

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

## **HONDURAS**

### **PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNO-NEONATAL**

**(HO-L1195)**

#### **PROPUESTA DE PRÉSTAMO**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Hugo Godoy, Jefe de Equipo; Juan Miguel Villa Lora (SPH/CHO); Luis Tejerina (SCL/SPH); Lesley O'Connell (SCL/SPH); Sofía Greco (LEG/SGO); María Cecilia del Puerto; Nalda Morales (FMP/CHO); Bessy Romero (CID/CHO); Patricia Fernández (SCL/SPH); y Martha Guerra (SCL/SPH).

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

<b>RESUMEN DEL PROYECTO.....</b>	<b>1</b>
<b>I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS.....</b>	<b>2</b>
A. Antecedentes, Problemática y Justificación.....	2
B. Objetivos, Componentes y Costo .....	12
C. Indicadores Claves de Resultados .....	14
<b>II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS .....</b>	<b>15</b>
A. Instrumentos de Financiamiento.....	15
B. Riesgos Ambientales y Sociales.....	15
C. Riesgos Fiduciarios .....	16
D. Otros Riesgos .....	16
<b>III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....</b>	<b>17</b>
A. Resumen de los Arreglos de Implementación .....	17
B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados.....	19

ANEXOS	
Anexo I	Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) – Resumen
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

ENLACES ELECTRÓNICOS
<b>REQUERIDOS</b>
1. <a href="#">Plan de Ejecución Plurianual (PEP)</a>
2. <a href="#">Plan de Monitoreo y Evaluación</a>
3. <a href="#">Plan de Adquisiciones</a>
<b>OPCIONALES</b>
1. <a href="#">Análisis Económico del Proyecto</a>
2. <a href="#">Modelo de Simulación Estratégica de Salud Materna y Neonatal de Honduras</a>
3. <a href="#">Caracterización de la Mortalidad Materna en Honduras</a>
4. <a href="#">Diagnóstico de situación actual de hospitales y necesidades de infraestructura</a>
5. <a href="#">Necesidades de Infraestructura</a>
6. <a href="#">Priorización de Municipios</a>
7. <a href="#">Listado Preliminar de Equipamiento</a>
8. <a href="#">Filtro de Política de Salvaguardias (SPF) y Formulario de Evaluación de Salvaguardia para la Clasificación de Proyectos (SSF)</a>

Abreviaturas	
ALC	América Latina y el Caribe
APEO	Anticoncepción Post Evento Obstétrico
BCH	Banco Central de Honduras
CIS	Centro Integral de Salud
CO	Capital Ordinario
CMI	Clínicas Materno-Infantiles
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales
DS	Dinámica de Sistemas
DALYs	Años de vida ajustados por discapacidad salvados
ESMR	Informe de Gestión Ambiental y Social
ESFAM	Equipos de Salud Familiar
ENESF	Encuesta de epidemiología y Salud Familiar
ES	Establecimiento de Salud
HMCR	Hospital Mario Catarino Rivas
HEU	Hospital Escuela Universitario
INE	Instituto Nacional de Estadística
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
ISM	Iniciativa salud Mesoamérica
MC+	Mejora de la Calidad Plus
MI	Mortalidad Infantil
MM	Mortalidad Materna
MNS	Modelo Nacional de Salud
MN	Mortalidad Neonatal
MGD	Modelo de Gestión Descentralizada
MMC	Método Madre Canguro
NV	Nacidos Vivos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PF	Planificación Familiar
PIB	Producto Interno Bruto
POD	Propuesta para el Desarrollo de la Operación
RISS	Redes Integrales de Salud
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RAMOS	<i>Reproductive Age Maternal Mortality Survey</i>
RAMNI	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna Infantil
SMN	Salud Materna y Neonatal
SIAFI	Sistema Integrado de Administración Financiera y Módulos de Unidades Ejecutoras de Proyectos Externos
SESAL	Secretaría de Salud
SRISS	Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud
SG	Semanas de Gestación
THE	Trastornos Hipertensivos del Embarazo
TMN	Tasa de Mortalidad Neonatal
UIS	Actualización de la Estrategia Institucional
UAPS	Unidades de Atención Primaria en Salud
UCIN	Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales
UTGP	Unidad Técnica de Gestión de Proyectos

**RESUMEN DEL PROYECTO**  
**HONDURAS**  
**PROGRAMA DE MEJORA DE LA GESTIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNO-NEONATAL**  
**(HO-L1195)**

Términos y Condiciones Financieras					
Prestatario: República de Honduras				CO Regular <sup>(a)</sup>	CO Concesional
			Plazo de amortización:	25 años	40 años
Organismo Ejecutor: Secretaría de Salud (SESAL)			Período de desembolso:	5 años	
			Período de gracia:	5,5 años <sup>(b)</sup>	40 años
Fuente	Monto (US\$)	%	Tasa de interés:	Basada en LIBOR	0,25%
BID (CO Regular):	41.400.000	60	Comisión de crédito:	(c)	N/A
BID (CO Concesional):	27.600.000	40	Comisión de inspección y vigilancia:	(c)	N/A
			Vida Promedio Ponderada (VPP):	15,25	N/A
Total:	69.000.000	100	Moneda de aprobación:	Dólares de los Estados Unidos de América	
Esquema del Proyecto					
Objetivo del proyecto/descripción: El objetivo del proyecto es contribuir a la reducción de la mortalidad materna-neonatal en los municipios más pobres del país y en los hospitales priorizados; mediante la mejora de la calidad, gestión y capacidad de respuesta de los servicios de salud y en apoyo a la política de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna Infantil (RAMNI).					
Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) que se haya aprobado y entrado en vigencia el Manual Operativo del Proyecto en los términos previamente acordados con el Banco; y (ii) que se haya designado al Coordinador General del Proyecto (¶3.10).					
Condiciones contractuales especiales de ejecución: Previo a la suscripción de los convenios con gestores identificados en el Componente 1 se debe presentar al Banco evidencia de que se haya aprobado: (i) el reglamento de selección de gestores de primer y segundo nivel; y (ii) el plan de absorción del financiamiento del Modelo de Gestión Descentralizada (MGD). Previo al inicio de las obras identificadas en el Componente 2 se debe presentar al Banco: (i) evidencia de que se haya contratado al personal técnico especializado que integrará a la UTGP en los términos previamente acordados con el Banco; y (ii) un plan de salud y seguridad y un plan de gestión de residuos para la fase de reformas de las obras para la no objeción del Banco (¶3.11).					
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna.					
Alineación Estratégica					
Desafíos <sup>(d)</sup> :	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	PI	<input type="checkbox"/>	EI <input type="checkbox"/>
Temas Transversales <sup>(e)</sup> :	GD	<input checked="" type="checkbox"/>	CC	<input checked="" type="checkbox"/>	IC <input type="checkbox"/>

<sup>(a)</sup> 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 prevaletientes de mercado, así como el nivel de concesionalidad del Préstamo, de acuerdo con las políticas aplicables y vigentes del Banco en la materia.

<sup>(b)</sup> Bajo las opciones de reembolso flexible de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FFF), cambios en el periodo de gracia son posibles siempre que la Vida Promedio Ponderada (VPP) Original del préstamo y la última fecha de pago, documentadas en el contrato de préstamo, no sean excedidas.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> SI (Inclusión Social e Igualdad); PI (Productividad e Innovación); y EI (Integración Económica).

<sup>(e)</sup> 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

- 1.1 **El sistema de salud en Honduras** se caracteriza por ser segmentado, en él coexisten tres subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios: el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) cubre el 18% de la población especialmente asalariada; el sector privado que cubre el 7% y el resto de la población es cubierta por la Secretaría de Salud (SESAL)<sup>1</sup>.
- 1.2 **El Modelo Nacional de Salud (MNS)**<sup>2</sup> define que la provisión de servicios públicos se organizará en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), estructuradas por niveles de complejidad<sup>3</sup>. La SESAL ha definido 69 RISS en todo el país, de las cuales se ha priorizado por la SESAL la conformación de 20<sup>4</sup> que corresponde a una por cada región de salud.
- 1.3 De acuerdo al MNS, el sistema público (IHSS y SESAL) está organizado en dos niveles:
- 1.4 **El primer nivel** que comprende la atención ambulatoria y está conformado por: (i) Equipos de Salud Familiar (ESFAM) integrados por un médico, un promotor y una auxiliar de enfermería por cada 600 a 1.000 familias; prestan servicios de prevención, promoción y atención a nivel comunitario; (ii) Establecimientos de Salud (ES) de diferente complejidad que brindan servicios de medicina general, odontología y laboratorio; y (iii) Clínicas Materno-Infantiles (CMI), que son unidades básicas que atienden partos no complicados.
- 1.5 **El segundo nivel** comprende los establecimientos hospitalarios: (i) hospitales tipo 1 o básicos: brindan servicios de cuatro especialidades (pediatría, ginecobstetricia, medicina interna y cirugía), poseen salas de obstetricia<sup>5</sup> y neonatología básica<sup>6</sup>, sin unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN); (ii) hospitales tipo 2 o generales: brindan servicios de las cuatro especialidades básicas y algunas subespecialidades. Poseen salas de obstetricia y neonatología básica e intermedia<sup>7</sup>, sin UCIN; (iii) hospitales tipo 3 o de especialidades y subespecialidades, atienden pacientes referidos de los hospitales tipo 1 y 2. Poseen salas de obstetricia y neonatología básica, intermedia y UCIN<sup>8</sup>; y (iv) hospitales tipo 4 o instituto altamente especializado: son hospitales de máxima complejidad<sup>9</sup>.
- 1.6 **Situación de salud materna e infantil.** En los últimos años, Honduras ha mejorado en forma progresiva y sostenida sus indicadores de salud. Por ejemplo, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado de 66,7 años en 1990 a

---

<sup>1</sup> Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011-2012.

<sup>2</sup> Aprobado mediante decreto ejecutivo (PCM 051-2017).

<sup>3</sup> OPS 2010.

<sup>4</sup> El sistema de salud de la SESAL está organizado en 20 regiones sanitarias.

<sup>5</sup> Salas de obstetricia incluyen: atención de parto y puerperio.

<sup>6</sup> Unidad Básica de Neonatología: atención al neonato con patología leve que necesita observación y monitorización.

<sup>7</sup> Cuidados intermedios: atendida por neonatólogo, atiende al neonato superior a 32 semanas o peso superior a 1.500 gramos, que no tienen compromiso vital ni ventilación asistida.

<sup>8</sup> Cuidados Intensivos: atendida por un neonatólogo, atención clínica al neonato grave e inestable que necesita cuidado complejo y continuo, con ventilación asistida y con compromiso vital de diferentes sistemas.

<sup>9</sup> MNS/SESAL. septiembre/2017.

73,3 años en el 2016<sup>10</sup>. La razón de mortalidad materna (RMM) ha disminuido de 182 a 61 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (NV) entre 1990 y 2015<sup>11</sup> (promedio ALC: 67 muertes por 100.000 NV<sup>12</sup>). La Mortalidad Infantil (MI) se redujo en un 38% al pasar de 39 a 24 muertes por 1.000 NV<sup>13</sup> (1990-2012). Sin embargo, la reducción de la MI en el período 2006-2012 solo disminuyó un 4%, de 25 a 24 por 1.000 NV<sup>14</sup>, lo que demuestra que la reducción se ha detenido. El Banco ha contribuido sustancialmente en la mejora de estos indicadores, ya que las operaciones ejecutadas desde el 2009 y que se mencionan más adelante, han tenido como prioridad la población materno-infantil. Específicamente las intervenciones han ido dirigidas a mejorar la cobertura, el acceso y la calidad de la atención prenatal, parto, puerperio, neonato y de las complicaciones obstétricas-neonatales.

- 1.7 **Salud materna.** A pesar de que se ha logrado un importante avance en la disminución de la mortalidad materna, se observa una desaceleración en la velocidad de su reducción: entre 1990 y 1997 la RMM se redujo de 182 a 108 a un ritmo anual promedio de 10,6 muertes maternas por 100.000 NV; entre 1997 y 2010 de 108 a 73 equivalente a un ritmo de 2,7 anual; y entre 2010 y 2015, descendió a 2,4 por año, al pasar de 73 a 61 muertes por 100.000 NV. De continuar a este ritmo de reducción, se corre el riesgo de no alcanzar la meta establecida en los objetivos de desarrollo sostenible que es de 24 muertes por 100.000 NV para el 2030.
- 1.8 Las principales dos causas de muertes maternas durante el embarazo, parto y puerperio se deben a complicaciones por hemorragia 37% y el 27% por trastornos hipertensivos del embarazo (THE)<sup>15</sup>. En relación con el momento obstétrico en el que ocurren las muertes, el periodo más crítico lo constituye el parto y el puerperio ya que el 71% suceden durante ese periodo. El 88% de las muertes maternas ocurridas durante el puerperio son durante las primeras 48 horas posparto.
- 1.9 Los problemas que más afectan la mortalidad materna (MM) son: (i) poca cobertura y problemas de acceso a servicios de planificación familiar; (ii) alto número de parto comunitario debido a la falta de acceso a la atención con calidad del parto por personal de salud (parto institucional); (iii) problemas de calidad en la atención del parto y de complicaciones obstétricas en establecimientos de salud principalmente hospitales; y (iv) baja capacidad resolutoria de los hospitales básicos y generales.
- 1.10 La MM en Honduras evidencia una importante brecha en el acceso a los servicios de salud reproductiva y Planificación Familiar (PF), especialmente en el quintil inferior de distribución de ingresos, donde la prevalencia en el uso de métodos es de 55% versus el 69% a nivel nacional. Lo anterior condiciona a que las muertes maternas ocurran principalmente en mujeres con múltiples embarazos (55%), y en mujeres mayores de 35 y en menores de 19 años<sup>16</sup>. Esto último se ve condicionado o agravado por el hecho del alto porcentaje (24%) de embarazos en adolescentes.

---

<sup>10</sup> SESAL 2017.

<sup>11</sup> Actualización de la Razón de Mortalidad Materna 2015.

<sup>12</sup> Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank and the United Nations.

<sup>13</sup> Encuesta de epidemiología y Salud Familiar (ENESF 1986) y ENDESA 2012.

<sup>14</sup> Ibid<sup>1</sup>.

<sup>15</sup> Ibid<sup>11</sup>.

<sup>16</sup> Ibid<sup>10</sup>.

- 1.11 Otra de las condicionantes de MM, son los partos atendidos en la comunidad, por personal no calificado y en condiciones no adecuadas. La RMM de las mujeres que atendieron su parto en la comunidad fue de 75, versus 39 por 100.000 NV entre las que fueron atendidas en un ES<sup>17</sup> principalmente hospitales. En Honduras, 2 de cada 10 partos todavía ocurren en la comunidad (partos atendidos en casas y no asistidos por profesionales de la salud), incrementándose a 4 de cada 10 a nivel rural<sup>18</sup> muy por debajo de otros países de la región, como El Salvador cuya cobertura de parto institucional alcanza el 99%<sup>19</sup>. El alto número de partos comunitarios a nivel rural está relacionado principalmente por problemas de acceso económico. El 70% de las mujeres del área rural y 50% del área urbana refirieron que la falta de recursos económicos es la principal barrera de acceso a los servicios. También se identifica como barrera de acceso físico a la atención del parto, el hecho que los centros de salud no cuentan con personal y muchas veces están cerrados. Además, existen barreras culturales referidas por los grupos Lencas y Maya Chortí en cuanto a la atención del parto<sup>20</sup>.
- 1.12 Debido a que el mayor porcentaje de partos son atendidos en los hospitales públicos, la mayoría de las muertes maternas ocurren en dichos ES, principalmente por problemas vinculados a la calidad de la atención. Uno de los problemas de calidad es la falta de cumplimiento de las normas de atención. En la medición de la línea base del proyecto Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) realizada en hospitales en el 2013, solo el 11% de las complicaciones obstétricas y el 67% de las atenciones puerperales se atendían según la norma<sup>21</sup>, poniendo en riesgo la vida de la madre y del neonato. Otro de los problemas de calidad de la atención de las complicaciones obstétricas, es la baja cobertura de obstetras 24/7<sup>22</sup> en los hospitales, ya que solo el 48%<sup>23</sup> contaban con esta cobertura.
- 1.13 Las muertes maternas se concentran principalmente en los dos hospitales de máxima complejidad en el país, debido principalmente a que el resto de los hospitales no tienen la capacidad de resolver las complicaciones obstétricas, teniendo que ser referidas a estos dos hospitales. En el Hospital Mario Catarino Rivas (HMCR) de San Pedro Sula ocurre el 42% de las muertes y en el Hospital Escuela Universitario (HEU) de Tegucigalpa el 27%. El análisis de procedencia, de estos hospitales muestra que, en el HMCR, la mayoría son referidas del departamento de Santa Bárbara y Copan<sup>24</sup>; y en el HEU la mayoría provienen del departamento de Comayagua y Choluteca. Coincidentemente en estos departamentos se encuentran los hospitales con mayor cantidad de muertes maternas y neonatales después del HEU y el HMCR<sup>25</sup>.
- 1.14 Por último, en cuanto a la MM, el país ha adoptado el modelo conceptual del análisis de la morbi-mortalidad materna conocido como las tres demoras, que identifica los determinantes de la complicación o muerte obstétrica<sup>26</sup>. La primera demora ocurre cuando la mujer o su entorno no logran reconocer signos

---

<sup>17</sup> Ibid<sup>10</sup>.

<sup>18</sup> Ídem.

<sup>19</sup> Ministerio de Salud de El Salvador, 2017.

<sup>20</sup> Estudios cualitativos de barreras a la demanda de ofertas y servicios de salud. ISM. Honduras 2013.

<sup>21</sup> Se refiere a la norma nacional de atención materno-neonatal. SESAL.

<sup>22</sup> 24/7 es la cobertura por médicos especialistas, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

<sup>23</sup> Línea base ISM (IHME) 2013.

<sup>24</sup> Principalmente del Hospital de Occidente.

<sup>25</sup> Ibid<sup>10</sup>.

<sup>26</sup> Thaddeus y Maine et al 1994.



obstétricos de riesgo y tomar la decisión de buscar atención. La segunda demora ocurre entre la identificación del riesgo y la búsqueda de atención y el acceso al servicio de salud, (barreras económicas y transporte). La tercera demora sucede al no obtener el tratamiento adecuado y oportuno (depende del personal capacitado y suficiente, disponibilidad de medicamentos, insumos, equipo e infraestructura). De acuerdo al estudio RAMOS 2015, el 18,8% de las muertes maternas corresponde a la primera y segunda demora, mientras que el 27,4% a la tercera demora. Lo anterior evidencia que el problema que más está incidiendo en la MM es la calidad y la débil capacidad de respuesta del sistema hospitalario.

- 1.15 **En cuanto a la salud infantil**, el desafío más importante es la reducción de la Mortalidad Neonatal (MN), ya que representa el 62% de las muertes infantiles. La tasa de MN no se ha reducido en 20 años, permaneciendo constante, en 18 muertes por 1.000 NV. Lo anterior significa un promedio de 10 muertes neonatales cada 24 horas y 3.500 muertes anuales, similar al número de muertes por homicidios en el país. Esta tasa de MN está muy por encima del promedio de ALC, que es de nueve por cada 1.000 NV<sup>27</sup>.
- 1.16 Para el abordaje de reducción de la MN es importante resaltar que el 72% de las MN ocurren en la primera semana de vida. Las causas principales de muertes son: prematuridad (parto ocurrido entre 20 a 36 semanas de gestación (SG)) asociado con el bajo peso al nacer 28,5%, asfixia 18,3%, malformaciones congénitas 13,4% e infecciones respiratorias 10%<sup>28</sup>. Los neonatos con peso menor de 2.500 gramos, son los que contribuyen con el 60-80% de la MN, y 66% de la mortalidad infantil<sup>29</sup>. El 41% de las muertes neonatales tienen como base la prematuridad.
- 1.17 Los principales problemas vinculados a la MN son la calidad en la atención de las complicaciones neonatales y la débil capacidad instalada en los hospitales.
- 1.18 Así como las muertes maternas, la mayoría de las MN (84%) ocurren en los hospitales, y en su mayoría vinculadas también con limitantes de calidad de atención. Solo el 7% de las complicaciones neonatales atendidas en los hospitales se realizan según las normas<sup>30</sup> y estándares establecidos por la SESAL<sup>31</sup>, lo anterior debido a problemas de capacitación y desconocimiento de las normas y a la falta de disponibilidad de recursos humanos, medicamentos, insumos, materiales y equipos.
- 1.19 El común denominador de la atención de complicaciones neonatales es que requieren tecnología e intervenciones de alta complejidad y de más alto costo (Berezin 2014)<sup>32</sup>, como ser unidades de cuidados intensivos. Solo existen dos UCIN en el país, en el HEU y HMCR, teniendo los hospitales tipo 1 y tipo 2 que trasladar a los neonatos complicados desde los diferentes departamentos hasta Tegucigalpa y San Pedro Sula. El traslado de los neonatos desde estos hospitales se complica ya que no existe un sistema de transporte especializado para trasladar emergencias neonatales entre los diferentes hospitales.

---

<sup>27</sup> Centro Latinoamericano de perinatología (CLAP 2015).

<sup>28</sup> Instituto de métricas (IHME) 2017.

<sup>29</sup> Ídem.

<sup>30</sup> Ibid<sup>21</sup>.

<sup>31</sup> Ibid<sup>23</sup>.

<sup>32</sup> Marco Sectorial de Salud y Nutrición. BID SEP 2016.

- 1.20 Un problema transversal que afecta la MM y MN, es la debilidad del sistema de vigilancia<sup>33</sup>, que no contribuye a identificar los factores determinantes y condicionantes relacionados con la muerte materna. Dicho sistema muestra un subregistro del 13%, además la información es inoportuna dificultando la toma de decisiones. Sumado a esto, los procesos de atención por lo general se registran manualmente. Los hospitales no cuentan con sistemas de información automatizados, los expedientes se manejan en formatos de papel, y no se registran las atenciones que se brindan. Existen múltiples sistemas de información que han sido implementados en forma fragmentada por diferentes programas, sin estandarización, articulación, coordinación y conexión entre ellos<sup>34</sup>.
- 1.21 **Lecciones aprendidas y avances en la respuesta del Sector Salud.** El Banco, mediante la cartera de operaciones en el sector<sup>35</sup> y la ISM, ha apoyado y acompañado al país en la mejora de la cobertura y calidad de los servicios obstétricos-neonatales, implementando una serie de estrategias e intervenciones innovadoras.
- 1.22 Para mejorar el acceso y la calidad en la prestación de los servicios materno-infantiles, la SESAL ha implementado el Modelo de Gestión Descentralizada (MGD) como un esquema de Financiamiento Basado en Resultados. Este modelo consiste en la contratación de gestores<sup>36</sup>, que brindan servicios de promoción, prevención y atención en el primer nivel. Para el financiamiento de los gestores, la SESAL utiliza un pago per cápita por población cubierta y un pago por cada parto atendido, ambos vinculados al cumplimiento de indicadores de calidad. El MGD también se ha implementado en los hospitales, mediante la contratación de fundaciones, a las cuales se les transfiere un presupuesto vinculado a resultados, para que administren y presten servicios hospitalarios. Del 2011 a la fecha, el MGD se ha extendido al 90% de los municipios más pobres (94 de 298 municipios del país) y a 5 de 29 hospitales de la SESAL, cubriendo a 1.500.000 personas<sup>37</sup>. El MGD, ha evidenciado mejoras en el acceso y la calidad de los servicios, así como mejoras en disponibilidad de recursos humanos, medicamentos e insumos<sup>38</sup>. En base a las lecciones aprendidas con el MGD, en esta operación se implementarán intervenciones a través de los gestores descentralizados, los cuales se incorporan en el Componente 1.
- 1.23 A través del MGD se ha implementado la entrega de bonos a las parturientas para el pago de transporte desde comunidades a los ES y también bonos a las parteras para que las acompañen a las CMI. Esto ha permitido aumentar el parto institucional en las comunidades pobres del país. Se tomará en cuenta las lecciones aprendidas con la entrega de los bonos y se incluirán en el Componente 3.
- 1.24 La conformación de ESFAM ha permitido mejorar sustancialmente los cuidados obstétricos y neonatales en la comunidad y ha aumentado la captación de mujeres embarazadas antes de las 12 SG, así como el control prenatal y atención del parto

<sup>33</sup> Monitorea las muertes maternas y neonatales, los analiza y los interpreta, generando un cuadro de mando.

<sup>34</sup> Sistema integrado de información en salud (SIIS). SESAL-FONDO GLOBAL-2017.

<sup>35</sup> Apoyado por: 2418/BL-HO; 2743/L-HO; 2943/BL-HO; 3723/BL-HO; 4030/BL-HO.

<sup>36</sup> ONGs, Alcaldías, Mancomunidades de Alcaldías, Asociaciones Comunitarias y en el caso de hospitales, fundaciones.

<sup>37</sup> Corresponde a 95 municipios de los 104 más pobres.

<sup>38</sup> Evaluación del BM 2007; USAID 2009; ANED Consultores 2009; ISM 2013 y 2017.

institucional<sup>39</sup>. A través del Componente 1 se fortalecerán los ESFAM en los municipios priorizados con el fin de mejorar los servicios maternos-infantiles.

- 1.25 Una de las innovaciones incorporadas por la ISM es la telesonografía, que consiste en el uso de ultrasonidos por médicos de las CMI en áreas rurales que se conectan con especialistas vía celular para apoyo de diagnóstico y manejo de embarazadas y parturientas. Esto ha permitido identificar oportunamente complicaciones obstétricas-neonatales y problemas de crecimiento y/o prematuridad del neonato. Esta operación incorporará el uso de la Telesonografía en áreas rurales a través del Componente 1 y 2.
- 1.26 También a través del proyecto ISM, se realizó un ejercicio de sistemas dinámicos (SD), para el análisis de las variables que más pesan en la reducción de la mortalidad materna-neonatal. De acuerdo al análisis de SD, la mejor solución corresponde a la aplicación de una estrategia reforzada de mejora de la calidad, llamada Mejora de la Calidad plus (MC+)<sup>40</sup>. La MC+ incluye el fortalecimiento de las capacidades de los proveedores de servicios para consolidar procesos de gestión con enfoque sistémico. La implementación de la MC+ será apoyada a través del Componente 1 de esta operación.
- 1.27 **Política de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna Infantil (RAMNI).** En base al análisis de sistemas dinámicos, el Banco durante el 2017 y el 2018 ha trabajado con la SESAL en la elaboración de la política RAMNI. Esta política, que será lanzada oficialmente en noviembre del 2018, aborda estrategias e intervenciones que serán apoyadas con esta operación, como ser: (i) consejería en salud reproductiva con enfoque de género e interculturalidad; (ii) incentivos a la demanda; (iii) priorización y facilitación de las acciones comunitarias en salud; (iv) PF; (v) atención preconcepcional; (vi) atención prehospitalaria, transporte adecuado y oportuno; y (vii) atención con calidad de las complicaciones obstétricas y neonatales.
- 1.28 Producto de las lecciones aprendidas y avances de la respuesta del sector salud mencionados, los servicios obstétricos-neonatales prestados en los municipios cubiertos por el MGD del 2013 al 2017 evidenciaron las siguientes mejoras: (i) la captación de embarazadas antes de las 12 SG se incrementó de 51% a 90%; (ii) el control prenatal, de 23,7% a 94,1%; (iii) el parto institucional de 68,6% a 84,7%; (iv) atención del puerperio en los primeros tres días de 67% a 91%; y en los primeros siete días de 47% a 60%; y (v) la atención de las complicaciones neonatales según normas de 7% a 43% y las obstétricas de 11% a 63%<sup>41</sup>.
- 1.29 **Retos y desafíos.** Con base en la problemática y antecedentes descritos, se estima que el país enfrenta los siguientes retos y desafíos para reducir con mucha más celeridad la mortalidad materno-neonatal.
- 1.30 **Fortalecer los servicios de salud reproductiva con enfoque de género<sup>42</sup> e interculturalidad<sup>43</sup> para mejorar la oferta y la utilización informada de**

---

<sup>39</sup> Ibid<sup>28</sup>.

<sup>40</sup> Fortalecimiento de las capacidades del sistema para crear y mantener la capacidad de MC (MC+).

<sup>41</sup> Ibid<sup>28</sup>.

<sup>42</sup> Implica que tanto la mujer como el hombre tienen el derecho y la responsabilidad de planificar sus embarazos y cuidar de su salud.

<sup>43</sup> Respetando las creencias, costumbres y lenguaje de los grupos étnicos.

**métodos modernos<sup>44</sup> de PF.** La proporción de mujeres casadas con necesidad insatisfecha de métodos de PF es de un 11%, aumentando a nivel rural a 18%<sup>45</sup>. Estudios<sup>46</sup> han podido demostrar la importancia que tiene la desigualdad de poder de la mujer, en la decisión sobre el uso o no de determinado o ningún método de PF. El camino necesario, para reducir esta desigualdad pasa por la educación a las parejas (sobre todo al hombre) con un enfoque intercultural, a través de la consejería que incluya a los adolescentes y también en aumentar la oferta efectiva de métodos modernos de PF.

- 1.31 **Aumentar la cobertura de la atención del parto institucional y reducir el parto comunitario.** Aún existe una buena proporción de los partos que se atienden en la comunidad como se menciona en el ¶1.9. Para aumentar la cobertura del parto institucional, la SESAL tiene el desafío de definir una estrategia para que las mujeres y su entorno decidan atender su parto en un ES. Lo anterior implica la reducción de las barreras culturales, económicas, físicas y geográficas que impiden aumentar el parto institucional.
- 1.32 **Mejorar la calidad de la atención de las complicaciones obstétricas-neonatales.** Aunque las atenciones de acuerdo a las normas de las complicaciones obstétricas-neonatales han mejorado en los hospitales descentralizados y en los intervenidos por la ISM<sup>47</sup>, como se menciona en el ¶1.12, aún existen brechas importantes para el cumplimiento de las normas, especialmente en los hospitales no intervenidos. Además, existen deficiencias en cuanto a infraestructura, equipamiento y disponibilidad de RRHH, así como optimización de procesos y flujos de atención hospitalaria.
- 1.33 **Evidencias e Intervenciones para abordar retos y desafíos.** Esta operación apoyará las siguientes intervenciones:
- 1.34 Mejoramiento de los servicios de salud reproductiva y métodos de PF mediante el fortalecimiento de: (i) consejería en PF a la pareja con pertinencia intercultural, género y masculinidad; (ii) estrategia de Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO); (iii) oferta de métodos modernos (implantes); y (iv) el aseguramiento de insumos y métodos de PF. La PF contribuye con la sobrevivencia de las mujeres, pudiendo reducir hasta 32% las muertes maternas<sup>48</sup>, ya que disminuye las veces que una mujer se expone al embarazo y sus posibles complicaciones.
- 1.35 Para abordar los determinantes de la primera y segunda demora, se desarrollarán estrategias comunitarias mediante los ESFAM, que incluyen el empoderamiento de la mujer en la toma de decisiones para la búsqueda de atención en el caso de señales de peligro; elaboración de un plan de parto<sup>49</sup> para cada embarazada, y la organización comunitaria para el transporte de emergencias. Para abordar la tercera demora<sup>50</sup>, mediante el fortalecimiento del MGD, se garantizará la dotación

<sup>44</sup> Métodos modernos implica esterilización quirúrgica e implantes.

<sup>45</sup> Unidad de gestión descentralizada (UGD)-2018.

<sup>46</sup> Herrera, M. C., (2012). "Having it all": Women's Perception of Impact of Female Promotion on Threat of Domestic Violence. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 670-679.

<sup>47</sup> La ISM comprende 19 municipios (262.000 personas) y seis hospitales, en el MGD se encuentran en 94 municipios (1.500.000 personas) incluyendo los de la ISM y cinco hospitales, uno de los cuales está intervenido por la ISM.

<sup>48</sup> Winikoff y Sullivan, 1987; FHI, 1995; Singh y cols, 2009; WHO, 2010.

<sup>49</sup> Definición del establecimiento donde se atenderá el parto, tipo de transporte, fondos.

<sup>50</sup> Tomado y modificado de: Oona M R Campbell, Wendy J Graham, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series Steering Group, *The Lancet* 2006; 368: 1284-99.

de RRHH, medicamentos e insumos necesarios para la atención de partos y de las complicaciones obstétricas-neonatales.

- 1.36 Para aumentar el parto institucional se implementarán estrategias para reducir las barreras que impiden a las mujeres el acceder a la atención del parto en las CMI y hospitales, como: la habilitación y mejoramiento de hogares maternos y el fortalecimiento del bono de transporte y bono de la partera. El parto institucional ha demostrado ser una intervención efectiva en la reducción de la mortalidad materna-neonatal<sup>51</sup>.
- 1.37 Se fortalecerá la captación de las mujeres embarazadas antes de las 12 semanas, así como el aumento de la cobertura y calidad la atención prenatal. Sin dudas, el control temprano o precoz (antes de las 12 SG), permite identificar a tiempo los embarazos con factores de riesgo aumentando la posibilidad de brindar atención obstétrica adecuada para la embarazada y el niño<sup>52</sup>. La atención prenatal de calidad ayuda a detectar y tratar la anemia y con ello reduce la probabilidad de ocurrencia de las complicaciones y muertes maternas por hemorragia postparto<sup>53</sup>.
- 1.38 Para mejorar la calidad de las complicaciones obstétricas y neonatales, se implementarán programas de parto seguro y prácticas postnatales de higiene y cuidados mínimos y esenciales del recién nacido, así como el desarrollo de competencias del personal para el manejo de las complicaciones. La evidencia de las intervenciones para reducir la MN se fundamenta en que el día del nacimiento y los primeros 28 días de vida son el momento más vulnerable para la supervivencia y la salud de un niño<sup>54</sup>. Las muertes neonatales por asfixia y trauma se pueden prevenir en un 70% con una atención de parto seguro y atención con calidad de la emergencia obstétrica y en un 22% con una correcta técnica de reanimación al nacer<sup>55</sup>. Mientras que las intervenciones efectivas para reducir la mortalidad por sepsis neonatal, en un 41% se previenen con prácticas postnatales de higiene y parto limpio y un 24% con un manejo adecuado de infecciones severas<sup>56</sup>.
- 1.39 Se fortalecerán procesos y mejora de flujos de atención y el fortalecimiento de la capacidad instalada en los hospitales. Asimismo, se fortalecerá el sistema de referencia y respuesta de las complicaciones obstétricas y neonatales, incluyendo el mejoramiento de transporte especializado en neonatos.
- 1.40 Estrategia de Madre Canguro<sup>57</sup>: El cuidado convencional del neonato con bajo peso al nacer o prematuro es costoso debido a la necesaria utilización de equipo y tecnología en países en desarrollo. Aunque la estrategia de Método Madre Canguro no ha sido utilizada ampliamente en Honduras, es una alternativa muy útil, para el cuidado del recién nacido con bajo peso al nacer o prematuro<sup>58</sup>.

---

<sup>51</sup> Estrategia Mundial: salud de la mujer, niño y adolescente (2016-2030) OMS 2015.

<sup>52</sup> Medición de proteína en orina como predictor de la preeclampsia.

<sup>53</sup> H, Cousens S, Modell B, Lawn J. *Folic acid to reduce neonatal mortality from neural tube disorders. Database Abstracts Reviews of Effects (DARE). University of York 2013.*

<sup>54</sup> *Reaching every newborn national 2020 milestones country progress, plans and moving forward. May 2017. UNICEF.*

<sup>55</sup> The Lancet. Mayo 2014.

<sup>56</sup> Ídem.

<sup>57</sup> Consiste en el cuidado del neonato prematuro y/o de bajo peso al nacer, basado en el contacto piel a piel entre el niño y sus padres o cuidadores.

<sup>58</sup> Conde-Agudelo A, *cols Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011.*

- 1.41 **Telesonografía Móvil:** Otra de las evidencias se fundamenta en que el 32% de muertes por prematuridad pueden evitarse si se hace un diagnóstico adecuado de la madurez y salud del niño, en el vientre de la madre durante el embarazo. Tecnologías innovadoras como el ultrasonido móvil más la telesonografía ayudan a detectar las complicaciones por prematuridad realizando un diagnóstico oportuno del desarrollo intrauterino del niño<sup>59</sup>.
- 1.42 **Atención con pertinencia intercultural:** Estudios realizados para el diseño de intervenciones de salud materno infantil en México, Panamá y Nicaragua y dentro de la ISM, confirman que el contexto sociocultural y de género es relevante para entender las decisiones de las poblaciones indígenas y rurales para la utilización de los servicios. Estudios de casos han documentado experiencias exitosas de políticas interculturales de salud en países como, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, Perú y Surinam (Cordero Muñoz 2010)<sup>60</sup>.
- 1.43 Ya que el MGD ha demostrado ser efectivo en mejorar el acceso, cobertura y calidad de los servicios obstétricos-neonatales, las intervenciones a implementarse se realizarán mediante la integración de redes a través de los gestores descentralizados del primer y segundo nivel.
- 1.44 El valor agregado de esta operación incluye: (i) el abordaje regional de las complicaciones obstétrica-neonatales, que implican el desarrollo de servicios de cuidados intensivos obstétricos-neonatales en hospitales tipo 2 de referencia regional; (ii) el desarrollo de redes regionales de atención materno infantil, con la integración en red de los ESFAM, establecimientos de primer nivel, y hospitales tipo 1 y 2; (iii) la incorporación de innovaciones tecnológicas y sistemas de información automatizados para la mejora de la atención y gestión de los servicios; (iv) la implementación de MC+ como una estrategia para reducir las muertes maternas-neonatales en hospitales; y (v) la incorporación de transporte especializado para el traslado de neonatos.
- 1.45 **Priorización de municipios y hospitales a intervenir.** Los criterios de priorización utilizados para definir los municipios a intervenir son los siguientes: (i) nivel de pobreza; (ii) muertes maternas por municipio<sup>61</sup>; (iii) procedencia de las muertes maternas ocurridas en los hospitales nacionales de referencia (HEU y HMCR); (iv) muertes infantiles; y (v) cobertura de atención prenatal, parto, y postparto por municipio. Por otro lado, los criterios para priorización de hospitales fueron, las tasas de MM por sepsis, THE y hemorragia y las tasas de MN por prematuridad y sepsis ([EEO#6](#)). Los municipios que han sido priorizados se encuentran dentro de los 104 municipios más pobres, y en los cuales existe el programa de transferencias condicionadas apoyadas por los proyectos de protección social<sup>62</sup>.
- 1.46 **Alineación estratégica.** Este programa es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional (UIS) 2010-2020 (AB-3008) y se alinea estratégicamente con el desafío de desarrollo de: inclusión social e igualdad; ya que prioriza los municipios más pobres del país, para lograr una reducción de la MM y de la tasa de MN. El programa también se alinea con el área transversal de: (i) igualdad de género y diversidad, al mejorar el acceso de los servicios a las mujeres

<sup>59</sup> Proyecto Atención Primaria de Salud (PROAPS). SESAL. Marzo 2018.

<sup>60</sup> Mignone et al 2007; Gabrysch et al 2009.

<sup>61</sup> Estudio RAMOS 2010 2015. Subsistema de vigilancia de la MM (SESAL).

<sup>62</sup> HO-L1093 y HO-L1105.

embarazadas, parturientas y puérperas, incluyendo la reducción de las barreras culturales de los servicios de salud a poblaciones indígenas, que se medirían a través de los indicadores de resultado de la matriz de resultados siguientes: captación de embarazadas antes de las 12 SG; cobertura de atención prenatal con calidad, de atención de parto y de atención a recién nacidos en los primeros tres días post parto; número de ESFAM conformados y funcionando, y redes priorizadas conformadas; y (ii) cambio climático y sostenibilidad ambiental, al incorporar medidas de ahorro energético en los hospitales y ES beneficiados, así como elementos de tratamiento y manejo de desechos hospitalarios que están incluidos en el diseño de los productos de la matriz de resultados: Construcción de Unidades de Alta complejidad obstétrico, UCIN y de Sala de Neonatología del HEU; readecuación de obras en hospitales priorizados y equipamiento unidades de UCIN para el cuidado neonatal y áreas de Obstetricia. Aproximadamente el 8,01% de los recursos de la operación se invertirán en actividades de mitigación al cambio climático, según la [metodología conjunta de los BMD de estimación de financiamiento climático](#). Estos recursos contribuyen a la meta del Grupo BID de aumentar el financiamiento de proyectos relacionados con el cambio climático a un 30% de todas las aprobaciones de operaciones a fin de año 2020. Adicionalmente, el programa contribuye al Marco de Resultados Corporativos (CRF) 2016-2019 (GN-2727-6) mediante el indicador de reducción de la Tasa de Mortalidad Materna. Asimismo, esta operación se alinea con la Alianza Para la Prosperidad del Triángulo Norte (PAPTN), en los municipios de Choluteca, Juticalpa y Santa Rosa de Copan, a fin de desarrollar el capital humano, mejorando la salud, nutrición y desarrollo infantil temprano, mediante la cobertura en servicios de salud materna, infantil y nutrición y el mejoramiento de la infraestructura de salud.

- 1.47 Asimismo, la operación está incluida en el programa de operaciones 2018 (GN-2915) y es consistente con la estrategia del Banco en Honduras 2015-2018 (GN-2796-1) que tiene como objetivos estratégicos: (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, específicamente el indicador de resultado de reducción de mortalidad infantil. También es consistente con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7), en la Dimensión de Éxito 2 que busca que todas las personas tengan acceso a servicios de salud y nutrición de alta calidad, de manera oportuna y continua. También es consistente con el Marco Sectorial y de género y diversidad (GN-2800-8), ya que se promueve la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas al incrementar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres en las poblaciones indígenas y no indígenas.
- 1.48 **Articulación con otras operaciones del Banco.** Se coordinará y articulará con el proyecto de Ciudad Mujer, con el fin de mejorar el acceso y cobertura de programas de salud reproductiva, atención prenatal, parto y puerperio, en aquellas áreas geográficas en donde se coincide con estas intervenciones.
- 1.49 También se articulará con el programa de transferencias condicionadas en aquellos municipios que han venido siendo beneficiados por los proyectos de protección social y salud del Banco<sup>63</sup>. Esta operación se complementará con el proyecto Programa de Apoyo a la Red de Inclusión Social con Prioridad en Occidente (HO-L1105), que financia gestores descentralizados y la tercera

---

<sup>63</sup> Ibid<sup>35</sup>.

operación de la ISM (HO-G1249), mediante la cual se apoya a gestores y hospitales.

## **B. Objetivos, Componentes y Costo**

- 1.50 El objetivo del proyecto es contribuir a la reducción de la mortalidad materna-neonatal en los municipios más pobres del país y en los hospitales priorizados; mediante la mejora de la calidad, gestión y capacidad de respuesta de los servicios de salud y en apoyo a la Política RAMNI. La operación se estructura en cuatro componentes:
- 1.51 **Componente 1: Fortalecimiento de la gestión y calidad de los servicios obstétricos-neonatales (US\$30.870.000).** A través de este componente se continuará financiando el paquete de prestaciones del MGD de primer nivel en 36 municipios<sup>64</sup> ([EEO#6](#)) y se ampliará la cobertura del MGD a 10 municipios pobres del departamento de Santa Bárbara ([EEO#6](#)), que son productores y/o repetidores de muerte materna, incluyendo fondos para el fortalecimiento, la conformación y desarrollo de actividades de los ESFAM. Todo lo anterior mediante la firma de convenios plurianuales entre la SESAL y los gestores que brindan servicios de primer nivel. En los municipios sin el MGD, se apoyará la conformación y capacitación de los ESFAM mediante la contratación de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y promotores.
- 1.52 También se financiará la atención de los servicios obstétricos-neonatales en hospitales priorizados bajo el MGD ([EEO#6](#)), mediante la firma de convenios plurianuales con las Fundaciones.
- 1.53 Asimismo, se financiará apoyo técnico y capacitaciones: (i) definición e implementación de la MC+ en los servicios hospitalarios; (ii) capacitación al personal de los ESFAM, ES y hospitales en consejería PF con pertinencia intercultural, género y masculinidad; (iii) capacitación de la estrategia de APEO; (iv) implementación de una estrategia integral para la reducción de embarazo en adolescentes; (v) fortalecimiento, de la atención preconcepcional y prenatal (suplementación de ácido fólico, tratamiento con hierro, manejo oportuno de patologías y factores de riesgos); (vi) implementación de un programa de parto seguro, cuidados de posparto inmediato y prácticas postnatales de higiene y el fortalecimiento de los cuidados mínimos y esenciales del recién nacido en las CMI y hospitales; (vii) implementación de un modelo de atención al neonato prematuro y la estrategia de madre canguro; (viii) fortalecimiento de la gestión de hospitales, que incluye la reorganización y optimización de procesos de la gestión clínica, gestión de recursos, gestión del mantenimiento y gestión de pacientes; y (ix) capacitación y seguimiento de uso de ultrasonidos fijos y móviles, incluyendo el uso de la telemedicina.
- 1.54 Para fortalecer los servicios obstétricos-neonatales, se financiarán las siguientes capacitaciones: (i) formación y capacitación de personal (médicos, enfermeras y auxiliares) en neonatología y en el manejo de las complicaciones obstétricas-neonatales, y cursos de instrumentistas para quirófanos mediante la contratación o convenios con firmas, ONGs o universidades; y (ii) capacitación y formación de paramédicos y personal especializado en el transporte de neonatos, embarazadas, parturientas y puerperas.

---

<sup>64</sup> Actualmente el BID financia 36 de 95 municipios con el MGD, que están dentro los 104 municipios más pobres del país.



- 1.55 **Componente 2: Mejoramiento del Equipamiento e Infraestructura de los Servicios de Salud (US\$28.890.000).** Para mejorar la capacidad resolutive de los ES y hospitales, se financiará: (i) construcción y equipamiento de tres UCIN en hospitales generales o tipo 2<sup>65</sup>; (ii) ampliación y equipamiento de las salas de neonatología del HEU; (iii) construcción y equipamiento de salas obstétricas-neonatales en dos hospitales básicos (La Paz y Santa Bárbara<sup>66</sup>) y en un hospital general (el hospital de Occidente) ([EEO#5](#) y [EEO#7](#)) (iv) adquisición de ultrasonidos fijos y móviles para los ESFAM, y ES en los municipios priorizados; (v) remodelación y adecuación de hogares maternos de los hospitales beneficiados; y (vi) contratación de una firma para el Diseño de las obras y una firma para su supervisión. Las Fundaciones que administran los servicios hospitalarios son las responsables de dar mantenimiento al hospital y al equipo, lo cual está reflejado en los convenios de gestión. La SESAL tienen la tenencia legal de los terrenos de los hospitales en los cuales se desarrollarán las obras de infraestructura. Además, se encuentran disponibles los diseños técnicos preliminares para las obras y las especificaciones técnicas de los equipamientos. Las obras de infraestructura y la adecuación de los servicios se realizarán con un enfoque de interculturalidad, a fin de eliminar las barreras culturales de acceso a los servicios de salud obstétricos-neonatales. En las obras de hospitales, se incluirán medidas para mitigar los efectos del cambio climático y ahorro energético, como ser: (i) construcción elevada de piso a techo para aprovechar circulación del aire; (ii) usar pintura especial en los techos parte exterior y material aislante en parte interior para aislar el calor y reducir consumo de aire acondicionado; (iii) emplear equipos de alta eficiencia energética tanto para aire acondicionado como iluminación; (iv) en iluminación se emplearán equipos LED; y (v) se analizará la incorporación de autogeneración fotovoltaica. También con este componente se financiará un Estudio de Pre-inversión y Médico Arquitectónico para las obras del Hospital de Occidente.
- 1.56 Para fortalecer el sistema de transporte para emergencias obstétricas-neonatales: (i) adquisición de ambulancias especializadas; (ii) implementación del sistema de radio comunicación; y (iii) certificación de recursos humanos para el transporte de emergencias neonatales.
- 1.57 **Componente 3: Fortalecimiento Institucional, Innovaciones Tecnológicas y Sistema de Información US\$7.370.000).** Para el fortalecimiento del MGD se financiarán, entre otras, apoyo técnico para: (i) mejoramiento de los convenios de gestión y de mecanismos de pago para hospitales bajo el MGD; (ii) la sistematización y reglamentación del mecanismo de costeo para primer nivel y segundo nivel; (iii) fortalecimiento de los bonos de transporte a las mujeres y parteras; (iv) conformación y funcionamiento de las redes priorizadas de acuerdo a los atributos de la OMS y el sistema de referencia y respuesta correspondiente; (v) mejoramiento del enfoque de interculturalidad de los servicios; (vi) fortalecimiento de los gestores para la administración financiera, recursos humanos, inventarios, compras y adquisiciones, y para la prestación de servicios; (vii) apoyar a la SESAL y a los gestores en la adquisición y en el ciclo logístico de suministro para el aseguramiento de insumos, medicamentos y métodos de PF; y (viii) fortalecimiento del sistema de vigilancia de muertes materna-neonatal,

---

<sup>65</sup> Hospitales: Occidente, Comayagua y Juticalpa.

<sup>66</sup> Son hospitales cabeza de red de municipios productores y repetidores de muerte materna.

incluyendo un sistema de auditoría para identificar el cumplimiento de las normas<sup>67</sup> de atención.

- 1.58 Para apoyar la gestión los ES de los municipios priorizados se financiará: (i) un diagnóstico de la situación del sistema de información y la definición de un plan estratégico; y (ii) la contratación de una firma que diseñe, desarrolle e implemente el sistema de información automatizado de los servicios de salud de la SESAL, la cual debe de incluir: la digitalización de datos de la producción de los servicios; el expediente electrónico; las normas, coordinación, gobernanza del sistema y diccionario de datos. También incluirá la adquisición de software y su mantenimiento, plataforma informática, conectividad, y hardware respectivo, capacitación de los usuarios y administración del sistema. Este sistema incluirá la digitalización de la información de los gestores, y el desarrollo de una plataforma para intercambiar imágenes por telediagnóstico entre los establecimientos de salud y hospitales en las redes de los municipios priorizados y uso de herramientas tecnológicas para mejorar la atención en los servicios. Para mejorar la calidad y oportunidad de datos en el MGD para pago de los convenios de gestión, el sistema deberá de incluir el diseño e implementación de un componente para la supervisión y auditoría de los indicadores de pago por la UGD. También se financiará tecnologías de salud móvil (mHealth) a nivel comunitario para el cambio de comportamiento.
- 1.59 **Componente 4: Administración y Evaluación del Programa (US\$1.870.000.00).** Se financiará el funcionamiento de la Unidad Ejecutora (UE) y la auditoría. Se contratará apoyo técnico para un Estudio de actualización de la RMM. Este componente financiará evaluaciones reflexivas, incluyendo evaluaciones anuales y una evaluación al final del proyecto, y una medición de línea base al inicio del proyecto. También se financiará apoyo técnico para un análisis de compromiso fiscal y de estrategias alternativas de financiamiento del MGD.

### C. Indicadores Claves de Resultados

- 1.60 Los indicadores de impacto son: RMM a nivel Nacional; tasa de letalidad neonatal por sepsis, asfixia en hospitales y RMM hospitalaria en hospitales beneficiados. Como indicadores de resultados en los municipios beneficiados: % de captación de embarazadas antes de las 12 SG en los últimos 12 meses; atención prenatal con calidad; cobertura de atención de parto por personal calificado; cobertura de atención a recién nacidos en los primeros tres días post parto; número de ESFAM conformados y funcionando en los Municipios priorizados no descentralizados; % de complicaciones obstétricas por THE y hemorragia, manejadas de acuerdo a la norma; % de complicaciones neonatales por sepsis y asfixia, manejadas de acuerdo a la norma y % de redes priorizadas conformadas.
- 1.61 Para el [análisis económico](#) se seleccionaron las actividades más representativas en términos de montos. El beneficio se calcula a partir de años de vida ajustados por discapacidad salvados (DALYs) y una tasa de descuento de 5%. Dentro del Componente 1 se analizaron las actividades “Personas cubiertas por gestores descentralizados en primer nivel de atención” y “Convenios de gestión firmados con el segundo nivel de atención”. La primera genera un VAN de más de US\$147 millones y la segunda un VAN de más de US\$193 millones. La tercera actividad “Construcción de cinco Unidades de Alta complejidad obstétrico y UCIN”

---

<sup>67</sup> Ibid<sup>21</sup>.

pertenece al Componente 2. El cálculo se efectúa a partir un estudio de caso, adaptado para Honduras. El VAN calculado supera los US\$16,5 millones. Por último, se analizó la actividad “Readecuación y funcionamiento adecuado de salas obstétricas y neonatales”. En este caso, el VAN calculado asciende a US\$18,2. Considerando que el préstamo es de US\$69 millones, bajo los supuestos establecidos, la operación tiene un beneficio superior a su costo. Los análisis de sensibilidad realizados consideran la tasa de descuento y efectividad de las intervenciones y sugieren que aun en escenarios pesimistas, se esperan valores actuales netos positivos.

## II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

### A. Instrumentos de Financiamiento

- 2.1 **Costo y financiamiento.** El proyecto tendrá un costo total de US\$69 millones, de los cuales US\$41.400 millones serán financiados con recursos del Capital Ordinario (CO) Regular y US\$27.600 millones con recursos del CO Concesional (Cuadro I.1).

**Cuadro II.1. Resumen de Costos del Programa**

Componentes	Monto (US\$)	%
1. Fortalecimiento de la gestión y calidad de los servicios obstétricos-neonatales	30.870.000	44,74
2. Mejoramiento del Equipamiento e Infraestructura de los Servicios de Salud	28.890.000	41,87
3. Fortalecimiento Institucional y Sistema de Información	7.370.000	10,68
4. Administración y evaluación del programa	1.870.000	2,71
<b>TOTAL</b>	<b>\$69.000.000</b>	<b>100,00</b>

- 2.2 El programa se financiará a través de un préstamo de inversión específica, en plazo de desembolso de cinco años.

**Cuadro II.2. Proyección de Desembolsos (US\$)**

Fuente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
BID	11.500.000	35.000.000	14.000.000	6.500.000	2.000.000	69.000.000
%	17	51	20	9	3	100

### B. Riesgos Ambientales y Sociales

- 2.3 De acuerdo con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703) del BID, la operación ha sido clasificada como Categoría "C", debido a que los impactos socio ambientales y culturales asociados, que causarían las obras de infraestructura y equipamiento en los hospitales que se desarrollarán bajo el Componente 2, serán mínimos. Los demás componentes no contemplan impactos socio ambientales y culturales asociados negativos. Adicionalmente, conforme a la Política de Gestión de Riesgos de Desastres Naturales OP-704, el programa ha sido evaluado resultando tipo 1, bajo. Conforme a la Política de Igualdad de Género OP-761, la Operación en su diseño contempla beneficiar a mujeres y niños. Conforme a la Política OP-765 sobre Población Indígena, la operación beneficiará a poblaciones indígenas, reforzando el enfoque intercultural en la atención a los beneficiarios en las redes de servicios con concentración de población indígena, actualmente atendidas en los hospitales a reformar, mediante la ampliación de la capacidad de servicios de los pacientes. Por otro lado, debido a la dificultad de obtener licencias ambientales existe el riesgo medio de atrasos

en el inicio de las obras, por lo que la SESAL iniciará el trámite de las licencias ambientales, una vez aprobada la operación en el Directorio del Banco.

### **C. Riesgos Fiduciarios**

- 2.4 El equipo fiduciario determinó que el riesgo del proyecto asociado a la gestión fiduciaria financiera y de adquisiciones es Medio. Los principales riesgos están relacionados con retrasos en los procesos de modificaciones e incorporaciones presupuestarias. Igualmente, para las adquisiciones, existen riesgos derivados de la poca capacidad en cuanto a temas de infraestructura y equipamiento. Dichos riesgos se mitigan considerando la experiencia previa en la ejecución satisfactoria de operaciones de la SESAL, y el uso del SIAFI/UEPEX (Sistema Integrado de Administración Financiera y Módulo de Unidades Ejecutoras de Proyectos Externos) en la ejecución financiera de los recursos, así como los controles internos que se derivan de su uso. Además, se prevé establecer un 70% como porcentaje de rendición de cuentas del Anticipo entregado; y está prevista la conformación de una UE con autonomía fiduciaria y personal con el perfil y términos de referencia que serán acordados con el Banco. El esquema de supervisión financiero incluirá los servicios de auditoría, con los que se apoyará el seguimiento a la gestión fiduciaria. Además, puede ocurrir que las especificaciones, diseños y costeos no se elaboren adecuadamente, provocando ofertas que no cumplan con lo solicitado, procesos fracasados y atrasos en el tiempo de ejecución, por lo que se contratará asistencia técnica con fondos de supervisión para dar apoyo a la SESAL

### **D. Otros Riesgos**

- 2.5 Los riesgos de esta operación fueron clasificados como medios, los cuales se describen a continuación: Como riesgo de sostenibilidad fiscal se identificó: que la SESAL no tenga capacidad para absorber con fondos nacionales el MGD, para lo cual el GOH presentará un plan de absorción del financiamiento del MGD.
- 2.6 Como riesgos de gestión pública se identificaron: (i) cambios en las prioridades de la SESAL pueden influir en cambios a los productos y objetivos del proyecto, para mitigar este riesgo el Banco realizará reuniones de socialización acerca del alcance del proyecto y la alineación con las prioridades de Salud del País; (ii) que la SESAL le dificulte seleccionar o no encuentre gestores idóneos para los Hospitales a descentralizar, lo que provocaría retrasos en la ejecución y/o la no descentralización de los Hospitales, por lo que se socializará el MGD con organizaciones de la sociedad civil autorizadas en el país para incentivar la participación de las mismas en el MGD; (iii) la oposición de gremios en los hospitales a descentralizar, provocaría retrasos en el proceso de descentralización, por lo que la SESAL implementará una estrategia de gestión de cambio; y (iv) debido al incremento de la cobertura del MGD, es probable que las Regiones Sanitarias y la UGD, tengan limitaciones para acompañar técnicamente a los municipios intervenidos, por lo que con recursos del Préstamo se fortalecerá la capacidad técnica de la SESAL.
- 2.7 Como riesgo de monitoreo y rendición de cuentas se identificó que debido a la falta de información de los servicios de salud oportuna y a la confiabilidad de la misma, se corre el riesgo que la medición para el monitoreo de las actividades y metas del proyecto, no se obtenga oportunamente, para mitigar este riesgo, se dará asistencia técnica a la SESAL para mejorar el sistema de monitoreo de servicios.

- 2.8 **Sostenibilidad del MGD.** El GOH ha evidenciado su intención de dar sostenibilidad al MGD. El financiamiento del MGD inicialmente se realizó en un 100% con fondos BID, pero ha sido progresivamente absorbido por la SESAL (actualmente el BID financia el 37% y el gobierno un 63% del presupuesto que se invierte en el MGD). Esta operación continuará con el 37% del financiamiento con fondos BID para los años 2019 y 2020 correspondientes a 9 de los 38 gestores, cubriendo una población actual de 419.530 personas. Posteriormente a este tiempo el GOH financiará el 100% de los gestores.

### **III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN**

#### **A. Resumen de los Arreglos de Implementación**

- 3.1 El programa será ejecutado a través de una UE de proyectos de la SESAL que estará conformada por un Coordinador General, un especialista financiero, un especialista de adquisiciones y un especialista de monitoreo y evaluación, y otros especialistas requeridos. Esta UE será responsable de administrar, registrar y contabilizar los recursos del Proyecto, así como la elaboración y seguimiento del Plan Operativo Anual, Plan de Ejecución del Proyecto, Plan de Adquisiciones, seguimiento y monitoreo físico y financiero.
- 3.2 Por otro lado, la Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud (SRISS) será responsable de la conducción política-técnica a lo interno de la SESAL. La SRISS establecerá las coordinaciones y directrices a los diferentes departamentos y regiones sanitarias. La UGD, que depende de la SRISS, tendrá la responsabilidad del proceso de selección y firma de convenios y el monitoreo y evaluación de los gestores en concordancia a lo establecido en el Manual Operativo del Proyecto. Así también se coordina con el departamento de primer y segundo nivel de la SESAL, para el acompañamiento técnico de los hospitales y servicios de salud, responsables de la implementación de las intervenciones.
- 3.3 Los departamentos de primer y segundo nivel serán los responsables de elaborar los TDRs y especificaciones técnicas y enviarlas a la UE. La UGD elaborará los convenios de gestión que serán firmados entre la SESAL y los gestores a través de la UE serán enviados al BID para el registro del contrato correspondientes en el banco.
- 3.4 Los convenios de gestión definirán los roles y responsabilidades de la SESAL y de los gestores, así como los indicadores a cumplirse que estarán vinculados al financiamiento. La SESAL a través de la UGD y en coordinación con las regiones sanitarias será la encargada de supervisar y verificar el cumplimiento de las metas acordadas con los gestores, a través de monitorias trimestrales y evaluaciones de desempeño anuales a las que se sujetarán los pagos per cápita.
- 3.5 La SESAL cuenta con la UTGP que es la encargada de la conducción técnica de los proyectos de infraestructura y equipamiento. La UTGP apoyará tanto a la SRISS, departamentos de primer y segundo nivel, hospitales y a la UE en la elaboración de las condiciones técnicas y en el proceso de contratación, revisión de planos y supervisión de obras de infraestructura y en la elaboración de las especificaciones técnicas, adquisición e instalación y mantenimiento de equipo. La SESAL a través de la UE y la UTGP coordinará con los Hospitales, Gestores, Alcaldías y, de corresponder, la Unidad de Gestión Ambiental dependencia del

Gobierno Central, el proceso de obtención de las licencias ambientales y permisos de construcción respectivos.

- 3.6 **Adquisiciones y contrataciones.** Se aplicarán las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9).
- 3.7 Para la planificación de las adquisiciones, la UE deberá actualizar el PA anualmente, o según las necesidades del proyecto, empleando el Sistema de Ejecución y Seguimiento de Planes de Adquisiciones que determine el Banco, tanto para planificar como para reportar avance. Toda modificación del PA deberá ser presentada al Banco para su aprobación. La UE adoptará las medidas para reducir las probabilidades de corrupción: Atender las disposiciones de la GN-2349-9 y GN-2350-9 en cuanto a prácticas prohibidas (listas de empresas y personas físicas inelegibles de organismos multilaterales).
- 3.8 La UE, ha demostrado amplia experiencia en la ejecución de diferentes préstamos financiados por el Banco, por lo que se ha previsto que la modalidad de supervisión de los procedimientos competitivos de contratación de consultores podrá ser ex post. Sin embargo, los servicios de consultoría de firmas, obras, bienes y servicios de no consultoría serán supervisadas de forma ex ante por el Banco, sin importar el monto del contrato. El Banco podrá cambiar, el esquema de supervisión de adquisiciones, basado en la experiencia de la ejecución y las actualizaciones de capacidad institucional realizada, o las visitas fiduciarias llevadas a cabo.
- 3.9 La UE será la encargada de mantener los archivos y documentación de soporte original de los procesos de adquisiciones que se realicen con recursos de la operación, así como de efectuar los registros, utilizando los procedimientos establecidos.
- 3.10 **Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) que se haya aprobado y entrado en vigencia el Manual Operativo del Proyecto en los términos previamente acordados con el Banco,** con el fin de regular el funcionamiento y responsabilidades de la UE e instancias técnicas de la SESAL involucradas en la gestión técnica del proyecto. Asimismo, se incorporarán los aspectos de ejecución técnica del proyecto principalmente lo relacionado a la priorización de hospitales y municipios, seguimiento a la matriz de resultados del proyectos, metodología de monitoreo y evaluaciones de la gestión descentralizada, procesos de compra, contrataciones y mecanismos de pago de servicios de salud, supervisión en los procesos de diseño, construcción de obras de infraestructura y equipamiento entre otros; y (ii) **que se haya designado al Coordinador General del Proyecto,** con lo que se garantizará la conformación y funcionamiento de la UE.
- 3.11 **Condiciones contractuales especiales de ejecución:** Previo a la suscripción de los convenios con gestores identificados en el Componente 1 se debe presentar al Banco evidencia de la aprobación de: (i) el reglamento de selección de gestores de primer y segundo nivel. Esto debido a que actualmente no existe un instrumento normativo que defina con mayor claridad y transparencia, y que integre los procedimientos para la selección de gestores, y que garantice la capacidad y la idoneidad de los mismos; y (ii) el plan de absorción del financiamiento del Modelo de Gestión Descentralizada (MGD), con el fin de garantizar la sostenibilidad del modelo una vez finalizada esta operación. Por otro

lado previo al inicio de las obras identificadas en el Componente 2 se debe presentar al Banco: (i) evidencia de que se haya contratado al personal técnico especializado (al menos un ingeniero, un arquitecto y un biomédico) que integrará a la UTGP en los términos previamente acordados con el Banco, con el fin de fortalecer la UTGP en la conducción técnica de las actividades de diseño, supervisión y construcción de obras de infraestructura y equipamiento; y (ii) un plan de salud y seguridad y un plan de gestión de residuos para la fase de reformas de las obras, para la no objeción del Banco, que garantice un buen manejo de los riesgos ocupacionales y de contaminación de los residuos sólidos y líquidos del hospital, esto debido a que no hay Informe de Gestión Ambiental y Social.

- 3.12 **La ejecución financiera y presupuestaria del Proyecto**, se realizará a través del SIAFI las transacciones financieras y contables del proyecto. La modalidad de registro de la contabilidad es con base de caja. Para los desembolsos y flujo de caja, la UE abrirá una cuenta especial en el Banco Central de Honduras (BCH) a nombre de la operación, El monto máximo de cada Anticipo de Fondos será fijado por el Banco conforme el análisis del flujo de caja proyectado, para un período mínimo de seis meses. Por parte del Banco, las normas a utilizar en esta operación son la Política de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el Banco (OP-273) y la Guía Operacional de Gestión Financiera (OP-274), en las versiones que se encuentren vigentes al momento de la aprobación de la operación.
- 3.13 **Auditoría.** Se solicitarán anualmente estados financieros auditados del proyecto por la Entidad de Fiscalización Superior o una firma auditora independiente aceptable para el Banco, antes de los 120 días posteriores del cierre de cada vigencia fiscal o de la fecha de último desembolso.

#### **B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados**

- 3.14 Se utilizarán herramientas estándar del Banco incluyendo el Plan de Ejecución del proyecto (PEP), el plan de adquisiciones a través del Sistema de Ejecución de Planes de Adquisiciones (SEPA) y el monitoreo de indicadores del sistema PMR a través de los informes semestrales a ser preparados por la SESAL.
- 3.15 Se realizará una evaluación reflexiva (antes y después), para la cual se levantará una línea de base en el primer año de la operación y se realizarán mediciones anuales. El propósito de esta estrategia es contar con resultados a tiempo para hacer ajustes en los procesos de la operación. Dicha evaluación medirá los indicadores de resultados incluidos en la matriz de resultados con base en expedientes de una muestra de establecimientos de salud de primer y segundo nivel en las áreas atendidas por el programa. Al final de la operación se realizará una evaluación con base en toda la información recopilada durante la ejecución de la operación. Los detalles de la evaluación de desempeño se encuentran en el [EER#3](#) del presente documento.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		
I. Prioridades corporativas y del país		
1. Objetivos de desarrollo del BID	Sí	
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad -Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental	
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	Sí	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2796-1	(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.
Matriz de resultados del programa de país	GN-2915	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2018.
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. Development Outcomes - Evaluability	Evaluable	
3. Evaluación basada en pruebas y solución	9.5	
3.1 Diagnóstico del Programa	3.0	
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas	4.0	
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados	2.5	
4. Análisis económico ex ante	10.0	
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, o resultados clave identificados para ACE	2.2	
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados	3.3	
4.3 Supuestos Razonables	1.0	
4.4 Análisis de Sensibilidad	2.2	
4.5 Consistencia con la matriz de resultados	1.4	
5. Evaluación y seguimiento	7.0	
5.1 Mecanismos de Monitoreo	2.5	
5.2 Plan de Evaluación	4.5	
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	Sí	
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales	Sí	
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	C	
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, Tesorería, Contabilidad y emisión de informes, Controles externos, Auditoría interna.  Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información, Método de comparación de precios, Contratación de consultor individual, Licitación pública nacional.
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:		
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		

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

El objetivo de este programa consiste en una contribución a reducir la mortalidad materna y de recién nacidos, con un foco en centros hospitalarios priorizados y municipios con desventaja socioeconómica. Para lograr este objetivo, el programa implementa un total de cuatro componentes, dedicados a (i) el fortalecimiento de gestión, (ii) mejora de equipos e infraestructura, (iii) fortalecimiento institucional y (iv) administración y evaluación del programa. La lógica vertical presentada en el POD es consistente con las condiciones de política y los indicadores presentados en la matriz de resultados. La matriz de resultados incluye indicadores para los principales productos, resultados e impactos. Los indicadores de la matriz de resultados cumplen los criterios SMART e incluyen, para la mayoría de los indicadores aunque no para todos, valores de línea de base y metas, así como las fuentes y medios de verificación que se utilizarán para medirlos. Finalmente, se propone una evaluación de carácter externo, pero no tiene carácter causal o de atribución, sólo se levantarán datos antes-después para centros bajo intervención (sin un grupo de control).



**MATRIZ DE RESULTADOS<sup>1</sup>**

<b>Objetivo del Proyecto:</b>	El objetivo del programa es contribuir a la reducción de la mortalidad materna-neonatal en los municipios más pobres del país y en los hospitales priorizados; mediante la mejora de la calidad, gestión y capacidad de respuesta de los servicios de salud.
-------------------------------	--

**IMPACTO ESPERADO**

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base <sup>2</sup>	Año Línea Base	Meta Final <sup>3</sup>	Medios de Verificación
<b><u>IMPACTO</u></b>					
RMM a nivel Nacional	Razón por 100.000 NV	61	2015	49	Estudio RAMOS
Tasa de letalidad neonatal por sepsis y asfixia en hospitales intervenidos	Tasa por 1.000 egresos	16.42	2019	Reducir 15%	Evaluación final de desempeño del proyecto
Razón de muerte materna hospitalaria en los hospitales intervenidos	RMM Hospitalaria	14.7	2015	Reducir 10%	Estudio RAMOS

<sup>1</sup> Ver Matriz Resultados detallada en el Anexo I del [EER#3](#).

<sup>2</sup> La línea base es preliminar y se revisará, mediante una asistencia técnica que hará una investigación operativa en los establecimientos de salud de los municipios beneficiados por el proyecto, y será financiada con recursos de esta operación en el 2019.

<sup>3</sup> Será realizado al final del proyecto.

**RESULTADOS ESPERADOS**

Nº	Resultados	Unidad de medida	Línea de Base	Año de Línea Base	Meta Final <sup>4</sup>	Medio de verificación
<b>1</b>	<b>Incremento de la Cobertura de atención materno neonatal con enfoque de atención primaria</b>					
1.1	% de captación de embarazadas antes de las 12 Semanas de Gestación en los últimos 12 meses, en las redes intervenidas	%	<u>51</u>	2019	10PP	Evaluación final <sup>5</sup> de desempeño del proyecto
1.2	Cobertura de atención prenatal con calidad, en los últimos 12 meses, en las redes intervenidas.	%	<u>24</u>	2019	20PP	
1.3	Cobertura de atención de parto por personal calificado en los últimos 12 meses, en las redes intervenidas	%	<u>69</u>	2010	10PP	
1.4	Cobertura de atención a recién nacidos en los primeros tres días post parto en los últimos 12 meses, realizadas por los ESFAM y los Establecimientos de Salud	%	<u>68</u>	2019	15PP	
1.5	Número de ESFAM conformados y funcionando en los Municipios priorizados no descentralizados	Número	<u>0</u>	2019	20	
1.6	% de Redes priorizadas conformadas de acuerdo a seis atributos (asistenciales)	%	<u>0</u>	2019	100%	Evaluación final de desempeño del proyecto
<b>2</b>	<b>Mejoramiento de la calidad de la atención hospitalaria de las complicaciones obstétricas neonatales</b>					
2.1	% de complicaciones obstétricas por Trastornos Hipertensivos del Embarazo y Hemorragia atendidas de acuerdo a la norma	%	<u>11</u>	2019	30 PP	Evaluación final de desempeño del proyecto
2.2	% de Complicaciones neonatales por Sepsis y asfixia, manejadas de acuerdo a la norma	%	<u>7</u>	2019	20 PP	

<sup>4</sup> La estimación del incremento en puntos porcentuales de los indicadores 1.1,1.2,1.3,1.4, 2.1 y 2.2 se calculó sobre la base de la experiencia nacional de medición de la ISM.

<sup>5</sup> La Línea de Base y la Evaluación final de desempeño del proyecto se hará en los expedientes de los Establecimientos de salud y los instrumentos de registro y monitoreo de las atenciones.

**PRODUCTOS**

Nº	Productos	Unidad de Medida	Año Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Meta Final	Medios de Verificación
1	Componente 1. Fortalecimiento de la gestión y calidad de los servicios obstétricos-neonatales								
1.1	Personas cubiertas por gestores descentralizados en primer nivel de atención, priorizando los municipios más pobres	Beneficiarios	2018	419.530	425.045	0	0	425.045	Población INE
1.2	Fortalecimiento de los ESFAM para su expansión a municipios priorizados (Conformación de 20 ESFAM para municipios no descentralizados)	Equipos		20	0	0	0	20	Informe de la UGD
1.3	Convenios <sup>6</sup> de Gestión Firmados con el II nivel de atención	Número		3	3	3	0	9	Convenios firmados
1.4	Comités de Apoyo a Hospitales			3	3	0	0	6	
1.5	Asistencias Técnicas para Fortalecimiento del MGD			4	4	0	0	8	Informe de UE
1.6	Asistencia Técnica para la Contratación de una firma para el Fortalecimiento hospitalario	Firma		0	0	1	0	1	Acta de aprobación
2	Componente 2. Mejoramiento del Equipamiento e Infraestructura de los Servicios de Salud								
2.1	Construcción de Unidades de Alta complejidad obstétrico y UCIN	Número	2018	0	2	1	0	3	Acta de Recepción de Obra
2.2	Construcción de Sala de Neonatología del HEU			0	1	0	0	1	Acta de recepción de Obra
2.3	Readecuación de obras en hospitales priorizados			0	1	1	0	2	Acta de recepción de Obra
2.4	Equipamiento unidades de UCIN para el cuidado neonatal y áreas de Obstetricia; equipo para áreas priorizadas.			0	2	2	2	6	Acta de recepción de Equipo

<sup>6</sup> Implica convenios de gestión firmados entre la SESAL y los gestores del segundo nivel de atención.

Nº	Productos	Unidad de Medida	Año Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Meta Final	Medios de Verificación
2.5	Adquisición de equipo médico e informático para fortalecer a los ESFAM	Firma	2018	1	0	0	0	1	Acta de recepción de Equipo
2.6	Adquisición del Sistema de monitoreo y comunicación para el sistema de referencia			0	1	0	0	1	Acta de recepción de Equipo
2.7	Estudio de Pre-inversión y Estudio Médico Arquitectónico para las obras del Hospital de Occidente			0	1	0	0	1	Acta de aprobación
2.8	Asistencia Técnica para el Diseño y Elaboración de planos de construcción			0	1	0	0	1	Acta de aprobación
2.9	Asistencia Técnica para la supervisión de obras			0	0	0	1	1	Acta de aprobación
3	Componente 3. Fortalecimiento Institucional, Innovaciones Tecnológicas y Sistema de Información								
3.1	Asistencias Técnicas para el Fortalecimiento de los ESFAM	Consultorías	2018	0	3	3	0	6	Informe Final
3.2	Asistencia Técnica para el Plan Maestro de Inversión	Firma		0	0	1	0	1	
3.3	Asistencia técnica para la implementación del expediente único de paciente y Sistema de Información			0	0	1	0	1	
3.4	Asistencias técnicas para el fortalecimiento al Departamento de Hospitales	Consultorías		0	0	5	0	5	
3.5	Asistencias Técnicas para el Fortalecimiento de la SESAL			0	0	0	10	10	
4	Componente 4. Administración y Evaluación del Programa								
4.1	Estudio Ramos 2021	Estudio	2018	0	0	0	1	1	Informe Final
4.2	Evaluación de Línea Base y Operativa	Evaluación	2018	1	0	0	1	2	
4.3	Evaluación del Desempeño Final del programa			0	0	0	1	1	

## **ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS**

**PAÍS:** Honduras

**PROGRAMA:** Proyecto de mejora de la gestión y calidad de los servicios de salud materno-neonatal

**ORGANISMO EJECUTOR (OE):** Secretaría de Salud (SESAL)

**EQUIPO FIDUCIARIO:** Nalda Morales/Gestión Financiera; María Cecilia del Puerto Adquisiciones FMP/CHO.

### **I. RESUMEN EJECUTIVO**

- 1.1 El Banco continúa apoyando el fortalecimiento de la capacidad institucional del sector público, para mitigar los factores de riesgo en la ejecución de proyectos. Los últimos diagnósticos en Honduras reflejan avances importantes hacia buenas prácticas y estándares internacionales, principalmente en la modernización del marco institucional y la integración de los Subsistemas de Presupuesto, Tesorería y Contabilidad y Reportes. La gestión financiera y contable de las operaciones con el país, se realiza en los sistemas nacionales, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAFI) y subsistemas: Presupuesto, Contabilidad, Tesorería, Sistema Nacional de Inversión Pública y SNIPH, los cuales son de uso obligatorio en los proyectos con fuente externa. Los estados financieros, conciliaciones bancarias, solicitudes de desembolso, reportes de auditorías y otros se generan en el Módulo de Unidades Ejecutoras de Proyectos UEPEX/ SIAFI. Adicionalmente, en el año 2014 se suscribió una alianza con el Tribunal Superior de Cuentas (TSC) que permite el uso de esta entidad para el desarrollo de las auditorías financieras de proyectos con fuente externa, en forma alterna con firmas auditoras privadas. Con relación al sistema de contratación pública, el país presenta fortalezas identificadas en el diagnóstico MAPS/OECD del año 2017, especialmente con respecto a un marco legal ajustado a la mayoría de las mejores prácticas internacionales.

### **II. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR**

- 2.1 Actualmente la SESAL tiene implementado el SIAFI, con sus subsistemas de Presupuesto, Contabilidad y Tesorería y con el Módulo de Unidades Ejecutoras de Proyectos con Fuente Externa, UEPEX para la emisión de los reportes. Este sistema está siendo por el Proyecto 3723/BL-HO-2 “Programa de Apoyo a la Red de Inclusión Social con prioridad en Occidente del país”, GRT/HE-14662-HO “Segunda operación individual Salud Mesoamericana 2015” Actualmente. Con relación a adquisiciones, atendiendo a que de la experiencia con el OE en proyectos anteriores ha resultado una baja capacidad, sobre todo en los aspectos técnicos en cuanto a las obras de infraestructura, y teniendo en cuenta que esta operación prevé la ejecución de varias obras y equipamiento de las mismas, deben preverse los fondos y quedar claramente establecido en el documento del proyecto la necesidad de fortalecer la Unidad Técnica de Gestión de Proyectos (UTGP) de la SESAL, a través de la contratación de personal técnico especializado. En cuanto a los procesos de contratación, se realizarán conforme a las políticas de contrataciones del Banco, la publicación de los mismos a nivel nacional y podrá ser utilizado el portal de HONDUCOMPRAS, sitio oficial del Estado para difundir las oportunidades de compras y contrataciones del Estado y se utilizarán los documentos estándar de licitación pública nacional y de comparación de precios, para la adquisición de bienes y obras, acordados por el

BID y ONCAE (Oficina Normativa de Contrataciones y Adquisiciones del Estado).

### III. EVALUACIÓN DEL RIESGO FIDUCIARIO Y ACCIONES DE MITIGACIÓN

- 3.1 Con base a la información disponible, el equipo fiduciario determinó que el riesgo del proyecto asociado a la gestión financiera y de las adquisiciones es MEDIO.
- 3.2 Los principales riesgos fiduciarios identificados son: (i) retrasos en los procesos de modificaciones e incorporaciones presupuestarias, y en cuanto a las adquisiciones, existen riesgos derivados de la poca capacidad en cuanto a temas de infraestructura y equipamiento. Dichos riesgos se mitigan considerando la experiencia previa en la ejecución satisfactoria de operaciones de la SESAL, y el uso del SIAFI/UEPEX (SIAFI y Módulo de Unidades Ejecutoras de Proyectos Externos) en la ejecución financiera de los recursos, así como los controles internos que se derivan de su uso. Además, se prevé establecer un 70% como porcentaje de rendición de cuentas del Anticipo entregado; y está prevista la conformación de una Unidad Ejecutora (UE) con autonomía fiduciaria y personal con el perfil y términos de referencia que serán acordados con el Banco. El esquema de supervisión financiero incluirá los servicios de auditoría, con los que se apoyará el seguimiento a la gestión fiduciaria; y (ii) Puede ocurrir que las especificaciones, diseño, costos no se elaboren adecuadamente provocando ofertas que no cumplan con lo solicitado, procesos fracasados y atrasos en los tiempos de ejecución. Para mitigar este riesgo, se contratará asistencia técnica con fondos de supervisión para dar apoyo a la SESAL.

### IV. ASPECTOS A SER CONSIDERADOS EN ESTIPULACIONES ESPECIALES A LOS CONTRATOS

- 4.1 En lo que respecta a la gestión fiduciaria financiera, no se adicionan condiciones especiales previas a las establecidas en las normas generales del Contrato de Préstamo.
- 4.2 **El tipo de cambio acordado con el OE/Prestatario para la rendición de cuentas.** Para efectos de lo estipulado en el Artículo 4.10 (b) de las Normas Generales del Contrato de Préstamo, el tipo de cambio aplicable será el indicado en el inciso (b)(ii) de dicho Artículo. En este caso, se aplicará el tipo de cambio vigente el día en que el Beneficiario, el OE, o cualquier otra persona natural o jurídica a quien se le haya delegado la facultad de efectuar gastos, efectúe los pagos respectivos.
- 4.3 **Estados financieros.** El Ejecutor deberá presentar dentro de ciento veinte (120) días siguientes al cierre de cada ejercicio económico del OE, comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre y durante el plazo establecido para el desembolso, los estados financieros auditados, debidamente dictaminados por el TSC o por auditores independientes aceptables al Banco. El último de estos informes será presentado dentro de los ciento veinte (120) días siguientes a la fecha estipulada para el último desembolso del Financiamiento o en la fecha que se acuerde con el Banco.

## V. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES

### A. Ejecución de las Adquisiciones

- 5.1 El OE, a través de la UE ejecutará los procesos de selección, licitación, contratación, y supervisión de las adquisiciones del proyecto, de conformidad con las políticas de Adquisiciones del Banco GN-2349-9 y GN-2350-9 y lo dispuesto al Plan de Adquisiciones (PA), en el cual se detallan: (i) los contratos para obras, bienes y servicios de consultoría programadas; (ii) los métodos para la contratación de bienes y para la selección de los consultores; y (iii) los procedimientos aplicados por el Banco para el examen de cada uno de los procesos de adquisiciones. Para la planificación de las adquisiciones el OE a través de la UE será responsable de la preparación del PA<sup>1,2</sup>, el Especialista de Adquisiciones del Banco proveerá asistencia para prever que los procedimientos sean adecuados conforme las políticas del Banco. El PA se deberá actualizar anualmente, o según las necesidades del proyecto. Toda modificación del PA deberá ser presentada al Banco para su aprobación.
- 5.2 Los contratos de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría<sup>3</sup> sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI), se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DELs) emitidos por el Banco. Las Licitaciones Públicas Nacionales (LPN) se ejecutarán usando Documentos de Licitación Nacional acordados con el Banco y serán publicados en el sitio web de la ONCAE.
- 5.3 Los contratos de servicios de consultoría generados bajo el proyecto se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEP) emitida o acordada con el Banco.
- 5.4 Selección de los consultores individuales, a criterio del OE se podrá solicitar mediante anuncios locales/internacionales a fin de conformar una lista corta, cuando se desconocieran consultores idóneos para la consultoría. Los consultores contratados para asistir al OE durante el periodo de ejecución de la operación podrán ser contratados por todo el periodo de ejecución, con la obtención de la No Objeción al proceso competitivo de selección inicial, sin necesidad de requerimiento de una por cada periodo de ejecución presupuestaria anual, independientemente de la firma de más de un contrato coincidente con cada periodo. Ello, sin detrimento de la evaluación de desempeño de la que pudiera derivar una rescisión del contrato de consultoría.
- 5.5 **Preferencia Nacional:** No se considerará la inclusión de la preferencia nacional.

### B. Montos Límites (miles US\$)

- 5.6 Los umbrales que determina el uso de la LPI y la integración de la lista corta con consultores internacionales serán puestos a disposición del OE, en la página [www.iadb.org/procurement](http://www.iadb.org/procurement). Por debajo de dichos umbrales, el método de selección se determinará de acuerdo con la complejidad y características de la

---

<sup>1</sup> Políticas (GN-2349-9) párrafo 1.16. y (GN-2350-9) párrafo 1.23.

<sup>2</sup> Ver [Guía para la preparación y aplicación PA18](http://www.iadb.org/procurement)  
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=39307352>

<sup>3</sup> Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo (GN-2349-9) párrafo 1.1: Los servicios diferentes a los de consultoría tienen un tratamiento similar a los bienes.

adquisición o contratación, lo cual deberá reflejarse en el PA aprobado por el Banco.

## C. Adquisiciones Principales

5.7 El PA se adjunta como enlace y se resume a continuación:

**Cuadro V-1. Adquisiciones Especiales**

Actividad	Tipo de Licitación	Fecha Estimada	Monto Estimado US\$
<b>Obras</b>			
Construcción tres Unidades de complejidad obstétrica y UCIN	LPI	I trim 2019	US\$13.426.000.00
Construcción sala de neonatología-HEU	LPN	I trim 2019	US\$1.310.000.00
Readecuación y/o construcción salas del área obstétrica y/o neonatal y hogares maternos	LPN	I trim 2019	US\$1.400.000.00
<b>Firmas Consultoras<sup>4</sup></b>			
Asistencia técnica para el diseño y elaboración de planos de construcción	SBCC	I trim 2019	US\$1.290.000.00
Contratación de firma para la supervisión de obras	SBCC	I trim 2019	US\$1.600.000.00
Asistencia técnica para la implementación del expediente único de paciente y sistema de Información	SBCC	I trim 2020	US\$4.000.000.00
Asistencia técnica para el fortalecimiento hospitalario	SBCC	I trim 2019	US\$2.450.000.00
<b>Bienes</b>			
Equipamiento cinco unidades de UCIN para el cuidado obstétrico y neonatal	LPI	I trim 2019	US\$6.404.000.00
Equipamiento para HEU (UCI neonatal y sala neonatal)	LPI	I trim 2019	US\$1.500.000.00
Adquisición de nueve ambulancias	LPI	I trim 2019	US\$1.080.000.00
Adquisición de ultrasonido móviles y fijos para los ESFAM	LPI	I trim 2019	US\$290.000.00
Adquisición del Sistema de monitoreo y comunicación para el sistema de referencia.	LPI	I trim 2019	US\$300.000.00
Adquisición de equipo de computo	LPI	I trim 2020	US\$300.000.00

## D. Supervisión de Adquisiciones

5.8 De acuerdo con el análisis de riesgo fiduciario en adquisiciones, el método de supervisión será ex post de acuerdo con lo establecido en el PA. No obstante, el Banco podrá cambiar a su discreción el esquema de supervisión, basado en la ejecución, capacidad institucional que demuestre.

<sup>4</sup> En Servicios de Consultoría, significa la integración de la lista corta por firmas de diversas nacionalidades. Ver Política [GN-2350-9](#) párrafo 2.6.



- 5.9 Sin embargo, los Servicios de Consultoría de firmas serán supervisadas de forma ex ante por parte del Banco, sin importar el monto del contrato.

#### **E. Disposiciones Especiales**

- 5.10 **Medidas para reducir las probabilidades de corrupción:** Atender las disposiciones de la GN-2349-9 y GN-2350-9 en cuanto a prácticas prohibidas (listas de empresas y personas físicas inelegibles de organismos multilaterales).

#### **F. Registros y Archivos**

- 5.11 La UE será la encargada de mantener los archivos y documentación de soporte original de los procesos de adquisiciones que se realicen con recursos del proyecto, así como de efectuar los registros. El manual operativo del Proyecto (MOP) documentará los flujos internos de trabajo y la segregación de funciones.

### **VI. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA GESTIÓN FINANCIERA**

#### **A. Programación y Presupuesto**

- 6.1 **Programación y presupuesto.** La gestión financiera de la operación se realizará en el SIAFI y la Cuenta Única del Tesoro (CUT).
- 6.2 **Contabilidad y sistemas de información.** Para los informes financieros se utilizará el Módulo SIAFI/UEPEX. Las transacciones financieras y contables del proyecto se apoyarán en las prácticas de este sistema nacional. La modalidad de registro de la contabilidad es con base de caja.
- 6.3 **Desembolsos y flujo de caja.** El OE abrirá una cuenta especial en el Banco Central de Honduras (BCH) a nombre de la operación, El monto máximo de cada Anticipo de Fondos será fijado por el Banco conforme el análisis del flujo de caja o plan financiero que se acuerde con el OE. Debido a que las incorporaciones y modificaciones presupuestarias están expuestos a retrasos, se recomienda que la rendición de cuentas del anticipo de fondos sea del 70%.
- 6.4 **Control y auditoría interna.** Las Unidades de Auditoría Interna de la SESAL apoyan la implementación de las recomendaciones de los hallazgos de las auditorías. En la medida que estas continúen siendo fortalecidas por la Oficina Nacional de Desarrollo Integral del Control Interno de las Instituciones Públicas (ONADICI), se seguirán utilizando en la presente operación.
- 6.5 **Control externo e informes.** La auditoría externa de la operación podrá ser efectuada por el Ente de Fiscalización Superior del País o por una firma de auditoría externa elegible al Banco.
- 6.6 Con base a lo anterior, se han definido los acuerdos siguientes:
- a. Contar con los servicios de auditoría financiera externa del proyecto anualmente e informes preliminares semestrales.
  - b. Las normas a utilizar en esta operación son la Política de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el Banco (OP-273) y la Guía Operacional de Gestión Financiera (OP-274), vigentes al momento de la aprobación de la operación.
  - c. El costo total de los servicios de auditoría será financiado con recursos del préstamo. La selección y contratación de los servicios de auditoría se

realizará según los lineamientos establecidos en el Instructivo de Informes Financieros y de Auditorías.

- 6.7 **Plan de supervisión financiera.** El Banco a través del Especialista de Gestión Financiera y en coordinación con el Jefe de Equipo, supervisará y dará seguimiento a la gestión financiera del proyecto. Adicionalmente, realizará visitas y reuniones para el monitoreo de los riesgos fiduciarios. La revisión de Desembolsos se hará en forma ex post como parte de los trabajos de la auditoría externa que se contrate.
- 6.8 **Mecanismo de ejecución.** La ejecución será a través de la UE de la SESAL. La UE estará conformada al menos por un: Coordinador General; Especialistas: Financiero, Adquisiciones y Monitoreo, y otros especialistas requeridos, mismos que deberán cumplir con el perfil y términos de referencia aceptables al Banco.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-\_\_\_/18

Honduras. Préstamo \_\_\_\_/BL-HO a la República de Honduras  
Programa de Mejora de la Gestión y Calidad de los  
Servicios de Salud Materno-Neonatal

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 mejora de la gestión y calidad de los servicios de salud materno-neonatal. 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\$27.600.000, sujeto a términos y condiciones financieras concesionales ("CO Concesional"); y (ii) hasta por la suma de US\$41.400.000, 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 2018)

LEG/SGO/CID/EZSHARE-269233204-10020  
HO-L1195