinco modalidades de entrega o paquetes de servicios básicos, destinados principalmente a población infantil y femenina 23/. Como puede apreciarse en el cuadro siguiente, la efectividad de las modalidades, es decir, el número de años de vida saludable que aporta cada modalidad, aumenta a medida que el paquete de servicios es más completo e integral.

MODALIDAD	I	II	III	IV	V
AVISAs por mil habit	16,17	21,35	22,65	23,41	55,03
AVISAs per cápita	0,01617	0,02135	0,02265	0,02341	0,05503
Costo Per cápita US\$	4,00	5,00	6,00	8,00	10,00
AVISAs por US\$	0,40%	0,43%	0,38%	0,29%	0,55%

- 4.16 Todas las modalidades (I a V) de las intervenciones propuestas en el Programa de Acceso son efectivas; es decir, todas aportan una ganancia de años de vida saludable al beneficiario, que aumenta a medida que el paquete de servicios es más integral. Sin embargo, cuando la efectividad de las cinco modalidades se compara con los

22/ Banco Mundial 1993.

23/ La efectividad de cada modalidad o "paquete" se estimó a partir del número de AVISAs ganados por beneficiario según modalidad de entrega y se comparó con el costo respectivo.

costos unitarios respectivos, la modalidad V resulta ser la de mayor costo-efectividad ya que ganaría un 0,55% de años saludables por dólar invertido. Además de la efectividad de las acciones, se generará una mejoría de la calidad, especialmente en la atención materno-infantil que aumentaría la cobertura de atención de consultas a menores de 6 años de 212.100 en 1995 a 450.954 en 2002. La atención de partos sería igualmente incrementada de 34.817 en 1995 a 67.499 en 2002. Por otra parte, con la modalidad de cirugía ambulatoria que se inició con el Programa de Acceso (468 operaciones en 1996) se limitarán los riesgos de incapacidad y mortalidad. De esta forma el Programa contribuiría a mejorar los indicadores de mortalidad materna de 180 a 150 por mil nv; mortalidad infantil de 45 a 35 por mil nv; la mortalidad de menores de 6 años de 55 a 45 por mil y el índice de desnutrición de menores de 6 años de 39% a 35% .

### 3. Evaluación de Pertinencia de los Programas de Salud Pública

- 4.17 Los tres programas de Educación Sanitaria, Vigilancia Epidemiológica y Mejoramiento Nutricional constituyen un complemento esencial del Programa de Acceso. Con dichas acciones se estaría aumentando la efectividad de las intervenciones del componente de Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud. Los programas de salud pública tendrían ganancias importantes de AVISAs en relación con las principales causas de consulta y con la entrega del paquete básico definido. El cuadro abajo ilustra las ganancias de AVISAs que se lograrían con el programa.

MORBILIDAD	CARGA DE ENFERMEDAD. AVISA/1.000 hab.
1. Enfermedad Diarreica Aguda	4,77
2. Enfermedad Respiratoria Aguda	8,66
3. Enferm. Prevenible Vacunación PAI	0,79
4. Carencias Nutricionales	2,60
5. Enfermedades por Embarazo y parto	1,29

### 4. Desarrollo de una metodología para la evaluación económica de la rehabilitación de hospitales

- 4.18 Una de las condicionantes de la efectividad del Programa de Acceso es la existencia de una capacidad de resolución de los establecimientos de salud en el área de influencia, capaz de responder al sistema de referencia y contrarreferencia de niveles inferiores. Actualmente el sistema es infuncional debido a la limitada capacidad de respuesta de los hospitales de la Secretaría. Esa limitación es el resultado de deficiencias administrativas y operativas, además de la precariedad de la infraestructura física, todo lo cual se refleja en baja cobertura y subutilización de la capacidad instalada.
- 4.19 El programa piloto de reforma hospitalaria financiará intervenciones para desarrollar la autonomía, fortalecer la modernización gerencial en 6 hospitales y realizar la

rehabilitación de 3 de ellos. El objetivo del programa es desarrollar metodologías organizacionales, integrales y secuenciales, con vistas a generar "best practices" que permitan su replicación a otros establecimientos de la red hospitalaria. Los hospitales pilotos que serían objeto del Programa deben cumplir con los criterios descritos en el párrafo 2.14, siendo establecimientos ya existentes en los cuales se realizarían los cambios organizacionales y las inversiones físicas (obras de rehabilitación de la planta física e instalaciones y reequipamiento) para mejorar su eficiencia, calidad y sustentabilidad financiera.

- 4.20 La justificación de las inversiones en los hospitales se basará en una metodología sustentada en el costo-efectividad de las intervenciones que se desarrollará como parte de la ejecución del programa. La justificación de las inversiones en cada uno de los 3 hospitales pilotos se hará en base a: (a) el análisis de recursos, producción y rendimientos; y , (b) el grado de efectividad de las intervenciones.

- (a) **Análisis de recursos, producción y rendimientos.** El análisis se realizará tomando como base el grado de utilización de los hospitales, comparándolos con los requerimientos derivados del perfil epidemiológico de la población del área de influencia. Para cuantificar los años de vida saludables ganados por la población beneficiaria tratada y curada en los hospitales, se estimarán las actuales producciones y rendimientos en cada establecimiento en cuanto a sus principales actividades (consultas externas, egresos hospitalarios y operaciones quirúrgicas) y se calcularán las tasas de AVISAs por mil habitantes para cada tipo de intervención y causa de enfermedad. Dichas tasas serán multiplicadas por el número de casos curados para tener el total de años de vida ganados en las situaciones con y sin proyecto.

La comparación de las situaciones "con y sin proyecto" permitirán inferir si el componente piloto de reforma hospitalaria produciría mayor eficiencia en el uso de los recursos, ya que, anualmente se podrían calcular la productividad de los recursos, y, el número de años ganados y ahorros por AVISA, principalmente atribuibles a tratamientos oportunos específicamente para la población infantil y femenina. Por otro lado, a partir del análisis de los costos unitarios por tipo de intervención, se proyectarán dichos costos a la situación con proyecto considerando la reducción respectiva debida a las mejoras en eficacia y productividad de los hospitales y la introducción de nuevas modalidades como cirugía ambulatoria.

- (b) **Análisis de la efectividad de las inversiones en los hospitales.** La metodología que se aplicará se basa en el análisis de costo-efectividad de las inversiones que se proponen en cada uno de los 3 hospitales que se rehabilitarían.



La presentación de dicho análisis económico constituye un criterio de elegibilidad para los hospitales pilotos del Programa (párrafo 2.14) y comprendería la comparación de la situación actual con la proyectada para cada hospital (con y sin proyecto). La conceptualización y contenido del estudio de costo-efectividad de cada hospital se presenta en Anexo II.

F. Viabilidad Financiera del Programa

- 4.21 El análisis de viabilidad financiera se apoyó en los aspectos siguientes: (i) evolución histórica de los gastos corrientes del Gobierno Central y de la SS (excluyendo las transferencias a otros organismos); (ii) proyección de los gastos corrientes de la SS y (iii) cálculo de gastos incrementales de operación y mantenimiento que generaría el programa. Dentro de ese contexto, se determinó que en los últimos diez años el incremento histórico anual de los gastos corrientes de la SS ha representado un 6% del presupuesto nacional. Por otra parte, de acuerdo con la información financiera del Programa, los gastos recurrentes incrementales irán creciendo progresivamente a lo largo de la ejecución del Programa para generar hasta un máximo de US\$3,1 a US\$3,5 millones anuales equivalentes al 2,6%-2,9% de los gastos corrientes de la SS. En consecuencia, la comparación de los gastos corrientes de la SS, de los gastos incrementales y de los ahorros por eficiencia interna permiten concluir que el Programa no causará impactos negativos en el financiamiento del sector.
- 4.22 Cabe señalar que el diseño del Programa favorece una mayor focalización y eficiencia en la utilización de los recursos. Dentro de ese contexto, su sustentabilidad financiera se apoya en: (i) la reasignación y focalización del gasto de la SS; (ii) la implantación de un sistema de recuperación de costos de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios; (iii) contribuciones de la comunidad y los municipios como forma de cogestión en el cuidado de su salud; y (iv) financiamiento externo por parte de diversas agencias internacionales.
- 4.23 La responsabilidad de financiamiento del "Programa de Acceso" continuaría bajo el esquema iniciado en 1995, en el cual la Secretaría de Salud financiaba el 50% del costo con una progresiva participación de la comunidad. Se estima que al consolidarse el Programa de Acceso los aportes podrían alcanzar los niveles siguientes: (i) Secretaría 40%; (ii) comunidad y municipios 20%; (iii) recuperación de costos 5%; y, (iv) el apoyo externo 35%.
- 4.24 En cuanto al financiamiento de los gastos operativos de los hospitales, se considera que con la reforma hospitalaria se lograría una mayor productividad con mejores rendimientos estimados para consulta externa de 83%; para egresos hospitalarios de 37% y para la actividad quirúrgica 103% . Esta reforma hospitalaria produciría mayor eficiencia interna que lograría un cambio del modelo financiero con un esquema basado en: (i) un mayor aporte del usuario a través de la recuperación de costos (aproximadamente de

5% a 10%); (ii) un aporte de la comunidad a través de Comités o Patronatos, que podría representar 10% a 15%; y, (iii) los aportes de la SS que significarían 75% a 80% del presupuesto.

**GASTOS OPERATIVOS INCREMENTALES DEL PROGRAMA 24/**

AÑO	GOB.CENTRAL Miles US\$	Sec.Salud Miles US\$	INCREMENTO PRESUPUESTO MS		GASTOS INCREMENTALES	
			Miles US\$	%	Miles US\$	%
1994	338.0	62.9				
1995	390.1	69.4	6.5	9,4		
1996	404.5	75.2	5.8	7,7		
1997	489.8	83.9	8.7	10,4		
1998	599.9	90.3	6.4	7,1	0.5	0,6
1999	728.0	98.3	8.0	8,1	0.8	0,8
2000	891.6	105.3	7.0	7,2	1.7	1,6
2001	1.092,2	110.8	7.0	6,2	2.3	2,0
2002	1.319.2	119.6	7.3	6,1	3.1	2,6

**G. Disponibilidad de contrapartida Local para la Ejecución del Programa**

- 4.25 El Programa requiere que el prestatario aporte US\$4.0 millones que, distribuidos en un período de cinco años, representa un promedio de 0,8 millones por año, llegando a su máximo en el tercer y cuarto año (US\$1,0 millón). Dicho aumento es factible si se toma en cuenta la política del gobierno de incrementar su contribución a los sectores sociales, dentro del marco de política fiscal existente y tomando en cuenta el cumplimiento de los compromisos presupuestarios condicionados por el PRSP. El financiamiento de la contrapartida local provendrá de las partidas presupuestarias de la Secretaría de Salud.

	1998	1999	2000	2001	2002
CONTRAPARTIDA (a)	0.4	0.8	1.0	1.0	0.8
PRESUPUESTO SS (a)	90.3	98.3	105.3	110.8	118.1
Porcentaje	0,43%	0,81%	0,95	0,90%	0,67%

(a) Cifras en millones de US\$

**H. Análisis de Beneficiarios**

- 4.26 Con el Programa se beneficiarían 2.590.000 habitantes (47% del país) de los cuales 920.000 serían menores de 6 años (70% de la

24/ Para las cifras del Ministerio de Salud se excluyeron las transferencias de fondos corrientes a otras instituciones.

población menor de 6 años del país) y 555.000 mujeres en edad fértil (46% de la PFEF del país). El Programa se aplicaría a nivel nacional y geográficamente a todos los municipios, con lo cual se justifica dentro de los lineamientos de la 8va. Reposición de Recursos y del documento GN-1964 25/. Para la focalización del programa, se ha utilizado como criterio metodológico el mapa de pobreza de Honduras 26/. El Programa de Acceso beneficia a la población con mayor nivel de pobreza, alto índice de ruralidad y menor acceso a los servicios de salud. Dicho programa --aunque tiene ámbito nacional--, está dirigido prioritariamente a las regiones con mayor nivel de pobreza como se indica en el cuadro siguiente:

REGIÓN	POBLACIÓN	POBLACIÓN RURAL	POB. RURAL CON 3 NBI	ÍPOB. RURAL con NBI
1	101.712	69.125	52.230	75,6
3	228.933	162.705	33.556	20,6
4	398.757	270.017	193.803	71,7
6	430.115	243.444	94.203	38,7
7	134.610	100.694	79.979	79,4
8*	48.350	37.713	26.776	70,9
TOTAL	1.342.477	883.698	480.547	54,3

\*La Región 8 es habitada mayoritariamente por población indígena.

25/ GN-1964-2. Examen del régimen de clasificación de préstamos para pobreza del BID conforme con el Octavo Aumento General de Recursos. Nueva Versión. 17 de abril de 1997.

26/ Presidencia de la República, Fondo Hondureño de Inversión Social II (FHIS-II). Mapa de Pobreza I.

**MARCO LOGICO: HITOS DE REALIZACION (BENCHMARKS)**

S	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	SITUACION ACTUAL	META DEL PROGRAMA	
nivel de la población y la salud.	Se pretende mejorar los indicadores de:	La implementación del sistema integrado de información de salud, asegurará la identificación oportuna de los hechos vitales y de los principales indicadores de estado y gestión de salud.	La reorganización del sistema de salud racionalizará la utilización de los recursos y del gasto público especial.
	<b>ESTADO DE SALUD:</b>		
	1. Mortalidad Materna: 180 por mil nv	150 por mil nv	
	2. Mortalidad Infantil: 45 por mil nv	35 por mil nv	La reforma del modelo de atención producirá mayor énfasis en la aplicación de medidas preventivas, promoverá una cultura de salud y permitirá ampliar cobertura de servicios y programas básicos, mejorando el nivel de salud.
	3. Mortalidad menores 5 años: 55 por mil	45 por mil.	
	4. Desnutrición menores de 5 años: 39%	35%	
	<b>GESTION DE SALUD:</b>	Los sistemas gerenciales hospitalarios proporcionarán los instrumentos de evaluación de la gestión y reforma hospitalaria.	La descentralización de servicios permitirá una mejor adecuación de recursos disponibles a las necesidades epidemiológicas del nivel local.
	1. Municipios con Programa de Acceso: 58%	80%	
	2. Municipios con Comités de Salud: 58%	80%	La capacitación gerencial y la implantación de sistemas de gestión al nivel local, favorecerá la optimización de los recursos y el desarrollo humano.
	3. Municipios con "paquete básico" 58%	80%	
4. Municipios con "Cirugía Móvil" : 10%	30%		
5. Hospitales con "Reforma": 0	6		
6. Hospitales con Patronatos: 0	6		
7. Hospitales con Sist. Gerenciales: 0	6	La Reforma Hospitalaria mejorará la eficiencia interna.	

### MARCO LOGICO: HITOS DE REALIZACION (BENCHMARKS)

OBJETIVOS	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	SITUACION ACTUAL	META DEL PROGRAMA		
<p>ar y modernizar tuciones del ra mejorar: calidad y a de la SS.</p>	<p>Mejoramiento de indicadores de:</p> <p><b>POLITICAS DE SALUD:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Asignación del Gasto Público en APS: 46% 50%</li> <li>Hospitales con sistema Recup. Costos: 0 6</li> <li>Coordinación con IHSS: Informal Formalizado</li> <li>Coordinación con sector privado: Informal Formalizado</li> </ol> <p><b>PRESTACIONES DE SALUD:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Cobertura vacunación menores 6 años: 80% 90%</li> <li>Consultas/habitante/Año: 0.4 0.6</li> <li>Cobertura Atención Partos: 48% 60%</li> <li>PFEF en Salud Reproductiva: 45% 55%</li> <li>Población con acceso SS: 45% 60%</li> <li>Hospitales con control calidad: 1 6</li> </ol>		<p>Los planes operativos anuales constituyen los mecanismos de seguimiento de las actividades de reorganización de la SS.</p> <p>La evaluación intermedia del Programa permitirá analizar tanto la direccionalidad como el cumplimiento de los objetivos de la reforma de la SS la preparación de la documentación que sustente el futuro programa de reforma del sector.</p> <p>Los servicios de registros médicos y estadísticas de los hospitales constituyen una fuente importante de información continua y permanente de la eficiencia institucional y de la calidad de los servicios.</p>	<p>El compromiso político de r el sistema de salud se sust delimitación de los roles d instituciones del sector. C logrará una mayor participa sector privado lo que deter mayor competitividad, sosten financiera y mejor calidad atención al usuario.</p> <p>El incremento del porcentaj público asignado a servicio mejorará la equidad del sis</p> <p>La disponibilidad de un mar regulador institucional con bien definidas, evitará dup de roles y mejorará la efica sostenibilidad financiera.</p> <p>La oferta de prestaciones i de salud con distintos prove contribuirá a mejorar la equ sustentabilidad financiera d de salud.</p>

**MARCO LOGICO: HITOS DE REALIZACION (BENCHMARKS)**

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>ACTIVIDADES.</b>  <b>No.1: PREPARACION DE LA ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD.</b>  <b>Organización Institucional del Ministerio:</b>  Organización del Nivel Central Organización Sistemas Modernización Organización Personal; Personal; Organización Desconcentración Organización a 2 regiones salud.  Organización Institucional Organización para y Composición Sector. Organización Roles Institucionales. Organización General de Hospitales. Organización Coordinación Servicios Organización Contratación Servicios	<u>COSTO (\$24.800.0)</u> <u>FECHA CUMPLIMIENTO</u>  \$1.400.000                      2do. Año  Funcionando nueva estructura. Propuesta estrategia instituc. sector. Sist. Desconc. Administ. Personal. Sist. Desconc. Administ. Suministros. Sist. Desconc. Administ. Presupuesto.  Propuesta Nuevos Roles Instit. Sector. Propuesta Regl.Gral. de Hospitales. Propuesta coord. servicios SS-IHSS Propuesta coord. servicios SS-privado.	Plan Operativo Anual. Informes de Progreso de Consultorías. Evaluación Intermedia.  Plan Operativo Anual. Informes de Progreso de Consultorías. Evaluación Intermedia.	Los servicios de consultoría disponibles según lo programa Plan Operativo Anual.  La Unidad Coordinadora del habrá realizado las actividades coordinación requeridas con Despacho Ministerial y otras dependencias del SS.

## MARCO LOGICO: HITOS DE REALIZACION (BENCHMARKS)

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p><u>ACTIVIDADES</u></p> <p><u>la Reforma de Hospitales</u></p> <p>lo Autonomía 6 Hospitales            realización recursos            ición de la Oferta            ación Sociedad Civil            ición de Costos            ización Serv. Grales.</p> <p>ación Sist.Gerenciales en 6            es. Diseño y aplicación 9            de gestión: información;            ración de personal; sistema            y costos; presupuesto;            ros; transportes;            iones; calidad;            iento.</p> <p>tación 3 Hospitales            Planta Física e            iones y reequipamiento.</p> <p>Nac. Emergencias 3 Hosp.</p> <p>nd Ambiental 6 Hospitales</p> <p>o Capacidad Institucional</p> <p>on Programa (UCP)            ión 3 estudios.</p>	<p><u>COSTO</u>                      <u>FECHA CUMPLIMIENTO</u></p> <p>US\$17.900.0                      3er. Año.</p> <p>Autonomía implantada en 6 hospitales</p> <p>3er. Año.</p> <p>Sistemas Gerenciales implantadas en 6 hospitales.</p> <p>4to. Año.</p> <p>Rehabilitación de la planta física, instalaciones y reequipamiento de 3 hospitales.</p> <p>4to. Año</p> <p>Remodelaciones, reorganizaciones y reequipamiento servicios emergencias</p> <p>Medidas de seguridad ambiental implantadas en 6 hospitales.</p> <p>\$5.500.000</p> <p>Unidad Coordinadora funcionando.            Estudios realizados.</p>	<p>Plan Operativo Anual.            Informes de Progresos Consultorías.            Evaluación Intermedia.</p> <p>Plan Operativo Anual.            Informes de Progresos de Consultorías.            Los servicios de registros médicos y estadísticas de los hospitales porporcionarán información pertinente sobre la atención al paciente.</p> <p>POA. Informes de Consultorías.            Evaluación Intermedia.            Diseños Arquitectura y Programa Equipo.</p> <p>Memoria Ambiental para el control de residuos líquidos y hospitalarios.</p>	<p>La reorganización y modernización de los hospitales permitirá la descentralización de responsabilidades, reducirá la burocracia y favorecerá el uso de recursos de acuerdo a realidades locales. La participación de la sociedad civil asegurará la atención de los establecimientos de acuerdo a las necesidades de las comunidades.</p> <p>Los sistemas de información permitirán la recuperación de costos por la documentación apropiada para el desarrollo de la reforma de preparar la futura operación de la reforma del sector.</p> <p>La participación del sector privado reducirá el rol del Estado y favorecerá la sustentabilidad financiera de los establecimientos.</p>

## MARCO LOGICO: HITOS DE REALIZACION (BENCHMARKS)

OBJETIVOS	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<u>ACTIVIDADES</u>	<u>COSTO</u>	<u>FECHA CUMPLIMIENTO</u>		
TE No.2: FORTALECIMIENTO DE LA PRIMARIA DE SALUD.	US\$9.400.000	5to. Año	Plan Operativo Anual. Informes de Consultorías. Evaluación Intermedia y Final.	La extensión del programa la focalización prioritaria programas preventivos promoción salud contribuirá a mejorar del sistema de salud.
<u>Extensión del Programa de Acceso</u>	US\$5.000.000	5o. Año		
Extensión Comunidades Paquete Básico.	72 nuevos municipios con Comités de Salud y con paquete básico.		El sistema de evaluación del Programa está diseñado para verificar el cumplimiento de extensión del programa de acceso.	El fortalecimiento de los educación en salud, vigilancia epidemiológica y mejoramiento nutricional serán factores para reducir los factores condicionantes negativos de la salud de los grupos población de mayor riesgo: pobres, niños.
<u>Fortalecimiento Programas Salud</u>	US\$4.400.000	5to. Año		
Atención de Salud Atención Epidemiológica y Control Fortalecimiento Nutricional.	Ejecutados Programas de Salud Pública.		El sistema de vigilancia epidemiológica porporcionará información oportuna para la ejecución de los programas preventivos promocionales de salud.	



## **EVALUACION ECONOMICA DEL PROGRAMA**

### **NOTA METODOLOGICA.**

#### **METODOLOGIA DE ANALIS COSTO-EFECTIVIDAD EX-ANTE DE PROYECTOS DE FORTALECIMIENTO DE HOSPITALES**

##### **I. Aspectos Conceptuales**

- 1.1 EL análisis costo-efectividad (ACE), como el análisis costo-beneficio (ACB) en proyectos de salud, buscan maximizar la eficiencia en el logro de los objetivos del proyecto. El ACE es una técnica analítica que compara los costos de un proyecto con los beneficios resultantes, no estando expresados en la misma unidad de medida (exigencia del ACB). Los costos son expresados en unidades monetarias, mientras que los beneficios/efectos sobre la salud de los beneficiarios o cualquier otro resultado relevante, cuando es difícil expresarlo cuantitativamente, basta presentarlos según un ordenamiento ordinal o jerárquico.
- 1.2 El ACE constituye una alternativa a las limitaciones del ACB en los proyectos de salud pues contribuye a dimensionar la efectividad en el cumplimiento del fin último de los proyectos de salud de mantener saludable a la población beneficiada; evita la subjetividad y la subestimación de beneficios y del impacto en las intervenciones sanitarias cuando no pueden ser expresados en términos monetarios. Sin embargo, los avances empíricos realizados recientemente sobre los ACB y ACE aplicados en el campo de la salud bajo una perspectiva social amplia, han reducido las distinciones existentes entre ambas técnicas ya que, por el lado de los costos, se han insertado efectos económicos indirectos omitidos en el ACE tradicional y algunos beneficios económicos han sido tratados como costos negativos. Esta forma de evolución del análisis justifica aún más en nombre de ACE, pues la línea básica sigue siendo la comparación de recursos (costo neto) por unidad de resultado sanitario.
- 1.3 El ACE es una respuesta al desafío que plantea la evaluación de proyectos sociales, por cuanto evalúa las distintas alternativas/opciones de decisión/ejecución para la asignación de recursos, comparando su impacto y eficiencia relativa frente a los costos monetarios respectivos. En este sentido, la identificación de alternativas técnicamente viables constituye una dimensión central del ACE, independientemente que se realice una evaluación ex-ante o ex-post. Igualmente, cuando los principales resultados/efectos sanitarios de las alternativas son comparables en términos de una misma unidad de medida no monetaria, la comparación se hace a través de la relación o razón costo-efectividad, lo cual permite jerarquizar las alternativas según la

magnitud de los recursos (costos) que cada una requiere para el logro de una unidad de producto.

- 1.4 La decisión que se tome a partir del ACE descansa en el principio económico básico del costo de oportunidad: dado un monto limitado de recursos, debería asignárselos de forma tal que permitan obtener el mayor número de unidades de resultado o beneficio, cualquiera sea el valor de la unidad. En otras palabras, si existen formas alternativas de lograr los objetivos de un proyecto, podrá identificarse aquella que resulte óptima, minimizando los costos para cierto nivel de logros, o maximizando los fines/efectos para un nivel de costos prefijado.
- 1.5 Finalmente, conviene anotar algunas limitaciones del ACE que restringen su aplicabilidad directa en muchas situaciones. Al revés de lo que ocurre con el ACB, el ACE no admite comparación de programas/proyectos con objetivos diferentes (porque difieren las medidas de eficacia o los resultados), a no ser que sea posible homogeneizarlos a través de un común denominador, como por ejemplo, la probabilidad de incapacidad y muerte que ambos programas buscan evitar. El ACE tampoco permite la evaluación del valor intrínseco (no responde a la pregunta de cuanto gastar anualmente por año de vida ahorrada). Como todas las técnicas de evaluación de proyectos, el ACE es sensible a la incertidumbre y a la validez de la información y supuestos utilizados.

## II. Procedimiento general del análisis costo-efectividad

El ACE tiene una secuencia lógica cuyas etapas fundamentales se señalan a continuación:

- 2.1 **Diagnóstico del área de influencia** (Diagnóstico socioeconómico, demográfico y epidemiológico-sanitario del área de influencia);
- 2.2 **Diagnóstico de la situación actual del hospital;**
- 2.3 **Análisis y proyecciones de la oferta de servicios de salud disponibles en el área de influencia;**
- 2.4 **Análisis y proyecciones de la demanda potencial y efectiva de servicios de salud;**
- 2.5 **Análisis y proyecciones del déficit de oferta de servicios de salud en el área de influencia;**
- 2.6 **Identificación y priorización de los problemas y objetivos;**
- 2.7 **Traducción de objetivos a dimensiones operacionales o metas;**
- 2.8 **Identificación de alternativas de ejecución del proyecto;**

- 2.9 Identificación de costos de las alternativas técnicamente viables seleccionadas para el análisis;
- 2.10 Medición de los recursos afectados (costos directos e indirectos) en términos monetarios de las alternativas técnicas viables seleccionadas a precios de mercado y a precios sociales;
- 2.11 Identificación de beneficios de las alternativas técnicas viables seleccionadas para el análisis (identificación de beneficios tangibles e intangibles de las alternativas seleccionadas, beneficios incrementales-comparación de la situación con y sin proyecto);
- 2.12 Evaluación y selección de la mejor alternativa (comparación de las alternativas durante la vida útil del proyecto para la ejecución y operación, a fin de elegir la de mayor costo-efectividad);
- 2.13 Elaboración del proyecto definitivo;
- 2.14 Cálculo de los requerimientos de financiamiento del proyecto (Cálculo del flujo de ingresos y egresos: beneficios y costos monetarios a precios de mercado para determinar los requerimientos de financiamiento, tanto en la etapa de ejecución como en la operación).

Plan Tentativo de Contrataciones de Bienes y Servicios

PRINCIPALES CONTRATACIONES	FINANCIAMIENTO	METODO	PRECALIFICACION	FECHA SEMESTRE
I. OBRAS CIVILES. REHABILITAC. PL.FISICA INSTALAC. AMBIENTALES: Contratación Empresa Constructora. TOTAL US\$10.100	BID 100%	Concurso Público Internacio nal.	SI	I/2000
II. DOTACION DE EQUIPO E INSUMOS PARA: Progr. Salud Pública Programa de Gerencia y Hospitales. TOTAL US\$14.600	BID 100%	Concurso Privado y Concurso Público Internacio nal.	NO	II/1998 II/1999 II/1999
III. SERVICIOS FIRMAS CONSULTORAS: Reestruct. MS Reorg. APS Gerencia Hospitales Reform. Sist. Hosp. Diseños. Supervisión. TOTAL US\$ 5.800	BID 100%	Concurso Público Internacio nal.	SI	II/1998 II/1998 II/1998 I/1999 I/1999 I/2000
IV. SERVICIOS EXPERTOS INDIVIDUALES Y CAPACITACION: Programa Acceso Programa Equipo Seguridad Ambiental Estudios TOTAL US\$ 1.700	BID 80% GHO 20%	Concurso Privado.	NO	II/1998 II/1999 I/2000 II/1998
V. ASESORIA a UCP y EVALUACION PROGRAMA. TOTAL US\$ 2.000	BID 70% GHO 30%	Concurso Privado.	NO	I/1998 II/2000
TOTAL ESTIMADO US\$ 34.200				

## PROYECTO DE RESOLUCION

HONDURAS. PRESTAMO No. \_\_\_\_/SF-HO A LA REPUBLICA DE HONDURAS  
(Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos del Sector Salud)

El Directorio Ejecutivo

### RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Honduras, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos del Sector Salud. Dicho financiamiento será por una suma de hasta US\$36.000.000 o su equivalente en otras monedas, excepto la de Honduras, que formen parte de los recursos del Fondo para Operaciones Especiales del Banco, y se sujetará a las “Condiciones Contractuales Especiales” y a los “Plazos y Condiciones Financieras” del Resumen Ejecutivo de la Propuesta de Préstamo.