

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

HONDURAS

SALUD MESOAMÉRICA 2015

(HO-G1001)

PROPUESTA DE FINANCIAMIENTO NO REEMBOLSABLE

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Hugo Godoy (SCL/CHO), Jefe de Equipo; Isabel Nieves (SCL/SPH);Ciro Avitabile (SCL/SPH); Josh Colston (SCL/SPH); Alejandro Cruz Fano (consultor), Alejandro De la Torre (CID/CPN); Emma Iriarte (SCL/SPH); Lissie Manrique (SCL/SPH); Juan Carlos Martell (PDP/CHO); Omar Martínez (LEG/SGO); Sebastián Martínez (SPD/SDV); Nalda Morales (PDP/CHO); Christina Novinsky (SCL/SPH); Ingrid Ordoñez (PDO/CHO); Dorota Raciborska (consultora); Gisela Rodríguez (SCL/SPH); María Deni Sánchez (SPH/CHO); Juan Pablo Severi (SCL/SPH); y Paola Zúñiga (SCL/SPH).

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento está sujeto a divulgación pública.

RESUMEN DEL PROYECTO

I.	DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS	2
A.	Antecedentes, problemas y justificación	2
B.	Objetivos, componentes y costo	6
C.	Indicadores clave de la Matriz de Resultados.....	11
II.	ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS	12
A.	Instrumento de financiamiento	12
B.	Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias	12
C.	Riesgos fiduciarios.....	12
D.	Otros Riesgos.....	13
III.	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN	13
A.	Resumen del esquema de ejecución	13
B.	Adquisiciones	14
C.	Resumen del esquema de monitoreo y evaluación	15

Anexos	
Anexo I	Resumen Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM)
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios
Anexo IV	Marco de Desempeño
Enlaces Electrónicos	
OBLIGATORIOS	
1.	POA-PEP (Plan de actividades para el primer desembolso y los primeros 18 meses de implementación) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36387418
2.	Plan de Seguimiento y Evaluación http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36387601
3.	Plan de Adquisiciones http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36387612
OPCIONALES	
1.	Descripción del proyecto y esquema de implementación y gestión http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36395574
2.	Análisis de costo-beneficio ex ante http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36387687
3.	Gasto en salud en Honduras http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36387947
4.	Nota técnica sobre focalización http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36387917
5.	Nota técnica sobre SM2015 en HO y Bono 10,000 http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36387889
6.	Nota técnica sobre indígenas en Honduras http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36387634
7.	Mapeo de donantes y análisis de experiencias de implementación de proyectos http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36387763
8.	Marco conceptual político y estratégico de la Reforma del Sector Salud en Honduras http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36704447
9.	<i>Safeguard and Screening Form and Classification of Projects (SSF)</i> http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36387525

ABREVIATURAS

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AL	Aporte Local
AIN-C	Atención Integral a la Niñez con base Comunitaria
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BMGF	<i>Bill & Melinda Gates Foundation</i>
CCC	Comunicación para el Cambio de Conductas
CESAMO	Centro de Salud con Médico y Odontólogo
CESAR	Centro de Salud Rural
CLIPER	Clínica Periférica de Emergencia
CMI	Clínica Materno Infantil
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
FBR	Financiamiento Basado en Resultados
GHO	Gobierno de Honduras
GTS	Gasto Total en Salud
ICSS	Instituto Carlos Slim de la Salud
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
MHF	Mesoamerican Health Facility (Fondo Mesoamericano de Salud)
MNP	Micronutrientes en Polvo
MO	Manual de Operaciones
NV	Nacidos Vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	Organización no Gubernamental
PMR	<i>Project Monitoring Report</i>
RAMNI	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez
RO	Reglamento Operativo
RSD	Regiones Sanitarias Departamentales
SESAL	Secretaría de Salud
SM2015	Iniciativa Salud Mesoamérica 2015
SRO	Sales de Rehidratación Oral
TD	Tramo de Desempeño
TI	Tramo de Inversión
UE	Unidad Ejecutora

RESUMEN DEL PROYECTO
HONDURAS
SALUD MESOAMÉRICA 2015
(HO-G1001)

Términos y Condiciones Financieras				
Beneficiario: República de Honduras Organismo Ejecutor: Secretaría de Salud de Honduras (SESAL)			No reembolsable	
			Plazo de Desembolso:	18 meses ¹
Fuente	Monto	%	Moneda:	Dólares Americanos
Tramo de inversión (TI)-MHF	4.000.000	40		
Aporte Local (AL)	4.000.000	40		
Subtotal Inversión (TI+AL)	8.000.000	80		
Tramo de DesempeñoDesempeño (TD)-	2.000.000	20		
Total (TI+TD+AL)	10.000.000	100		
Esquema del Proyecto				
<p>Objetivo del programa y del primer proyecto: el objetivo del programa, bajo el que se prevén tres proyectos individuales, es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil en los municipios más pobres del país. El objetivo específico del primer proyecto es contribuir a mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud y nutrición materna e infantil en la población meta de 19 municipios, seleccionada de entre la más pobre del país. Se presenta para aprobación el primer proyecto. El programa es parte de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) que busca mejorar la salud de mujeres y niños menores de cinco años de las poblaciones más pobres de la región mesoamericana. Los recursos del AL provendrán del Programa de Fortalecimiento de la Gestión Descentralizada de los Servicios de Salud (HO-L1059, 2418/BL-HO).</p> <p>Condiciones contractuales especiales del Tramo de Inversión, previas al primer desembolso: (i) designación del Coordinador SM2015 que se integrará a la Unidad Ejecutora; y (ii) que el Banco haya aprobado el OMOMO del proyecto. (Pár.3.3)</p> <p>Condiciones de ejecución: (i) las condiciones establecidas en el RORORO SM2015 y, a efecto de las condiciones establecidas en los literales b. y c. párrafo 1.27 del Anexo 1 del RORORO SM2015, remitir anualmente y hasta que termine la ejecución de los recursos del Tramo de Desempeño, el reporte de gasto de la SESAL que identifique los recursos ejecutados correspondientes a dicho tramo, así como el gasto total ejecutado en el sector salud; (ii) el mecanismo que se empleará para calcular el valor de los pagos a los Gestores Seleccionados² y los ajustes a los mismos, deberá ser incluido en el MO del proyecto como condición previa para el desembolso de recursos del Tramo de Inversión para el financiamiento de pagos a los Gestores Seleccionados..(Pár. 1.13 y Pár. 3.3)</p> <p>Condiciones contractuales especiales del Tramo de Desempeño: elBeneficiario debe de alcanzar el puntaje mínimo pactado de las metas establecidas para la primera operación individual para recibir el desembolso del Tramo de Desempeño (Anexo V y PárPár.3.4).</p> <p>Adquisiciones: las adquisiciones de bienes y servicios y contratación de consultores correspondientes al Tramo de Inversión se realizarán de conformidad con las políticas del Banco (GN-2349-9 y GN-2350-9). Los recursos del Tramo de Desempeño se desembolsarán sin revisión de la ónadquisiciónadquisición de bienes y servicios y contratación de consultores (Anexo V y. Pár. 3.5)</p> <p>Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna.</p> <p>El proyecto es coherente con la Estrategia de País: Si [x] No []</p> <p>El proyecto califica como: SEQ[x] PTI [x] Sector [] Geográfica [] % de beneficiarios []</p>				

¹ Contados a partir de la fecha en que el Banco declare que la Contribución es elegible para desembolsos.

² Gestores contratados bajo el modelo de gestión descentralizado.

I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, problemas y justificación

- 1.1 La Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) es una asociación público privada innovadora entre la *Bill & Melinda Gates Foundation* (BMGF), el Instituto Carlos Slim de la Salud (ICSS), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y los países de la Región Mesoamericana³. El programa, que finalizará en el 2016, busca apoyar a los gobiernos mesoamericanos a responder a sus prioridades nacionales en salud, incluyendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La población beneficiaria está compuesta por mujeres y niños menores de cinco años pertenecientes al 20% del sector más pobre. La Iniciativa tiene tres objetivos: (i) aumentar la oferta, calidad y utilización de los servicios básicos de salud para la población objetivo; (ii) crear un compromiso político y financiero para cerrar la brecha de equidad en la población objetivo; y (iii) aumentar la disponibilidad y uso de evidencias para la formulación de políticas a favor de los pobres. Se propone alcanzar estos objetivos mediante un esquema de financiamiento basado en resultados e invirtiendo en proyectos nacionales que incluyen intervenciones de probada eficacia en salud materna, reproductiva, neonatal e infantil.
- 1.2 **Situación de salud.** En las últimas décadas, en Honduras se ha logrado mejoras en el estado de salud de su población. Entre 1990 y 2010 la esperanza de vida al nacer ha aumentado de 66 a 72 años y la tasa de mortalidad infantil ha descendido de 43 a 23 por mil nacidos vivos (NV), mientras que la tasa de mortalidad materna ha disminuido de 210 a 108 por 100mil NV⁴. La proporción de mujeres que usan métodos modernos de planificación familiar ha aumentado en 19 puntos porcentuales desde 1999, situándose en 61,8%. Estas reducciones en mortalidad están asociadas a las mejoras en la calidad de la atención hospitalaria y a la mayor accesibilidad a los servicios de salud de atención primaria. Esto último incluyó intervenciones de bajo costo como inmunizaciones, Sales de Rehidratación Oral (SRO), atención prenatal y parto institucional. Desde los 90s, el GHO ha estabilizado la cobertura de inmunizaciones en 99% para los casos de sarampión y 98% para DTP3⁵. La atención de partos institucionales se ha duplicado, de 35% en 1990 a 67% en 2010⁶.
- 1.3 No obstante el progreso, el estado actual de salud en Honduras se mantiene por debajo de los promedios de Mesoamérica y de América Latina. La mortalidad general sigue dominada por las muertes maternas y de niños menores de 5 años. La mortalidad neonatal ocasionada por trauma, asfixia, prematurez e infecciones, es responsable del 61% de las muertes infantiles; mientras que los niños siguen muriendo por diarreas y neumonía. La muerte materna está provocada principalmente por causas evitables asociadas al parto y post parto: hemorragias (57%), eclampsia (23%) y sepsis (10%). La mayoría de muertes neonatales y maternas ocasionadas por estas causas son prevenibles

³ El Directorio Ejecutivo del BID aprobó el MHF2015 con Resolución DE- 97/09, de acuerdo con los términos contenidos en GN-2530.

⁴ World Health Statistics (WHS), 2011.

⁵ Difteria, pertusis y tétano. WHS 2011. Situación de Salud de Honduras. Indicadores Básicos. SESAL. 2010 para éstas y todas las cifras siguientes.

⁶ UNDP (2010). Overview: Millennium Development Goals Honduras 2010. Third Country Report.

y requieren de manejo en el segundo nivel de atención con mayor capacidad resolutive⁷. La desnutrición infantil sigue siendo el principal factor de riesgo de enfermedad y muerte. El 10% de los recién nacidos en Honduras tienen bajo peso, tan sólo 30% de los infantes reciben lactancia exclusiva hasta los seis meses y un 30% de los menores de 5 años muestran retardo en talla, la tasa más alta de Mesoamérica después de Guatemala. Por otra parte, y a pesar del aumento en la cobertura de servicios, los casos de diarrea infantil tratados con SRO llegan al 56% y un 49% de los menores de 5 años reciben suplementos de vitamina A.

- 1.4 Existen marcadas diferencias de equidad en el acceso a servicios y en el estado de salud entre grupos de población. La población de los tres quintiles más bajos de ingreso, sobre todo la población rural de la región noroccidente, tiene indicadores de salud consistentemente más bajos que los promedios nacionales. En esta región, la tasa de desnutrición crónica es de 50%, frente al promedio nacional de 30%. Las barreras principales a la demanda de servicios básicos de salud son el acceso geográfico y el gasto de bolsillo requerido para transporte y medicamentos. Las barreras a la oferta son principalmente la escasez de recurso humano calificado y falta de insumos⁸. Todo lo anterior pone en riesgo el cumplimiento de los ODM. Según un análisis de tendencias reciente, es poco probable que Honduras reduzca la mortalidad infantil a 13/1000 NV, de la niñez a 17/1000 NV y la materna a 46/100,000 NV en el 2015⁹.
- 1.5 **Sistema de salud.** El sistema de salud en Honduras es mixto, público y privado, compuesto por varios subsistemas paralelos. El sector público lo conforma la Secretaría de Salud (SESAL), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el Hospital Militar. El sector privado está conformado por organizaciones con y sin fines de lucro como ONGs, aseguradoras y servicios privados¹⁰. Un 14% de la población está afiliada al IHSS y otro 3% está cubierto por seguros privados. Formalmente, la SESAL ofrece servicios al resto de la población, pero a pesar de tener la red más grande de establecimientos, en la práctica y según sus propias estimaciones la SESAL cubre geográficamente al 60% de la población. Alrededor de una cuarta parte de la población no está afiliada o no tiene acceso geográfico a servicios de salud del sector público¹¹.
- 1.6 La SESAL se organiza en: (i) un nivel central que ejecuta la función rectora del sector; y (ii) 20 Regiones Sanitarias de Salud^{12,13}. La SESAL dispone de 28 hospitales¹⁴ con un total de 4 mil camas¹⁵; 57 Clínicas Materno Infantiles (CMI); 380 Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO); 1017 Centros de Salud Rurales (CESAR) y; 4

⁷ Aproximadamente el 15% de los partos pueden presentar emergencias obstétricas y neonatales y no hay predictores de cuales partos se tornarán complicados.

⁸ Estudio cualitativo de barreras a la demanda y oferta de servicios básicos de salud y nutrición. Victoria Vives de Alvarado. Honduras, 2011.

⁹ UNDP, 2010, Millennium Development Goals Honduras 2010: Overview. Third Country Report.

¹⁰ Secretaría de Salud. Sistema de salud de Honduras, 2006 elaborado por Victor Becerril Montekio.

¹¹ Plan Nacional de Salud 2010 – 2014, Situación del Sistema de Salud.

¹² Creadas desde los 90s, en el marco de la reforma sectorial, con apoyo del BID, Banco Mundial y USAID.

¹³ Banco Mundial (2008), PETS, página 76.

¹⁴ Clasificados en 3 grupos: 7 hospitales nacionales, 6 hospitales regionales y 16 hospitales de área.

¹⁵ Índice de camas de 0,68 por cada mil habitantes.

Clínicas Periféricas de Emergencia (CLIPER)¹⁶. La red de atención primaria está constituida por CESAR, CESAMO y CMI.

- 1.7 El sector público muestra fuertes tendencias al aislamiento de sus subsistemas que contribuyen a la desarticulación entre niveles y unidades de servicios, a una duplicación de la oferta y a debilitar los mecanismos de referencia y respuesta de los cuales depende la continuidad de la atención. En el ámbito de la rectoría, la SESAL ejerce su papel de forma débil, con limitada coordinación, armonización y alineamiento, tanto en el nivel central como intermedio¹⁷. Los recursos humanos del sector son escasos¹⁸ y están asimétricamente distribuidos, concentrándose en las zonas urbanas y en los hospitales, dejando a muchas unidades de salud inoperativas por falta de personal. También existen serias deficiencias de insumos, equipamiento básico y logística para referencias oportunas que afectan la calidad y continuidad de la prestación de servicios.
- 1.8 **Gasto en salud**¹⁹. En el período 2005-2010, el Gasto Total en Salud (GTS) en Honduras se incrementó en promedio 2,1% por año, alcanzando 11,799.51 millones de Lempiras constantes²⁰, representando 7,4% del PIB y 34,5% del gasto social. En Honduras el gasto per capita en salud es de US\$ 79, siendo uno de los más bajos de Centroamérica. En el 2010, el gasto de los hogares en salud representó el 44,6% del GTS, el del gobierno el 40,2%, el de las empresas el 11,0% y el de la cooperación externa el 4,1%. Tanto los fondos del gobierno para el sector salud como los de la cooperación externa están destinados al sector público: 98% y 75% respectivamente. Cabe subrayar que en cuanto a ejecución presupuestal, la SESAL ha incrementado el gasto de un promedio de 89% del presupuesto anual en el período 2000-2010 a más del 95% en el período 2008-2010. Un aspecto a destacar es el nivel del gasto privado en salud, especialmente del gasto de bolsillo de los hogares en transporte, servicios y medicamentos, que representa un 82% del gasto privado total²¹ y significa una alta desprotección financiera en salud de la población. El quintil inferior de ingresos gasta el 23,6% de sus ingresos en salud, mientras que el quintil superior gasta sólo el 4,6% de los suyos. Es más, el 19% de los usuarios de servicios públicos del quintil superior de ingresos gastan en medicamentos, comparado con el 47% de los usuarios del quintil inferior.
- 1.9 **Respuestas del gobierno y complementariedad de las acciones.** El Plan Nacional de Salud 2010-2014, junto con la Política para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI), enfatizan el traspaso de responsabilidades a las Regiones Sanitarias Departamentales y la extensión de la cobertura de un conjunto garantizado de servicios preventivos a las zonas pobres y rurales a través del modelo de gestión descentralizada de pago por desempeño y la formalización de convenios con entidades gestoras para la prestación de los servicios. El BID ha financiado la prestación

¹⁶ Secretaría de Salud. Anuario Estadístico 2008 - 2009.

¹⁷ SESAL. Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. Febrero 2009.

¹⁸ Hay 5.7 médicos y 13.2 enfermeros y parteras por 10 mil habitantes; el promedio en países similares es 10.1 médicos y 16.8 enfermeros y parteras por 10 mil habitantes.

¹⁹ Gasto Público en Salud en HO en el Marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. M. Dinarte, 2011. [Informe Final Gasto Público en Honduras](#)

²⁰ La relación de tasa de cambio promedio entre Lempiras y el Dólar utilizado es de 19.03 referido en el documento Gasto Público en Salud en Honduras en el Marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. M. Dinarte, 2011. Informe Final Gasto Público.

²¹ El resto está compuesto por el IHSS (10,84%) y por los seguros privados (7,15%).

de servicios a través de gestores descentralizados con el Préstamo 2418-BL-HO, mediante el cual hay una vasta experiencia en la contratación de estos gestores, monitoreo y evaluación de convenios e indicadores de desempeño y pago por resultados. El conjunto de servicios garantizados ofertado por las entidades gestoras descentralizadas aún no incluye servicios comunitarios de nutrición preventiva y la oferta de métodos de planificación familiar es débil. A través de la gestión descentralizada la expansión de cobertura ha logrado alcanzar a más de 800 mil personas. Existe evidencia que el modelo tiene una mayor producción de servicios y mejor calidad comparado con los servicios prestados de forma tradicional²². El Plan 2010-2014 también busca: (i) fortalecer la capacidad de gestión y compra de servicios; (ii) contribuir a mejorar la capacidad de resolución de la red de servicios; (iii) fortalecer la implementación del modelo de atención integral y continua; (iv) contribuir a fortalecer la capacidad rectora de la SESAL; y (v) promover la auditoría social de los servicios.

- 1.10 **Valor agregado SM2015 en Honduras.** La Iniciativa SM2015 en Honduras financiará intervenciones de comprobada eficacia en salud materna, neonatal, e infantil, además de nutrición y planificación familiar. En particular, se agrega al conjunto garantizado de servicios antes descrito, la oferta de servicios de nutrición preventiva, la suplementación con micronutrientes en polvo (MNP), el uso del zinc para el tratamiento de la diarrea, la oferta de métodos modernos de planificación familiar a mujeres y hombres, y además el fortalecimiento de la atención de las complicaciones obstétricas y neonatales en establecimientos del segundo nivel de atención, con introducción de tecnologías innovadoras apropiadas²³. Además, se adoptarán los mecanismos de financiamiento basado en resultados del modelo de gestión descentralizada, incorporando incentivos para generar una mayor demanda de los servicios de salud. A través de un diálogo de políticas, la SM2015 abordará el reto de la sostenibilidad financiera de dicho modelo y de los servicios que presta, desde la perspectiva del financiamiento del sector y una posible ley de salud, como desde la perspectiva de ajustes a la composición del conjunto de servicios garantizados para aumentar su costo-efectividad. Finalmente, se buscará contribuir a mejorar la efectividad de los servicios que corresponden a las corresponsabilidades de salud de los beneficiarios del programa de transferencias monetarias condicionadas, el Programa Presidencial Salud, Educación y Nutrición [Bono 10.000](#). De esta manera, la Iniciativa SM2015 podría contribuir a incrementar la cobertura del programa Bono 10.000.
- 1.11 **Estrategia del país con el BID.** La operación propuesta está alineada con la [Estrategia del Noveno Aumento General de Recursos](#) del BID en el sentido de que los sectores prioritarios del Banco son países pequeños y vulnerables, y específicamente en la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la equidad social y contribuye a la [Estrategia Social Favorable a la Igualdad y la Productividad](#), la cual resalta la necesidad de fortalecer los sistemas nacionales de salud con un renovado énfasis en la atención primaria integral. El proyecto se alinea con la Estrategia de País del BID 2011-2014 específicamente en financiar inversiones en infraestructura, equipamiento y

²² García Prado y Peña, 2010 y Measure Evaluation/USAID-PRODIM y SESAL. 2008.

²³ El conjunto garantizado de servicios básicos ya considera las estrategias probadas de primer nivel como control prenatal de calidad y atención del parto y recién nacido normales, de tal manera que se adiciona la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia en CMI's y hospitales.

micronutrientes para extender la cobertura de servicios descentralizados de salud de primer y segundo nivel, con énfasis en la atención materno infantil con modelos de financiamiento basados en el logro de metas

B. Objetivos, componentes y costo

- 1.12 El objetivo del primer proyecto es contribuir a mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud y nutrición materna e infantil en la población meta de 19 municipios, seleccionada de entre la más pobre del país. Para lograr este objetivo la operación contempla los siguientes dos componentes:
- 1.13 **Componente 1. Fortalecimiento del conjunto garantizado de servicios de salud del PNprimerprimer nivel con la incorporación de servicios de probada efectividad en la gestión descentralizada. (US\$5.587,5524524).** El objetivo del primer componente es fortalecer el conjunto básico de servicios entregado a la población objetivo por los gestores contratados bajo el modelo de gestión descentralizada (Gestores Seleccionados), con una población beneficiada de 200,000, a través del fortalecimiento de tres estrategias de comprobada efectividad: (i) Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en el primer nivel de atención así como la referencia y el traslado de mujeres y recién nacidos a niveles de mayor complejidad en casos de complicaciones obstétricas y neonatales²⁴; (ii) el fortalecimiento de la consejería y la entrega de métodos modernos de planificación familiar reversibles y permanentes (por referencia); y (iii) servicios de nutrición preventiva: comunicación para el cambio de conductas de alimentación y cuidado de niños menores de 24 meses, la entrega de MNP a niños entre 6 y 24 meses y el uso de zinc para el tratamiento de las diarreas en niños de 0 a 5 años. El mecanismo que se empleará para calcular el valor de los pagos a los Gestores Seleccionados por la prestación de los servicios a los que se refiere este componente y los ajustes a los mismos, será descrito en el MO del proyecto. El componente se organiza en tres subcomponentes.
- 1.14 **Subcomponente 1.1.** Implementación de la estrategia de CONE ambulatorios y básicos. Las actividades del subcomponente incluyen cuidados obstétricos y neonatales ambulatorios y básicos: (i) atención prenatal incluyendo manejo de patologías menores; (ii) detección temprana de complicaciones del embarazo y referencia; (iii) monitoreo de la labor del parto y atención de parto, pinzamiento tardío del cordón umbilical, y atención del puerperio inmediato y antes de los 10 días; (iv) manejo de complicaciones obstétricas no quirúrgicas e inicio del tratamiento de las complicaciones; (v) atención básica del neonato incluyendo manejo inicial de las complicaciones; (vi) referencia adecuada para manejo de complicaciones obstétricas y neonatales por nivel para CONE completos; (vii) procedimientos manuales como remoción de placenta y (viii) el fortalecimiento de la consejería y la entrega de métodos modernos de planificación familiar reversibles y permanentes (por referencia). Este subcomponente también contempla la consejería y oferta de métodos modernos de planificación familiar, promover el funcionamiento y uso de hogares maternos para acercar a la mujer en los últimos días el embarazo al centro de atención del parto, el fortalecimiento de acciones para una adecuada articulación funcional de la estrategia CONE en sus niveles

²⁴ El sistema CONE en HO clasifica los servicios en ambulatorio, básico y completo, cada uno con un conjunto propio de servicios de atención según nivel de complejidad y resolución,

ambulatorio, básico y completo, y el fortalecimiento de acciones comunitarias y de los gobiernos municipales para la movilización de la mujer en labor de parto y el mantenimiento de los hogares maternos. Se financiarán pagos a los Gestores Seleccionados, servicios, bienes y gastos de capacitación.

- 1.15 **Subcomponente 1.2.** Prevención de la desnutrición crónica y de la anemia. El segundo subcomponente incluye el fortalecimiento de la estrategia de Atención Integral a la Niñez con base Comunitaria (AIN-C) para mejorar la efectividad de los servicios de Comunicación educativa para el Cambio de Conductas (CCC) de alimentación y cuidados esenciales del niño de 0 a 24 meses, a través de la consejería cara a cara, incluyendo lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses, alimentación complementaria a partir de los seis meses, y cuidados esenciales del niño. El fortalecimiento de la CCC contempla medidas para mejorar su efectividad. Además, el subcomponente apoyará la actualización de las normas de la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) para mejorar la atención del niño enfermo por parte de los equipos de los servicios del primer nivel. Esto comprenderá: (i) la revisión y actualización de metodologías e instrumentos normativos y clínicos para el manejo de enfermedades específicas como diarreas y neumonías; (ii) el diseño de una metodología de capacitación de personal médico y de enfermería en el uso de la norma actualizada; (iii) la capacitación en el uso de la norma actualizada utilizando la metodología desarrollada; y (iv) la reproducción y distribución de las normas. También se apoyará la adquisición y distribución, a través de los establecimientos de salud, de MNP a niños de 6 a 24 meses para prevenir la anemia por falta de hierro y las deficiencias de otros micronutrientes esenciales. Finalmente, se apoyará la adquisición y distribución de zinc para el tratamiento de casos de diarrea en niños menores de 59 meses, según las recomendaciones internacionales, a través de los establecimientos de salud. Se financiarán pagos a los Gestores Seleccionados, servicios, bienes, servicios de consultoría y gastos de capacitación.
- 1.16 **Subcomponente 1.3.** Entrega del conjunto garantizado de servicios y mejoramiento de la plataforma de entrega de servicios mediante convenios de gestión a través de gestores que fueron seleccionados de acuerdo a la política de descentralización del país por ser los gobiernos locales y mancomunidades (instancias técnicas de asociaciones de municipios) u ONG's que ya gestionaban servicios de salud en el municipio focalizado. Este subcomponente prestará apoyo a los Gestores Seleccionados con el fortalecimiento de destrezas claves de gestión y administración de los servicios y de habilidades clínicas, incluyendo la norma CONE para cuidados ambulatorios y básicos, la medición de indicadores y estándares de calidad del CONE en este nivel de atención, la aplicación de la normativa AIEPI actualizada, y la administración y distribución de MNP y zinc y SRO para el tratamiento de la diarrea. Se fortalecerán destrezas de gerencia y gestión de los Gestores Seleccionados²⁵ para la entrega del conjunto de servicios básicos ampliados y para la producción de servicios del primer nivel de atención. Además, se ajustarán y actualizarán los convenios de gestión y sus instrumentos para incluir las prestaciones adicionales y los indicadores de proceso e

²⁵ Los Gestores Seleccionados son: Hombre a Hombre (Intibucá), Mancomunidad MANCORSARIC (Copan), Asociación Nueva Vida (La Paz), Buen Pastor (Olancho), Mancomunidad SOL (Lempira) y Mancomunidad MAMBOCAURE (Choluteca).

incentivos por desempeño en el caso de alcanzar las metas establecidas en los convenios. Finalmente, se apoyará el uso de los instrumentos de monitoreo y supervisión a los gestores por parte de las Regiones Sanitarias Departamentales (RSD). Se financiarán asignaciones por concepto de pago por capitación y partos a los Gestores Seleccionados para la entrega del conjunto de servicios garantizados gastos de capacitación.

- 1.17 **Componente 2. Fortalecimiento de la atención de las Complicaciones obstétricas y neonatales del Segundo Segundo Nivel de Atención Atención (US\$2,074,476476476).** El objetivo es contribuir a mejorar la calidad de las intervenciones de atención clínica para complicaciones del parto y complicaciones del neonato que salvan vidas en 6 hospitales de referencia de los municipios focalizados. Se apoyará la implementación del CONE completo en los seis hospitales²⁶ a los cuales refieren casos los gestores seleccionados. El componente abarca lo siguiente.
- 1.18 **Subcomponente 2.1.** Atención de las complicaciones obstétricas y neonatales con calidad. Se apoyará la adopción de los protocolos de práctica clínica de las nuevas normas de atención materna y neonatal²⁷ en lo que respecta a complicaciones obstétricas y neonatales, así como la dotación de tecnologías sencillas y apropiadas para la adecuada aplicación de los protocolos en los casos referidos del PNprimerprimer nivel de Atenciónatención, por ejemplo, equipo para aspiración manual y para el manejo de asfixia neonatal. Esta acción también incluye la actualización de destrezas gerenciales y de habilidades clínicas de los gerentes y proveedores de servicios de los hospitales focalizados. Como parte de la adopción de normas, se apoyará también la implementación de mecanismos para el aseguramiento de la calidad de la atención del CONE a través del desarrollo de los indicadores, estándares y herramientas de calidad incluyendo: (i) reuniones de medición mensual de los EMCC y de los comités de gestión hospitalaria; (ii) reuniones de análisis de datos y toma de decisiones de los comités de gestión y la dirección del hospital; (iii) el fortalecimiento de los comités de gestión hospitalaria, de calidad y de muerte materna y neonatal que incluyan la revisión de los casos de muerte, deducción de responsabilidades y generación de propuestas de intervención; (iv) investigación de casos de muerte materna y neonatal según formularios de vigilancia de la salud (en el lugar de origen de la muerte); (v) capacitación en herramientas de calidad y su análisis para los proveedores y los equipos de calidad; (vi) elaboración e implementación de los planes de mejora continua; y (vii) reuniones de análisis a nivel departamental y a nivel central. Este componente también incluirá la provisión de métodos modernos de planificación familiar, incluyendo los reversibles que solo se pueden ofrecer en el segundo nivel, para mujeres y hombres, para completar la oferta de todo el rango de métodos modernos y complemento de la oferta de métodos del primer nivel de atención. Se financiarán bienes y servicios conexos, consultorías y gastos de capacitación. Estas capacitaciones, a manera de incentivos, serán brindadas a personal que goza de estabilidad laboral y se negociara con los hospitales para que sean tomados en cuenta en las promociones de personal.
- 1.19 Este componente también apoyará: (i) el análisis de la asignación actual de recursos humanos e identificación de las necesidades de recursos humanos por hospital; y (ii) la

²⁶ Servicios del segundo nivel que en Honduras se denominan hospitales y que son clínicas con capacidad resolutive fortalecida.

²⁷ Incluye la implementación de las nuevas normas del CONE, recientemente aprobadas.

formulación de un plan integral de asignación de recursos humanos especializados y/o calificados en las áreas de intervención que incluya la definición de estrategias para asegurar la disponibilidad permanente de recursos en los establecimientos del segundo nivel de atención seleccionados. Se financiarán consultorías.

- 1.20 **Subcomponente 2.2.** Revisión y actualización de los instrumentos de gestión basados en desempeño y sus instrumentos de monitoreo para el segundo nivel de atención. Bajo este subcomponente: (i) se completará la normativa de la asignación de fondos mediante compromisos de gestión entre el nivel central de la SESAL y los establecimientos del segundo nivel de atención, incluyendo la actualización y refinamiento de los instrumentos, llamados compromisos de gestión, así como de sus indicadores de proceso y resultado –para pago- incluidos en los compromisos; (ii) se desarrollarán los manuales e instrumentos de monitoreo para el seguimiento de los compromisos de gestión incluyendo la supervisión de los servicios de CONE emergencias y CONE completo; y (iii) se capacitará al nivel central y a las RSD en la aplicación de los instrumentos de monitoreo y supervisión. Se financiarán consultorías y gastos de capacitación.
- 1.21 **Articulación con otros programas, donantes y agencias.** El programa está estrechamente vinculado con el Programa de Fortalecimiento de la Gestión Descentralizada de los Servicios de Salud, GESALUD, (HO-L1059, 2418/BL-HO). Los recursos del AL para esta operación provienen de GESALUD y cubren la entrega del paquete básico esencial, el fortalecimiento de la gestión hospitalaria, y el fortalecimiento de la función rectora de la SESAL, incluyendo las funciones de seguimiento y supervisión de las RSD. A través de la mesa de donantes en salud y de la Subsecretaría de Redes de la SESAL, esta operación coordinará sus acciones con la Estrategia RAMNI, financiada por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, el *United States Agency for International Development* (USAID) que apoya el proceso de reforma y descentralización, la estrategia metodológica de planificación familiar y la participación de la comunidad para la mejora de la entrega de servicios de salud, JICA y UNFPA. De la misma manera, se establecerá un diálogo de cooperación con la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional sobre apoyo a los sistemas de información en salud. Además, a través del Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la SESAL, se coordinarán acciones con el programa de transferencias monetarias condicionadas, Programa Bono 10.000, de la Secretaría de la Presidencia, que cubre 40 de los 43 municipios cubiertos por esta operación, y con el Programa Mundial de Alimentos que distribuyen alimentos en algunos de los municipios ([ver Mapeo de Donantes y Análisis de Experiencias](#)).
- 1.22 **Focalización.** La focalización de la población objetivo siguió tres criterios. Primero, se seleccionaron los municipios con las concentraciones más altas de pobreza, según la definición de pobreza del gobierno, en base a necesidades básicas insatisfechas. Luego, dado que el proyecto ofrecerá servicios con continuidad de atención, parto institucional y referencia al segundo nivel de atención, se seleccionaron, dentro del primer grupo, aquellos municipios que contaban con la gestión de servicios del primer nivel en redes completas²⁸. Finalmente, se escogieron municipios con servicios básicos gestionados

²⁸ CESARes, CESAMOs y Clínicas Materno Infantiles, estas últimas con capacidad para atender CONE ambulatorio y básico.

por entidades operando bajo el modelo de gestión descentralizada, que circunscribió la selección a municipios de los seis departamentos más pobres de Honduras²⁹. Los 43 municipios seleccionados cumplen con el criterio de tener un alto porcentaje de población pobre y tienen o próximamente tendrán una oferta completa de servicios del primer nivel organizados en red, gestionados por entidades contratadas por la SESAL. Se estima que la población a cubrir en los municipios seleccionados es de 200.000 beneficiarios ([ver Nota Técnica sobre Focalización](#)).

- 1.23 **Costo-beneficio de las intervenciones.** Se llevó a cabo un análisis del costo-beneficio ex-ante de las intervenciones³⁰ que serán financiadas por el Programa de SM2015 Honduras, concentrándose en las áreas de nutrición, planificación familiar y atención obstétrica y neonatal, incluyendo el parto institucional, y se compararon con algunas alternativas. El análisis estimó el impacto de las intervenciones en las siguientes variables finales y su traducción a retornos monetarios: (i) muertes maternas, neonatales e infantiles evitadas; (ii) ganancias en productividad e incrementos al ingreso; y (iii) otros beneficios relacionados con la reducción en los gastos de salud asociados a la salud preventiva. Los resultados demuestran que: (a) la provisión de micronutrientes en polvo para niños tiene un retorno de US\$2,8 por cada US\$1 invertido; (b) la consejería cara a cara de la estrategia de AIN-C para la modificación de conductas alimentarias y del cuidado del menor de dos años tiene un retorno de US\$2.5 por cada US\$1 invertido; (c) tanto la planificación familiar como la atención de emergencias obstétricas y complicaciones neonatales en hospitales tienen un retorno de costo-beneficio positivo de alrededor de US\$1.90; y (d) el parto institucional tiene un retorno costo-beneficio de US\$1.52.
- 1.24 **Esquema de ejecución y financiamiento. La duración de la ejecución será de 54 meses, estructurado en tres proyectos de 18 meses cada uno. Los siguientes proyectos seguirán la lógica y el esquema de intervención del primero, introduciendo medidas incrementales o de mayor complejidad.** Durante la segunda operación, además de asegurar el funcionamiento de los subsistemas descritos; en relación a la atención a las personas, se continuará con el desarrollo de capacidades y habilidades clínicas de los proveedores, se consolidará el cumplimiento de normas de atención y se validará en servicio el funcionamiento de la red de servicios organizados bajo la estrategia CONE para asegura diferentes niveles de resolución de la atención del parto, puerperio y recién nacido. A nivel comunitario, se consolidara la consejería cara a cara, las visitas domiciliarias y la utilización de los incentivos para la búsqueda de servicios. La tercera operación será fundamental en la consolidación de todos los sub sistemas, en el incremento del nivel de la calidad de atención bajo monitoreo continuo de los estándares e indicadores de cumplimiento de las normas en el primer y segundo nivel, así como en el funcionamiento del sistema de referencia y respuesta para los servicios CONE, planificación familiar y atención comunitaria que se liga a la atención institucional. Se asegurara la institucionalización de todas las intervenciones bajo el programa para efectos de sostenibilidad financiera, técnica y social. El financiamiento

²⁹ A partir de su plan de salud 2002-2006 HO seleccionó a los seis departamentos más pobres para introducir el modelo de gestión descentralizada. Esta focalización se mantiene. En 2010 se cubrió a 848 mil personas en 66 municipios con este modelo.

³⁰ Análisis ex ante de costo beneficio, SM2015 Honduras. C. Brun, julio de 2011.

de los tres se basará en resultados (FBR) e incluirá tres componentes: el TI con US\$10.107.721, el TD con US\$5.053.861, y el AL con US\$10.107.721³¹.

- 1.25 El costo total del primer proyecto es de US\$8 millones. El TI y el AL ascienden a US\$4 millones cada uno. El financiamiento del AL proviene del Programa de Fortalecimiento de la Gestión Descentralizada de los Servicios de Salud (2418/BL-HO). El TD para la primera operación es de US\$2 millones. Los costos por componente y subcomponente se presentan en el cuadro I-1.

Cuadro I-1. Costos del primer proyecto, por componente (en US\$)

Componente	BID/SM2015	LOCAL	TOTAL
Componente 1	1.718.260	1.718.2603.869.264	5.587.524
Sub-componente 1. Implementación. CONE ambulatorios y básico	1.192.146	1.192.146	1.192.146
Sub-componente 2. Prevención. de desnutrición y anemia	526.114	526.114	526.114
Sub-componente 3. Entrega del conjunto garantizado de servicios y mejoramiento, mediante convenios de Gestión.		3.869.264	3.869.264
Componente 2	2.043.740	2.043.7403.0736	2.074.476
Sub-componente 1 Atención. Emergencias. obstétricas y neonatales	2.004.854	2.004.854-	2.004.854
Sub-componente 2. Instrum. gestión segundo nivel	38.886	30.736	69.622
Supervisión, monitoreo y gestión	238.000	100.000	338,000
Sub-Total tramo de inversión y aporte local	4.000.000	4.000.000	8.000.000
Tramo de desempeño	2.000.000	-	2.000.000
TOTAL DE LA PRIMERA OPERACIÓN	6.000.000	4.000.000	10.000.000

C. Indicadores clave de la Matriz de Resultados

- 1.26 Los indicadores claves de los tres proyectos son todos los que están asociados con el desembolso del TD. Los indicadores para el desembolso del TD a los 18 meses son de insumos, actividades, producción de servicios y medidas de política sanitaria. Para el desembolso del TD a los 36 y 54 meses (segundo y tercer proyectos), los indicadores son de cobertura de servicios y, sólo para el desembolso del mes 54, de resultados. Estos indicadores aparecen en el marco de desempeño (Anexo V) y están incluidos en el [Plan de Seguimiento y Evaluación](#) y en la [Matriz de Resultados](#).

³¹ Por el momento el Banco financiará únicamente el primer proyecto. La financiación de los otros dos proyectos depende de que el Beneficiario alcance el puntaje mínimo pactado en relación con las metas establecidas en el Marco de Desempeño de cada proyecto financiado, de que existan recursos disponibles y de que el proyecto respectivo sea aprobado por el comité de donantes de la MHF y por el Banco.

II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS

A. Instrumento de financiamiento

- 2.1 El instrumento que financia el programa corresponde a una inversión no reembolsable, con fondos de SM2015, a través de tres proyectos secuenciales, cada uno con un plazo de desembolso de 18 meses, de conformidad con los lineamientos del MHF.

B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias

- 2.2 El ESR calificó el proyecto como categoría “C”. El proyecto no contempla obras de infraestructura. No se esperan impactos ambientales y sociales negativos, según la Política de Salvaguardia de Medio Ambiente (OP-703) y la política de igualdad de género en el desarrollo (OP-270). Con relación a la igualdad de género, la operación apoyará los esfuerzos de los gestores que implementarán la estrategia AIN-C en las comunidades por contratar más promotores mujeres con la intención de comenzar a reducir la asimetría de las relaciones de género entre monitoras que son madres de la comunidad con poca educación y que trabajan como voluntarias, y promotores del sexo masculino que son por lo menos graduados de la escuela secundaria, asalariados y que actúan como supervisores de las monitoras.
- 2.3 Con respecto a la política de Pueblos Indígenas (OP-765), la Iniciativa SM2015 en Honduras tendrá un enfoque inclusivo de las poblaciones indígenas. La revisión de fuentes secundarias y entrevistas a expertos ([ver nota técnica sobre indígenas en Honduras](#)) permiten concluir que existen lagunas e imprecisiones de información sobre la identificación de los indígenas, lo cual será una responsabilidad de los gestores identificarlos en las poblaciones cubiertas por los servicios de salud, si bien existe también un movimiento indigenista en Honduras. Las poblaciones de origen indígena en las regiones focalizadas por el proyecto, principalmente Lencas y Maya Chortí, no son monolingües en un idioma indígena, son bilingües en su mayoría o, inclusive, han perdido su lengua autóctona. El proyecto velará porque la oferta de servicios se realice con sensibilidad, respeto y reconocimiento a las demandas y preferencias de las comunidades seleccionadas, incluyendo las de los pueblos indígenas, si estas fueran distintas a las de la población campesina rural a la cual pertenecen. La investigación cualitativa formativa para diseñar la intervención de comunicación educativa del primer componente tendrá especial cuidado de profundizar en estos temas y en verificar o modificar con evidencia las conclusiones anteriores. No obstante, es evidente que el proyecto no elaborará materiales educativos en lenguas indígenas, si bien se enfatizará la sensibilización y la capacitación de las profesionales de salud sobre la posibilidad de que existan valores, prácticas, y creencias específicos de las poblaciones beneficiarias, incluyendo las de origen indígena.

C. Riesgos fiduciarios

- 2.4 Los sistemas de gestión financiera y de adquisiciones nacionales han mostrado importantes avances, aunque todavía necesitan fortalecerse. El Banco apoya el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas mediante varias operaciones (2032/BL-HO, 1546/SF-HO, ATN/OC-9907-HO). Por lo tanto, el nivel de riesgo de país asociado con los aspectos fiduciarios aún se considera medio. A nivel del sector y de la operación se identificaron riesgos altos asociados con las áreas de manejo financiero y auditoría, y adquisiciones. Estos riesgos ya habían sido identificados en la preparación del préstamo

2418/BL-HO y se ha comenzado con las tareas de mitigación acordadas. En el marco de esa operación se previeron auditorías externas mediante firmas aceptables al Banco, las que se harán extensivas a este. Se utilizarán las políticas del Banco para las adquisiciones financiadas total o parcialmente por el Banco y, como medida de mitigación, ya incluidas en la operación precitada, se complementará la capacidad de la UE con consultores expertos en las políticas de adquisiciones del Banco para agilizar los procesos de compras³².

D. Otros Riesgos

- 2.5 **Gobernabilidad y ambiente político del sector: resistencias corporativas al pago por desempeño.** Con base en las experiencias de otros donantes (USAID y Fondo Mundial), la tarea de sensibilización previa, la adhesión de los cuadros directivos de los establecimientos de salud, el rol del incentivo por desempeño y acciones de sensibilización de la demanda se espera sean acciones efectivas de mitigación.
- 2.6 **Capacidad de implementación y sostenibilidad: Debilidades en la supervisión técnica.** Las debilidades de la SESAL podrían reducir el impacto en el desarrollo y llevar a suspensión del TD. Se prevén como acciones de mitigación: (i) creación de la Unidad Técnica de Gestión Descentralizada y fortalecimiento de los equipos de supervisión y de gestores; (ii) fortalecimiento de marcos regulatorios; (iii) convenios y compromisos de gestión precisos y ejecutables; (iv) auditorías concurrentes técnico-operativas y socialización de resultados; y (v) planes de supervisión del Banco que atiendan privilegiadamente estos aspectos.

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen del esquema de ejecución

- 3.1 **Beneficiario y organismo ejecutor.** El beneficiario será la República de Honduras y el organismo ejecutor será la SESAL, que tendrá la responsabilidad de la coordinación técnica, administrativa y financiera del Programa, con el apoyo de la Unidad Ejecutora (UE) constituida para el Programa GESALUD (Préstamo 2418/BL-HO), la cual es funcional para las necesidades de este programa, quien tendrá funciones de tipo fiduciario. La UE depende del Despacho del Ministro y está conformada por un coordinador, un área administrativa y financiera y las áreas técnicas de la SESAL responsables de los diferentes componentes. La ejecución será reforzada con un coordinador específico para la operación SM2015 incorporado a la UE, el cual será apoyado con dos especialistas técnicos. Las funciones esenciales de la UE están ya consignadas en el Manual Operativo de GESALUD. Otros aspectos críticos de ejecución de la operación de SM2015 en Honduras serán completados con capítulos específicos y agregados al Manual Operativo vigente, para convertirse en el instrumento de ambas operaciones. La ejecución técnica de ambos componentes será responsabilidad de la SESAL por medio de la Subsecretaría de Redes y Servicios que a través de la Dirección General de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud coordinará al Departamento de Hospitales responsable de la ejecución del componente 2 y de la Unidad Técnica de Gestión Descentralizada responsable de la ejecución del

³² La UE de esta operación será la misma que la del préstamo 2418/BL-OC; por tanto se beneficiará de las medidas de mitigación de riesgos fiduciarios previstas para aquella.

componente 1, en proceso de creación, y de la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales que apoyará a la Dirección de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud en la elaboración y aprobación de normas respectivamente, con el apoyo de la UE.

- 3.2 **El Área Administrativa y Financiera** de la UE tiene un equipo básico conformado por un especialista en seguimiento y monitoreo, un especialista y un técnico en adquisiciones, un especialista financiero, y un contador y un tesorero. La UE se incorporará como una unidad ejecutora en el sistema integrado de administración financiera (SIAFI), con el fin de garantizar agilidad en los procesos. El MO del proyecto definirá los pasos, tiempos y actores mínimos necesarios para los trámites de aprobación.
- 3.3 **Condiciones contractuales especiales.** Serán condiciones del TI, previas al primer desembolso: (i) la designación del Coordinador SM2015 que se integrará a la Unidad Ejecutora; y (ii) que el Banco haya aprobado el Manual de Operaciones (MO) del proyecto. Como condiciones de ejecución: (i) Las condiciones establecidas en el RO de SM2015 y, a efecto de las condiciones establecidas en los literales b. y c. párrafo 1.27 del Anexo 1 del RO de SM2015, remitir anualmente y hasta que termine la ejecución de los recursos del TD, el reporte de gasto de la SESAL que identifique los recursos ejecutados correspondientes a dicho tramo, así como el gasto total ejecutado en el sector salud; (ii) el mecanismo que se empleará para calcular el valor de los pagos a los Gestores Seleccionados y los ajustes a los mismos, deberá ser incluido en el MO del proyecto como condición previa para el desembolso de recursos del Tramo de Inversión, destinados al financiamiento de pagos a los Gestores Seleccionados. La inclusión de dicho mecanismo en el MO del proyecto podrá hacerse después de la declaratoria de Elegibilidad de la Operación.
- 3.4 **Como condición Del TD:** El desembolso del TD está sujeto a que se alcance el puntaje mínimo pactado con el beneficiario para el cumplimiento de las metas establecidas en el marco de desempeño para la primera operación individual ([ver Marco de Desempeño](#)).
- 3.5 La SESAL estará sujeta a las normativas de aplicación general para el sector público en materia de gestión financiera, y de manera complementaria, a la política sobre gestión financiera del Banco. En materia de adquisiciones, para el TI se utilizarán las políticas y procedimientos del Banco. Los recursos del Tramo de Desempeño estarán exentos de la aplicación de las políticas del BID en adquisiciones de bienes y servicios y contratación de consultores; ya que es un incentivo al país, por el alcance de las metas especificadas en el [Marco de Desempeño](#).
- 3.6 **Auditoría técnica y financiera externa.** Durante todo el período de ejecución del programa la UE presentará al Banco los estados financieros anuales consolidados del programa, debidamente auditados por una firma auditora independiente seleccionada y contratada de acuerdo a los procedimientos del Banco. Por otro lado, la auditoría técnica del Préstamo 2418/BL-HO será extensiva a las actividades de este programa con los ajustes que correspondan.

B. Adquisiciones

- 3.7 **Aspectos fiduciarios.** La adquisición de bienes y servicios y la selección y contratación de servicios de consultoría se realizarán de conformidad con las políticas del Banco

(GN-2349-9 y GN-2350-9). Para la ejecución del Subcomponente 1.1 se aplicará lo referenciado en el párrafo 3.8 del documento GN-2349-9 relacionado con la participación comunitaria. Los procedimientos aplicables para cada tipo de adquisición, de conformidad con las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9) presentadas en el Anexo III. Las supervisiones del Banco que se realicen con recursos del proyecto se llevarán a cabo conforme a lo estipulado en el [Plan de Adquisiciones](#) y en el Apéndice I de GN-2349-7 y GN-2350-7.

C. Resumen del esquema de monitoreo y evaluación

- 3.8 **Monitoreo.** Para determinar el progreso de la ejecución de la operación se monitorearán rutinariamente indicadores de producto, de resultados y de impacto utilizando como fuentes de información, datos administrativos y encuestas independientes. Esta actividad se llevará a cabo mediante dos instrumentos principales: (i) Tablero de Control; y (ii) el Informe de Monitoreo del Proyecto (PMR). Además, se verificará el cumplimiento por parte del beneficiario de las metas de indicadores para desembolso del TD mediante encuestas externas realizadas en una muestra aleatoria y representativa de mujeres 15 a 49 años y niños menores de cinco años de los hogares pertenecientes al área geográfica focalizada y en los servicios de salud, con recursos propios de la Iniciativa. En tercer lugar, con el propósito de realizar análisis comparativos de la implementación a nivel regional, se seguirá un grupo de indicadores comunes a todos los países de la SM2015 ([ver Matriz de Resultados](#)) y ([ver Marco de Desempeño](#)).
- 3.9 **Monitoreo de indicadores para desembolso del TD.** La verificación de indicadores para el desembolso por desempeño se realizará utilizando las encuestas independientes mencionadas en el párrafo anterior a realizarse en los municipios en que interviene el primer proyecto y en las unidades de salud de dicha área geográfica. Las encuestas se llevarán a cabo antes de iniciar el primer proyecto para establecer la línea de base y a los 14 y 32 meses para evaluar el desempeño al finalizar cada una de los proyectos. La encuesta a los 14 meses será sólo a unidades de salud. Se dará seguimiento a los indicadores de políticas utilizando las normas y protocolos oficiales del Ministerio de Salud. El marco de desempeño contiene los indicadores establecidos para el desembolso del TD a los 18 meses, 36 y 54 meses.
- 3.10 **Seguimiento.** El seguimiento a la operación se hará a través de la revisión de los informes semestrales de avance, la documentación semestral del progreso a través del PMR y de la implementación de los planes anuales de supervisión de la operación. que permitirán dar seguimiento a la ejecución de los componentes y actividades descritos arriba y en la descripción del proyecto y esquema de implementación y gestión.
- 3.11 **Evaluación de impacto.** Con fondos propios la Iniciativa SM2015 realizará dos evaluaciones de impacto. La primera evaluación estimará los impactos de: (i) el conjunto de intervenciones financiadas bajo la modalidad de pago por desempeño en la oferta de servicios de salud y los resultados a nivel de la salud de la población; y (ii) los incentivos generados por el condicionamiento del tramo de desempeño en el alcance de metas que emplea la Iniciativa para motivar mejoras en los resultados de interés. Si existiera disponibilidad de fondos la segunda sería una evaluación experimental del AIN-C, específicamente del modelo fortalecido de CCC para la prevención de

desnutrición crónica en la comunidad. Para las dos evaluaciones se proponen metodologías de evaluación experimentales para cada intervención a ser evaluada ([ver Plan de Seguimiento y Evaluación](#)). La línea de base se medirá a principios de 2012, seguida por mediciones adicionales a los 14, 32 y 5050 meses.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID	Alineado		
Programa de préstamos	La intervención contribuye al programa de préstamos para (i) países pequeños y vulnerables, (ii) reducción de pobreza y promoción de la equidad y (iii) Cooperación e integración regionales.		
Metas regionales de desarrollo	La intervención contribuye a reducciones en tasas de mortalidad materna e infantil.		
Contribución de los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	La intervención contribuye a la meta aumentar la población recibiendo paquete básico de salud.		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país	Alineado		
Matriz de resultados de la estrategia de país	No disponible.	En Preparación.	
Matriz de resultados del programa de país	No disponible.	El proyecto está incluido en el Documento de Programación de País 2012.	
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad	Altamente Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
	9.5		10
3. Evaluación basada en pruebas y solución	9.6	25%	10
4. Análisis económico ex ante	8.5	25%	10
5. Evaluación y seguimiento	10.0	25%	10
6. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación	10.0	25%	10
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos*	Medio		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	C		
III. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales (criterios de VPC/PDP)	Si	Tesorería, Presupuesto, Reportes y Honducompras.	
El proyecto usa otro sistema nacional para ejecutar el programa diferente de los indicados arriba			
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género			
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto			
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.	Si	La evaluación de impacto de la operación producirá evidencia sobre el impacto del mecanismo de pago por resultados en el desempeño del sector salud público del país. Además podrá arrojar evidencia sobre el impacto de la entrega de un paquete básico de servicios de salud con la adición de otros servicios de comprobada eficacia en los indicadores de salud de la población meta. Finalmente, permitirá establecer el efecto de una intervención de comunicación educativa para el cambio de conductas específicas (behavior change communication) en las páticas de alimentación y cuidado de niños de 0 a 24 meses y en su estado nutricional.	

Este es un proyecto con financiamiento no reembolsable para Honduras parte de la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015, por lo que contribuye al programa de apoyo a países pequeños y vulnerables, a la reducción de la pobreza, y la promoción de la equidad y a la cooperación e integración regionales. El proyecto está incluido en el documento de programación para 2012.

El documento describe los indicadores de mortalidad materno-infantil en Honduras, enfatizando tanto sus altos niveles como el hecho de que muchas de esas muertes son evitables. Además, existen importantes diferencias regionales lo que hace que la situación de los más desfavorecidos sea aún más preocupante. Se describe también el sistema de salud, que está fragmentado y no garantiza el acceso a un tercio de la población, así como las tendencias del gasto en salud en Honduras, y la respuesta del Gobierno en la cual destaca el modelo de gestión descentralizado basado en el pago por resultados a gestores que proveen servicios de primer nivel de atención. Es en este contexto, la SM2015 provee valor agregado mediante la inclusión de medidas de probada eficacia para complementar el paquete básico de salud que ofrecen los gestores del modelo descentralizado.

Se presenta un diagnóstico adecuado pues además de describir el prob+A32lema identifica las causas. El objetivo del programa está claramente definido. La matriz de resultados define adecuadamente indicadores de impacto y de resultados en distintas instancias, y se incluyen también indicadores de desempeño, de cuyo cumplimiento depende el desembolso de los recursos de incentivos. El análisis económico es adecuado. El proyecto cuenta con arreglos de monitoreo y evaluación adecuados, incluyendo evaluaciones experimentales de impacto para medir los impactos de las intervenciones y del esquema de incentivos así como los impactos del modelo fortalecido de atención a la niñez con base comunitaria. Se identifican los riesgos, las medidas de mitigación y los indicadores para su seguimiento.

ANEXO II

MATRIZ DE RESULTADOS

OBJETIVO DEL PROYECTO: El objetivo del proyecto es mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud y nutrición materno infantil en la población meta, seleccionada de entre la más pobre del país.

INDICADORES DE IMPACTO

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o Cambio en PP a 18 meses	Metas o Cambio en PP a 36 meses	Metas o Cambio en PP 54 meses	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ¹	2013	2015	2016		
<u>IMPACTO ESPERADO:</u> Estadode salud y nutrición de las mujeres en edad reproductiva y los niños menores de cinco años que viven en las regiones más pobres del país mejorado ²							
Número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos	(x 1,000 nacidos vivos)	105.3			90	Registros vitales y Encuesta independiente hogares	Datos línea base provienen Hogares, MC et al. (2010). ³

1

Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles. Estos datos se completarán tan pronto como finalicen las encuestas externas de hogares y establecimientos de salud.

.

² Los indicadores de impacto, serán evaluados únicamente al inicio y al final del tiempo total de duración de la Iniciativa, excepto por la desnutrición crónica y la anemia.

³ Hogan, MC et al. (2010). *Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. The Lancet*, 1609-1623.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o Cambio en PP a 18 meses	Metas o Cambio en PP a 36 meses	Metas o Cambio en PP 54 meses	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ¹	2013	2015	2016		
Número de muertes durante los primeros 28 días de vida por cada 1.000 nacidos vivos en un año o periodo determinado	Tasa (x 1,000 nacidos vivos)	11.4			8	Registros vitales y Encuesta independiente hogares	Datos actuales de línea base provienen Hogan, MC et al. (2010). ³
Número de muertes durante el primer año de vida por cada 1.000 nacidos vivos en un año o periodo determinado	Tasa (x 1,000 nacidos vivos)	7.01			4	Registros vitales y Encuesta independiente hogares	Datos actuales de línea base provienen Hogan, MC et al. (2010). ³
Número de muertes de menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos en un año o periodo determinado	%	22.86%			10%	Registros vitales y Encuesta independiente hogares	
Niños de 0-59 meses con niveles de hemoglobina < 110 g/L	%	39.3%		6 PP ⁴	9 PP	Encuestas independientes de hogares	ENDESA 2005-2006 dato calculado en el quintil más bajo
Niños de 6-23 meses con niveles de hemoglobina < 110 g/L **	%	56.5%		10 PP	15PP	Encuestas independientes de hogares	ENDESA 2005-2006, dato calculado a nivel nacional
Niños 0-59 meses con talla < -2 SD de la media de la población de referencia de longitud para edad	%	43.2%			4PP	Encuestas independientes de hogares	ENDESA 2005-2006, dato calculado en el quintil más bajo

* Se actualizará antes del primer desembolso una vez que los datos de línea base estén disponibles.

**Indicador de para desembolso del tramo de desempeño

⁴ PP significa el cambio en puntos porcentuales sobre la línea de base.

INDICADORES DE RESULTADO

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Fuente de verificación de la línea base	Observaciones
		2011 ⁵	2013	2015	2016		
RESULTADO ESPERADO: Aumentar la cobertura, la calidad y el uso de los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil en los municipios más pobres.							
Mujeres en edad reproductiva (15-49) ⁶ que actualmente utilizan (o cuya pareja utiliza) un método moderno de planificación familiar **	%	41.1%		10PP	15PP	Encuesta independiente hogares	El dato actual corresponde a la ENDESA 2005-2006, dato calculado en el quintil más bajo Indicador para el desembolso del tramo de desempeño a 36 y 54 meses
Mujeres en edad reproductiva (15-49) ⁵ que no deseaban quedar embarazadas y que no estaban usando/no tenían acceso a métodos de planificación familiar	%	24.2%		7PP	10PP	Encuesta independiente hogares	El dato actual corresponde a la ENDESA 2005-2006, dato calculado en el quintil más bajo (necesidad insatisfecha para limitar y espaciar)
Mujeres que recibieron por lo menos 4 atenciones prenatales en su embarazo más reciente por personal calificado en los últimos dos años	%	75.4%		5PP	10PP	Encuesta independiente hogares	El dato actual corresponde a la ENDESA 2005-2006, dato calculado en el área rural

⁵ Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles; serán actualizados cuando terminen las encuestas externas de hogares y establecimientos de salud.

⁶ Mujeres sexualmente activas que no buscan embarazo, se excluyen mujeres con menopausia, histerectomía, vírgenes, embarazadas o desean quedar embarazadas.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Fuente de verificación de la línea base	Observaciones
		2011 ⁵	2013	2015	2016		
Mujeres que recibieron por lo menos 4 controles prenatales de acuerdo a las mejores prácticas por personal calificado en su embarazo más reciente en los últimos dos años ^{7 **}	%	*		10PP	15PP	Encuesta independiente de centros de salud ⁸	Indicador para el desembolso del tramo de desempeño a 36 y 54 meses
Mujeres que recibieron su primer control prenatal por personal calificado antes de las 12 semanas de gestación en su embarazo más reciente en los últimos dos años	%	62.7%		5 PP	10PP	Encuesta independiente centros de salud	El dato actual corresponde a la ENDESA 2005-2006, dato calculado en el área rural

⁷

Medición de tipo de sangre, anemia, sífilis, VIH, glicemia, proteinuria, presión arterial, ganancia de peso, fondo uterino, foco fetal cardiaco.

⁸

Las encuestas independientes de servicios de salud incluirán visitas de verificación y revisión de registros, cuando sea el caso

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Fuente de verificación de la línea base	Observaciones
		2011 ⁵	2013	2015	2016		
Mujeres cuyo parto más reciente fue realizado por personal calificado en una unidad de salud en los dos últimos años **	%	33.0%		12PP	20PP	Encuesta independiente hogares	El dato actual corresponde a la ENDESA 2005-2006, dato calculado en el quintil más bajo para parto institucional Indicador para el desembolso del tramo de desempeño a 36 y 54 meses
Porcentaje de mujeres que recibieron cuidado de post-parto por personal calificado antes de los 7 días después de su parto más reciente en los dos últimos años**	%	46.1%		10PP	15PP	Encuesta independiente de hogares	El dato actual corresponde a la ENDESA 2005-2006, dato calculado en el quintil más bajo, e incluye 3 días a 41 días Indicador para el desembolso del tramo de desempeño a 36 y 54 meses
Pacientes institucionales de postparto inmediato , evaluadas e inscritas en registros clínicos por lo menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos hasta completar las dos horas y al ser dadas de alta del hospital en su parto más reciente en los últimos dos años (CMI's y Hospitales). **	%	*	10PP	30PP	90%	Encuesta independiente de centros de salud	Indicador para el desembolso del tramo de desempeño a 36 y 54 meses

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Fuente de verificación de la línea base	Observaciones
		2011 ⁵	2013	2015	2016		
Usuarías posparto (vía vaginal y por cesaria) a las cuales se les controló y registro en la historia clínica perinatal los criterios seleccionados ⁹ por lo menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos hasta completar las dos horas y al momento de egreso según la norma en su parto más reciente en los dos últimos años**	%	*	10PP	30PP	90%	Encuesta independiente de centros de salud	Indicador para el desembolso del tramo de desempeño a 36 y 54 meses
Cesáreas como proporción de los nacimientos en los dos últimos años.	%	*		10-15 %	10-15%	Encuesta independiente de centros de salud	
Madres (15-49) que pueden reconocer al menos 5 signos de peligro en el recién nacido ¹⁰ para su parto más reciente en los dos últimos años	%	*		7 PP	15PP	Encuesta independiente de centros de salud	
Neonatos que recibieron atención neonatal sin complicaciones por personal calificado dentro de las 48 horas siguientes a su nacimiento durante los últimos dos años	%	*		12PP	20PP	Encuesta independiente de centros de hogares	

⁹ Los criterios seleccionados serán definidos en el Manual de Operaciones.

¹⁰ Dificultad para respirar, convulsiones, espasmos, cianosis (coloración azulada de la piel y las membranas mucosas) , dificultad para respirar ,convulsiones, espasmos, palidez, flacidez, letargo, caliente al tacto (la fiebre) , fría al tacto, sangrado, severa ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos), No comer o succionar mal, diarrea o persistente, vómitos o distensión abdominal , pus o enrojecimiento del ombligo (ombligo), los ojos o la piel, hinchazón de las extremidades o las articulaciones

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Fuente de verificación de la línea base	Observaciones
		2011 ⁵	2013	2015	2016		
Neonatos con complicaciones (prematurez, bajo peso, asfixia y sepsis) manejadas de acuerdo a la norma a nivel hospitalario en los últimos dos años **	%	*		70	90%	Encuesta independiente de centros de salud	Indicador para el desembolso del tramo de desempeño a 36 y 54 meses
Mujeres con complicación obstétrica (hemorragia, sepsis y eclampsia) manejada de acuerdo a la norma en su parto mas reciente en los dos últimos años**	%	*		70	90%	Encuesta independiente de centros de salud	Indicador para el desembolso del tramo de desempeño a 36 y 54 meses
Niños con diagnóstico de diarrea de 0-59 atendidos en la unidad de salud evaluados, clasificados y tratados de acuerdo al grado de deshidratación en los últimos dos años	%	*		50	80%	Encuesta independiente de centros de salud	
Niños de 0-59 meses con diagnóstico de neumonía que acudieron a cita de seguimiento a los dos días en Cesares y Cesamos en los últimos dos años**	%	*		8PP	12PP	Encuesta independiente de centros de salud	Indicador para el desembolso del tramo de desempeño a 36 y 54 meses
Niños 0-59 meses identificados con vacunación completa para su edad ¹¹	%	77.7%		5PP	10PP	Encuesta independiente de hogares	El dato actual corresponde a la ENDESA 2005-2006, dato calculado en el quintil más bajo
Niños de 12 a 59 meses que recibieron 2 dosis de tratamiento antiparasitario en el último año	%	59.7%		5PP	10PP	Encuesta independiente de hogares	El dato actual corresponde a la ENDESA 2005-2006, dato calculado en el quintil más bajo

11

BCG, Hepatitis B, pentavalente, Haemophilus influenza, rotavirus, vacuna antineumocócica conjugada, sarampión, paperas y rubeola.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Fuente de verificación de la línea base	Observaciones
		2011 ⁵	2013	2015	2016		
Niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron puestos al seno materno durante la primera hora después del parto	%	84.8%		2PP	4PP	Encuesta independiente de hogares	El dato actual corresponde a la ENDESA 2005-2006, dato calculado en el quintil más bajo
Niños de 0 a 5 meses que fueron alimentados exclusivamente con leche materna el día anterior	%	6.6%		8PP	12PP	Encuesta independiente de hogares	El dato actual corresponde a la ENDESA 2005-2006, dato calculado en el quintil más bajo Indicador para el desembolso del tramo de desempeño 54 meses

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Fuente de verificación de la línea base	Observaciones
		2011 ⁵	2013	2015	2016		
Madres que dieron a sus niños de 0 a 59 meses SRO ¹² y zinc en el último episodio de diarrea en las últimas dos semanas **	%	0		10PP	25PP	Encuesta independiente de hogares	La línea de base actual es cero porque el zinc todavía no se proporciona Indicador para el desembolso del tramo de desempeño 54 meses
Niños de 6 a 8 meses que recibieron alimentos sólidos o semisólidos el día anterior	%	*		5PP	10PP	Encuesta independiente de hogares	
Madres que reportan haber dado a sus niños de 6 a 23 meses de edad al menos 50 sobres de micronutrientes en polvo en los últimos 6 meses **	%	*		15PP		Encuesta independiente de hogares	Indicador para el desembolso del tramo de desempeño 36 meses

¹² SRO = Sales de Rehidratación Oral.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Metas o cambio en PP	Fuente de verificación de la línea base	Observaciones
		2011 ⁵	2013	2015	2016		
Casos de diarrea en niños de 0-59 meses a los que se les distribuyo SRO y zinc según la norma en los últimos dos años**	%	*		50PP	90	Encuesta independiente de centros de salud	
Madres con niños de 0 a 23 meses que recibieron por lo menos una sesión de consejería cara a cara por personal comunitario en el último mes **	%	*		20PP	90	Encuesta independiente de hogares	Indicador para el desembolso del tramo de desempeño 36 meses
Mujeres que reciben un subsidio o incentivos para la atención prenatal, postnatal o parto y/o atención de recién nacido en los últimos dos años	%	*		40 PP	50PP	Encuesta independiente de centros de salud	
Análisis realizado sobre la expansión del convenio público-público para la potencial implementación de la red hospitalaria fuera de las áreas focalizadas por el proyecto de la Iniciativa SM2015.	SI/NO	NO		SI		Convenio	Indicador para el desembolso del tramo de desempeño 36 meses
Población de las áreas focalizadas por gestores descentralizados con acceso al conjunto garantizado de prestaciones con financiamiento publico	Numero	*		15% adicion al sobre línea base		Registros de SESAL	Indicador para el desembolso del tramo de desempeño 36 meses

INDICADORES DE PRODUCTO¹³

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambios en PP	Metas o cambios en PP	Metas o cambios en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ¹⁴	2013	2015	2016		
Actualización de la norma nacional ¹⁵ para la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia (diarreas y IRAS ¹⁶ y neumonía).**	N/A	no	Si			Revisión de la norma	Indicador para desembolso del tramo de desempeño

¹³ La medición se realizara solo a los 18 meses.

¹⁴ Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles; serán actualizados cuando terminen las encuestas externas de hogares y establecimientos de salud.

* Se actualizará antes del primer desembolso una vez que los datos de línea base estén disponibles.

¹⁵ Una copia de la Norma Nacional para la Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia vigente será anexada al Manual de Operaciones.

¹⁶ IRAS: Se entiende como Infecciones Respiratorias Agudas

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambios en PP	Metas o cambios en PP	Metas o cambios en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ¹⁴	2013	2015	2016		
Norma nacional de micronutrientes aprobada ^{17**}	N/A	no	Si			Documento de aprobación	Indicador para desembolso del tramo de desempeño
Unidades de salud de primero y segundo nivel abastecidos con métodos de PF de acuerdo a la norma vigente ¹⁸ de la SESAL**	%	* ¹⁹	80%			Encuesta independiente de centros de salud	Indicador para desembolso del tramo de desempeño

¹⁷ El contenido mínimo de esta Norma Nacional de Micronutrientes será especificado en el Manual de Operaciones.

¹⁸ La norma vigente será definida en el Manual de Operaciones

¹⁹ * Se actualizaran una vez que los datos esten disponibles

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambios en PP	Metas o cambios en PP	Metas o cambios en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ¹⁴	2013	2015	2016		
Usuarías de la CMI en las que se rebasó la curva de alerta o presentaron evidencia de desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal y que se tomó una decisión en base a información del partograma en el último año**	%	*	75%			Encuesta independiente de centros de salud	Indicador para desembolso del tramo de desempeño
CMI con disponibilidad permanente de medicamentos e insumos ²⁰ necesarios para la atención de las complicaciones obstétricas y neonatales**	%	*	80%			Encuesta independiente de centros de salud	Indicador para desembolso del tramo de desempeño
Unidades de Salud de segundo nivel con disponibilidad permanente de insumos y equipos necesarios ²¹ para la atención de la complicación obstétrica y neonatal**	Numero	*	2			Encuesta independiente de centros de salud	Indicador para desembolso del tramo de desempeño
Número de Gestores con 100% de monitoras y promotores (as) seleccionados y capacitados en consejería cara a cara individualizada y fortalecida**	Numero	*	4			Encuesta independiente de centros de salud	Indicador para desembolso del tramo de desempeño

²⁰ La cantidad mínima por CMI de medicamentos insumos necesarios para que se considere que hay disponibilidad permanente, se especificará en el Manual de Operaciones.

²¹ Los insumos y equipos necesarios se definirán en el Manual de Operaciones.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambios en PP	Metas o cambios en PP	Metas o cambios en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ¹⁴	2013	2015	2016		
Unidades de salud de primer nivel (cesar, cesamo y CMI) con disponibilidad permanente de insumos y equipos ²² para la atención de diarreas (incluyendo el Zinc) y neumonías en menores de 5 años de acuerdo a las normas ²³ .**	%	*	80%			Encuesta independiente de centros de salud	Indicador para desembolso del tramo de desempeño
CESARES y CESAMOS (unidades de salud) con disponibilidad permanente de micronutrientes ²⁴ en polvo para la suplementación en el hogar**	%	*	80%			Encuesta independiente de centros de salud	Indicador para desembolso del tramo de desempeño
Regiones departamentales focalizadas que tienen el numero aceptable de unidades CONE básicas y ampliadas	%	*	80%			Encuesta independiente de centros de salud	
Monitores y promotores capacitados en consejería cara a cara en prácticas adecuadas claves de alimentación y cuidado de niños de 0 a 23 meses	%	*	90%			Encuesta independiente de centros de salud	

²² Los insumos y equipos necesarios se definirán en el Manual de Operaciones.

²³ Estas normas se especificarán en el Manual de Operaciones.

²⁴ La cantidad de MNP necesarios para que se considere que hay disponibilidad permanente, se especificará en el Manual de Operaciones.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambios en PP	Metas o cambios en PP	Metas o cambios en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ¹⁴	2013	2015	2016		
Unidades de salud de primer nivel que proporcionan servicios de consejería cara-a-cara individualizada en la lactancia materna exclusiva, higiene, alimentación y nutrición	%	*	85%			Encuesta independiente de centros de salud	
Madres o cuidadoras principales que han recibido consejería cara a cara individualizada en prácticas adecuadas claves de alimentación y cuidado de niños de 0 a 23 meses en los últimos 3 meses	%	*	80%			Encuesta independiente de centros de salud	
Mujeres que llegan acompañadas por personal comunitario (desagregado por tipo) al servicio en busca de parto atendido por personal calificado en los últimos 6 meses	%	*	30PP			Encuesta independiente de centros de salud	
Informes de vigilancia de la mortalidad materna e infantil realizados y rutinariamente analizados en el último año	%	*	80%			Encuesta independiente de centros de salud	
Unidades con disponibilidad de equipo e insumos para la atención prenatal, de parto y postnatal rutinaria	%	*	80%			Encuesta independiente de centros de salud	
Nuevos comités para traslado de complicaciones obstétricas y neonatales comunitarios activos	%	*	80%			Encuesta independiente de centros de salud	
Hogares maternos con los insumos y recursos necesarios asignados para su funcionamiento	%	*	80%			Encuesta independiente de centros de salud	

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambios en PP	Metas o cambios en PP	Metas o cambios en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ¹⁴	2013	2015	2016		
Unidades de salud con disponibilidad 24/7 de GO, pediatra en neonatología en unidades con atención CONE	%	*	80%			Encuesta independiente de centros de salud	
Partera capacitadas en su nuevo rol de acompañamiento a la mujer embarazada y consejo en el postparto	%	*	80%			Encuesta independiente de centros de salud	
Hospitales del área focalizada con disponibilidad de sangre segura (si hay intervención de CONE completo)	%	*	80%			Encuesta independiente de centros de salud	
Muertes maternas y neonatales por causas, seleccionadas, reportadas e investigadas de acuerdo a normas en hospitales en el último año	%	*	80%			Encuesta independiente de centros de salud	

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o cambios en PP	Metas o cambios en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011	2012	2013		
Población que recibe el conjunto de servicios garantizado mediante convenios de gestión descentralizada	Personas Recibiendo paquetes	*	17500	17500	Registros de la SESAL	
CONE ambulatorio y básico implementado en municipios cubiertos por los gestores descentralizados (CESAR, CESAMO y CMI)	Unidades de salud beneficiadas con CONE	*	7 CMI, 43 CESARES, 18 CESAMOS	7 CMI, 43 CESARES, 18 CESAMOS	Registros de la SESAL	
Comunidades están implementando la estrategia de comunicación para el cambio de conductas para prevención de la desnutrición crónica (AIN-C)	Comunidades	*	80	80	Registros de la SESAL	
Gestores descentralizados con habilidades clínicas fortalecidas (Planificación familiar, nutrición, CONE, AIEPI)	Número de gestores fortalecidos	*	6	6	Registros de la SESAL	
Establecimiento del segundo nivel con CONE básico y completo implementado	Establecimiento beneficiados	*	6	6	Registros de la SESAL	

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: Honduras

PROYECTO N°. HO-G1001

NOMBRE: Iniciativa Mesoamérica 2015

ORGANISMO EJECUTOR: Secretaría de Salud (SESAL)

PREPARADO POR: Nalda Morales (Gestión Financiera) y Juan Carlos Martell (Adquisiciones)

I. Resumen ejecutivo

La operación HO-G1001 será ejecutada bajo el mismo mecanismo de ejecución de la operación “Programa de Fortalecimiento de la Gestión y Oferta Descentralizada de los Servicios de Salud en Honduras, GESALUD” (préstamo 2418/BL-HO), el cual ha sido analizado y aprobado por el Banco, mediante la Unidad Ejecutora de GESALUD.

El análisis previamente realizado identificó los riesgos siguientes: (i) sistemas de información y metodología para el control de la gestión que pueden ser sometidos a procesos de fortalecimiento; (ii) procedimientos que no están formalizados y sistemas de información administrativa financiera y de adquisiciones que requieren de definición o precisión y (iii) un sistema de control interno cuya implementación debe realizarse de conformidad con las normas de control interno vigentes en el país.

Dicho análisis se actualizó durante la misión de análisis de HO-G1001 y, si bien es cierto aún se mantienen ciertos elementos que requieren mejorarse, principalmente en el riesgo de gestión pública, seguimiento y rendición de cuentas, ha habido progreso en cuanto al control interno, procesos administrativos, así como en la incorporación de personal idóneo para la gestión fiduciaria de la operación. La SESAL ha hecho avances importantes en la implementación del sistema nacional de gestión financiera SIAFI y del Módulo de Reportes en el contexto de la ejecución del préstamo 2418/BL-HO, lo que permite calificar esta operación con un riesgo MEDIO. En adición, para esta operación se identificó el riesgo de no contar con recursos adicionales en concepto de contrapartida a partir de segundo semestre de 2013, haciendo necesaria su gestión desde 2012 para asegurar el logro de los objetivos del proyecto.

En general, Honduras presenta un riesgo fiduciario calificado como ALTO. Producto de un riesgo en gestión financiera identificado para el país como MEDIO y, en cuanto a las adquisiciones un riesgo fiduciario país ALTO, como se indica en el reciente estudio de diagnóstico realizado con la metodología de la OECD/DAC, esta calificación permite establecer que no se podrán utilizar sistemas nacionales en adquisiciones para esta operación.

Los diagnósticos de los **Sistemas de Gestión Financiera Pública** de Honduras reflejan avances importantes hacia buenas prácticas y estándares internacionales, principalmente en la implementación del SIAFI y la Cuenta Única del Tesoro (CUT), y la descentralización de la función de tesorería. Actualmente, la cartera del Banco se gestiona a través de los subsistemas de presupuesto, tesorería y contabilidad, y los reportes de los proyectos con fuente de financiamiento externa son generados por el Módulo UEPEX. El SIAFI también contiene el subsistema “Bienes” para el control de los activos de uso adquiridos por el gobierno, sea con

fondos nacionales o con financiamiento externo, el cual será de implementación obligatoria a partir del cuarto trimestre de 2011.

II. Contexto fiduciario del organismo ejecutor

Con relación a adquisiciones, aún cuando en el caso de Honduras no está planteada la utilización del sistema país en las operaciones financiadas por el Banco, es práctica generalizada la utilización de HONDUCOMPRAS para difundir las oportunidades de compras y contrataciones del Estado, y se utilizan los documentos estándar de licitación pública nacional y los documentos de comparación de precios, ambos para la adquisición de bienes y obras, que han sido armonizados entre el BID y el Banco Mundial.

Para la gestión financiera, la SESAL tiene implementado parcialmente el SIAFI con sus subsistemas de Presupuesto, Contabilidad y Tesorería y con el Módulo UEPEX para la emisión de los reportes de las operaciones con financiamiento externo, el cual ya está siendo utilizado en la operación financiada con el préstamo 2418/BL-HO. Además, el ejecutor posee experiencia previa reciente en la ejecución de proyectos con el Banco (por ejemplo, el préstamo 1619/SF-HO).

En la actualidad la Unidad Ejecutora de GESALUD cuenta con personal contratado para el manejo de las adquisiciones, el cual fue adquirido como parte del plan de mitigación de riesgos acordado para la operación 2418/BL-HO. Adicionalmente la UE ha sido y seguirá siendo capacitada en las políticas y procedimientos de adquisiciones del BID.

III. Evaluación del riesgo fiduciario y acciones de mitigación

El riesgo fiduciario en general es un riesgo **MEDIO**. La SESAL ha implementado algunas de las recomendaciones previamente identificadas para mitigar los riesgos identificados durante la evaluación de capacidad institucional realizada en ocasión de la preparación de GESALUD, por ejemplo, la contratación de personal especializado en compras usando los procedimientos BID, la aprobación de un reglamento operativo, la realización de un taller de capacitación al personal de la UE y la implementación del UEPEX. Al iniciar la ejecución de la operación HO-G1001 se realizará un nuevo taller de capacitación para consolidar los conocimientos fiduciarios en la UE. Adicionalmente, el esquema de supervisión fiduciario previsto incluye los servicios de auditoría anual con informes trimestrales, medida que contribuirá a mitigar el riesgo fiduciario.

El riesgo de no contar con fondos de contrapartida es evidente para el período 2013. La SESAL se ha comprometido a gestionar fondos para cubrir la contrapartida local ante las autoridades financieras comenzando durante el segundo semestre de 2012, momento en que se formulará el presupuesto para el año fiscal 2013. De igual manera, la SESAL explorará fuentes alternativas de financiamiento.

IV. Aspectos a ser considerados en Estipulaciones Generales y Especiales del Contrato

A fin de agilizar la negociación del convenio por parte del equipo de proyecto y principalmente de LEG, se incluyen a continuación aquellos acuerdos y requisitos que deberán ser considerados en las estipulaciones especiales:

- 1) Las contrataciones para el proyecto propuesto se llevarán a cabo de acuerdo con las “Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo” (GN-2349-9), y las “Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo” (GN-2350-9), ambas de abril de 2011, y con lo establecido en el Contrato de Préstamo y el Plan de Adquisiciones.
- 2) El Plan de Adquisiciones se actualizará por lo menos cada 6 meses o con mayor frecuencia, si así se requiere.
- 3) La compra de micronutrientes en polvo y zinc requeridos para la ejecución del componente 1, será realizada mediante una Licitación Internacional Limitada (LIL) y una contratación directa, respectivamente, por un monto de US\$ 110,000 en el caso de micronutrientes en polvo y US\$ 41,000.00 en el caso de zinc, lo anterior en consistencia con lo establecido en los párrafos 3.5 y 3.6 de la política GN-2349-9 y amparado en el estudio de mercado realizado para el suministro de estos bienes, el cual indica la existencia únicamente de tres proveedores para micronutrientes en polvo a nivel mundial y un solo proveedor para zinc que cumplen con el criterio de la elegibilidad de origen de los bienes.

Condiciones previas al primer desembolso; el primer desembolso estará condicionado a que el Prestatario y/o Organismo Ejecutor cumpla lo siguiente: (i) apertura de cuenta especial en el BCH; (ii) aprobación del Reglamento Operativo, el cual incluirá el tratamiento de los temas fiduciarios y de control interno, los flujos internos de trabajo y la segregación de funciones; (iii) contratación del coordinador del proyecto en la UE de GESALUD; y (iv) asignación de recursos de la contrapartida nacional para financiar por lo menos durante el primer año de ejecución los componentes que se pretende financiar con cargo a esa fuente.

- 4) El tipo de cambio acordado con el ejecutor para la rendición de cuentas será la tasa oficial de compra publicada por el BCH al momento de pago, tomada del Sistema Reuters.
- 5) La moneda del financiamiento de la operación será el dólar de los Estados Unidos de América.
- 6) Se contará con servicios de auditoría financiera, por una firma de auditores externos elegible para el Banco. La auditoría se realizarán anualmente, conforme los Términos de Referencia a ser acordados con el Banco, incluyendo la presentación de un informe de auditoría intermedio sobre el primer semestre de cada año. Vale destacar que la evaluación técnica externa del programa estará a cargo de una firma consultora, cuyo alcance incluirá la verificación del cumplimiento de los indicadores reportados.

V. Acuerdos y requisitos para la ejecución de las adquisiciones

Los acuerdos y requisitos fiduciarios en adquisiciones establecen las disposiciones que aplican para la ejecución de todas las adquisiciones previstas en el proyecto.

1. Ejecución de las Adquisiciones

- a. **Adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Distintos a los de Consultoría.** Los contratos de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría¹ generados bajo el proyecto y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DELS) emitidos por el Banco. Las licitaciones

¹ Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo (GN-2349-9) párrafo 1.1: Los servicios diferentes a los de consultoría tienen un tratamiento similar a los bienes.

sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) y Comparación de Precios (CP) se ejecutarán usando los Documentos de Licitación Nacional y de Comparación de Precios respectivamente, los cuales han sido acordados con el Gobierno de Honduras y se encuentran publicados oficialmente en el sitio de Internet de la Oficina Normativa de Compras y Adquisiciones del Estado (ONCAE). La revisión de las especificaciones técnicas de las adquisiciones durante la preparación de procesos de selección serán responsabilidad del especialista sectorial del proyecto.

- b. **Selección y Contratación de Consultores:** Los contratos de servicios de consultoría generados bajo el proyecto se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEPs) emitida. La revisión de términos de referencia para la contratación de servicios de consultoría es responsabilidad del especialista sectorial del proyecto.
- c. **La selección de los consultores individuales:** Habrá casos en que la contratación de consultores individuales se podrá solicitar mediante anuncios locales o internacionales a fin de conformar una lista corta de individuos calificados. La selección y contratación de consultores individuales se hará de acuerdo a lo previsto en la Sección V de las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo (GN-2350-9).
- d. **Gastos Recurrentes:** Estos gastos son aquellos gastos operativos y de mantenimiento requeridos para poner en funcionamiento el proyecto durante su vida útil y cubren lo referente a gastos por materiales y útiles de oficina, comunicaciones, transporte y reproducción de documentos que serían financiados por el proyecto dentro del presupuesto anual aprobado por el Banco. Las adquisiciones respectivas serán realizadas siguiendo los procedimientos acordados con el Banco en el reglamento operativo y plan de adquisiciones. Adicionalmente, los gastos recurrentes incluyen los costos de los consultores contratados para asistir al organismo ejecutor durante el período de ejecución de la operación, los cuales serán seleccionados siguiendo la política GN-2350-9 que rige la operación. Los costos de operación no incluyen salarios de funcionarios en ejercicio público.
- e. **Otros:** El programa financiará gastos recurrentes que han sido identificados por el equipo de proyecto. El reglamento operativo deberá de contener un procedimiento para la adquisición de estos gastos, así como la entrega y liquidación de los viáticos, cuando sea procedente.

2. Tabla de Montos Límites (miles US\$)

Obras			Bienes ²			Consultoría	
Licitación Pública Internacional	Licitación Pública Nacional	Comparación de Precios	Licitación Pública Internacional	Licitación Pública Nacional	Comparación de Precios	Publicidad Internacional Consultoría	Lista Corta 100% Nacional
Mayor a US \$ 1,500,000	Entre US\$ 150,000 y US\$ 1,500,000	Menor a US \$ 150,000	Mayor a US\$ 150,000	Entre US\$ 25,000, y US\$ 150,000	Menor a US\$ 25,000	Mayor o Igual a US\$ 200,000	Menor a US\$ 200,000

² Incluye servicios distintos a los de consultoría.

Límite para Revisión Ex-Post		
Obras	Bienes	Servicios de Consultoría
No hay obras previstas a realizar en el programa.	Todos los contratos de bienes y servicios diferentes a consultoría serán supervisados de manera ex ante por parte del Banco	Todos los contratos serán supervisados de manera ex ante por parte del Banco.

Nota a la tabla de montos límites: Los montos límites establecidos para revisión ex post se aplican en función de la capacidad fiduciaria de ejecución del OE y pueden ser modificados por el Banco en la medida que tal capacidad varíe. La compra de micronutrientes que se indica en el Componente 1, anteriormente se realizará mediante una comparacion de precios internacional,

3. Adquisiciones Principales:

Descripción de la Adquisición	Método de ADQ	Fecha Estimada	Costo Estimado
1. Bienes			
Adquisicion de micronutrientes en polvo	LIL	III trim 2012	110,000
Adquisicion de Zinc para el tratamiento de diarrea	CD	III trim 2012	41,000
Compra de equipo medico	LPN	I trim 2013	67,500
2. Servicios Distintos a los de Consultoria			
Convenio con gestores CONE (varios procesos con un promedio de USD150.000)	CD	III trim 2012	1,124,646
Convenios con gestores descentralizados ajustados AIN-C (varios procesos con un promedio de USD 150,000)	CD	III trim 2012	220,114
Actualizacion de capacidades de gestion y desarrollo de habilidades (capacitacion)	LPN	II trim 2012	59,312
Capacitacion equipo central y gestores/hospitales en uso de convenios de gestion y seguimiento y monitoreo (Varios Procesos)	CP	III trim 2012	49,622
Gestores y Poblacion Capacitados en el uso de micronutrientes	CP	III trim 2012	20,000
3. Consultorias			
3.1 Firmas			
Contratacion de Firma Auditora	CD	III trim 2012	50,000
3.2 Individuos			
Revision y ajuste convenios e instrumentos	CCIN	II trim 2012	20,000
Actualizacion de las normas de atencion integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) para diarrea, infecciones respiratorias agudas y neumonia	CCIN	III trim 2012	30.000
Consultoría para la elaboración de la propuesta de una normativa en micronutrientes para HO	CCIN	I trim 2012	25,000
Consultoria para revision y actualizacion de los mensajes claves, de las laminas educativas y de la guia de la monitora para la consejeria cara a cara para el cambio de conductas	CCIN	III trim 2012	20,000
Consultoria para actualizar la metodologia de capacitacion a monitores y promotores sobre consejeria cara a cara para cambio de conductas	CCIN	III trim 2012	20.000

4. Supervisión de Adquisiciones

La revisión por parte del Banco para la contratación de consultores y las adquisiciones de bienes se realizará de manera ex ante. El Banco podrá cambiar dicha revisión a ex post al actualizar el análisis de capacidad institucional al inicio de la operación.

5. Disposiciones especiales

El Banco podrá cambiar a su discreción el esquema de supervisión de adquisiciones, basado en la experiencia de la ejecución y las actualizaciones de capacidad institucional realizada y/o las visitas fiduciarias llevadas a cabo.

6. Registros y Archivos

La SESAL será la encargada de mantener los archivos de la documentación original y registros del proyecto, por intermedio de la UE. Los consultores de apoyo que se definan en el reglamento operativo como responsables de las adquisiciones del programa deberán de ser responsables de la integridad de los procesos. El reglamento operativo documentará los flujos internos de trabajo y la segregación de funciones.

VI. Acuerdos y requisitos para gestión financiera

1. Programación y presupuesto

El país cuenta con legislación que establece el mecanismo de programación, formulación, aprobación, ejecución, reprogramación y eventuales ampliaciones del presupuesto anual, mediante la Ley Orgánica de Presupuesto y las disposiciones presupuestarias anuales que emite la Secretaría de Finanzas y aprueba el Poder Legislativo, que forman parte del Presupuesto de Ingresos y Egresos de la República.

El presupuesto anual es procesado en el Módulo de Presupuesto del SIAFI, en sus diferentes etapas, a través de la aplicación del clasificador presupuestario por objeto de gasto. Las reprogramaciones y eventuales ampliaciones de los presupuestos para los proyectos con fuente externa no requieren de aprobación legislativa, ya que basta con el acuerdo y modificación de la cuota trimestral correspondiente, que aprueba la Secretaría de Finanzas.

Dada la condición macroeconómica del país que se ha visto afectada por la crisis financiera internacional, la situación fiscal presenta dificultades de liquidez para cumplir con los compromisos de fondos adicionales para los proyectos.

2. Contabilidad y sistemas de información

El subsistema de contabilidad del SIAFI lo utilizan las instituciones del gobierno central. Para los informes financieros y rendición de cuentas de los proyectos, se utiliza el Módulo UEPEX que es alimentado integralmente por los subsistemas de Presupuesto y Tesorería. Por decisión del gobierno, su uso será obligatorio a partir del último trimestre de 2011. La modalidad de registro de la contabilidad seguirá las Normas Internacionales de Contabilidad (NIC) y las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF). Se requerirán informes financieros auditados mediante la auditoría financiera y de gestión, con informes trimestrales y anuales.

3. Desembolsos y flujo de de caja

El proyecto contará con una cuenta especial para el desembolso de los fondos en el Banco Central de Honduras a nombre del proyecto, que será administrada por la UAP de la Secretaría de Salud. Dichos fondos serán transferidos a la Cuenta Única de Tesorería (CUT), de donde se trasladarán a las libretas operativas para los pagos a proveedores. El Banco realizará, con cargo al financiamiento, el desembolso de los recursos al Organismo Ejecutor bajo la modalidad de anticipo de fondos, de conformidad con el flujo de fondos requeridos durante un periodo de hasta seis meses y la capacidad demostrada del Organismo Ejecutor para administrar en forma eficiente los recursos del financiamiento.

La documentación de respaldo requerida serán los siguientes reportes que emita el UEPX/SIAFI: Control de Desembolsos y Aportes Locales, Detalle de Pagos por Categoría de Inversión, Estado de Cuenta de Contratos y Conciliación de la Cuenta Especial. Adicionalmente, el proyecto contará con un Plan Operativo Anual (POA), incluido el Plan de Ejecución Plurianual (PEP), dado que es un proyecto de 18 meses, un Plan de Adquisiciones (PA), una Programación Financiera (PF) que se deriva del PA, así como el Flujo de Caja.

4. Control interno y auditoría interna

El análisis de capacidad institucional concluyó que el sistema de control interno del organismo ejecutor ofrece muchas oportunidades para fortalecimiento y mejoras. Mientras esto sucede dicho sistema no se utilizará para la supervisión de esta operación; por lo tanto, la responsabilidad de evaluar el sistema de control interno del proyecto recaerá en la firma de auditores externos que se contrate para la auditoría financiera y de gestión del proyecto, con informes trimestrales y anuales.

5. Control externo e informes

Según la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas, el control externo compete a dicho órgano; sin embargo, debido a que su capacidad instalada actual se puede mejorar en aspectos técnicos y financieros, la función de auditoría externa de la operación será ejercida por la firma de auditores independientes que se contrate.

Con base a lo anterior, se ha definido que los acuerdos y arreglos financieros a considerar son los siguientes:

1. Contar con los servicios de auditoría financiera y de gestión anuales, de una firma auditores externos elegible al Banco.
2. Las normas aceptables al Banco a utilizar en esta operación, son la Política de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el Banco (OP-273-1), Guía de Desembolsos, Guías de Informes Financieros y Auditoría Externa de las Operaciones Financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo y la Guía Operacional de Gestión Financiera (OP-274-2).
3. Los informes financieros a ser auditados serán: Estado de Flujos de Efectivo, Estado de Inversiones Acumuladas e Información Financiera Complementaria. Además se auditará la gestión de la ejecución del proyecto, en particular la gestión de los gestores descentralizados y de los establecimientos de salud a su cargo. Esto formará parte del alcance del servicio de auditoría que se establezca en sus Términos de Referencia (TdR). Esta auditoría y sus TdR serán acordados con el ejecutor.
4. El costo estimado, de los servicios de auditoría financiera y de gestión con informes trimestrales y anuales, es de USD40.000,00 para la operación HO G1001 y será cubierto con recursos del financiamiento.

6. Plan de supervisión financiera

La modalidad de supervisión de desembolsos será ex post, ya que se contará con una auditoría financiera y de gestión anual con un informe intermedio del primer semestre. El Banco supervisará la correcta implementación del SIAFI y Modulo UEPEX, efectuará la revisión de los informes de auditoría y dará seguimiento a las acciones para superar las observaciones y hallazgos encontrados, así como la implementación de las acciones de mitigación de riesgos identificados. La supervisión será efectuada por el Especialista Fiduciario de Gestión Financiera asignado a la operación, con el apoyo de la firma de auditores externos

7. Ejecución

- a. **Organismo ejecutor.** El organismo ejecutor será la SESAL, a través de la UE del Programa de Fortalecimiento de la Gestión Descentralizada de Servicios de Salud financiado con el préstamo 2418/BL-HO, en coordinación con las direcciones de línea de la institución. La UE será fortalecida con un profesional en las áreas fiduciarias con dedicación exclusiva al proyecto.
- 1.1 **El Componente 1** financiará las siguientes actividades del CONE bajo el primer subcomponente:
 - (i) atención prenatal incluyendo manejo de patologías menores; (ii) detección temprana de complicaciones del embarazo y referencia; (iii) monitoreo de la labor del parto y atención de parto, pinzamiento tardío del cordón umbilical, y atención del puerperio inmediato y antes de los 10 días; (iv) manejo de complicaciones obstétricas no quirúrgicas e inicio del tratamiento de las complicaciones; (v) atención básica del neonato

incluyendo manejo inicial de las complicaciones; (vi) referencia adecuada para manejo de emergencias obstétricas y neonatales en nivel para CONE completo; (vii) procedimientos manuales como remoción de placenta; y (viii) compra de equipo medico para centros de salud y CMI. Este subcomponente también contempla la consejería y oferta de métodos modernos de planificación familiar, la incorporación de hogares maternos para acercar a la mujer en los últimos días del embarazo al centro de atención del parto, el fortalecimiento de acciones para una adecuada articulación del funcionamiento del sistema CONE en sus niveles ambulatorio, básico y completo, y el fortalecimiento de acciones comunitarias y de los gobiernos municipales para la movilización de la mujer en labor de parto y el mantenimiento de los hogares maternos. El segundo subcomponente financiará las siguientes cuatro intervenciones de nutrición: (i) fortalecimiento de AIN-C para mejorar efectividad de la consejería individualizada para modificación de conductas en lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y cuidados esenciales del niño menor de 24 meses; (ii) fortalecimiento del AIEPI para mejorar la atención del niño enfermo por parte de los equipos de los servicios del primero nivel, tanto los de las unidades de salud como los de los servicios itinerantes; (iii) distribución de micronutrientes en polvo (MNPs) a niños de 6 meses a menos de 24 meses; y (iv) distribución de zinc y sales de rehidratación oral para el tratamiento de diarrea en niños menores de 59 meses, según las recomendaciones internacionales. También financiará los insumos técnicos necesarios para (i) realizar una investigación cualitativa formativa para guiar el diseño de un AIN-C fortalecido y (ii) revisar y ajustar metodologías e instrumentos normativos y clínicos para el fortalecimiento de (a) AIN-C y (b) AIEPI. Finalmente, el tercer subcomponente prestará asistencia técnica a los gestores para el fortalecimiento de habilidades clínicas, incluyendo la norma CONE para cuidados ambulatorios y básicos, la medición de indicadores y estándares de calidad del CONE en este nivel de atención, la aplicación de la normativa AIEPI actualizada, y la administración y distribución de MNP y zinc y SRO para el tratamiento de la diarrea.

- 1.2 **El Componente 2** financiará, las actividades de tres subcomponentes, como sigue:
- Subcomponente 2.1. Atención de las emergencias obstétricas y complicaciones neonatales. Se apoyará la adopción de los protocolos de práctica clínica de las nuevas normas de atención materna y neonatal en lo que respecta a complicaciones obstétricas y neonatales, así como la dotación de insumos y equipos básicos para la adecuada aplicación de los protocolos en los casos referidos del primer nivel de atención. Este componente también incluirá la provisión de métodos permanentes de planificación familiar post evento obstétrico y la oferta de métodos de planificación familiar a hombres. También se apoyará el desarrollo de los indicadores, estándares y herramientas de calidad, incluyendo: (i) medición regular de los estándares e indicadores, elaboración de los planes de mejora continua (MCC); (ii) el fortalecimiento de los comités de gestión hospitalaria, de calidad y de muerte materna y neonatal; y (iii) el análisis de datos para la toma de decisiones de los comités y cuadros directivos. Finalmente, este subcomponente comprenderá:
- (i) capacitación en gestión de servicios, en el uso y análisis de indicadores y herramientas de calidad, y en la auditoría médica a los prestadores de servicios de complicaciones obstétricas y neonatales;
- (ii) capacitación regular en las normas actualizadas y en la práctica clínica; (iii) fortalecimiento de las destrezas de la aplicación de los instrumentos de gestión por

resultados que regulan las relaciones entre el hospital y el nivel central de la SESAL. Este subcomponente también apoyará las siguientes actividades: (i) el análisis de la asignación actual de recursos humanos e identificación de las necesidades de recursos humanos por hospital; y (ii) la formulación de un plan integral de asignación de recursos humanos especializados y/o calificados en las áreas de intervención que incluya la definición de estrategias para asegurar la disponibilidad permanente de recursos en los establecimientos del segundo nivel de atención seleccionados. Subcomponente 2.2. Revisión y actualización de los instrumentos de gestión basados en desempeño y sus instrumentos de monitoreo para el segundo nivel de atención. (i) Completará la normativa de la contratación de servicios entre el nivel central de la SESAL y los establecimientos del segundo nivel, incluyendo la actualización y refinamiento de los instrumentos, llamados compromisos de gestión, así como de sus indicadores de proceso y resultado para pago por resultado incluidos en los contratos; (ii) desarrollará los manuales e instrumentos de monitoreo para el seguimiento de los compromisos de gestión incluyendo la supervisión de los servicios de CONE emergencias y CONE completo; y (iii) capacitará al nivel central y a las Direcciones Regionales en la aplicación de los instrumentos de monitoreo y supervisión.

- b. En el nivel local,** las Regionales Sanitarias Departamentales tendrán la función de monitorear y supervisar a los gestores descentralizados de los servicios de salud en su cumplimiento de los convenios de gestión y, con base en los resultados, darán el visto bueno para que la UE proceda a efectuar los pagos. Los gestores descentralizados que suscriban convenios de gestión serán los administradores directos de los fondos para la extensión de cobertura y serán responsables de la entrega de los servicios, de los procesos de adquisición de los medicamentos, de la generación de la información técnica y financiera de los servicios prestados, y de la contratación y administración del personal complementario, entre otras funciones.

8. Otros acuerdos y requisitos de gestión financiera

Los activos adquiridos con recursos del proyecto deberán ingresarse en el Subsistema de Bienes Nacionales del SIAFI en coordinación con la Contaduría General de la República.

Los costos del proyecto incluyen los impuestos, tasas y derechos arancelarios, lo cual es congruente con los parámetros financieros del país.

ANEXO IV**MARCO DE DESEMPEÑO DEL PROGRAMA****INDICADORES PARA DESEMBOLO DEL TRAMO DE DESEMPEÑO A LOS 18 MESES**

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base¹	Meta	Fuente de verificación²
Actualización de la norma nacional para la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia (diarreas y IRAS y neumonía).	NA	1/10	NO	Norma Nacional Actualizada	Revisión la norma.
Norma nacional de micronutrientes aprobada	%	1/10	NO	Norma Nacional Aprobada	Documento de aprobación.
Unidades de salud de primero y segundo nivel abastecidas con los métodos de planificación familiar de acuerdo a la norma vigente de la SESAL	%	1/10	*	80%	Encuestas independientes de servicios de salud.
Usuaris posparto (vía vaginal y por cesárea) a las cuales se les controló y registró en la historia clínica perinatal los criterios seleccionados por lo menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos hasta completar las dos horas y al momento de egreso según la norma (CMIs y Unidades de Segundo Nivel) en su parto más reciente en los últimos dos años	%	1/10	*	10 PP ³	Encuestas independientes de servicios de salud.
Usuaris de la CMI en las que se rebasó la curva de alerta o presentaron evidencia de desaceleración de la frecuencia cardiaca fetal y que se tomó una decisión en base a información del partograma en el último año	%	1/10	*	75%	Encuestas independientes de servicios de salud

¹ Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles. Estos datos se completarán tan pronto como finalicen las encuestas externas de hogares y establecimientos de salud

*Se actualizará una vez que los datos de línea base estén disponibles.

² Las encuestas independientes de servicios de salud incluirán visitas de verificación y revisión de registros, cuando sea del caso.

³ PP significa el cambio en puntos porcentuales.

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base ¹	Meta	Fuente de verificación ²
CMI con disponibilidad permanente de medicamentos e insumos necesarios para la atención de emergencia obstétrica y neonatal	%	1/10	*	80%	Encuestas independientes de servicios de salud.
Unidades de Salud de Segundo Nivel con disponibilidad permanente de medicamentos e insumos y equipos necesarios para la atención de emergencia obstétrica y neonatal	Número	1/10	*	2	Encuestas independientes de servicios de salud.
Gestores con el 100% de monitoras y promotores(as) seleccionados y capacitados en consejería cara a cara individualizada y fortalecida	Número	1/10	*	4	Encuestas independientes de servicios de salud.
Unidades de salud de primer nivel (CESARES, CESAMOS y CMI) con disponibilidad permanente de insumos y equipos para la atención de diarreas y neumonías en menores de 5 años de acuerdo a las normas.	%	1/10	*	80%	Encuestas independientes de servicios de salud.
CESARES y CESAMOS con disponibilidad permanente de micronutrientes en polvo para la suplementación en el hogar	%	1/10	*	80%	Encuestas independientes de servicios de salud.

INDICADORES PARA DESEMBOLSO DEL TRAMO DE DESEMPEÑO A LOS 36 MESES

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base ⁴	Meta ⁵	Fuente de verificación ⁶
Madres de niños de 0 a 23 meses que recibieron por lo menos una sesión de consejería cara a cara por personal comunitario en el último mes	%	1/12	*	20 PP ⁷	Encuestas independientes de hogares
Mujeres (15-49) que actualmente utilizan (o cuya pareja utiliza) un método moderno de planificación familiar ⁸ .	%	1/12	41.1	10 PP	Encuestas independientes de hogares
Mujeres (15-49) que recibieron por lo menos 4 controles prenatales de acuerdo a las mejores prácticas por personal calificado en su embarazo más reciente en los últimos dos años	%	1/12	*	10 PP	Encuestas independientes de servicios de salud.
Mujeres (15-49) cuyo parto más reciente fue realizado por personal calificado en una unidad de salud en los dos últimos años.	%	1/12	33	12PP	Encuestas independientes de hogares
Mujeres que recibieron cuidado de post-parto por personal calificado antes de los 7 días ⁹ después de su parto más reciente en los dos últimos años	%	1/12	46.1	10 PP	Encuestas independientes de hogares.

⁴ Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles. Estos datos se completarán tan pronto como finalicen las encuestas externas de hogares y establecimientos de salud.

* Se actualizará una vez que los datos de línea base estén disponibles.

⁵ Las metas establecidas se han establecido en base a la magnitud del cambio esperado y serán ajustadas una vez obtenidos los resultados de las encuestas de línea de base.

⁶ Las encuestas independientes de servicios de salud incluirán visitas de verificación y revisión de registros, cuando sea del caso.

⁷ PP = Puntos porcentuales.

⁸ Mujeres sexualmente activas que no buscan embarazo, se excluyen mujeres con menopausia, histerectomía, vírgenes, embarazadas o que desean quedar embarazadas.

⁹ Se incluyen las mujeres que tuvieron un control post parto de 0-6 días

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base ⁴	Meta ⁵	Fuente de verificación ⁶
Usuarías posparto (vía vaginal y por cesárea) a las cuales se les controló y registró en la historia clínica perinatal los criterios seleccionados por lo menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos hasta completar las dos horas y al momento de egreso según la norma (CMI y Unidades de Segundo Nivel) en su parto más reciente en los últimos dos años	%	1/12	*	30PP	Encuestas independientes de servicios de salud
Partos (vaginales o por cesárea) en las que se realizó el manejo activo del tercer periodo de parto según normas (administración de 10 UI de oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del bebé, tracción contra tracción del cordón y masaje uterino) en su parto más reciente en los dos últimos años.	%	1/12	*	30PP	Encuestas independientes de servicios de salud.
Neonatos con complicaciones (prematurez, bajo peso, asfixia y sepsis) manejados de acuerdo a normas a nivel hospitalario en los últimos dos años.	%	1/12	*	70%	Encuestas independientes de servicios de salud.
Mujeres con complicación obstétrica (sepsis, hemorragia y eclampsia) manejado de acuerdo a la norma en su parto más reciente en los últimos dos años	%	1/12	*	70%	Encuestas independientes de servicios de salud
Niños de 0-59 meses con diagnóstico de neumonía que acudieron a cita de seguimiento a los dos días en CESARES y CESAMOS en los últimos dos años	%	1/12	*	8PP	Encuestas independientes de servicios de salud
Casos de diarrea en niños de 0-59 meses a los que se les distribuyó SRO y zinc según la norma en los últimos dos años	%	1/12	0	50PP	Encuestas independientes de servicios de salud
Madres que reportan haber dado a sus niños de 6 a 23 meses de edad 50 sobres de micronutrientes en polvo en los últimos 6 meses (36m)	%	1/12	*	15PP	Encuestas independientes de hogares.

INDICADORES PARA DESEMBOLSO DEL TRAMO DE DESEMPEÑO A LOS 54 MESES

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base¹⁰	Meta¹¹	Fuente de verificación¹²
Niños de 0 a 5 meses que fueron alimentados exclusivamente con leche materna	%	1/12	6.6	8 PP	Encuestas independientes de hogares
Mujeres (15-49) que actualmente utilizan (o cuya pareja utiliza) un método moderno de planificación familiar ¹³ .	%	1/12	41.1	15 PP	Encuestas independientes de hogares
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que recibieron por lo menos 4 controles prenatales de acuerdo a las mejores prácticas por personal calificado en su embarazo más reciente en los últimos dos años	%	1/12	*	15 PP	Encuestas independientes de servicios de salud.
Mujeres (15-49) cuyo parto más reciente fue realizado por personal calificado en una unidad de salud en los dos últimos años.	%	1/12	33	20 PP	Encuestas independientes de hogares.
Mujeres que recibieron cuidado de post-parto por personal capacitado antes de 7 días después de su nacimiento más reciente en los dos últimos años	%	1/12	46.1	15 PP	Encuestas independientes de hogares.

¹⁰ Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles. Estos datos se completarán tan pronto como finalicen las encuestas externas de hogares y establecimientos de salud.

*Se actualizará antes del primer desembolso una vez que los datos de línea base estén disponibles.

¹¹ Las metas establecidas se han establecido en base a la magnitud del cambio esperado y serán ajustadas una vez obtenidos los resultados de las encuestas de línea de base.

¹² Las encuestas independientes de servicios de salud incluirán visitas de verificación y revisión de registros, cuando sea del caso.

¹³ Mujeres sexualmente activas que no buscan embarazo, se excluyen mujeres con menopausia, histerectomía, vírgenes, embarazadas o que desean quedar embarazadas.

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base ¹⁰	Meta ¹¹	Fuente de verificación ¹²
Usuarías posparto (vía vaginal y por cesárea) a las cuales se les controló y registró en la historia clínica perinatal los criterios seleccionados por lo menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos hasta completar las dos horas y al momento de egreso según la norma (CMI y Unidades de Segundo Nivel) en su parto más reciente en los últimos dos años	%	1/12	*	90%	Encuestas independientes de servicios de salud.
Partos (vaginales o por cesárea) en las que se realizó el manejo activo del tercer periodo de parto según normas (administración de 10 UI de oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del bebé, tracción contra tracción del cordón y masaje uterino) registrado en la historia clínica .	%	1/12	*	90%	Encuestas independientes de servicios de salud.
Neonatos con complicaciones (prematurez, bajo peso, asfixia y sepsis) manejados de acuerdo a normas a nivel hospitalario y en los últimos dos años	%	1/12	*	90%	Encuestas independientes de servicios de salud.
Mujeres con complicación obstétrica (sepsis, hemorragia y eclampsia) manejado de acuerdo a la norma en su parto más reciente en los dos últimos años	%	1/12	*	90%	Encuestas independientes de servicios de salud.
Niños de 0-59 meses con diagnóstico de neumonía que acudieron a cita de seguimiento a los dos días en CESARES y CESAMOS en los últimos dos años	%	1/12	*	12PP	Encuestas independientes de servicios de salud.
Madres que dieron a sus niños de 0 a 59 meses SRO y zinc en el último episodio de diarrea en el último mes.	%	1/12	*	25 PP	Encuestas independientes de hogares
Prevalencia de anemia en niños de 6 a 23 meses (Niños de 6-23 meses con niveles de hemoglobina menor a 110 g/L)	%	1/12	56.5	-15PP	Encuestas independientes de hogares

HONDURAS. SALUD MESOAMÉRICA 2015

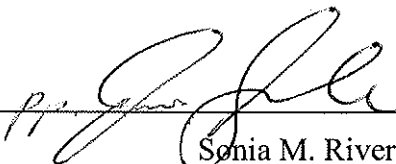
HO-G1001

CERTIFICACIÓN

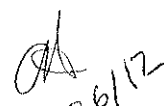
Por la presente certifico que esta operación de inversión no reembolsable fue aprobada para financiamiento por el Fondo Mesoamericano de Salud (MHF por sus siglas en inglés) en la reunión del Comité de Donantes del día 27 de enero de 2012 y que se reflejan en las Minutas de dicho Comité (MHF/DC/Minutes 001-2012), y conforme lo estipulado en el Reglamento Operativo.

Igualmente, certifico que existen recursos disponibles en el MHF, hasta la suma de US\$6.000.000 (seis millones dólares estadounidenses) para financiar las actividades descritas y presupuestadas en este documento. Este monto se divide en (i) US\$4.000.000 (cuatro millones dólares estadounidenses) para cubrir el Tramo de Inversión y (ii) US\$2.000.000 (dos millones dólares estadounidenses) para cubrir el Tramo de Desempeño sujeto a que se cumplan las metas preestablecidas para su desembolso.

La reserva de recursos representada por esta certificación es válida por un periodo de seis (6) meses calendario contados a partir de la fecha de firma de esta certificación. Si el proyecto no fuese aprobado por el BID dentro de ese plazo, los fondos reservados se considerarán liberados de compromiso, requiriéndose la firma de una nueva certificación para que se renueve la reserva anterior. El compromiso y desembolso de los recursos correspondientes a esta certificación sólo debe ser efectuado por el Banco en dólares estadounidenses. Esta misma moneda será utilizada para estipular la remuneración y pagos a consultores, a excepción de los pagos a consultores locales que trabajen en su propio país, quienes recibirán su remuneración y pagos contratados en la moneda de ese país. No se podrá destinar ningún recurso del Fondo para cubrir sumas superiores al monto certificado para la implementación de este Programa. Montos superiores al certificado pueden originarse de compromisos estipulados en contratos que sean denominados en una moneda diferente a la moneda del Fondo, lo cual puede resultar en diferencias cambiarias de conversión de monedas sobre las cuales el Fondo no asume riesgo alguno.



Sonia M. Rivera
Jefe, a.i.


03/26/2012

Fecha

Unidad de Gestión de Donaciones y Cofinanciamiento
ORP/GCM