

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

HONDURAS

PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

(HO-L1182)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Hugo Godoy (SPH/CHO), Jefe de Equipo; Luis Tejerina (SPH/CHO); Matilde Neret (SCL/SPH); Leonardo Pinzón (SPH/CPN); Alejandro Quijada; y Bessy Romero (CID/CHO); Pilar Jiménez de Aréchaga (LEG/SGO); Martha Guerra (SCL/SPH); María Cecilia del Puerto; y Kelvin Suero (FMP/CHO).

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El presente documento no ha sido aprobado por el Directorio. Si el Directorio lo aprueba con modificaciones, se pondrá a disposición del público una versión revisada que sustituirá y reemplazará la versión original.

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO.....	1
I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A. Antecedentes, Problemática y Justificación.....	2
B. Objetivos, Componentes y Costo	16
C. Indicadores Claves de la Matriz de Resultados y Análisis Económico.....	19
II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS	20
A. Instrumentos de Financiamiento.....	20
B. Riesgos Ambientales y Sociales.....	21
C. Otros Riesgos del Proyecto	21
III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....	21
A. Resumen de los Arreglos de Implementación	21
B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados	22
IV. CARTA DE POLÍTICA	23

ANEXOS	
Anexo I	Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) – Resumen
Anexo II	Matriz de Políticas

ENLACES ELECTRÓNICOS
REQUERIDOS
1. Carta de Política
2. Medios de Verificación
3. Matriz de Resultados
OPCIONALES
1. Análisis económico del proyecto
2. Plan de Seguimiento y Evaluación

ABREVIATURAS	
ALC	América Latina y el Caribe
ADESS	Administradoras de Servicios de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BMGF	<i>Bill & Melinda Gates Foundation</i>
CESAR	Centro de Salud Rural
CESAMO	Centro de Salud con Medico
CGSS	Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud
CMI	Clínica Materno Infantil
CO	Capital Ordinario
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
CRF	Marco de Resultados Corporativos
ECOS	Equipos Comunitarios de Salud
ENC	Estrategia Nacional de Calidad
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ES	Establecimientos de Salud
ESFAM	Equipos de Salud Familiar
FBR	Financiamiento Basado en Resultados
FMI	Fondo Monetario Internacional
GES	Garantías Explicitas en Salud
GOH	Gobierno de Honduras
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
JICA	<i>Japan International Cooperation Agency</i>
LMPS	Ley Marco de Protección Social
LNS	Ley del Sistema Nacional de Salud
LRF	Ley de Responsabilidad Fiscal
MARCOPORE	Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma
MGD	Modelo de Gestión descentralizada
MNS	Modelo Nacional de Salud
MDM	Mancomunidad de Municipalidades
OBC	Organización de Base Comunitaria
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de Salud
PATN	Plan de la Alianza para el Triángulo Norte
PBP	Préstamo Programático de Apoyo a Reformas de Política
PIB	Producto Interno Bruto
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
POS	Plan Obligatorio en Salud
PSNC	Política y Sistema Nacional de Calidad
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RRHH	Recursos Humanos
SAS	Seguro de Atención en Salud

ABREVIATURAS	
SEFIN	Secretaría de Finanzas
SESAL	Secretaría de Salud
SGCG	Secretaría de Coordinación General de Gobierno
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPNF	Sector Público No Financiero
UGD	Unidad de Gestión Descentralizada
UPEG	Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión
USAID	<i>United States Agency International Development</i>
VPN	Valor Presente Neto

RESUMEN DEL PROYECTO
HONDURAS
PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD
(HO-L1182)

Términos y Condiciones Financieras			
Prestatario:	Fuente	%	Monto (US\$)
República de Honduras	BID (CO Regular):	60	30.000.000
Organismo Ejecutor:	BID (CO Concesional):	40	20.000.000
Secretaría de Finanzas (SEFIN)	BID:	100	50.000.000
	CO Regular (FFF) ^(a)		CO Concesional
Plazo de amortización:	20 años		40 años
Período de desembolso:	1 año		
Período de gracia:	5,5 años		40 años
Tasa de interés:	Basada en LIBOR		0,25%
Comisión de crédito:	(b)		N/A
Comisión de inspección y vigilancia:	(b)		N/A
Vida Promedio Ponderada (VPP):	12,75 años		N/A
Moneda de aprobación:	Dólares de los Estados Unidos de América		
Esquema del Proyecto			
Objetivo del proyecto/descripción: El objetivo de la serie programática es mejorar la cobertura, eficiencia y la calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) en la provisión de servicios para la mejora del nivel de salud de la población de todo el país. La primera operación apoyará la preparación y adopción de herramientas para el fortalecimiento del Modelo de Gestión Descentralizada (MGD), así como de un marco legal y normativo para implementar la reforma de salud y cambiar el modelo de provisión y organización de servicios. Además, apoyará la definición de una Estrategia Nacional de Calidad (ENC), la reestructuración del presupuesto de la SESAL y la definición de un sistema de gestión y control de RRHH.			
La presente operación es la primera de una serie Programática en Apoyo de Reformas de Política (PBP), a conformarse de dos préstamos contractualmente independientes y técnicamente vinculados.			
Condiciones contractuales especiales previas al único desembolso del financiamiento: El único desembolso de los recursos del financiamiento estará condicionado al cumplimiento de las condiciones de reforma de política, de conformidad con lo establecido en la Matriz de Políticas (Anexo II) y en la Carta de Política, y de las condiciones contractuales establecidas en el Contrato de Préstamo (ver ¶3.3).			
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna			
Alineación Estratégica			
Desafíos^(c):	SI <input checked="" type="checkbox"/>	PI <input type="checkbox"/>	EI <input type="checkbox"/>
Temas Transversales^(d):	GD <input checked="" type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	IC <input type="checkbox"/>

^(a) Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FN-655-1), el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda y de tasa de interés. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta aspectos operacionales, de manejo de riesgos, las condiciones prevalecientes de mercado, así como el nivel de concesionalidad del Préstamo, de acuerdo con las políticas aplicables y vigentes del Banco en la materia.

^(b) La comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de los cargos financieros del Banco, de conformidad con las políticas correspondientes.

^(c) SI (Inclusión Social e Igualdad); PI (Productividad e Innovación); y EI (Integración Económica).

^(d) GD (Igualdad de Género y Diversidad); CC (Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental); y IC (Capacidad Institucional y Estado de Derecho).

I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, Problemática y Justificación

1. Desempeño económico reciente

- 1.1 Honduras cerró el 2016 con un crecimiento real del Producto Interno Bruto (PIB) de 3,6%, similar al valor de 2015 y superior al -0,5% estimado para América Latina y el Caribe (ALC). Esta expansión estuvo apuntalada en el dinamismo de los sectores: financiero, comunicaciones y maquila (25% del PIB). Del lado del gasto, el consumo final privado (74% del PIB), así como la inversión bruta privada (19% del PIB) fueron los principales motores de la actividad económica. Proyecciones del Fondo Monetario Internacional (FMI) prevén un crecimiento promedio de 3,7% para el período 2017/18, sustentado en mayores niveles de inversión privada y exportaciones.
- 1.2 El sector externo presenta una evolución favorable, caracterizada por la reducción del déficit de cuenta corriente y el mantenimiento del superávit de la cuenta capital y financiera. En diciembre 2016, las reservas internacionales netas se situaron en US\$3.890 millones, equivalentes a una cobertura de 4,6 meses de importaciones. Respecto al tipo de cambio, este presentó para el mismo mes, una depreciación interanual de 5,2%, superior al 3,8% registrado en diciembre 2015.
- 1.3 En el 2016 la inflación alcanzó 3,3%, por debajo del rango establecido por el Banco Central (3,5% - 5,5%). La caída del precio internacional del petróleo y su impacto sobre los precios internos, se ha traducido en una rápida desaceleración de la tasa de inflación (reducción de 2,5 puntos desde diciembre 2014).
- 1.4 El déficit del Sector Público No Financiero (SPNF) en 2016 se estima en 1,4% del PIB, similar al observado en 2015. Durante 2016 las autoridades avanzaron en la implementación del programa de consolidación fiscal acordado con el FMI en 2014¹. Entre las medidas fiscales implementadas destacan: (i) el restablecimiento financiero de la Empresa Nacional de Energía Eléctrica (reducción del 50% de la nómina, incremento de 20% de la tarifa media desde 2014); (ii) la consolidación de las medidas de control de gasto e incremento de la recaudación tributaria (rendimiento del 4,7% del PIB desde el 2014); y (iii) la reforma del marco institucional para el manejo sostenible de la política fiscal, destacando la adopción del marco fiscal de mediano plazo integrado al presupuesto desde 2015 y la aprobación de la Ley de Responsabilidad Fiscal (LRF) en 2016². Estas acciones han repercutido en la estabilización de la deuda pública total en torno al 48% del PIB.

¹ El acuerdo Stand-By culmina en Diciembre 2017. El directorio del FMI aprobó el 26/10/2016 la tercera y cuarta revisión del acuerdo.

² La LRF, aprobada en abril 2016, establece la necesidad de asegurar la consistencia en el tiempo de la política presupuestaria, así como garantizar la consolidación fiscal, sostenibilidad de la deuda y reducción de la pobreza con responsabilidad, prudencia y transparencia fiscal. La LRF se sustenta en tres reglas macro-fiscales: (i) un techo anual para el déficit del balance global del SPNF igual a 1,0% del PIB, mismo que será aplicado gradualmente entre 2016 y 2018; (ii) el gasto corriente nominal del Gobierno Central no podrá ser mayor al promedio anual de los últimos 10 años del crecimiento real del PIB más la proyección de la inflación promedio para el siguiente año; y (iii) la nueva deuda flotante al cierre del año fiscal, no podrá ser superior a 0,5% del PIB nominal.

- 1.5 A corto y mediano plazo se espera el fortalecimiento de la posición fiscal de acuerdo a lo establecido en la LRF y el programa con el FMI. Partiendo de los resultados fiscales de 2013, el programa establece el incremento de los ingresos tributarios en 2,5 puntos del PIB, hasta alcanzar 17,6% del PIB en 2017, así como una reducción del gasto corriente de 19,8% a 17,6% del PIB. Es de mencionar que del lado del gasto se anticipa una disminución de la masa salarial de 1,4 puntos del PIB (se estima en 8,4% del PIB para 2017).

2. El Sistema de Salud en Honduras

- 1.6 El sistema de salud hondureño está constituido por el sector público, conformado por la Secretaría de Salud (SESAL), y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)³; y el sector privado, con y sin fines de lucro.
- 1.7 La provisión pública de servicios de salud, brindada por el IHSS, atiende a la población trabajadora y sus beneficiarios afiliados al sistema de seguridad social. La SESAL, que también ejerce funciones de rectoría de todo el sistema de salud, presta servicios a la población no afiliada a la seguridad social y de más escasos recursos económicos. Se estima que la red de servicios de la SESAL cubre el 60% de la población, el IHSS un 17%, el sector privado un 5% y el restante 18% o sea 1.300.000 habitantes, tienen todavía problemas de acceso a servicios de salud⁴.
- 1.8 El 84% de los servicios de la SESAL se gestionan de manera centralizada; en la cual la contratación de los recursos humanos (RRHH), así como la compra de medicamentos e insumos, y la organización de los servicios se hace desde el nivel central. El restante 16%, se gestionan a través del Modelo de Gestión Descentralizada (MGD), que consiste en la administración y prestación de los servicios de salud a través de entidades gestoras sin fines de lucro con personería jurídica propia, diferentes a la SESAL. Por otro lado, el IHSS gestiona sus propios servicios y además compra servicios al sector privado en varios municipios del país (modelo subrogado).
- 1.9 En cuanto al financiamiento, todo el presupuesto de la SESAL proviene de transferencias del Estado, realizadas sobre una base histórica. Por su parte el IHSS, recauda y administra los recursos provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores del sector productivo formal destinados a financiar un seguro de salud y las prestaciones por incapacidad temporal, invalidez, vejez y muerte. Aunque por ley el Estado debería de aportar el 0,5% del salario de los aportantes al IHSS, históricamente se ha hecho de forma irregular y cuanto esto no ocurre la deuda se documenta y se paga en otras administraciones ya sea por transferencias de SEFIN o a través de bonos del Estado. El gasto en salud en Honduras alcanza el 8,7% del PIB, lo cual está cerca del promedio de los países del istmo centroamericano (el promedio en Centroamérica es de 8,5%). Sin embargo, el gasto per cápita (US\$212), está muy por debajo del promedio regional LAC (US\$695.57). El gasto público en salud

³ También esta los servicios de salud de las fuerzas armadas, pero cubre una proporción muy pequeña de la población, que incluye los miembros del ejército.

⁴ Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2011-2012.

representa el 48,1% del gasto en salud (el 98% del gasto público proviene de la SESAL y el IHSS) y el gasto de bolsillo representa el 92% del gasto privado⁵.

3. El Modelo de Gestión Descentralizada de Servicios de Salud

- 1.10 La SESAL inició en el 2004 el MGD de servicios de salud, mediante un modelo de Financiamiento Basado en resultados (FBR). Este modelo consiste, en la contratación de entidades gestoras⁶ para la prestación de servicios de primer nivel de atención⁷. Los gestores reciben un pago per cápita por la población cubierta, incluido un pago por cumplimiento de indicadores de calidad, desempeño y eficiencia. Además, como un incentivo para aumentar el parto institucional, se les paga por cada parto atendido en las Clínica Materno Infantil (CMI)⁸.
- 1.11 Como parte del FBR, la SESAL monitorea trimestralmente a los gestores, a través de la medición de indicadores de calidad y desempeño. Entre los indicadores que se evalúan están: porcentaje de captación de mujeres embarazadas antes de las 12 semanas; cobertura de atención prenatal, neonatal, puerperal y de vacunación entre otros. Si los puntajes obtenidos de parte del gestor son más bajos que los establecidos en el contrato, la SESAL aplica penalidades financieras o rescinde el contrato de los gestores de ser necesario. Los gestores son los responsables de contratar el personal de salud, comprar los insumos y medicamentos, y organizar, administrar y prestar los servicios, bajo la regulación y supervisión de la SESAL. Asimismo, los gestores organizan Equipos de Salud Familiar (ESFAM), conformados por un médico, una auxiliar de enfermería y un promotor. Estos ESFAM tienen a su cargo la atención de 600 familias ubicadas en un área geográfica específica. Los ESFAM realizan actividades de identificación y atención de grupos prioritarios o en riesgo, y además realizan visitas domiciliarias y acciones de prevención y promoción en la comunidad.
- 1.12 En el 2009, el MGD de primer nivel había alcanzado una cobertura de 693.584 personas, ubicados en el 45% de los municipios más pobres del país⁹. Durante ese año, estudios¹⁰ que compararon este modelo con los servicios de salud gestionados centralizadamente, demostraron que el MGD había mejorado la cobertura, calidad y eficiencia de los servicios de salud en los municipios en los que se había implementado y que se presentan en los próximos párrafos.
- 1.13 En cuanto a la cobertura, se evidenció que la atención prenatal era de 72,5% en el MGD versus 45,3% en el modelo centralizado; en el MGD se encontró el 56,0% de parto institucional versus 21,5% en el modelo centralizado; en cuanto al control de crecimiento y desarrollo el 70,0% de los niños menores de dos años recibían

⁵ Indicadores de desarrollo mundial. Banco Mundial 2016. Gasto privado en salud, es todo aquel gasto que no se hace a través de las instituciones públicas como SESAL, IHSS, Fuerzas Armadas, Alcaldías etc. Y que incluye los gastos de las empresas, aseguradoras privadas y gasto de bolsillo de los hogares.

⁶ Los gestores son organizaciones como alcaldías, mancomunidades de alcaldías, asociaciones comunitarias y Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

⁷ Primer nivel de atención comprende todos los servicios brindados en unidades ambulatorias. Segundo nivel incluye los servicios hospitalarios.

⁸ Clínicas Materno Infantiles, que atienden partos no complicados en las comunidades lejanas.

⁹ Los municipios más pobres del país son 102. En el 2009 la cobertura del MGD en primer nivel se brindaba en 46 municipios.

¹⁰ Estudio Comparativo entre el Modelo Descentralizado y Centralizado en la Provisión de Servicios de Salud en Atención Primaria en Honduras. SESAL. *Measure Evaluation*; USAID Honduras. Marzo 2009.

el control respectivo en el MGD mientras que en el modelo centralizado era de 50,8%; y la cobertura de atención puerperal¹¹ era de 42,9% en el MGD versus el 32,3% en el modelo centralizado¹².

- 1.14 En cuanto a la calidad, se encontró una mejor aplicación de las normas de atención en los casos de niños con diarrea y neumonía en los servicios descentralizados que en los servicios gestionados centralizadamente en un 30% y 50%, respectivamente¹³. Además, el MGD impulsó las actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud en las comunidades asignadas, aumentando sustancialmente la producción de visitas domiciliarias. En el MGD el 20% de las familias recibió al menos una visita al año, mientras que en las unidades gestionadas centralizadamente y estudiadas no se produjo ni una visita por familia al año¹⁴. Asimismo, en las áreas de implementación del MGD, el 100% de los partos institucionales fueron atendidos por médicos, a diferencia del resto de las áreas con provisión directa por parte de la SESAL donde el 50% de los partos institucionales fueron atendidos por una auxiliar de enfermería.
- 1.15 En cuanto a la eficiencia, el MGD evidenció menores costos unitarios en todos los servicios prioritarios de atención, además mostró mayor accesibilidad por horario disponible. Por ejemplo, en el modelo centralizado se encontró que los servicios eran más costosos en la atención del parto en un 12%, la atención prenatal en un 36% y un 48% en la atención puerperal¹⁵.
- 1.16 Posteriormente, en el 2013, el Gobierno de Honduras (GOH), con el apoyo del Banco¹⁶, inició la implementación del MGD en los hospitales. En este caso, el modelo consiste en la firma de convenios con fundaciones¹⁷ sin fines de lucro para que administren y presten los servicios hospitalarios. El cálculo de los fondos que se transfieren a las fundaciones se hace en base a la producción estimada de egresos hospitalarios. El pago a las fundaciones también incluye un componente variable vinculado al alcance de indicadores de calidad y desempeño¹⁸.
- 1.17 Para el 2015, el MGD de primer nivel se había extendido a una población de 1.300.000 habitantes, cubriendo el 90% de los municipios más pobres del país¹⁹. En estos municipios, la cobertura de médicos por 10.000 habitantes se incrementó de 3,25 a 11,25 y se cuadruplicó la cobertura de RRHH en salud de 27,5 a 104 por 10.000 habitantes²⁰. El [Estudio de Análisis de la Sostenibilidad Fiscal y Financiera](#) del MGD en el marco del Proyecto HO-L1105 (3723/BL-HO) demuestra que no ha

¹¹ Puérperas o puerperio: es el periodo después del parto.

¹² Estudio Comparativo entre el Modelo Descentralizado y Centralizado en la Provisión de Servicios de Salud en Atención Primaria en Honduras. SESAL; *Measure Evaluation*; USAID Honduras. Marzo 2009.

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Proyectos HO-L1072 (2743/BL-HO); y HO-L1090 (2943/BL-HO).

¹⁷ Las fundaciones son ONG, sin fines de lucro, con personería jurídica, creadas por personas u organizaciones civiles para dar un servicio específico a la comunidad. Estas fundaciones que se contratan para gestionar los hospitales en su mayoría han tenido una historia larga de apoyo al hospital en cuanto a gestión de recursos para pago de personal, equipamiento e infraestructura.

¹⁸ Uno de los indicadores de desempeño, está vinculado al número mínimo de egresos esperado para dicho hospital. Esto hace que el incentivo a generar egresos innecesarios se minimice.

¹⁹ Los municipios más pobres del país son 102. En el 2015 la cobertura del MGD de primer nivel se brindaba en 92 de municipios.

²⁰ Informe de la UGD en base a los convenios de gestión 2016.

habido duplicación de gastos o costos superpuestos en este modelo. También se han descentralizado 6 de los 29 hospitales con que cuenta la SESAL a nivel nacional. Este modelo permitió al hospital San Lorenzo²¹, primer hospital en ser descentralizado, alcanzar resultados como: (i) reducir a cero las muertes maternas y neonatales intrahospitalarias; (ii) disminuir los días de estancia de 3,5 a 2,5; (iii) aumentar los egresos hospitalarios en un 55%; (iv) incrementar la atención de partos en un 15%; y (v) mejorar el abastecimiento de medicamentos de 22% a 97%²².

- 1.18 Las razones de los buenos resultados del MGD en comparación con el modelo centralizado, se debe a cuatro aspectos importantes: (i) el cambio del modelo de financiamiento de la oferta a un financiamiento de la demanda: se financiaban los requerimientos de necesidades de las unidades de salud (personal) y con el MGD el financiamiento se hace en base a la población atendida; (ii) el traslado de la gestión y capacidad de decisiones en área de compra de insumos, contratación de personal y organización de los servicios del nivel central a los servicios de salud en el nivel local; (iii) la introducción de incentivo monetarios, como ser la vinculación del pago al alcance de indicadores de calidad, producción, cobertura, acceso y desempeño; y (iv) la introducción de mecanismos de petición y rendición de cuentas.

4. La Reforma del Sector Salud en Honduras

- 1.19 En base a los resultados y experiencias aprendidas del MGD, la SESAL definió en el 2009 el Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma (MARCOPORE), el cual estableció el programa de reforma en base a los siguientes elementos: (i) la separación de funciones de rectoría, financiamiento/aseguramiento y provisión; (ii) el fortalecimiento del rol rector de la SESAL; (iii) la implementación de un FBR²³; y (iv) el diseño e implementación de una política y sistema nacional de garantía de calidad. Además, definió el MGD, como la estrategia que operativiza la separación de funciones y el FBR.
- 1.20 En el 2011, en base al MARCOPORE y con el apoyo del Banco, se reestructuró organizativamente la SESAL con el fin de fortalecer su función rectora y se conformó la Unidad de Gestión Descentralizada (UGD), como la instancia encargada de la compra y contratación de servicios de salud. Así mismo, en ese mismo año, se aprobó mediante acuerdo ministerial, el Sistema y Política Nacional de Calidad, el cual definió las bases para el desarrollo de la garantía de calidad del sistema de salud para todos los niveles de atención. Este sistema estableció como aspectos claves: el licenciamiento²⁴ de los Establecimientos de Salud (ES),

²¹ Debido a que la implementación del MGD en los otros hospitales es más reciente, aun no se tienen datos suficientes de los logros de los mismos.

²² Fuentes estadísticas del Hospital San Lorenzo y de Informes de Monitoreo de la SESAL.

²³ El FBR consiste en pago a gestores en base al cumplimiento de indicadores de calidad y desempeño.

²⁴ Licenciamiento: de acuerdo a la Política y Sistema Nacional de Calidad, es el procedimiento técnico administrativo, de carácter obligatorio que verifica el cumplimiento de requisitos mínimos indispensables y vigentes, que habilita a un establecimiento de salud para que pueda operar, ya que ha cumplido con los estándares mínimos.

y la certificación²⁵ y acreditación²⁶ de servicios. En ese momento también se definieron los lineamientos para establecer programas de mejora continua de la calidad en los servicios de salud.

- 1.21 Continuando con el proceso de reforma, definido en el MARCOPORE, en julio del 2015 se aprobó la Ley Marco de Protección Social (LMPS), que representa un avance importante en la reforma del sector salud, ya que eleva al estatus de ley, la estrategia de reforma establecida en el MARCOPORE. La LMPS, en base a la experiencia y las lecciones aprendidas del MGD, da un nuevo ímpetu a la reforma del sistema de salud, al establecer un modelo de aseguramiento universal en salud y retomar la separación de funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud propuesto en el MARCOPORE. La LMPS reafirma que la función de rectoría será ejercida por la SESAL; mientras que le asigna al IHSS el rol de asegurador (es decir de afiliar, gestionar el riesgo y financiar los servicios mediante la compra de servicios estratégica de los mismos) y financiador de los servicios de salud²⁷. Asimismo, establece que la provisión de servicios de salud será brindada por entidades gestoras o administradoras de servicios de salud (ADESS)²⁸, públicas o privadas y con personería jurídica diferente a la SESAL y al IHSS, mediante un modelo de FBR.
- 1.22 La LMPS, también crea el Seguro de Atención en Salud (SAS), el cual deberá asegurar a toda la población incluyendo a las personas actualmente cubiertas por la SESAL. El SAS estará constituido por el Régimen Subsidiado que cubriría solamente a la población pobre sin capacidad de cotizar; y el Régimen Contributivo, que cubriría a la población trabajadora del sector formal e informal, así como a los trabajadores domésticos y los trabajadores independientes y que trabajan por cuenta propia. Ambos regímenes serán administrados por el IHSS. De acuerdo con la ley, las prestaciones y servicios que se derivan del SAS deben ser asegurados, prestados y administrados a través del IHSS. Por lo tanto, para la implementación del SAS, tanto los fondos como la responsabilidad de garantizar la compra estratégica de servicios de salud que actualmente tiene la SESAL, bajo el MDG, deberán transferirse en forma gradual y progresiva al IHSS. Mientras tanto la SESAL continuará garantizando los servicios de salud a la población pobre del país y no afiliada a la seguridad social.
- 1.23 Para continuar con la reforma, la LMPS también establece la necesidad de definir un Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud (CGSS), al cual tenga derecho toda la población, independientemente de su régimen de afiliación y que incluya medidas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y/o apoyo en salud. La LMPS, establece que el CGSS debe de ser definido por la SESAL, de acuerdo a adecuados criterios técnicos, financieros y actuariales, basado en las prioridades y la suficiencia operativa del sistema, así como en los

²⁵ Certificación: de acuerdo a la Política y Sistema Nacional de Calidad, es el procedimiento voluntario mediante el cual un tercero llamado certificador, otorga garantía escrita de que una persona, establecimiento o servicio cumple con los requisitos establecidos en una normativa o reglamento y que determina competencia.

²⁶ Acreditación de Servicios y Establecimientos de Salud: de acuerdo a la Política y Sistema Nacional de Calidad, es el proceso de evaluación externa, voluntario y periódico, que garantiza la calidad a través de la medición de estándares óptimos, previamente establecidos y conocidos por las entidades evaluadas.

²⁷ La SESAL seguirá hasta que no se transfieran la totalidad el financiamiento de todos los servicios al IHSS en su rol de financiador y proveedor de servicios, a través de su propia red y del MGD.

²⁸ La LMPS, define a los gestores del MGD y los llama ADESS.

objetivos nacionales de salud. Además de lo anterior y debido a que la LMPS solo define aspectos generales del sistema de salud (por ser una ley marco), la LMPS establece el requerimiento de la aprobación de dos leyes complementarias: la Ley del Sistema Nacional de Salud (LNS), la cual deberá ampliar las competencias, funciones y atribuciones de la SESAL como ente rector, así como los diferentes mecanismos que permitan a la SESAL ejercer su rol de regulador del sistema; y una nueva ley del IHSS en las que deben definirse los demás elementos que integran y regulan el funcionamiento del sistema.

- 1.24 **Retos y desafíos pendientes en la reforma del sector salud.** Aún existen retos y desafíos para superar los problemas de cobertura, eficiencia y calidad y completar la reforma del sistema de salud en Honduras. Las acciones necesarias para superar los retos, desafíos son las siguientes:
- 1.25 **Aprobación de la Ley del SNS.** Para continuar con la reforma y avanzar en el reordenamiento del sistema, se requiere la aprobación la Ley del SNS, como complemento de la LMPS²⁹. La Ley del SNS debe definir los elementos que integran y regulan el funcionamiento del sistema, que por su naturaleza no fueron definidos en la LMPS. Entre los elementos que debe contener la ley se encuentran: (i) la definición del rol, atribuciones y funciones de las instituciones que constituyen el sistema, y que complementen las estipuladas en la LMPS; (ii) los ámbitos, alcances y mecanismos de la función de rectoría y regulación del sistema; (iii) los mecanismos de coordinación y relacionamiento de las instituciones que integran el sistema; y (iv) los criterios y mecanismos de financiamiento de los servicios y criterios para el establecimiento de incentivos a la oferta y a la demanda de servicios.
- 1.26 Además de lo anterior y con el fin de mejorar la estabilidad y continuidad de los servicios provistos por los gestores y fundaciones, en el marco del MGD, esta ley debe de contener las disposiciones para firmar contratos de largo plazo con los gestores y fundaciones. A la fecha, tanto los gestores de primer nivel como las fundaciones que administran los hospitales, deben de firmar contratos o convenios de gestión anualmente con la SESAL, debido a que la Ley de Contratación del Estado de Honduras, solo permite la contratación de empresas o instituciones por un año. Si los contratos se firman por un período mayor de un año, el contrato debe de ir al Congreso Nacional para su aprobación.
- 1.27 **Aprobación e Implementación del Modelo Nacional de Salud (MNS).** Otro reto importante para avanzar con la reforma, es cambiar el modelo de atención actual. El modelo de atención actual, provisto a través de los servicios públicos de salud, se caracteriza en su mayoría por un enfoque a la atención del daño y la enfermedad; con insuficientes acciones de prevención y promoción de la salud; brindados a través de una red de servicios fragmentada y con pocos mecanismos que faciliten la integración y articulación de las distintas unidades. Lo anterior se evidencia en que, de las atenciones brindadas por la SESAL, menos del 20% fueron para la prevención y promoción en salud³⁰. Por otro lado, del 2007 a 2013, el 53% del gasto público total en salud fue para los hospitales, mientras que solo el 24% fue a servicios primarios públicos de salud (prevención y promoción) y

²⁹ La Ley del IHSS ya está siendo discutida en el Congreso Nacional.

³⁰ Anuario Estadístico de la SESAL. 2014.

servicios ambulatorios³¹. Muy por arriba del promedio del gasto en hospitales en la región Centroamericana que es de 49% y de Nicaragua que solo gasta el 29%³².

- 1.28 El reto consiste en cambiar el modelo descrito anteriormente a un modelo de atención integral en salud, y que privilegie las acciones de prevención y promoción de la salud, y que además regule la organización en red de los servicios públicos de salud de la SESAL y del IHSS.
- 1.29 Para abordar lo anterior, la SESAL ha planteado la aprobación del MNS. El MNS recoge la experiencia del MGD y define que la estrategia para la implementación de un modelo de atención integral, enfocada a la familia y comunidad, que privilegie la prevención y la promoción en salud, se debe de establecer a través de la conformación de ESFAM. Esta estrategia demostró en El Salvador³³, que para el 88% de la población que resulta cubierta por los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) se pudo observar un incremento en el acceso de servicios: el 82% de los beneficiados manifestó satisfacción en la resolución de los problemas de salud y el 86% manifestó que se les suministró sus medicamentos que habían sido indicados por el personal de salud. Actualmente la SESAL con el apoyo del BID³⁴ y otras organizaciones como *Japan International Cooperation Agency* (JICA)³⁵ y la Organización Panamericana de Salud (OPS), ha organizado a través de los gestores descentralizados 105 ESFAM (que constituye solo el 13% de los ESFAM requeridos para cubrir la población beneficiada por la SESAL). Con la aprobación del MNS se pretende llevar a cabo la estandarización de los ESFAM y ser elevado a política pública para poder extenderlos al resto de la red.
- 1.30 Por otro lado, el MNS también abordará la conformación e implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que incluya una nueva tipificación de los establecimientos (diferente a los que están definidos actualmente: Centro de Salud Rural (CESAR)³⁶ Centro de Salud con Medico (CESAMO)³⁷ y CMI³⁸) de acuerdo al nivel de complejidad y a la capacidad resolutive requerida. Las RISS consisten en la organización de los servicios (clínicos y de apoyo como la red de laboratorios) de salud de diferentes niveles de complejidad, que se articulan en forma complementaria, a fin de que las personas reciban atención en forma continua e integral³⁹. Esta estrategia ha demostrado mejorar la eficiencia en la entrega de servicios⁴⁰ y ha tenido buenos resultados en términos de equidad, acceso e integralidad de la atención, en varios países de las Américas en especial Brasil, Canadá, Chile y Costa Rica⁴¹. Diversos estudios sugieren que las RISS mejoran la accesibilidad del sistema, reducen la fragmentación del cuidado

³¹ Honduras: Estudio de gasto público social y sus instituciones. Banco Mundial. Junio 2015.

³² Ibid.

³³ Evaluación de Medio Término del Programa Equipos Comunitarios de Salud Familiares-ECOS. MINSA. El Salvador. Mayo 2014.

³⁴ Proyecto HO-L1090 (2943/BL-HO).

³⁵ JICA.

³⁶ Centros de Salud Rural: Atendidos solo por auxiliares de enfermería.

³⁷ CESAMO: Centros de Salud con Medico y Odontólogo.

³⁸ CMI, para la atención de partos por médico general y licenciadas en enfermería.

³⁹ Atención Primaria en Salud Renovada. RISS: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. OPS, Washington 2010.

⁴⁰ Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7).

⁴¹ La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. "RISS: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas". OPS/OMS. 2010.

asistencial; mejoran la eficiencia global del sistema; fortalecen la planificación de infraestructura y servicios; disminuyen los costos de producción; y responden mejor a las necesidades y expectativas de las personas⁴². La SESAL cuenta con 29 hospitales y 1.200 unidades de salud ambulatorias, entre las cuales se ha identificado la necesidad de conformar 69 RISS en diferentes regiones del país.

- 1.31 **Definición del CGSS.** Otro de los retos importantes, para avanzar en la reforma del sistema, y así mejorar la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios, es la necesidad de definir un plan de beneficios en salud o CGSS como lo llama la LMPS. El CGSS debe definir, en base a las necesidades y recursos financieros, la oferta de servicios que el sistema debe brindar a la población y a regular la introducción de nuevas tecnologías para la atención en salud. Al no tener un plan explícito de beneficios en salud, la racionalización de los servicios en Honduras se hace de manera implícita como: listas de espera; negación de los servicios; o reducción en la entrega de medicamentos, entre otros. Por ejemplo, el promedio de listas de espera para cirugía en los servicios públicos de salud es mayor a 10 meses y el abastecimiento de medicamentos es en promedio menor del 45%⁴³ de lo requerido.
- 1.32 Por otro lado, la LMPS, también expresa la necesidad de definir el CGSS, para homologar las prestaciones de los regímenes contributivos y subsidiados del SAS, a fin de que garantice la equidad del sistema. La definición del CGSS contribuirá a mejorar la planificación y la asignación de los recursos, y la priorización y racionalización del gasto en salud. De acuerdo a la LMPS, el CGSS definirá las garantías explícitas y exigibles de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera para las patologías cubiertas en ambos regímenes, y será la base para la definición de las obligaciones de las ADESS y de los gestores en el MGD. Actualmente, alrededor de 63 países de ingresos medios y bajos de todas las regiones del mundo, con o sin sistemas de aseguramiento, con o sin participación de actores privados, incluido México, cuentan hoy con planes de beneficios en salud⁴⁴. Las experiencias internacionales como las Garantías Explícitas en Salud (GES) en Chile⁴⁵, el Plan Obligatorio en Salud (POS) en Colombia⁴⁶ y el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS)⁴⁷ en Uruguay entre otros, evidenciaron que definir un conjunto de beneficios en salud, ha permitido mayor equidad y acceso a la atención, una mejor cobertura de los servicios y una disminución de las tasas de hospitalización y mortalidad para varias enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, cáncer de cérvix). También, evidenciaron que al complementar otras medidas, han mejorado varios indicadores del estado de salud, el gasto de bolsillo y los tiempos de espera entre otros.
- 1.33 **Aprobación e implementación de una Estrategia Nacional de Calidad (ENC) en Salud.** Además de los retos mencionados anteriormente, se plantea la necesidad de la elaboración, aprobación e implementación de una ENC en Salud.

⁴² Ibíd.

⁴³ Anuario estadístico de la SESAL. 2014.

⁴⁴ Planes de Beneficios en Salud en América Latina. Úrsula Giedion, Ricardo Bitrán e Ignez Tristao. BID. Mayo 2014.

⁴⁵ Bitrán, Escobar y Gassibe (2010).

⁴⁶ Planes de Beneficios en Salud en América Latina. Úrsula Giedion, Ricardo Bitrán e Ignez Tristao. BID. Mayo 2014.

⁴⁷ Ibíd.

La SESAL, con la aprobación de la Política y Sistema Nacional de Calidad (PSNC), dio el primer paso en la mejora estructural de la calidad de los servicios. Pero aun así, hacen falta más esfuerzos para su implementación, por ejemplo: solo los servicios de salud materno infantiles tienen alguna norma o protocolo de atención; únicamente el 7%⁴⁸ de las unidades de salud del país públicas y privadas cuentan con una licencia sanitaria que los habilite para operar; y solamente el 31%⁴⁹ de los hospitales de la SESAL tienen efectivamente funcionando los equipos de mejora continua. Por otro lado, una medición externa en el marco del proyecto de la Iniciativa Salud Mesoamérica (HO-G1003)⁵⁰, mostró que menos de la mitad (46%) de las atenciones de las complicaciones neonatales cumplían con las normas y solo el 67% en el caso de las atenciones de las complicaciones obstétricas⁵¹, evidenciando que aún hay mucha brecha para la mejora de la calidad.

- 1.34 Para hacer efectiva la implementación de la PSNC, se requiere la elaboración de una estrategia nacional que haga operativa su implementación. Con la implementación de la PSNC, se avanzaría en la normalización de los procesos de atención⁵², los mecanismos e instrumentos de verificación o vigilancia de dicho marco normativo, los lineamientos para la mejora continua de la calidad y los mecanismos de certificación⁵³ y acreditación⁵⁴ de procesos de atención y establecimientos de salud; elementos necesarios para garantizar y mejorar la calidad de los servicios.
- 1.35 Por otro lado, la SESAL debe también, en el marco de la ENC, avanzar en definir e implementar mecanismos eficientes de fiscalización y a la vez actualizar los estándares mínimos de calidad para la habilitación de unidades de salud, ya que los actuales estarían desfasados de acuerdo a la nueva tipificación establecido por el Modelo Nacional de Salud (MNS), y así aumentar el porcentaje de unidades de salud que tienen licencia para operar.
- 1.36 **Fortalecimiento y expansión del MGD de servicios de salud.** El MGD ha demostrado importantes mejoras en el acceso, cobertura, eficiencia y calidad de servicios de salud en el país. Los establecimientos de salud de primer nivel con el MGD son en la actualidad 279, que constituyen el 16% de todas las unidades de la SESAL, y que cubre el 31% de la población beneficiada por la SESAL. Si bien se ha avanzado en la cobertura del MGD en los municipios más pobres del país, es necesario continuar con la implementación del modelo en el resto del país. Por otro lado, mientras los servicios de la SESAL se vayan transfiriendo al IHSS, es

⁴⁸ Datos de la Dirección de Regulación Sanitaria, SESAL 2015.

⁴⁹ Estos son los hospitales descentralizados y los intervenidos con el proyecto Salud Mesoamérica 2015.

⁵⁰ La Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015), surge como resultado de una asociación regional público privada entre *Bill & Melinda Gates Foundation* (BMGF), el Instituto Carlos Slim de la Salud (ICSS), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), el BID y los países de la región, para reducir las brechas en salud del 20% más pobre de la población en Mesoamérica.

⁵¹ Medición externa del Proyecto Salud Mesoamérica (HO-G1003) Mayo 2016.

⁵² Actualmente la normalización de servicios de salud se limita a los procesos de atención de los servicios materno infantil.

⁵³ Certificación: procedimiento voluntario mediante el cual un tercero llamado certificador, otorga garantía escrita de que una persona, establecimiento o servicio cumple con los requisitos establecidos en una normativa o reglamento y que determina competencia.

⁵⁴ Acreditación de servicios y ES: es un proceso de evaluación externa, voluntario y periódico, que garantiza la calidad a través de la medición de estándares óptimos, previamente establecidos y conocidos por las entidades evaluadas.

importante que en los servicios de salud gestionados centralizadamente se avance en el cambio del modelo de financiamiento, incorporando los mecanismos de FBR que se han venido utilizando en el MGD, con el fin de mejorar la eficiencia y la calidad de los mismos.

- 1.37 Para lograr la consolidación y la extensión de cobertura del MGD y con el fin de cubrir a la población sin este modelo⁵⁵, y para incorporar en estos últimos los mecanismos de FBR, se requiere definir un Plan Estratégico que contenga, entre otros: (i) el orden cronológico de la red de establecimientos a descentralizar; (ii) la estimación de los costos y los requerimientos financieros para la extensión del MGD; (iii) la modalidad de descentralización⁵⁶ y tipo de gestores; y (iv) la cronología de la implementación de los mecanismos de FBR en los servicios no descentralizados. Este plan le permitirá a la SESAL asignar los recursos correspondientes para avanzar rápidamente en la extensión del MGD, así como en la implementación del modelo de FBR, en aquellos servicios que no se descentralicen. Con la expansión del MGD, y en base a los resultados de este modelo descritos en ¶1.13, ¶1.14, ¶1.15 y ¶1.16, se pretende mejorar la asignación del RRHH en salud, la cobertura, calidad y eficiencia en los servicios de salud que se descentralicen.
- 1.38 **Aprobación de un Reglamento para la Certificación de Gestores de Servicios de Salud.** Para poder avanzar con la implementación del MGD hacia el resto del país, y dada la variabilidad del tipo de gestores es necesario también contar con un reglamento para la certificación de gestores de servicios de salud, que regule y homologue los requerimientos para la contratación y recontractación de gestores. Es importante reconocer que las capacidades de los gestores varían entre ellos. Por ejemplo, la Mancomunidad de Municipalidades (MdM) observa los mejores resultados, con más del 90% en el cumplimiento de las normas de atención de diarreas y neumonías en menores de cinco años. Mientras que las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) brindan una mejor cobertura general, en base a su población asignada, con un promedio de 2,5 atenciones por habitantes seguido por la MdM y luego la Organización de Base Comunitaria (OBC). Se espera que dicha reglamentación reduzca brechas aún existentes en el cumplimiento de metas de desempeño de los gestores⁵⁷ y garantice que la expansión a nuevas áreas del país cuente con el mismo nivel de éxito que se evidenció en la implementación del MGD hasta ahora. Actualmente hay 42 gestores, entre los que se encuentran alcaldías municipales, mancomunidades, asociaciones comunitarias, fundaciones y ONGs.
- 1.39 **Reestructuración del Presupuesto de la SESAL.** El presupuesto de la SESAL está organizado en programas, grupos, actividades y obras. Para financiar las unidades prestadoras de servicios de salud, la SESAL les asigna (en base a un

⁵⁵ La SESAL estima que la población con problemas de acceso es de 18% y la población actualmente cubierta por el modelo centralizado es de 17% de la población total del país.

⁵⁶ Modalidad a descentralizar: si en el proceso de descentralización integra los servicios de primer nivel y hospitales a un mismo gestor, o si se descentralizará la red de primer nivel aparte del hospital correspondiente.

⁵⁷ Como un ejemplo, los informes de monitoreo y evaluación realizados por la SESAL a los gestores, han reflejado un promedio de cumplimiento del 85% de las metas establecidas en los contratos, el cual es un promedio aceptable en el país. Si se obtienen calificaciones menores de 60% se realiza una intervención técnica, administrativa y financiera del gestor, si continúa con la misma calificación en el siguiente monitoreo se rescinde el contrato y se firma convenios con otro gestor.

presupuesto histórico) montos por grupos de gasto de acuerdo a los factores de producción como: salarios, insumos, medicamentos, etc. Para que una unidad de salud realice una modificación de grupo o de objeto de gasto, debe de tener una serie de aprobaciones al nivel central de la SESAL y en la Secretaría de Finanzas (SEFIN). Esta estructura presupuestaria limita la implementación y el avance del MGD, ya que está organizada en base a factores de producción (salarios, insumos, etc.) y no en base a pago por servicios o pago per cápita en base a población cubierta. Debido a esto, la SESAL actualmente no tiene la estructura presupuestaria adecuada para contratar a un gestor y pagarle por el número de personas que debe atender. Además de no permitir el pago per cápita en base a la población cubierta, dicha estructura dificulta la implementación del FBR, debido a las limitaciones para reasignar recursos de un grupo de gasto a otro y así poder alcanzar la flexibilidad necesaria en la gestión presupuestal para poder lograr las metas sanitarias acordadas en el marco del MGD y del FBR.

- 1.40 Para avanzar con la expansión del MGD al resto del país y en la implementación del CGSS, se requiere cambiar la asignación histórica del presupuesto en base a factores de producción, a una asignación per cápita en base a la población cubierta. Un primer paso para cambiar el actual proceso de asignación y presupuestación implicaría la revisión de los catálogos clasificadores de grupos y objetos del gasto, de tal manera que permitiera la creación de grupos y objetos del gasto que dieran lugar de manera apropiada a los requerimientos del MGD y del CGSS.
- 1.41 **Implementación de un sistema de gestión y control de RRHH.** Un elemento importante para avanzar en la reforma, y que ha sido poco abordado, es la de mejorar y volver más eficiente la gestión de los RRHH de la SESAL. Estudios realizados encontraron^{58, 59} que un 21% de los empleados del nivel central, regiones departamentales y de los servicios de salud que aún no han sido descentralizados⁶⁰ reciben pagos injustificados⁶¹ en la SESAL⁶². Esto representa al Estado de Honduras un costo anual de aproximadamente US\$23,7 millones de dólares, sin contar la acumulación de pasivo laboral⁶³, colaterales y diversos beneficios que tienen derecho por ley los empleados de la SESAL⁶⁴. Además, los estudios encontraron entre otros: casos de personal que fue contratado sin aplicar las normas y leyes vigentes e inconsistencia en el pago y en la asignación funcional del personal. Además, estos estudios evidenciaron que la SESAL presenta sobredotación de personal no asistencial.

⁵⁸ Análisis y Descripción de Puestos de la SESAL. Deloitte. Octubre 2015.

⁵⁹ Verificación y Validación de Nomina de Sueldos y Salarios de la SESAL y la Dirección Ejecutiva de Ingresos. SEFIN-BM. DLA Consulting. 2015.

⁶⁰ De una muestra de casi 8.000 empleados de los 24.000 que tiene la SESAL.

⁶¹ Pagos injustificados, implica empleados que devengan un salario, en cualquier de las siguientes condiciones: No se encuentran en la unidad asignada en su contrato, sino que se encuentran funcionalmente en otras unidades. Poseen prolongados periodos de incapacidad, renovadas continuamente. Tienen prolongadas ausencias y/o falta de asistencia a la unidad asignada, sin asistencia regular a laborar. Pago a fallecidos entre otros.

⁶² Verificación y validación de Nomina de Sueldos y Salarios de la Secretaría de Salud Pública y la Dirección Ejecutiva de Ingresos. Realizado por la Empresa DLA Consulting, en abril de 2015.

⁶³ Es la deuda que las empresas generan durante los años en los cuales un trabajador forma parte de una empresa y que son utilizados para cubrir los beneficios que marca la ley.

⁶⁴ Ibid.

- 1.42 Entre las recomendaciones que se hicieron con base en los estudios realizados se encuentran: (i) mejorar los sistemas de información existentes para consolidar cifras del total de funcionarios por tipo de contratación, y facilitar el control y seguimiento de pagos, cargos y vacantes; (ii) realizar una revisión detallada de la nomenclatura actual de cargos, con el fin de validar que correspondan a la esencia de la función para la cual fueron contratados, con el fin de que respondan adecuadamente a la necesidad de la organización; (iii) reordenar la asignación del personal con su respectiva línea presupuestaria en cada una de las unidades de salud; (iv) definir criterios estandarizados por cada clase, delimitar las competencias incluidas dentro de cada clase, definir el objeto del cargo; (v) crear un sistema de estímulos al alto desempeño, que incluya mejoras salariales a servidores con alto desempeño; y (vi) disminuir el personal no asistencial y distribuirlo de manera que la mayor parte sea dedicada a gestiones sustantivas, y la menor parte a labores administrativas.
- 1.43 La razón de implementar un sistema de gestión y control de RRHH es que dicho sistema haga operativas las recomendaciones mencionadas y así reduzca las deficiencias encontradas. Se contrataría una firma para que realice el diseño del sistema y la SESAL implementaría el mismo para resolver los problemas encontrados de falta de control y gestión del RRHH.

5. Relación con otras Operaciones del Banco y Lecciones Aprendidas

- 1.44 El Banco cuenta con amplia experiencia en el apoyo al proceso de reforma y de descentralización de servicios de salud en Honduras. A partir del 2011, el Banco ha venido apoyando el financiamiento y extensión del MGD, a través de los proyectos Programa de Fortalecimiento de la Gestión de la Oferta Descentralizada de los Servicios de Salud HO-L1059 (2418/BL-HO) y el Programa de Mejoramiento del Acceso de los Servicios y Redes de Salud HO-L1090 (2943/BL-HO). Con estos proyectos se aumentó la cobertura del MGD de 402.418 a 1.314.432 habitantes⁶⁵. A través del proyecto Fortalecimiento de la Red Hospitalaria Materno Infantil HO-L1072 (2743/BL-HO), el país inició la implementación del MGD en hospitales, logrando hasta el momento descentralizar seis hospitales.
- 1.45 Entre las lecciones aprendidas, a través de los proyectos con los que se ha apoyado el MGD, se encuentran: (i) el modelo de FBR, que se ha implementado a través del MGD, ha sido efectivo para mejorar la cobertura, calidad y la eficiencia de los servicios de salud; (ii) los mecanismos de pago, son instrumentos poderosos para modular la conducta de la oferta, en este sentido, el haber vinculado una parte del pago capitado al cumplimiento de indicadores, contribuyó también al mejoramiento de la calidad, productividad y cobertura de los servicios de salud; (iii) el haber contratado a fundaciones para que administren los hospitales, ha permitido mejorar los indicadores hospitalarios de calidad y eficiencia, tal y como se menciona en el ¶1.17; (iv) el haber vinculado el pago capitado al cumplimiento de indicadores de calidad y cobertura en los servicios para los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), ha promovido importantes innovaciones a nivel local, lo que ha ayudado a los gestores a lograr

⁶⁵ Informe de Terminación de Proyecto. Programa de Fortalecimiento de la Gestión y Oferta Descentralizada de los Servicios de Salud. Convenio de Préstamo 2418/BL-HO. 2016.

la metas pactadas en los ámbitos materno infantil; (v) el haber implementado en algunos municipios los pilotos de los ESFAM, ha permitido evidenciar que esta estrategia facilita la implementación de un modelo de atención más integral y enfocado en la familia y en la comunidad; (vi) la implementación del MGD ha evidenciado la necesidad de mejorar el marco jurídico, específicamente en la normativa de compra y contratación del Estado y en la implementación de mecanismos de pago; y (vii) a medida que el MGD ha ido avanzando, se ha observado la necesidad del fortalecimiento del rol rector de la SESAL específicamente en la capacidad de regulación y en la de planificación y de monitoreo y evaluación.

- 1.46 La presente operación da continuidad al acompañamiento brindado por el Banco en el sector, y a las lecciones aprendidas del MGD, las cuales serán tomadas en cuenta para la elaboración del Plan Estratégico de Expansión y Extensión del MGD, especialmente en cuanto a modalidades de financiamiento y gestión, y para la elaboración y aprobación del MNS en el caso de las experiencias con los ESFAM. Así también estas lecciones aprendidas reflejan la necesidad de fortalecer el marco jurídico para mejorar los procesos de compra y contratación del MGD y para el fortalecimiento del rol rector de la SESAL. Así mismo, esta operación, genera una sinergia con las operaciones de inversión HO-L1072⁶⁶, HO-L1090⁶⁷ y HO-L1105⁶⁸. Por un lado, la serie programática busca establecer un marco jurídico-normativo que viabilice la reorganización del sistema, la separación de funciones del sistema y el MGD; por otro lado, las intervenciones definidas en las operaciones mencionadas en este párrafo facilitan la implementación, consolidación y extensión del MGD tanto del primer nivel como en hospitales.
- 1.47 Con base en los antecedentes, propuesta del gobierno y experiencia del Banco en el apoyo al proceso de reforma del sector salud y en la implementación del MGD, se plantea una serie programática en apoyo a la reforma del sector para mejorar la eficiencia del sistema y la calidad en la provisión de servicios, bajo la modalidad de Préstamo Programático de Apoyo a Reformas de Política (PBP). Este instrumento permite dar seguimiento al cumplimiento de las medidas de política, que son fundamentales para la reforma y consolidación del sistema. Para tal efecto, se apoyará el desarrollo de una normativa-jurídica (Ley SNS) que complemente la LMPS para el reordenamiento y regulación del SNS; la aprobación de un marco técnico-normativo que brinde los lineamientos para el cambio del modelo de atención, la conformación de los ESFAMs y de las RISS y la definición de un plan nacional de beneficios en salud; y la definición del instrumento normativo que defina los estándares para la certificación de gestores.
- 1.48 Añadido a lo anterior también se buscará: establecer el marco reglamentario para el fortalecimiento del sistema de calidad, incluyendo la definición de estándares para la habilitación de establecimientos de salud; y también una reestructuración del presupuesto de la SESAL que facilite la implementación del modelo descentralizado y la implementación de un nuevo sistema de gestión y control de RRHH de la SESAL, que mejore la eficiencia de los servicios. En este proceso, la

⁶⁶ Fortalecimiento de la Red Hospitalaria Materno Infantil HO-L1072 (2743/BL-HO).

⁶⁷ Programa de Mejoramiento del Acceso de los Servicios y Redes de salud HO-L1090 (2943/BL HO).

⁶⁸ Programa de Apoyo A la Red de Inclusión Social con Prioridad en Occidente HO-L1105 (3723/BL-HO).

contribución del Banco estriba en su conocimiento técnico sobre las reformas del sector salud, así como su experiencia en el diseño e implementación de modelos de gestión descentralizada, mecanismos de asignación presupuestaria y sistemas de calidad entre otros.

6. Alineación Estratégica del Programa

- 1.49 El proyecto es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008) y se alinea con el desafío de desarrollo de inclusión social e igualdad por medio de la expansión del MGD y la mejora de la eficiencia y racionalización del uso de RRHH y financieros de los servicios de salud. Además, se alinea con el área transversal de igualdad de género y diversidad, al incrementar el acceso a servicios de salud materna y de la mujer. Adicionalmente, el programa está alineado con el Marco de Resultados Corporativos (CRF) 2016-2019 (GN-2727-6) mediante los indicadores de resultado de desarrollo de la reducción de la mortalidad materna y contribuye al indicador de resultado de beneficiarios de servicios de salud.
- 1.50 Asimismo, el proyecto es consistente con la Estrategia del BID con Honduras 2015-2018 (GN-2796-1) con los objetivos de: (i) promover la acumulación de capital humano de los menores de hogares en pobreza extrema; y (ii) mejorar los indicadores de salud de los niños menores de cinco años. También, contribuye a las líneas estratégicas de capital humano del Plan de la Alianza para el Triángulo Norte (PATN) al promover la salud materno-infantil en municipios expulsores⁶⁹.
- 1.51 Este proyecto se alinea también con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7), al considerar acciones en aumento de cobertura, Atención Primaria en Salud, integración de redes de servicio, mejora continua de la calidad y el FBR entre otros. El programa es consistente con la Estrategia para una Política Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4) y con el Documento de Programa de País para 2017.

B. Objetivos, Componentes y Costo

- 1.52 **Objetivo y resultados esperados.** El objetivo de la serie programática es mejorar la cobertura, eficiencia y la calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) en la provisión de servicios para la mejora del nivel de salud de la población de todo el país.
- 1.53 En la primera operación se apoyará la elaboración y presentación al Congreso Nacional de la Ley del SNS con disposiciones que definan los roles y responsabilidades de las instituciones que forman parte del sistema. También se apoyará la definición y aprobación del MNS y de la ENC para implementar la Política y el Sistema Nacional de Calidad. Otro de los elementos que apoyará la primera operación es la consolidación y extensión del MGD, incluyendo la adopción del marco normativo y mecanismos para la certificación de los gestores de servicios descentralizados. Por último, la primera operación apoyará la elaboración de una propuesta de restructuración del presupuesto de la SESAL en base al costo per cápita de la atención y el diseño de un sistema de gestión y

⁶⁹ Los municipios descentralizados comprenden 57 municipios del PATN.

control de RRHH. Para la segunda operación se avanzará en la implementación de la reforma teniendo como base jurídica la aprobación de la Ley del SNS; la definición y aprobación del CGSS; la conformación de las RISS y los ESFAM; la reglamentación para el licenciamiento de establecimientos de salud de acuerdo a la nueva tipificación, establecida en el MNS; la expansión del MGD en primer nivel y en hospitales; la creación de mecanismos de certificación para gestores; la implementación del sistema de gestión y control de RRHH y reformas en la formulación de presupuestos de la SESAL.

- 1.54 **Componente 1. Marco macroeconómico.** El objetivo de este componente es asegurar un contexto macroeconómico congruente con los objetivos del programa según lo establecido en la Matriz de Políticas.
- 1.55 **Componente 2. Desarrollo del marco legal, normativo y operativo del SNS.** A través de las medidas desarrolladas por este componente, se pretende mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud a través de acciones que conduzcan al reordenamiento del sistema, el fortalecimiento de la capacidad rectora de la SESAL, el cambio del modelo de atención y de la organización en red de los servicios de salud, y la implementación de la política y sistema nacional de calidad, aspectos importantes para disminuir la Mortalidad Materna e Infantil. En la primera operación se espera que se haya elaborado y presentado ante el Congreso Nacional una propuesta de Ley del SNS que contenga al menos: (i) las funciones y mecanismos del rol rector y regulador del sistema; (ii) los mecanismos de coordinación y relacionamiento de las instituciones que conforman el sistema; (iii) las fuentes y mecanismos de financiación de los servicios de salud; (iv) las modalidades de gestión de la provisión; y (v) la disposición para firmar contratos de largo plazo con los gestores. También se apoyará la actualización y aprobación del MNS, el cual debe de contener: (i) Definición de los niveles de atención; (ii) los criterios técnicos para la conformación de las RISS; (iii) la nueva tipificación y caracterización de los ES de primer y segundo nivel; y (iv) criterios para la conformación de ESFAM. Además, a través de este componente se pretende la aprobación de la ENC, con el fin de avanzar en la operativización de la PSNC. La ENC deberá contener los lineamientos para avanzar en la formulación de las normas, guías y protocolos de atención⁷⁰ y en los mecanismos e instrumentos de verificación o vigilancia de dicho marco normativo; así también la ENC deberá incluir los lineamientos para la implementación de programas de mejora continua de la calidad en los hospitales; y los mecanismos de certificación y acreditación de procesos de atención y establecimientos de salud.
- 1.56 En la segunda operación se espera que se apruebe la Ley del SNS para que se cuente con un marco jurídico para la reorganización del sistema en base a la separación de funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. Por otro lado, se definirá y aprobará el CGSS, de acuerdo a la Ley Marco de Protección Social, aplicable para la SESAL y el IHSS; como un elemento importante para la planificación, priorización y asignación de recursos en salud, que busque la equidad del sistema y la mejora de la protección financiera de la población.

⁷⁰ Actualmente la normalización de servicios de salud se limita a los procesos de atención de los servicios materno infantil.

- 1.57 Asimismo, se espera haber iniciado la implementación del MNS mediante la conformación de 20 RISS priorizadas de las 69 identificadas por la SESAL, de acuerdo a los criterios definidos en el MNS y con la caracterización de los ES. También se espera que se haya aprobado los estándares mínimos de calidad para el licenciamiento de establecimientos de salud públicos y privados de acuerdo a la nueva tipificación, como parte de la implementación de la ENC y que se haya iniciado la organización y capacitación a los equipos de mejora continua de la calidad de los servicios materno-neonatales en los hospitales que ofrecen esos servicios.
- 1.58 **Componente 3. Gestión descentralizada.** El objetivo de este componente, es aumentar la cobertura de los servicios de salud, a través de la expansión y el fortalecimiento del MGD, que tendría como resultado el aumento de cobertura de la atención prenatal, partos, puerperio y neonatos. Con la primera operación se espera que se haya aprobado el plan estratégico para el fortalecimiento y expansión del modelo de gestión descentralizada como instrumento conductor del país para el avance del MGD en el primer y segundo nivel de atención, que incluya entre otros: (i) las redes de servicios de salud y población a cubrir; (ii) hospitales con modelo de gestión descentralizada; (iii) modalidad de gestión descentralizada de primer y segundo nivel⁷¹; (iv) estimaciones de requerimientos de recursos y brechas financieras para la descentralización; (v) la definición de las redes en las que se implementarán los mecanismos de FBR⁷²; y (vi) medidas para el fortalecimiento y mejora del sistema de monitoreo y evaluación del MGD. También se apoyará la aprobación del Reglamento del sistema de certificación de gestores que brindan servicios de salud descentralizados de primer y segundo nivel, que contenga los requerimientos legales, técnicos, organizativos, administrativos, contables y financieros, necesarios para dicho proceso⁷³.
- 1.59 Con la segunda operación se apoyará la continuidad y la implementación de las medidas de políticas de la primera operación, como ser: el aumento a 2.000.000 la población cubierta con modelos de gestión descentralizada de servicios de salud de primer nivel y que se hayan descentralizado al menos cuatro (4) nuevos hospitales. Los criterios para la priorización de los municipios para avanzar en la extensión de cobertura con el MGD, serán los siguientes: Índice de Pobreza Humana (IPH), el Índice de Salud y el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Así mismo se priorizarán aquellas comunidades en los cuales se esté otorgando el Bono Vida Mejor, para garantizar la corresponsabilidad en salud a las transferencias monetarias condicionadas. Además, se apoyará: (i) la definición e implementación de mecanismos de FBR en los servicios gestionados de manera centralizada de la SESAL; (ii) que la UGD esté utilizando un cuadro de mando integral automatizado para el seguimiento de los contratos o convenios de gestión, como una evidencia de que se ha fortalecido el sistema de monitoreo y evaluación del MGD; y (iii) que se haya certificado al menos 10 gestores de primer nivel de atención.
- 1.60 **Componente 4. Mejora en la Eficiencia del Gasto Público del Sistema de Salud.** El objetivo es mejorar la eficiencia de la prestación de servicios a través

⁷¹ La modalidad de gestión se refiere a tipo de gestores a contratar, si son públicos o privados; también si se integrará el primer con el segundo nivel o no.

⁷² Refiriéndose a los servicios gestionados de manera centralizada.

⁷³ Esto regulará y homologará los requerimientos para la contratación y recontractación de gestores.

del fortalecimiento de las herramientas de gestión de RRHH y de la modificación de la estructura presupuestaria para cambiar el proceso de asignación de recursos para el financiamiento de los servicios de salud.

- 1.61 Con la primera operación la SESAL elaborará una propuesta de los criterios de asignación per cápita del presupuesto para la provisión de servicios de primer nivel. La propuesta deberá contener: (i) los criterios de asignación territorial en base a la población asignada; y (ii) los criterios de cálculo de costo per cápita de los servicios. Adicionalmente, y con el fin de reducir los pagos injustificados a empleados, se espera que la SESAL haya contratado a una firma para que diseñe la implementación de un sistema de gestión y control de RRHH de la SESAL⁷⁴, que incluya al menos lo siguiente: (i) medidas de mejoramiento de los sistemas de información de RRHH; (ii) manual de funciones y ajuste de la nomenclatura actual de cargos de la SESAL; (iii) medidas para la transición de la fuerza laboral próxima a la edad de jubilación; (iv) medidas estratégicas para elevar el nivel de formación de la fuerza laboral de la Secretaría de Salud, incluyendo un programa de desarrollo y de certificación de recursos humanos; (v) medidas de control de RRHH para eliminar los pagos injustificados; (vi) reglamento Interno de Trabajo; y (vii) manuales de procesos y procedimientos, contratación y control de personal, y otros relacionados al área de RRHH.
- 1.62 Con la segunda operación, la SESAL habrá formulado el presupuesto con los nuevos criterios de asignación (incluyendo los fondos necesarios para cubrir la meta de extensión del MGD del primer nivel) y lo habrá presentado ante el Congreso. También se espera que se haya aprobado e iniciado la implementación del sistema de gestión y control de RRHH.

C. Indicadores Claves de la Matriz de Resultados y Análisis Económico

- 1.63 La [Matriz de Resultados](#) de la serie programática identifica los productos y resultados que se esperan obtener con la implementación de medidas de política orientadas a aumentar la calidad y eficiencia de la provisión de servicios de salud. A nivel de impacto en la matriz del proyecto se dará seguimiento a indicadores de mortalidad materna e infantil debido a que reflejan adecuadamente el tipo de mejoras que se lograrán con el proyecto. Los indicadores de resultado miden el avance de la implementación de la reforma a nivel nacional, por ejemplo: el porcentaje de redes de salud que han sido conformadas en el país; el porcentaje de hospitales que ofrecen servicios materno infantil que cuentan con servicios de mejora continua funcionando; el porcentaje de gestores de salud certificados; el porcentaje de hospitales descentralizados; la cobertura de gestores descentralizados en el primer nivel; y pago injustificado a empleados del nivel central, regiones departamentales y de los servicios de salud de la SESAL. Entre los productos se destacan la preparación de la Ley del SNS, el CGSS, la revisión del MNS, la extensión y cobertura a través del MGD en primer y segundo nivel y el diseño e implementación del sistema de gestión y control de RRHH de la SESAL.

⁷⁴ El diseño del sistema se basará en las recomendaciones de las auditorías de RRHH las cuales coinciden con las que se listan en este párrafo.

- 1.64 Se realizó un Análisis Económico sobre los costos y los beneficios esperados de las medidas de política más emblemáticas de esta reforma. El análisis se basa en los beneficios sociales que se generarán a partir del incremento de cobertura de los servicios descentralizados de salud de primer nivel y de la descentralización de cuatro hospitales públicos. En ambos casos se calcularon, como escenario base, el valor presente de los ahorros y beneficios generados por la implementación de las medidas de política utilizando una tasa de descuento de 5%⁷⁵ y diversos escenarios de consecución de los ahorros en un lapso de 10 años. Para el análisis del segundo nivel de atención, la cuantificación de los beneficios se basa en la reducción de los costos unitarios de: partos institucionales; reducción de la estancia promedio en el hospital e incremento de las consultas externas⁷⁶. Estos tres fenómenos serían producto de una mejor gestión hospitalaria. La estimación de los ahorros equivale a un Valor Presente Neto (VPN) de US\$26,6 millones, valor que no contempla ganancias por mejoras en la calidad del servicio. En cuanto a los efectos de ampliar la población cubierta por gestores descentralizados de salud para el primer nivel de atención, los beneficios se calculan de dos formas: en base a ganancias de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) de individuos que previamente no tenían acceso a servicios de salud y por ahorro de costos de individuos que utilizaban servicios públicos de gestión centralizada. En este caso, el VPN de los beneficios de la implementación de las reformas en los subsidios sociales es de alrededor de US\$174 millones, monto que se compone de US\$166,7 a partir de DALYs ganados y US\$7,3 millones por ahorro de costos. Implementando un análisis de sensibilidad que contempla la variación de la tasa de descuento y el ritmo de implementación de la reforma, los resultados oscilan entre los US\$210 millones y los US\$66 millones. El resultado global en el escenario base – con una tasa de descuento de 5% es de US\$200,6 millones.

II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

A. Instrumentos de Financiamiento

- 2.1 Esta operación fue diseñada como un Préstamo Programático de Apoyo a Reformas de Políticas (PBP) de dos préstamos individuales, y su estructura es consistente con los lineamientos establecidos en el documento Directrices sobre Preparación y Aplicación de Préstamos en Apoyo de Reformas de Políticas (CS-3633-1). Esta modalidad es apropiada para la dinámica del diálogo de políticas, ya que permite acompañar y apoyar en el mediano plazo la estrategia de reforma del sector salud. Dicha reforma tiene elementos técnicos y de coordinación que justifican la elección del instrumento programático para acompañar su implementación. El monto del financiamiento de esta primera operación de la serie programática es de hasta US\$50 millones de los cuales US\$30 millones provendrá de los recursos del Capital Ordinario (CO) Regular y US\$20 millones de CO Concesional. El monto del financiamiento y la fecha de la segunda fase se definirá con base en las necesidades financieras del país y el ejercicio de programación con el Banco.

⁷⁵ Este valor surge de lo sugerido por Zhuang (2008) quien, para países con crecimiento moderado, sugiere utilizar una tasa de descuento del 3%.

⁷⁶ Dado que se considera que los costos totales se mantienen, implica una reducción en el costo unitario.

- 2.2 **Dimensionamiento de la operación.** De acuerdo con lo establecido en el párrafo 3.27, literal (b) del documento de “Préstamos en Apoyo de Reformas de Política: Directrices sobre Preparación y Aplicación (Nueva Versión, CS-3633-1)”, el dimensionamiento de la operación se realizó en función de las necesidades de recursos fiscales que enfrenta el país. Las necesidades de financiamiento externo del Gobierno Central equivalen a 1,9% del PIB, y el monto de la operación está destinado a cubrir 12,3% de estas necesidades de financiamiento. Según los análisis del Banco y del FMI, las perspectivas macroeconómicas de Honduras muestran un panorama positivo y los análisis de sostenibilidad de la deuda indican que la deuda pública total como porcentaje del PIB presenta una tendencia a la baja.

B. Riesgos Ambientales y Sociales

- 2.3 Según la Directiva B.13 de Política Operativa de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (GN-2208-20 y OP-703) el préstamo no requiere clasificación. Se espera que el impacto social de las medidas de política del programa sea positivo.

C. Otros Riesgos del Proyecto

- 2.4 Existe un contexto favorable para el cumplimiento de las medidas de política de esta primera operación que están enmarcadas dentro de la LMPS aprobada en julio del 2015. Sin embargo, existe el riesgo de retrasos en el cumplimiento de las condiciones relacionadas con la segunda operación de la serie debido a las elecciones generales del 2017. Para mitigar dicho riesgo, el gobierno ha consensuado ya con los diferentes actores y las distintas fuerzas políticas, la LMPS y la Ley del IHSS, con lo que muchos aspectos que pudieran generar controversia han sido abordados y consensuados en el proceso de aprobación de las leyes antes mencionadas. Además, se apoyarán con recursos de Cooperación Técnica (CT) no rembolsable ([HO-T1259](#)), a las instituciones encargadas de avanzar en el cumplimiento de las medidas de política y se intensificará el diálogo con las nuevas autoridades para asegurar que el consenso político alrededor de las reformas se sostenga. A través de CT se contratará asistencia técnica para trabajar junto a la SESAL y SEFIN en las diferentes condicionalidades, a fin de tenerlas listas en su mayoría antes de las elecciones generales. También se identificaron riesgos de oposición de las asociaciones de profesionales y de trabajadores de la salud asociados a medidas vinculadas con la gestión y control de recursos humanos y con el proceso de reforma en general, especialmente en el contexto del ciclo político electoral. Para mitigar este riesgo se definirá una estrategia de implementación del sistema de gestión y control de RRHH que inicie con elementos que implique la menor oposición posible, y la implementación de una campaña de comunicación social que destaque los beneficios de la reforma para la ciudadanía hondureña.

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen de los Arreglos de Implementación

- 3.1 El prestatario es la República de Honduras. El organismo ejecutor será la SEFIN, a través de la Dirección General de Crédito Público que será responsable de

coordinar el diseño y la implementación de las reformas, promoviendo acciones para lograr los objetivos. La SEFIN también estará a cargo de entregar los informes y evidencia del cumplimiento de las condiciones. El ejecutor coordinará con la SESAL quien estará encargada del cumplimiento de las condiciones de política. La Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG) estará a cargo de dar seguimiento sobre el cumplimiento de las condiciones y monitoreo de los indicadores.

- 3.2 La Ley del SNS será conducida por la Subsecretaria de Redes de la SESAL en coordinación con la Junta Interventora del IHSS. La UGD, también de la SESAL, en coordinación con la UPEG será la responsable de la elaboración del Plan Estratégico para la Consolidación y Expansión del MGD y del Reglamento de Certificación de Gestores. El Departamento de Atención de Primer Nivel se encargará de la elaboración del MNS. La ENC será definida por la Dirección General de Redes de Servicios. Mientras que la propuesta de la asignación per cápita del presupuesto será elaborada en coordinación entre la UPEG de la SESAL y la Dirección General del Presupuesto de la SEFIN. Por último, el Sistema de Gestión y Control de RRHH estará coordinada entre la Dirección de Servicio Civil y el Departamento de RRHH de la SESAL.
- 3.3 **Condiciones contractuales especiales previas al desembolso del financiamiento.** El único desembolso de los recursos del financiamiento estará condicionado al cumplimiento de las condiciones de reforma de política, de conformidad con lo establecido en la Matriz de Políticas (Anexo II) y en la Carta de Política, y de las condiciones contractuales establecidas en el Contrato de Préstamo.

B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados

- 3.4 El monitoreo del programa está definido por la verificación de las medidas de política acordadas como condiciones de desembolso y descritas en la [Matriz de Resultados](#) y en la [Matriz de Medios de Verificación](#). También se dará seguimiento a los resultados de las reformas a través de los indicadores señalados en la [Matriz de Resultados](#). El cumplimiento de los indicadores de producto se comprobará con la información detallada en la Matriz de [Medios de Verificación](#). Esta contiene todas las acciones a ser implementadas en el programa, las entidades responsables para lograr dichas acciones y la información específica que permitirá al Banco verificar su cumplimiento. El seguimiento a los resultados de los cambios de políticas impulsados, se llevará a cabo a través de la información del logro de dichos indicadores generada por informes institucionales o sistemas administrativos de la SESAL. En cuanto a los indicadores de impacto, en el caso de mortalidad infantil el indicador se debe calcular de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA). Dado que se espera que el impacto de la operación se haga efectivo al menos cinco años a partir del cumplimiento de condiciones, los indicadores se levantarán de la encuesta ENDESA más cercana al año 2022. El indicador de mortalidad materna se calculará del estudio de Ramos⁷⁷. La evaluación de los resultados del proyecto se realizará como parte de

⁷⁷ El método “RAMOS” por sus siglas en inglés (*Reproductive Age Mortality Survey*), es un tipo de estudio de todas las muertes de las mujeres en edad reproductiva (10 a 49 años) en el que se identifican las causas de cada muerte y los mecanismos que hubieran podido prevenirla.

la preparación del informe de finalización de la operación (PCR) que será preparado para las dos operaciones conjuntas, 12 meses después de la finalización de la segunda operación y posteriormente a través de los informes de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Honduras (ENDESA). No se tiene contemplada una evaluación ex post adicional al PCR de la operación. Ver [Plan de seguimiento y evaluación](#).

IV. CARTA DE POLÍTICA

- 4.1 El Banco acordó con el GOH que la Carta de Política será presentada por la SEFIN y que describirá las acciones de política de la estrategia del gobierno en el ámbito macro y sectorial que el país está implementando y tiene previsto realizar con este programa.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		
I. Prioridades corporativas y del país		
1. Objetivos de desarrollo del BID	Si	
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad	
Indicadores de desarrollo de países	-Tasa de mortalidad maternal (número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) -Beneficiarios que reciben servicios de salud (#)*	
2. Objetivos de desarrollo del país	Si	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2796-1	(i) Proteger los niveles mínimos de consumo entre la población en pobreza; (ii) Promover la acumulación de capital humano de los menores de hogares en pobreza extrema; y (iii) Mejorar los indicadores de salud de los niños menores de cinco años.
Matriz de resultados del programa de país	GN-2884	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2017.
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	Evaluable	
3. Evaluación basada en pruebas y solución	10.0	
3.1 Diagnóstico del Programa	3.0	
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas	4.0	
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados	3.0	
4. Análisis económico ex ante	10.0	
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Efectividad o Análisis Económico General	4.0	
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados	1.5	
4.3 Costos Identificados y Cuantificados	1.5	
4.4 Supuestos Razonables	1.5	
4.5 Análisis de Sensibilidad	1.5	
5. Evaluación y seguimiento	5.5	
5.1 Mecanismos de Monitoreo	1.5	
5.2 Plan de Evaluación	4.0	
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación		
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad	Medio	
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad	Si	
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales	Si	
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación	Si	
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	B.13	
IV. Función del BID - Adicionalidad		
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales		
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	Sí	Administración financiera: Presupuesto.
No-Fiduciarios	Sí	Sistema Nacional de Planeación Estratégica, Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación.
La participación del BID promueve mejoras adicionales 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.		

Nota: (*) Indica contribución al Indicador de Desarrollo de Países correspondiente.

La serie programática "Programa de apoyo a la Reforma del Sector Salud" de Honduras tiene como objetivo mejorar la cobertura, eficiencia y calidad del Sistema Nacional de Salud en la provisión de servicios. La primera operación apoyará la preparación y adopción de herramientas para el fortalecimiento del Modelo de Gestión Descentralizada (MGD), así como un marco legal y normativo para implementar la reforma de salud y cambiar el modelo de provisión y organización de servicios. Además, apoyará la definición de una Estrategia Nacional de Calidad (ENC), la reestructuración del presupuesto de la Secretaría de Salud (SESAL) y la definición de un sistema de gestión y control de recursos humanos. Mediante los programas, se espera beneficiar a la población de todo el país.

La lógica vertical presentada en el POD es consistente, cubriendo insumos, actividades, productos, resultados e impactos. La matriz de resultados incluye indicadores para los principales productos de esta primera operación y también de los resultados e impactos de la serie programática. Todos los indicadores cumplen los criterios SMART e incluyen valores de línea de base y metas, así como las fuentes y medios de verificación que se utilizarán para medirlos. Como indicadores de impacto final se medirán las tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil en todo el país. El organismo ejecutor será la Secretaría de Finanzas (SEFIN) a través de la Dirección General de Crédito Público, que será responsable de coordinar el diseño y la implementación de las reformas. La Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG) estará a cargo de dar seguimiento al cumplimiento de las condiciones y al monitoreo de los indicadores.

El proyecto presenta un análisis costo-beneficio que sustenta la viabilidad económica de las actividades propuestas.

Dado que la primera operación de esta serie programática está centrada en la generación del marco legal y normativo que permita avanzar a la reforma del sector salud, el monitoreo consiste mayormente en dar seguimiento a la elaboración, presentación y aprobación de normas y leyes. Esto hace que no se prevean costes adicionales para la implementación del monitoreo, pues la información necesaria para dar seguimiento a los indicadores de la matriz de resultados estará disponible como resultado de las actividades contempladas en la primera operación. Al finalizar el proyecto, se planea hacer una evaluación "antes-después" sin atribución en el contexto del PCR con base a los indicadores de impacto de la matriz.

MATRIZ DE POLÍTICAS

Objetivo: El objetivo de la serie programática es mejorar la cobertura, eficiencia y la calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) en la provisión de servicios para la mejora del nivel de salud de la población de todo el país. Los objetivos específicos son: (i) Estabilidad del Marco General de Políticas Macroeconómicas; (ii) Reordenamiento del SNS; (iii) Mejoramiento del modelo y la calidad de prestación de servicios de salud; (iv) Expansión y fortalecimiento del modelo de gestión descentralizada de servicios de salud; y (v) Mejorar la eficiencia y racionalización del uso de los recursos humanos (RRHH) y financieros de los servicios de salud.

Componente y Objetivo específico	Condiciones de política Programático I (2017)	Mecanismos activadores para el Programático II
1. Estabilidad del Marco General de Políticas Macroeconómicas	1.1 Que se mantenga un marco macroeconómico estable y conducente al logro de los objetivos del programa y los lineamientos establecidos en la Carta de Política sectorial.	Que se mantenga un marco macroeconómico estable y conducente al logro de los objetivos del programa y los lineamientos establecidos en la Carta de Política sectorial.
2. Desarrollo del marco legal, normativo y operativo del SNS	2.1 Que se haya elaborado y presentado ante el Congreso Nacional, una propuesta de Ley del Sistema Nacional de Salud (LNS) que contenga: (i) Las instituciones que integran el sistema y sus funciones ¹ ; (ii) El rol rector y regulador del sistema; (iii) los mecanismos de coordinación y relacionamiento; (iv) las fuentes y mecanismos de financiación. (v) Modalidades de gestión de la provisión; y (vi) la disposición para firmar contratos de largo plazo con los gestores. 2.2 Que el Modelo Nacional de Salud (MNS) haya sido actualizado y aprobado y que contenga al menos: (i) Definición de los niveles de atención; (ii) Criterios técnicos para la identificación y conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RIIS); (iii) la tipificación y caracterización de los ES de primer y segundo nivel; y	2.1.a Que se haya aprobado en el Congreso Nacional La LNS. 2.1.b Que se haya definido y aprobado el Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud (CGSS), de acuerdo a la Ley Marco de Protección Social, aplicable para la SESAL y el IHSS. 2.2.a. Que se hayan conformado al menos 20 RIIS, de acuerdo a los criterios definidos en el MNS y con la caracterización de los Establecimientos de Salud (ES).

¹ Considerar al entendimiento y alcance de los elementos de la ley y armonizarlo con la LMPS. Estos elementos no son necesariamente títulos o capítulos individuales de la ley.

Componente y Objetivo específico	Condiciones de política Programático I (2017)	Mecanismos activadores para el Programático II
	<p>(iv) Criterios para la conformación de los Equipos de Salud Familiar (ESFAM).</p> <p>2.3 Que se haya aprobado la Estrategia Nacional de Calidad (ENC), que incluya:</p> <p>(i) Los lineamientos para avanzar en la formulación de las normas, guías y protocolos de atención;</p> <p>(ii) Los mecanismos e instrumentos de verificación o vigilancia de dicho marco normativo;</p> <p>(iii) Los lineamientos para la implementación de programas de mejora continua de la calidad en los hospitales; y</p> <p>(iv) Los mecanismos de certificación y acreditación de procesos de atención y ES.</p>	<p>2.3.a. Que se haya aprobado el reglamento que contenga los estándares para la habilitación de los ES públicos y privados, en base a la nueva tipificación de ES.</p> <p>2.3.b Que se haya iniciado la organización y capacitación de los equipos de mejora continua de la calidad de los servicios materno-neonatales en al menos 25 Hospitales.</p>
<p>3. Gestión Descentralizada</p> <p>(i) Expansión y fortalecimiento del modelo de gestión descentralizada de servicios de salud</p>	<p>3.1 Que se haya aprobado el Plan Estratégico para el fortalecimiento y expansión del modelo de gestión descentralizada (MGD) de servicios de salud del primer y segundo nivel de atención, que contenga:</p> <p>(i) Redes de Servicios de Salud y población a cubrir;</p> <p>(ii) Hospitales con modelos de gestión descentraliza;</p> <p>(iii) Las modalidades a descentralizar (si es a través de gestores públicos o privados, o si se integra los hospitales con el primer nivel);</p> <p>(iv) Estimaciones de requerimientos de recursos y brechas financieras para la descentralización;</p> <p>(v) Definición de las redes en las que se implementarán los mecanismos de financiamiento en base a resultados; y</p> <p>(vi) Medidas para el fortalecimiento y mejora del sistema de monitoreo y evaluación del MGD.</p>	<p>3.1.a Que se haya aumentado a 2.000.000 la población cubierta con modelos de gestión descentralizada de servicios de salud de primer nivel.</p> <p>3.1.b Que se hayan descentralizado al menos cuatro (4) nuevos hospitales.</p> <p>3.1.c Que se hayan definido e implementado mecanismos de Financiamiento Basado en Resultados (FBR) en los servicios gestionados de manera centralizada de la SESAL.</p> <p>3.1.d Que la UGD esté utilizando un cuadro de mando integral automatizado para el seguimiento de los contratos o convenios de gestión.</p>
	<p>3.2 Que se haya aprobado el reglamento del sistema de certificación de Gestores² que brindan servicios de salud descentralizados de primer y segundo nivel³, que contenga los requerimientos y lineamientos legales, técnicos, organizativos, administrativos,</p>	<p>3.2 Que se haya certificado al menos 10 gestores de primer nivel de atención.</p>

² Los gestores de acuerdo a la Ley Marco de Protección Social se llamarán Administradoras de Servicios de Salud.

³ Primer nivel son los servicios de salud ambulatorios y de baja complejidad, segundo nivel son los servicios de salud hospitalarios.

Componente y Objetivo específico	Condiciones de política Programático I (2017)	Mecanismos activadores para el Programático II
	contables y financieros necesarios para dicho proceso.	
<p>4. Mejora en la Eficiencia del Gasto Público del Sistema de Salud</p> <p>(i) Mejorar la eficiencia y racionalización del uso de los RRHH y financieros de los servicios de salud.</p>	<p>4.1 Que la SESAL haya elaborado una propuesta de los criterios de asignación per cápita del presupuesto para la provisión de servicios de primer nivel. Que contenga al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) los criterios de asignación territorial en base a la población asignada; y (ii) los criterios de cálculo de costo per cápita de los servicios. <p>4.2 Que se haya contratado a una firma para que diseñe un sistema de gestión y control de RRHH de la SESAL, que incluya al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Medidas de mejoramiento de los sistemas de información de RRHH; (ii) Manual de funciones y ajuste de la nomenclatura actual de cargos de la SESAL; (iii) Medidas para la transición de fuerza laboral próxima a la edad de jubilación; (iv) Medidas estratégicas para elevar el nivel de formación de la fuerza laboral de la SESAL, incluyendo un programa de desarrollo y de certificación de RRHH; (v) Medidas de control de RRHH para eliminar los pagos injustificados; (vi) Reglamento Interno de Trabajo; y (vii) Manuales de procesos y procedimientos, contratación y control de personal, y otros relacionados al área de RRHH. 	<p>4.1 Que se haya presentado al congreso nacional el presupuesto formulado de la SESAL con los nuevos criterios de asignación, que incluya los fondos necesarios para cubrir la meta de extensión del modelo de gestión descentralizada.</p> <p>4.2 Que se hayan aprobado los manuales de procesos y procedimientos en el área de RRHH en la SESAL.</p>

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-___/17

Honduras. Préstamo ____/BL-HO a la República de Honduras
Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Honduras, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud. Dicho financiamiento será con cargo a los recursos del Capital Ordinario (CO) del Banco, de la siguiente manera: (i) hasta por la suma de US\$20.000.000, sujeto a términos y condiciones financieras concesionales ("CO Concesional"); y (ii) hasta por la suma de US\$30.000.000, sujeto a los términos y condiciones financieras aplicables a las operaciones financiadas con los recursos del programa regular del CO del Banco ("CO Regular"), según se indican en el Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo, y sujeto a las Condiciones Contractuales Especiales de dicho Resumen.

(Aprobada el __ de _____ de 2017)