

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

HONDURAS

PROGRAMA DE APOYO A LA RED DE INCLUSIÓN SOCIAL CON PRIORIDAD EN OCCIDENTE

(HO-L1105)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Luis Tejerina (SPH/CHO) y Hugo Godoy (SPH/CHO); Co-Jefes de Equipo; Claudia Pévere (SCL/SPH); José Luis de la Bastida (VPS/ESG); Fabiola Mercado (VPS/ESG); Alejandro Quijada (CID/CHO); Pablo Ibararán (SCL/SPH); María Sofía Greco (LEG/SGO); Pilar Jiménez de Arechaga (LEG/SGO); María Cecilia del Puerto (FMP/CHO); Kelvin Suero (FMP/CHO); Bessy Romero (CID/CHO); y Alejandro Aguiluz (CID/CHO).

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

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO.....	1
I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A. Antecedentes, problemática y justificación	2
B. Objetivos, componentes y costo	11
C. Indicadores claves de resultados.....	13
II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS.....	14
A. Instrumentos de financiamiento	14
B. Riesgos ambientales y sociales.....	14
C. Riesgos fiduciarios.....	14
D. Otros riesgos del proyecto	14
III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....	15
A. Resumen de los arreglos de implementación	15
B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados.....	17
C. Actividades de diseño luego de la aprobación.....	18

ANEXOS

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

ENLACES ELECTRÓNICOS

REQUERIDOS

1. [Plan de Ejecución Plurianual \(PEP\)](#)
2. [Plan de Monitoreo y Evaluación](#)
3. [Plan de Adquisiciones](#)

OPCIONALES

1. [Análisis Económico](#)
2. [Diseño Preliminar Piloto de Superación de la Pobreza](#)
3. [Sostenibilidad Financiera](#)
4. [Estudio Capacidad Institucional SESAL](#)
5. [Estudio Capacidad Institucional Subsecretaría de Integración Social](#)
6. [Propuesta de Indicadores para el Marco de Desempeño](#)
7. [Guía de Estimación de Costos en el Primer Nivel de Atención](#)
8. [Borrador Manual Operativo SSIS](#)
9. [Modificaciones a Convenios con Gestores Descentralizados](#)
10. [Borrador Manuales Operativos SESAL](#)
11. [Lista Preliminar de Municipios Priorizados](#)
12. [Filtro de Políticas de Salvaguardias \(SPF\) y Formato de Evaluación de Salvaguardia para la Clasificación de Proyectos \(SSF\)](#)
13. [Referencias](#)

ABREVIATURAS	
AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AIN-C	Atención Integral a la Niñez en la Comunidad
BVM	Bono Vida Mejor
CENISS	Centro Nacional de Información del Sector Social
CESAMO	Centro de Salud con Médicos
CESAR	Centro de Salud Rural
CRF	Marco de Resultados Corporativos
DALY	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
EAF	Equipos de Atención Familiar
EAS	Equipo Comunitario de Salud
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ESMR	Informe de Gestión Ambiental y Social
ESS	Estrategia Ambiental y Social
EVM	Estrategia Vida Mejor
MGD	Modelo de Gestión Descentralizado
OE	Organismo Ejecutor
ONG	Organización No Gubernamental
PMR	Informe de Monitoreo del Proyecto
POA	Plan Operativo Anual
PP	Puntos Porcentuales
ROP	Reglamento Operativo del Programa
RUP	Registro Único de Participantes
SACE	Sistema de Administración de Centros Educativos
SE	Secretaría de Estado en el Despacho de Educación
SEDIS	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social
SEFIN	Secretaría de Estado en el Despacho de Finanzas
SEPA	Sistema de Ejecución del Plan de Adquisiciones
SESAL	Secretaría de Salud
ISM	Iniciativa Salud Mesoamérica
SPF	Filtro de Política de Salvaguardias
SS	Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
SSF	Formulario de Clasificación de Proyecto
SSIS	Subsecretaría de Integración Social
UGD	Unidad de Gestión Descentralizada
UIS	Actualización de la Estrategia Institucional

**RESUMEN DEL PROYECTO
HONDURAS
PROGRAMA DE APOYO A LA RED DE INCLUSIÓN SOCIAL CON PRIORIDAD EN OCCIDENTE
(HO-L1105)**

Términos y Condiciones Financieras						
Prestatario: República de Honduras				CO	FOE	
			Plazo de amortización:	30 años	40 años	
Organismo Ejecutor: Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS) y Secretaría de Salud (SESAL)			Período de desembolso:	4 años	4 años	
Fuente	Monto (US\$)	%	Período de gracia:	5,5 años	40 años	
BID (CO):	30.000.000	60	Comisión de inspección y vigilancia:	(a)	N/A	
BID (FOE):	20.000.000	40	Tasa de interés:	FU-Fija ^(b)	0,25%	
Total:	50.000.000	100	Comisión de crédito:	(a)	N/A	
			Moneda de aprobación:	Dólares de EE.UU.	Dólares de EE.UU.	
Esquema del Proyecto						
Objetivo del proyecto/descripción: El objetivo del programa es apoyar al desarrollo de capital humano a través de una intervención integral de alivio de pobreza y mejoramiento del acceso a servicios de salud, en los municipios más pobres de Honduras, priorizando los municipios de Occidente.						
Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) que se haya aprobado el Manual de Procedimientos Administrativos y Financieros correspondiente al Componente 1, con la previa no-objeción del Banco; (ii) que se haya aprobado el Manual Operativo correspondiente al Componente 2 con la previa no-objeción del Banco; y (iii) que se haya suscrito el convenio interinstitucional entre la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social, la Secretaría de Estado en el Despacho de Finanzas, la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud y la Secretaria de Estado en el Despacho de Educación, estableciendo las obligaciones de cada institución y los términos para la ejecución del proyecto (ver ¶3.6).						
Condiciones contractuales especiales de ejecución: (i) que los contratos a ser suscritos con los gestores descentralizados de salud cuenten con la no-objeción previa del Banco; y (ii) que previo a la suscripción de renovaciones de los contratos de gestión descentralizada de salud, se haya presentado un informe de revisión técnica, a satisfacción del Banco, verificando el cumplimiento de las metas de cobertura acordadas con el Banco, y para el caso que las metas no se hubieren alcanzado, la presentación de un plan conteniendo las propuestas de mejora (ver ¶3.7).						
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna.						
Alineación Estratégica						
Desafíos^(c):	SI	X	PI	<input type="checkbox"/>	EI	<input type="checkbox"/>
Temas Transversales^(d):	GD	X	CC	<input type="checkbox"/>	IC	<input type="checkbox"/>

^(a) 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.

^(b) El prestatario pagará intereses sobre los saldos deudores de la porción del Préstamo del Capital Ordinario a una tasa basada en Libor. Cada vez que el saldo deudor alcance el 25% del monto neto aprobado o US\$3 millones, lo que sea mayor, se fijará la tasa base sobre este saldo.

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

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

I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, problemática y justificación

- 1.1 A inicios de 2012 los indicadores socioeconómicos en Honduras se encontraban en un estado de estancamiento o deterioro. Si bien el producto interno bruto per-cápita tuvo un crecimiento real promedio de 2% por año entre 2006 y 2012, la pobreza incrementó de 60% a 67% y la pobreza extrema pasó de 40,4% a 46%¹. Asimismo, el porcentaje de jóvenes (16 a 29 años) que no estudian ni trabajan aumentó en el mismo periodo de 28% a 30% y la desigualdad se encontraba estancada con un coeficiente de Gini de 0.53², el más alto de Centroamérica, uno de los mayores niveles de desigualdad de la región. La tasa de mortalidad infantil solo se redujo un punto en el mismo periodo, pasando de 25 a 24 por mil nacidos vivos (n.v.)³ (superior a la tasa regional de 18/1000) mientras que la anemia en niños de 6 a 59 meses estaba en 29,1%, y casi 3 de cada 10 niños menores de cinco años presentaban algún grado de desnutrición, siendo Honduras el segundo país con mayor desnutrición en Centroamérica después de Guatemala⁴ y con una tasa de mortalidad materna de 73 por 100 mil nacidos vivos⁵.
- 1.2 Ante esta situación, el Gobierno de Honduras, con apoyo del BID, desarrolló estrategias que le permitieron lograr importantes avances en los indicadores socioeconómicos de los hogares más pobres. Entre ellos destacan el programa de transferencias monetarias condicionadas Bono Vida Mejor (BVM)⁶, el Modelo de Gestión descentralizada de servicios de salud⁷ y la extensión de cobertura de educación en el tercer ciclo⁸.
- 1.3 **El Bono Vida Mejor.** El BVM es el principal programa para la reducción de la pobreza en Honduras. El BVM es un componente clave de la Estrategia Vida Mejor (EVM) la cual prioriza el desarrollo humano, la reducción de las desigualdades y la protección de los sectores más vulnerables, con énfasis en los departamentos de mayor pobreza, aquellos ubicados en el Corredor Seco y con población indígena. Los pilares de la EVM son la garantía de ingreso mínimo, el acceso a educación básica y la atención primaria en salud, la promoción de vivienda saludable y la seguridad alimentaria.
- 1.4 El BVM fue creado en 2010 como Bono 10,000 y entrega una transferencia de ingreso tres veces al año para los hogares que cumplen con corresponsabilidades de educación y salud. Los niños participantes del BVM de cinco años y menos deben ir a dos visitas anuales al centro de salud para recibir sus controles de acuerdo a la norma de la Secretaría de Salud (SESAL); todos

¹ Instituto Nacional de Estadística (INE) con base en la Encuesta Permanente de Hogares.

² CEDLAS 2016.

³ Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA). Honduras. 2011-2012.

⁴ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2011.

⁵ SESAL, 2010.

⁶ Préstamos 2372/BL-HO (HO-L1042), 2737/BL-HO (HO-L1071), 2937/BL-HO (HO-L1087) y 3371/BL-HO (HO-L1093).

⁷ Préstamos: 2418/BL-HO (HO-L1059), 2743/BL-HO (HO-L1072) y 2943/BL-HO (HO-L1090).

⁸ Préstamos del BVM 3371/BL-HO (HO-L1093) y 2937/BL-HO (HO-L1087).

los niños en edad escolar deben matricularse y asistir a al menos un 80% de los días escolares. Inicialmente la transferencia del programa BVM era equivalente a 10.000 Lempiras anuales (US\$442) y se pagaban cuando al menos un niño en la familia cumplía con una de las condiciones del programa. A partir de 2015, cada niño en el hogar debe cumplir con su respectiva condición para recibir la transferencia correspondiente. Un hogar puede recibir transferencias hasta por dos niños en cada condición de acuerdo al siguiente cuadro:

Cuadro II - Montos de transferencias en el BVM (US\$)*

Período	Básico	Salud		Primer y Segundo Ciclo Educación		Tercer Ciclo Educación	
		1 niño(a)	2 niños (as)	1 niño(a)	2 niños (as)	1 niño(a)	2 niños (as)
Anual	180	60	72	60	72	108	156
Mensual	15	5	6	5	6	9	13

* Por ejemplo, un hogar con tres niños en primaria y uno en edad de secundaria no matriculado recibiría US\$21 mensuales o US\$252 anuales.

- 1.5 Entre 2012 y 2015 la cobertura del BVM pasó de 280.000 a 302.088 hogares y la meta de cobertura del Gobierno para 2017 es de 400.000 hogares en pobreza extrema. El BVM tuvo entre 2012 y 2013 una evaluación de impacto de tipo experimental que muestra que entre sus beneficiarios, el Programa tuvo un efecto en un periodo de 12 meses (entre 2012 y 2013) de reducir la pobreza en tres puntos porcentuales (p.p.), incrementar la asistencia escolar en tercer ciclo en tres p.p. y en segundo ciclo en 6,2 p.p. y la tasa de visitas a centros de salud aumentó en 4,1 p.p.⁹. Además, la evaluación encontró mayores impactos en los hogares más pobres.
- 1.6 El BVM implementó, con apoyo del Banco, mejoras operativas como el uso de cuentas bancarias combinadas con educación financiera para el pago de transferencias y el desarrollo de un sistema informático que permite la medición de corresponsabilidades de educación en línea, lo que incrementa la eficiencia del programa. Adicionalmente se creó el Centro Nacional de Información del Sector Social (CENISS) que es una entidad independiente que administra un sistema de información que identifica a los hogares más pobres para su participación en programas sociales a través de un índice de variables próximas. Se incluyeron esquemas flexibles para extender la oferta de la educación de tercer ciclo (grados 7, 8 y 9) en zonas rurales. Finalmente se diseñó una iniciativa de capacitación en salud familiar a mujeres titulares y sus parejas con enfoque de género como parte de las actividades de promoción de la salud de la SESAL, y en coordinación con el personal del BVM¹⁰. Además, se cambió la población objetivo del programa a hogares en pobreza extrema. Asimismo el BVM se ha beneficiado de una cercana coordinación especialmente entre el BID y el Banco Mundial, el cual apoya con los créditos 4774-HN, 5294-HN y 5603-HN por un monto total de US\$70,3 millones.

⁹ Universidad de Chicago, 2014.

¹⁰ Incluyen: cuidado de su salud sexual y reproductiva y la de sus niños, relaciones equitativas en decisiones y uso de recursos en el hogar, responsabilidades compartidas por salud reproductiva y cuidado infantil, prevención de violencia intrafamiliar y mejores relaciones de género.

- 1.7 **El modelo de gestión descentralizada (MGD).** El MGD de primer nivel¹¹, implica la contratación de gestores¹² de servicios de salud mediante un pago per cápita para la prestación de un conjunto de intervenciones de primer nivel¹³. Una porción del pago a los gestores está vinculada al logro de indicadores de acceso, cobertura y calidad. En este modelo se priorizan acciones para mejorar la salud materna e infantil en una determinada área geográfica, normalmente en un municipio o conjunto de municipios, que conforman una red de servicios. De manera complementaria a los incentivos a la demanda del BVM para el uso de servicios materno infantiles, el modelo incorpora otros incentivos, como el pago de un bono de transporte a la mujer parturienta y bonos a las parteras para incentivar el parto institucional y reducir las barreras económicas que impiden a las mujeres buscar atención. Los gestores son los responsables de contratar el personal de salud, comprar los insumos y medicamentos y organizar, administrar y prestar los servicios, mediante modalidades de contratación y adquisición mucho más ágiles y expeditas, supervisadas por la SESAL. Además los gestores son los responsables de organizar los Equipos de Atención Familiar (EAF), que están conformados por un médico, una auxiliar de enfermería y un promotor para el cuidado de la salud y la atención de 300 familias ubicadas en un área geográfica específica. Los EAF realizan actividades como son visitas domiciliarias y acciones de prevención y promoción en la comunidad.
- 1.8 El costo per cápita del MGD es definido por la SESAL, con base en estudios de costeo independientes (ver [Guía de Estimación de Costos en el Primer Nivel de Atención](#)). Para ser contratados, los gestores deben presentar a la SESAL, manuales de organización y funciones, contables, de control interno y adquisiciones entre otros. La SESAL entrega a los gestores normas, lineamientos y protocolos que regulan la prestación de los servicios de salud. El personal contratado por los gestores debe ser aprobado previamente por la SESAL. La calidad de los servicios prestados es verificada por la Unidad de Gestión Descentralizada (UGD) y las regiones sanitarias departamentales en forma trimestral. En caso de determinarse deficiencias en la calidad de servicios, la SESAL brinda apoyo técnico al gestor y si la calidad en la prestación de los servicios no mejora, el contrato/convenio puede ser rescindido¹⁴. Las deficiencias en la calidad del servicio, se determinan cuando el gestor obtiene una calificación inferior a 60% durante el monitoreo de acuerdo a los indicadores establecidos en el convenio.
- 1.9 El MGD de servicios de salud de primer nivel se extendió a 82 municipios de 2011 a 2015, cubriendo actualmente a una población de 1.337.884 habitantes que representa el 18% de la población total. Esto ha permitido la mejora en varios indicadores en los municipios en los que se ha implementado. Por

¹¹ El sistema de salud hondureño está conformado por un primer nivel que son todos los servicios ambulatorios de baja complejidad y el segundo nivel que son los servicios hospitalarios.

¹² Los gestores son organizaciones como por ejemplo alcaldías, mancomunidades de alcaldías, asociaciones comunitarias y ONG. Los contratos firmados con dichos gestores son anuales.

¹³ Incluyen: control comunitario de crecimiento y desarrollo a través del AIN-C (Atención Integral al Niño-Comunitario); la estrategia de AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia); consejería y entrega de métodos de planificación familiar; atención prenatal, puerperal y neonatal; abordaje comunitario de las complicaciones materno-neonatal basado en la estrategia de las tres demoras; elaboración y seguimiento del plan de parto; y el suministro micronutrientes a niños de 6 a 24 meses.

¹⁴ Se dieron al menos tres casos de contratos rescindidos por esta razón.

ejemplo¹⁵ de 2011 a 2013, el uso de métodos de planificación familiar se incrementó de 69,6 a 73,2%; mientras que a 2015 la cobertura del control en los primeros siete días posteriores al parto se incrementó de 32,3 a 61%; el parto institucional mejoró de 47,1 a 63,5%; y el porcentaje de cobertura de vacunación pentavalente en niños de un año también aumentó de 90,3% a 96,1%¹⁶.

- 1.10 A raíz del éxito del MGD, a partir de 2013 el gobierno, con el apoyo del Banco¹⁷, lo implementó en el segundo nivel, es decir, en hospitales. Consiste en la firma de convenios con fundaciones para que administren y presten los servicios hospitalarios. Estas fundaciones administran el personal de la SESAL que labora en el hospital y contratan el personal complementario para garantizar la cobertura 24/7 para las atenciones de las complicaciones obstétricas y neonatales; compran los insumos y medicamentos necesarios para la prestación de los servicios; y organizan y administran los servicios del hospital en base a los lineamientos de la SESAL. El proceso de selección de estas fundaciones, consiste en la identificación de organizaciones con experiencia sustentada de apoyo al hospital que se descentraliza¹⁸. Si no existe una organización o fundación, la SESAL organiza una fundación con diferentes actores de la sociedad civil¹⁹ para que administre el hospital, lo que le ha dado mucha transparencia al proceso. Estas fundaciones deben tener una fuerte estructura organizativa y financiera y deben ser de aceptación de la comunidad. El monto transferido a las fundaciones es igual al presupuesto que históricamente ha sido asignado a los hospitales. Además, y debido a que el presupuesto es deficitario, se le transfiere también un monto para cubrir la brecha financiera que garantice la atención 24/7 de las complicaciones obstétricas y neonatales de acuerdo a las normas. Para la firma del convenio con la SESAL cada fundación debe también garantizar un personal mínimo de gestión que incluya expertos en finanzas, administración y gestión de hospitales. En aquellos hospitales que no se han descentralizado, el gobierno, con el apoyo de ISM, firmó convenios con comités de apoyo, los cuales se encargan de gestionar recursos no incluidos en el presupuesto del hospital, para la atención de las complicaciones obstétricas y neonatales.
- 1.11 El primer hospital que se descentralizó fue el Hospital de San Lorenzo en el sur del país y obtuvo en el periodo 2013-2015 importantes logros como ser: reducción a cero de las muertes maternas y neonatales intrahospitalarias; reducción de días estancia de 3,5 a 2,5; aumento de los egresos hospitalarios en un 55% (de 6.700 a 10.400); incremento de atención de partos en un 15%; y el abastecimiento de medicamentos mejoró de 22% a 97%²⁰. En 2015 se descentralizó la gestión de cuatro hospitales más.
- 1.12 **Retos pendientes en las áreas más pobres del país.** A pesar de importantes logros a nivel nacional, existen disparidades que muestran deficiencias en las

¹⁵ ISM 2013.

¹⁶ Datos de los informes de monitoria de la UGD de 2015 en comparación con 2011.

¹⁷ Préstamo 2743/BL-HO (HO-L1072).

¹⁸ En Honduras existen fundaciones que se denominan "Fundación de Apoyo al Hospital X", que apoyan el mejoramiento de infraestructura, dotación de equipo y movilización de financieros al hospital.

¹⁹ Estas asociaciones incluyen: organizaciones indígenas, asociaciones gremiales, cámaras de comercio, grupos rotarios, otras fundaciones de grupos empresariales y asociaciones comunitarias.

²⁰ Fuentes estadísticas del Hospital San Lorenzo e Informes de Monitoreo de SESAL.

- múltiples dimensiones de la pobreza en las zonas más pobres del país, lo que refleja la necesidad de apoyar un enfoque integral en las zonas más necesitadas (ver ¶1.17 y 1.18). En el occidente del país se observan mayores niveles de pobreza, menores logros educativos y menor acceso a servicios de salud de calidad en comparación con el resto del país. La tasa de pobreza extrema en occidente es de 58%, mayor que el nivel nacional de 38%. El porcentaje de jóvenes de 6 a 18 años que no completaron el tercer ciclo de educación en occidente es de 67% comparado con 51% en el resto del país. Un joven en occidente de entre 18 a 22 años tiene en promedio dos años menos de educación comparado con su contraparte en el resto del país²¹.
- 1.13 La medición de la línea base de la Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM), realizada en varios municipios de occidente encontró que la mitad de los niños menores de cinco años presentan algún grado de desnutrición y 1 de cada 4 niños entre 6 y 59 meses padecen de anemia; solo el 67% de las mujeres embarazadas realizaron por lo menos cuatro visitas de control prenatal²² con un porcentaje de parto con asistencia de un profesional de salud de solo 67,5%²³. Asimismo, el 11,6% de mujeres en zonas rurales de occidente tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar, es decir que aunque desean espaciar o limitar los nacimientos, no usan métodos modernos de planificación familiar, situación que generalmente es ocasionada por la limitada participación de la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva²⁴. Además menos de la mitad de las puérperas y neonatos recibieron por lo menos un control a los siete días²⁵.
- 1.14 Los hospitales de occidente están más saturados que los hospitales del resto del país, manteniendo porcentajes de ocupación que llegan hasta 200%, principalmente en los servicios materno-infantil²⁶. Adicionalmente cuentan con una baja disponibilidad de suministros y equipos necesarios para la atención de emergencias obstétricas y atención neonatal y con una cobertura 24/7 de ginecobstetras y pediatras de apenas un 67% y de tan solo 10% en anestesiología²⁷. Lo anterior impacta sobre la calidad de la atención prestada: apenas el 58% de las atenciones postparto, el 11% de las complicaciones obstétricas y solo el 6,9% de las complicaciones neonatales se atendieron de acuerdo a las normas, y la tasa de letalidad neonatal en los hospitales fue de 12%²⁸.
- 1.15 **Factores que contribuyen a las brechas identificadas.** Entre los factores identificados desde la demanda, destacan la distancia, falta de información, poder de negociación y la falta de recursos propios de las mujeres^{29,30} (barreras económicas) para costear gastos asociados con la obtención de los servicios.

²¹ BID, 2014.

²² La norma nacional requiere al menos cinco controles durante el embarazo.

²³ La ENDESA 2011-2012 a nivel nacional reporta 83%.

²⁴ ENDESA 2012.

²⁵ La última ENDESA se realizó en 2012 por lo que no se tienen datos de mortalidad más recientes.

²⁶ Anuarios Estadísticos de la SESAL 2013, 2014 y 2015.

²⁷ ISM. 2013.

²⁸ Idem.

²⁹ Alvarado, V. 2011.

³⁰ En zonas rurales el 49,3% de las mujeres no posee ingresos propios frente al 17,2% de los hombres. Tabulaciones especiales de la encuesta de hogares de Honduras.

Esto hace que los altos niveles de pobreza en occidente se conviertan en una barrera significativa al acceso a servicios de salud. La dependencia económica de las mujeres se agrava dada su baja participación en la toma de decisiones autónomas sobre su salud reproductiva y gastos relacionados con ella. El 18% de mujeres con educación primaria y 17,8% del primer quintil mencionan el tener que obtener permiso (del marido) para ir al centro de salud, por ejemplo³¹. También se destaca como barrera el hecho que los servicios, especialmente centros de salud rurales atendidos por auxiliar de enfermería (CESAR) y centros de salud con médicos (CESAMO) no cuentan con personal y muchas veces están cerrados en los municipios que aún no adoptan la gestión descentralizada. Entre las barreras a la oferta reportadas por el personal de los servicios del primer nivel, como enfermeras auxiliares y médicos, se mencionan la falta de insumos y equipo básico de trabajo, seguidas por el mal estado de los establecimientos.

- 1.16 **Retos operativos.** Existen adicionalmente retos operativos de los programas de gobierno, como por ejemplo: (i) en occidente la cobertura de hogares en pobreza extrema es baja (25%) y en 2015 el BVM depuró su padrón a raíz de lo cual se sacaron del programa a hogares que no estaban en pobreza extrema (pobres moderados), hogares que ya no eran elegibles por su estructura familiar y hogares para los cuales se tenía documentación incompleta, por lo cual se debe actualizar el padrón incorporando a nuevos hogares elegibles; (ii) la medición del cumplimiento de condiciones de salud en el BVM tiene todavía muchas deficiencias, se verifica el cumplimiento a 18% de niños elegibles, para el resto no es posible diferenciar el no cumplimiento de la falta de información. Una de las causas de esta deficiencia es que el programa no ha sido internalizado en la SESAL como un elemento de apoyo a la eliminación de barreras económicas para el acceso a los servicios de salud³²; (iii) el cumplimiento de condiciones en educación cae de 86% en primer y segundo ciclo a 31% en tercer ciclo; (iv) es necesario fortalecer el enfoque de desarrollo territorial que integre ambas intervenciones, y que viabilice el desarrollo humano, en particular en los municipios más pobres del país; (v) la ausencia de una medición actualizada de pobreza a nivel municipal evitó la identificación de los municipios con mayores niveles de pobreza para coordinar acciones conjuntas³³; (vi) aunque el BVM incentiva la utilización de los servicios de salud, la respuesta de la red todavía es pobre, principalmente en los establecimientos no descentralizados, en los que los recursos humanos e insumos son insuficientes³⁴, y muchos establecimientos de salud permanecen cerrados, afectando la calidad y la continuidad de la prestación de servicios³⁵; (vii) asimismo, existe una pobre capacidad de respuesta en los servicios hospitalarios, principalmente en los servicios

³¹ ENDESA 2012.

³² Bajo el ROP anterior tampoco existían incentivos a medir la condición de salud para hogares con niños asistiendo a la escuela. Estos hogares automáticamente recibían la transferencia total sin importar el cumplimiento de la condición de salud. Asimismo en 2015 se tuvieron que modificar los formularios de los centros de salud para incluir los campos necesarios para medir condiciones de salud para mayores de dos años.

³³ El mapa de pobreza más reciente está basado en el censo de población de 2001.

³⁴ Hay tan solo 5,7 médicos y 13,2 enfermeras y parteras por 10.000 población en comparación con el promedio de países de bajo a medio ingreso (10,1 médicos y 16,8 enfermeras y parteras por 10.000 población).

³⁵ Universidad de Colorado. 2012-2013.

obstétricos neonatales³⁶; y (viii) hace falta implementar un sistema de certificación de gestores para mejorar sus capacidades de gerencia de servicios de salud y aún existen debilidades para llevar a cabo los procesos de contratación de gestores y de monitoreo y evaluación de los convenios de gestión tanto en el nivel central de la SESAL como en las Regiones Departamentales.

1.17 **Enfoque territorial.** La estrategia del Banco con Honduras 2015-2018 (GN-2796-1) identifica el occidente del país como una zona prioritaria para intervenir con estrategias de desarrollo humano y reconoce que en el área social los efectos de los programas sociales son mayores cuando existen intervenciones complementarias en las mismas áreas geográficas. Para lograr el enfoque integrado de desarrollo territorial y mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud, y con el fin de reducir las inequidades entre regiones del país, el proyecto combinará el BVM y el MGD en los municipios más pobres priorizando el occidente del país³⁷ de acuerdo al mapa de pobreza más reciente y en los cuales el gobierno no está financiando el MGD con recursos nacionales³⁸. Con el enfoque ya descrito y utilizando información preliminar del mapa de pobreza con base en el censo 2013 se seleccionaron 33 municipios a ser priorizados en el proyecto para un incremento en cobertura del BVM y fortalecimiento de la oferta de servicios de salud con el MGD³⁹. En dichos municipios se encuentran aproximadamente 73.123 hogares y la tasa de pobreza extrema es de 76% comparada con el 38% a nivel nacional. De estos 73.123 hogares, en el segundo pago de 2015 se pagaron transferencias del BVM a solo 17.200 hogares.

1.18 **Teoría de cambio.** En los municipios priorizados se implementarán acciones integradas de oferta y demanda para mejorar el capital humano de la población. Por el lado de la demanda se realizarán incorporaciones de hogares en pobreza extrema al BVM. A estos hogares se les entregarán las transferencias de ingreso del BVM que combinadas con las condiciones del nuevo ROP reducirán las barreras económicas para el acceso a servicios de salud que afectan principalmente a mujeres y niños y crearán incentivos al uso de los mismos. Asimismo bajo el nuevo ROP se crearán mayores incentivos a la demanda de tercer ciclo. El planteamiento del Componente 2 de esta operación, incluye la identificación y diseño de las intervenciones necesarias para alcanzar los resultados esperados y descansa en la expansión y fortalecimiento de modelo de gestión descentralizado, a través de los cuales se mejorará su capacidad para brindar información oportuna a las mujeres y sus parejas acerca del cuidado de la salud reproductiva y la decisión informada de métodos modernos de planificación familiar. También a través de los gestores descentralizados, se implementara el AIN-C (incluyendo consejería cara a cara para mejorar hábitos y cuidados alimenticios en la niñez) para mejorar los niveles de desnutrición en los

³⁶ En el occidente del país no existe una unidad de cuidados intensivos neonatales.

³⁷ Se incluyen tres municipios fuera de occidente que se incluirán por ser parte de la ISM que también enfoca sus inversiones en municipios de alta pobreza

³⁸ Actualmente se tienen datos preliminares del mapa de pobreza con base en el censo de población 2013, el BID está apoyando la elaboración del mapa a través de HO-T1216 (ATN/OC-15156-HO). Se actualizará la lista con la versión final.

³⁹ Debido a que el modelo se basa en redes de salud no se pueden seleccionar municipios individuales sino que tienen que ser grupos de municipios donde se puedan conformar nuevas redes de servicios.

niños menores de cinco años. En forma concomitante, y siempre a través de los gestores descentralizados, se suministrará micronutrientes a niños de 6 a 24 meses a fin de mejorar la anemia de niños y niñas beneficiadas.

- 1.19 Por el lado de la oferta, y con el fin de mejorar la cobertura y el acceso geográfico a los servicios, se garantizará la prestación de servicios de salud a través del MGD por al menos dos años, después de los cuales el gobierno debería absorber la continuidad de los gastos. El incremento en el acceso efectivo a servicios de salud incrementará a su vez la atención temprana de la mujer embarazada y el neonato, y mejorará la referencia hospitalaria de complicaciones y el parto institucional. Para atender la demanda adicional que se generará en el segundo nivel al aumentar la cobertura del primer nivel, se fortalecerá la capacidad de atención a nivel hospitalario para personas referidas por el primer nivel⁴⁰.
- 1.20 **Otras medidas para superar los retos identificados.** Con el propósito de apoyar la coordinación e integración entre el BVM y el MGD, los mecanismos de pago incluidos en los convenios a firmarse con los gestores descentralizados darán mayor peso a las actividades relacionadas con el BVM⁴¹. Esta operación adicionalmente incluirá como condición especial de ejecución previa a la firma de renovaciones de contratos con gestores descentralizados, el cumplimiento de metas anuales con base en indicadores de abastecimiento de insumos y medicamentos, dotación de recursos humanos y organización de Equipos de Atención Familiar (EAF), consistentes con las de los convenios individuales con las mancomunidades y fundaciones, y además metas vinculadas al fortalecimiento de la SESAL. Dichas metas serán monitoreadas por una evaluación técnica concurrente a ser contratada con fondos del proyecto en el último trimestre del primer año. Para los casos en que dichas metas no fueren alcanzadas, el país preparará un Plan de Mejoras que incorpore las reformas que deban ser reflejadas en los convenios a renovarse con los gestores.
- 1.21 Para enfrentar el problema de la mortalidad materna e infantil, se utilizará la estrategia de las tres demoras que fue adoptada por Honduras⁴². La primera demora se abordará a través del fortalecimiento y la extensión del MGD de servicios de salud de primer nivel y la organización de los EAF en las comunidades, para que a través de ellos: (i) se controle en la comunidad la condición de salud de las mujeres embarazadas, puérperas y neonatos; (ii) se mejore la educación de las mujeres embarazadas, sus parejas y su entorno social en cuanto a señales de peligro de eventos obstétricos para promover la toma de decisiones informadas por parte de la mujer y la utilización de los servicios de salud reproductiva; (iii) se aumente la captación temprana de

⁴⁰ En el largo plazo el incremento de cobertura y capacidad resolutive del primer nivel debe reducir la demanda hospitalaria, en el corto este tipo de modelos incrementa la demanda de servicios hospitalarios al detectarse mayores casos y referirlos al segundo nivel.

⁴¹ En 2015 se introdujeron en los convenios siete indicadores de cobertura, identificación de riesgo y de seguimiento mensual a las familias participantes del BVM.

⁴² La primera demora ocurre en la identificación, de signos de enfermedad y/o peligro durante el embarazo o parto y no tomar la decisión de buscar servicios, por influencia del entorno familiar o el desconocimiento de signos de peligro.; la segunda demora ocurre entre la decisión y la llegada efectiva a servicios de salud, y se debe a limitaciones económicas y de organización comunitaria para el transporte; la tercera demora ocurre en el momento de recibir el tratamiento oportuno y de calidad en los servicios, ligada disponibilidad y la capacidad instalada de los servicios de acuerdo a las normas a nivel hospitalario.

mujeres embarazadas antes de las doce semanas y se aumente la cobertura de la atención prenatal; y (iv) se fortalezca la implementación del plan de parto y seguimiento a la atención de las personas beneficiadas con el BVM, así como el fortalecimiento de las capacidades de los equipos de atención familiar, en educación comunitaria y promoción de la salud familiar con enfoque de género. Los esfuerzos serán complementados con la entrega del BVM para incentivar a las mujeres embarazadas a la búsqueda de la atención. La segunda demora, se abordará a través de la entrega del Bono de Transporte a la mujer parturienta, el cual está siendo implementado a través de los gestores descentralizados. En el caso de occidente, este bono se priorizará a aquellas mujeres beneficiarias del BVM. La tercera demora será abordada a través de la descentralización de la gestión hospitalaria y firma de convenios con comités de apoyo, mediante la cual se implementarán procesos de mejora continua de los servicios de atención obstétrico neonatal en los hospitales.

- 1.22 **Lecciones aprendidas.** En Honduras el Banco ha implementado estudios que sirvieron para mejorar sus programas. La evaluación de impacto del BVM financiada con la operación 2737/BL-HO dio lugar al cambio en las reglas del programa para que cada niño tenga que cumplir con su respectiva condición y para que el programa se concentre en la pobreza extrema. Un piloto financiado con fondos de 2937/BL-HO dio lugar a que se escale el pago a través de sucursales bancarias. El informe de terminación del proyecto 2737/BL-HO resalta como principal lección la necesidad de fortalecer la colaboración entre el BVM y la SESAL para lograr los objetivos de salud, criterios que se fortalecen en la presente operación. A través de 2418/BL-HO se comprobó la efectividad del pago por parto a la mujer, el bono de transporte y el bono a la partera para aumentar el número de partos atendidos por las clínicas materno infantiles y con la operación 2743/BL-HO se comprobó la aplicabilidad del MGD en hospitales. El proyecto se apoya en las mejoras operativas y se complementa con la cartera del sector, ya que el préstamo 3371/BL-HO fortalece la oferta de educación de tercer ciclo en 20 de los 33 municipios priorizados a través de modalidades alternativas y complementa el 2743/BL-HO en la descentralización de los hospitales y el 2943/BL-HO en el primer nivel.
- 1.23 **Piloto de superación de la pobreza extrema.** Aquellos hogares que por la edad de sus niños salen del programa dejan de recibir un apoyo al ingreso sin contar con una estrategia de corto plazo que les permita mejorar su estándar de vida. Se desarrollará un piloto de superación de la pobreza extrema para participantes del BVM⁴³ con base en un esquema que demostró su éxito en cinco países en desarrollo⁴⁴ y que logró retornos a la inversión de hasta 433% en India e incrementos en el consumo de 37% en el caso de Bangladesh después de siete años de finalizada la intervención. El piloto consiste en una combinación de seis elementos, transferencia de un activo productivo, capacitación técnica, apoyo al consumo, promoción de ahorros, visitas al hogar por un facilitador y educación básica en salud. El piloto se implementará en mil

⁴³ El piloto de superación de la pobreza extrema no se implementará necesariamente en los 33 municipios priorizados, la definición final de municipios será realizada una vez contratada la firma y con base en criterios relacionados a los componentes del piloto (presencia bancaria, número de familias cerca de egresar del BVM).

⁴⁴ <https://www.povertyactionlab.org/about-i-pal/news/graduation-model-release>. El modelo se probó en Ghana, India, Perú, Etiopía, Honduras y Pakistán, con retornos entre 133 y 433% excepto en Honduras donde el ejecutor escogió como activo productivo importar gallinas no adaptadas al clima local que murieron al enfermarse.

hogares y se sistematizará la experiencia y elaborarán guías de capacitación para que (de ser exitoso) el gobierno pueda replicar e incrementar la cobertura del modelo ([Diseño Preliminar Piloto de Superación de la Pobreza en Honduras](#)).

- 1.24 **Alineación estratégica.** El proyecto es consistente con la estrategia del Banco con Honduras 2015-2018 (GN-2796-1) que tiene como objetivos estratégicos: (i) proteger niveles mínimos de consumo en población en pobreza; (ii) promover la acumulación de capital humano de los menores de hogares en pobreza extrema; y (iii) mejorar los indicadores de salud de los niños menores de cinco años y se encuentra incluido en el Programa Operativo 2016 (GN-2849). El programa es adicionalmente consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional (UIS) 2010-2020 (AB-3008) y se alinea con el desafío de desarrollo de inclusión social e igualdad al promover la acumulación de capital humano de hogares en pobreza extrema y con el área transversal de igualdad de género y diversidad al incrementar el acceso a servicios de salud reproductiva. Adicionalmente, el programa contribuirá al Marco de Resultados Corporativos 2016-2019 (GN-2727-4) (CRF) al incrementar el número de beneficiarios de servicios de salud y beneficiarios de programas focalizados destinados a combatir la pobreza, y está alineado a los objetivos de Estrategia para una Política Social favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4) al hacer frente a la pobreza estructural y las líneas de acción de Documento de Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-3) y el Documento de Marco Sectorial de Marco Sectorial de Protección Social y Pobreza (GN-2784-3) al promover el acceso a programas redistributivos eficientes y servicios salud y nutrición de alta calidad y de manera oportuna y continua. Adicionalmente contribuye a las líneas estratégicas de capital humano del Plan de la Alianza para la Prosperidad del Triángulo Norte al incluir uno de los municipios priorizados por dicho Plan.

B. Objetivos, componentes y costo

- 1.25 El objetivo del programa es apoyar al desarrollo de capital humano a través de una intervención integral de alivio de pobreza y mejoramiento del acceso a servicios de salud, en los municipios más pobres de Honduras, priorizando los municipios de Occidente. La operación cuenta con dos componentes.
- 1.26 **Componente 1. Alivio de la pobreza e inversión en capital humano (US\$20 millones).** Se financiarán transferencias monetarias condicionadas⁴⁵ a beneficiarios del BVM en los municipios más pobres de Honduras, priorizando los municipios de Occidente⁴⁶. Asimismo se financiará un piloto de superación de la pobreza extrema y el fortalecimiento institucional de la Subsecretaría de Integración Social (SSIS) de la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS) a través de la compra de equipo informático (laptops, servidores, tabletas entre otros) y mobiliario. También se dará continuidad a las iniciativas de capacitación en salud familiar y género⁴⁷, inclusión financiera y digitalización

⁴⁵ En los ¶1.4, 1.6 y 1.22 se pueden revisar las innovaciones implementadas en el esquema de transferencias como parte del apoyo de los proyectos del BID.

⁴⁶ [Lista Preliminar de Municipios Priorizados](#)

⁴⁷ Los insumos de capacitación ya se prepararon y los recursos humanos para implementar el plan se contratarán con los gestores, por lo que el apoyo a través de esta operación será estratégico al asegurar que la logística operativa sea la apropiada, no necesariamente financiera.

de la información y se continuará el proceso de pagos a través de mecanismos eficientes como cuentas básicas de ahorro, que incrementen la transparencia del programa y el bienestar de las usuarias y se fortalecerá la medición de las corresponsabilidades de salud a través del uso de tecnología⁴⁸.

1.27 **Componente 2. Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud (US\$30 millones).** Este componente financiará la extensión de cobertura de los servicios de salud de primer nivel a través del MGD en los municipios más pobres de Honduras⁴⁹, priorizando los municipios de Occidente a través de la cual se mejorará el suministro de insumos y medicamentos, y dotación de recursos humanos, y por lo tanto se fortalecerá la capacidad de respuesta de los servicios de salud. A través de la extensión de MGD se incrementará el número de EAFs en las comunidades, con el fin de implementar programas de consejería y de mejora del conocimiento para la toma de decisiones y el uso de métodos de planificación familiar; además de fortalecer el plan de parto y mejorar la identificación de las señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y en neonatos AIN-C y AIEPI entre otros. Además se financiará la atención del parto en las clínicas materno infantiles y la compra de micronutrientes para suministrar a los niños de 6 a 24 meses a fin de reducir la prevalencia de anemia. Este componente continuará financiando la contratación de gestores para la descentralización y funcionamiento de los cinco hospitales⁵⁰ que actualmente están descentralizados, tres hospitales más que serán descentralizados a través de este proyecto, y para convenios y compromisos de gestión hospitalaria en tres hospitales adicionales⁵¹. Para la gestión descentralizada se firmarán convenios de gestión con fundaciones y asociaciones mediante los cuales se financiará la contratación de recursos humanos, insumos y medicamentos necesarios para garantizar la cobertura permanente (24/7) para la atención de las complicaciones obstétricas-neonatales, de acuerdo a las normas (ver enlace de [Sostenibilidad Financiera para el análisis correspondiente](#)). Se financiará también asistencia técnica para el fortalecimiento y certificación de gestores descentralizados de primer y segundo nivel. Del mismo modo se financiará asistencia técnica para el fortalecimiento de las funciones de planificación y contratación de servicios de salud, seguimiento y evaluación de los convenios y de la capacidad de análisis de salud y de generación de intervenciones y estrategias de salud de la SESAL, su UGD⁵² y las regiones departamentales. Se establecerán condiciones que evidencien el mejoramiento de la calidad y capacidad de respuesta de los establecimientos de salud descentralizados y del fortalecimiento institucional⁵³, para lo cual se contratará con fondos de este componente una evaluación técnica concurrente.

1.28 Ambos componentes financiarán adicionalmente la administración y auditorías de sus respectivos componentes.

⁴⁸ Los gestores sociales utilizarán tabletas para digitar información de los centros de salud y guardar un archivo fotográfico de sus formularios.

⁴⁹ [Lista Preliminar de Municipios Priorizados](#)

⁵⁰ Hospital Mario Catarino Rivas, Hospital Leonardo Martínez de San Pedro Sula; Hospital Enrique Aguilar Cerrato, Intibucá; Hospital San Lorenzo, Valle y el Hospital Juan Manuel Gálvez de Lempira.

⁵¹ De los siguientes hospitales, tres serán descentralizados y tres contarán con compromisos y convenios de gestión: Hospital de Choluteca, Hospital de Juticalpa, Hospital de Comayagua, Hospital de La Paz, Hospital de Occidente y Hospital de Ocotepeque.

⁵² La UGD es la unidad en SESAL encargada de administrar los convenios de gestión descentralizados de servicios de salud, las monitorías, evaluaciones, aprobación de pagos y penalidades entre otros.

⁵³ Manual de Cumplimiento Técnico de Indicadores para el financiamiento del segundo año del Componente 2.

Cuadro II-1 Costo del programa

Componente	Monto (miles de US\$)	%
Componente 1. Alivio de la pobreza e inversión en capital Humano.	20.000,00	40
Transferencias Monetarias Condicionadas	17.000,00	34
Fortalecimiento Institucional de SSIS/SEDIS	731,00	1.46
Piloto de la Superación de Pobreza Extrema	500.000	1
Levantamiento de Ficha Socioeconómica Única	1.000.000	2
Administración y Auditorías del Programa	769,00	1.54
Componente 2: Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud	30.000,00	60
Gestores descentralizados de primer nivel y convenios y/o compromisos de gestión	19.690,00	40
Gestores descentralizados de segundo nivel	7.500,00	15
Compra de Micronutrientes	110,00	0,22
Fortalecimiento de Hospitales	500,00	1
Fortalecimiento Institucional SESAL	1.150,00	2
Gestión del Programa y Auditorías	1.050,00	2
TOTAL	\$50.000.00	100

C. Indicadores claves de resultados

- 1.29 A nivel de impacto el proyecto busca mejorar el capital humano a través de reducciones en la pobreza de los beneficiarios, y reducciones en anemia, y mortalidad neonatal en hospitales. A nivel de resultado el proyecto busca incrementar la cobertura del BVM especialmente en los municipios seleccionados, mejorar la tasa de matrícula neta en el tercer ciclo de educación básica, garantizar los pagos de la transferencia a participantes en los municipios priorizados, incrementar el porcentaje de beneficiarios que reciben las transferencias por cumplimiento de corresponsabilidades, el porcentaje de cobertura en atención prenatal nueva en las primeras 12 semanas del embarazo, el porcentaje de cobertura en atención puerperal en los primeros siete días post parto, y el porcentaje de atención neonatal en los primeros tres días de nacido.
- 1.30 **Evaluación económica.** Se realizó un análisis costo beneficio tomando en cuenta, para el BVM los resultados de la evaluación de impacto realizada en 2012-2013 y micro simulaciones de los cambios en la estructura del programa implementados en 2015 (ver [Análisis Económico](#)). Los principales beneficios son el aumento en el consumo de los hogares y el aumento en los ingresos futuros asociados a una mayor productividad laboral resultado de más años de educación y de una mejor nutrición (que depende en parte de una eficiente distribución de micronutrientes en el primer nivel de atención de salud). En el caso de salud, la complementariedad entre los estímulos a la demanda mediante el BVM y la oferta de servicios de salud de calidad con el MGD generará ganancias en años de vida ajustados por discapacidad (DALY por sus siglas en inglés). Los costos incluyen la inversión en transferencias y los gastos operativos, administrativos y de gestión del BVM, así como el pago de las capitaciones bajo el MGD. Con base en escenarios conservadores, la razón costo beneficio está en el rango de 2-2.5. Este valor contempla una tasa de descuento del 4%, lo cual es consistente con la literatura de evaluación económica de proyectos sociales, y los resultados son robustos al análisis de sensibilidad.

II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

A. Instrumentos de financiamiento

- 2.1 El presente es un préstamo de inversión de un programa específico cuyo monto asciende a US\$50 millones a ser desembolsados en cuatro años. El 60% de los fondos provienen de Capital Ordinario y el 40% del Fondo de Operaciones Especiales.

B. Riesgos ambientales y sociales

- 2.2 De acuerdo con los lineamientos de la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703) –Directiva B.03 Pre-evaluación y clasificación–, esta operación se clasifica como Categoría “C”, ya que no se prevé que el programa cause impactos y riesgos socio-ambientales negativos.

C. Riesgos fiduciarios

- 2.3 El riesgo del programa asociado a la gestión financiera y de las adquisiciones es MEDIO, considerando que los organismos ejecutores (OE) cuentan con experiencia previa y capacidad constatada a través de la ejecución de las operaciones financiadas por el Banco en el sector. Adicionalmente, ambos OE emplean el sistema SIAFI/UEPEX, ya validado por el Banco, así como todos los controles nacionales que se derivan de su uso. De igual manera, ambos OE cuentan con personal especializado en compras bajo los procedimientos del Banco. No obstante lo anterior, durante el desarrollo de la operación se tiene previsto impartir talleres de actualización sobre los procedimientos del Banco (incluyendo a personal no fiduciario), y se implementará el sistema de seguimiento y monitoreo que abarcará la planificación de las adquisiciones requeridas para el programa mediante el uso del Sistema de Ejecución del Plan de Adquisiciones (SEPA).

D. Otros riesgos del proyecto

- 2.4 Entre los riesgos del proyecto se encuentra un riesgo alto de que la cobertura tanto del BVM como del MGD se reduzca por falta de recursos nacionales. De acuerdo al estudio de [Sostenibilidad Financiera](#) actualmente un 60% del MGD y un 24% del BVM son pagados con recursos nacionales. Con el sobrecumplimiento de las metas fiscales acordadas con el FMI⁵⁴ y la disponibilidad de recursos extrapresupuestarios del Fideicomiso Vida Mejor que se financia con el impuesto sobre ventas y cuenta con recursos anuales por el orden de US\$220 millones (1,1% del PIB) el Gobierno de Honduras estará, en el corto plazo, en capacidad de absorber con recursos nacionales el financiamiento total de ambos programas. Sin embargo es necesario que el Gobierno priorice estos programas para su financiamiento con recursos presupuestarios o del

⁵⁴ Segunda revisión del programa Stand-By, disponible en <http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=43545.0>

- Fideicomiso sobre otros compromisos. Para mitigar el riesgo se debe monitorear la absorción progresiva de los gastos de ambos programas y se utilizará el estudio de sostenibilidad financiera para apoyar al Gobierno en la planificación financiera de los recursos necesarios. El mismo estudio incorpora un análisis que sugiere que las inversiones realizadas en gestión descentralizada resultan en un incremento neto de la cobertura de los servicios por lo que el resultado es un incremento del gasto total de la SESAL aún cuando el MGD es más eficiente.
- 2.5 Para mitigar el riesgo de baja capacidad gerencial de los gestores descentralizados se establecerá un sistema de certificación de gestores con criterios mínimos de capacidad gerencial. Para mitigar el riesgo de bajo techo presupuestario se aprovecharán las reuniones de revisión de cartera para monitorear la aprobación oportuna de modificaciones presupuestarias. Para mitigar el riesgo de problemas de coordinación entre SESAL y SSIS se tiene un acuerdo de ejecución que será reflejado en el convenio interinstitucional que forma parte de las condiciones de elegibilidad. El acuerdo consiste en tener reuniones bimensuales de coordinación entre las unidades ejecutoras de cada componente y que reportaran avances al Comité Técnico del BVM, adicionalmente se trasladará la unidad de apoyo del BVM que actualmente funciona en la SESAL con personal contratado por el BVM de manera descoordinada con el resto de la Secretaría al Departamento de Primer Nivel de la SESAL. Con el propósito de evitar licitaciones desiertas se organizarán talleres enfocados al personal técnico para preparación de bases de licitación; con el propósito de mejorar la planificación se mejorará la diseminación de planes de ejecución al personal técnico de manera que esté al tanto de los presupuestos asignados y fechas límite para avanzar con la ejecución de procesos de adquisiciones.

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen de los arreglos de implementación

- 3.1 El Componente 1 del proyecto será ejecutado por la SSIS de la SEDIS a través de su Unidad Coordinadora de Proyectos (UCP) y el Componente 2 por la SESAL a través de la UGD y la Unidad Administradora de Fondos de Cooperación Externa (UAFCE).
- 3.2 La UCP de la SSIS de la SEDIS está compuesta por cinco unidades: (i) Coordinación; (ii) Monitoreo y Seguimiento; (iii) Administrativo-Financiera; (iv) Adquisiciones; y (v) Unidad Técnica. La SISS coordinará con el CENISS quien es responsable del RUP para la incorporación de nuevos hogares al programa BVM; y con el Registro Nacional de la Primera Infancia y el SACE para el seguimiento de las corresponsabilidades de salud y educación.
- 3.3 La SESAL ejecutará a través de la UGD que gestiona el proyecto HO-L1090 y la UAFCE que actualmente realiza las actividades de administración de los recursos, apoyo logístico, adquisiciones y contrataciones y monitoreo de los proyectos BID, siendo ambas dependientes del Despacho del Ministro de la SESAL.

- 3.4 Las funciones de la UCP y la UAFCE serán para sus respectivos componentes: (i) la administración general y financiera del proyecto asegurando el manejo eficiente de sus recursos; (ii) la planificación de la ejecución del proyecto, incluyendo la preparación e implementación de los Planes Operativos Anuales (POA); (iii) el monitoreo del avance del proyecto y el cumplimiento de las metas preestablecidas; (iv) la planificación, ejecución y monitoreo de los procesos de adquisiciones de bienes, servicios y obras, asegurando su conformidad con las Políticas de Adquisiciones y Contratación del Banco; (v) la preparación y tramitación de los pagos correspondientes; (vi) el mantenimiento de un sistema contable y financiero adecuado para registrar las transacciones financieras efectuadas utilizando los recursos del proyecto, preparación de los estados financieros y tramitación de las solicitudes para los anticipos; y (vii) la preparación y envío al Banco de los informes semestrales de seguimiento del proyecto, además de otros aspectos que se definan en el Manual de Procedimientos Administrativos y Financieros y en el Manual Operativo, cuyas aprobaciones serán condición de elegibilidad de la operación. Por otro lado, la UGD será la encargada de la coordinación técnica, seguimiento técnico y la elaboración de los términos de referencia.
- 3.5 El BVM cuenta con una instancia de coordinación, el Comité Técnico del Programa (integrado por la SSIS, SEFIN, SE, SESAL y CENISS) que es el ente responsable de definir la normativa que lo rige, garantizar el cumplimiento de las responsabilidades de cada una de las instancias participantes, tomar decisiones estratégicas, aprobar modificaciones al ROP y dar seguimiento a las recomendaciones de las evaluaciones. Asimismo, se realizarán reuniones mensuales de revisión operativa entre la SSIS, la UAFCE y la Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud, y reuniones bimensuales de revisión estratégica del programa para alcanzar una coordinación y ejecución integrada de los componentes y una revisión integral de los avances logrados. Se incluirá como condición de elegibilidad un convenio interinstitucional que defina los roles y responsabilidades de las instituciones involucradas como el apoyo en la verificación de corresponsabilidades del BVM en educación y salud.
- 3.6 **Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) que se haya aprobado el Manual de Procedimientos Administrativos y Financieros correspondiente al Componente 1, con la previa no-objeción del Banco; (ii) que se haya aprobado el Manual Operativo correspondiente al Componente 2, con la previa no-objeción del Banco; y (iii) que se haya suscrito el convenio interinstitucional entre la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social, la Secretaría de Estado en el Despacho de Finanzas, la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud y la Secretaria de Estado en el Despacho de Educación, estableciendo las obligaciones de cada institución y los términos para la ejecución del proyecto.**
- 3.7 **Condiciones contractuales especiales de ejecución:** (i) que los contratos a ser suscritos con los gestores descentralizados de salud cuenten con la no-objeción previa del Banco; y (ii) que previo a la suscripción de renovaciones de los contratos de gestión descentralizada de salud, se haya presentado un informe de revisión técnica, a satisfacción del Banco, verificando el cumplimiento

de las metas de cobertura⁵⁵ acordadas con el Banco, y para el caso que las metas no se hubieren alcanzado, la presentación de un plan conteniendo propuestas de mejora.

- 3.8 Se prevé la contratación directa por continuidad de contratos existentes adjudicados de conformidad con las Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras y por provenir de fuente única en sus respectivas regiones de influencia (GN-2349-9 Párrafo 3.6. (a) y (c)), de los gestores de salud de primer y segundo nivel. A los gestores de servicios de salud a ser contratados, se les realizó una evaluación de desempeño, en base a un conjunto de indicadores establecidos por la SESAL, obteniendo como resultado un índice no menor al 85% por gestor⁵⁶. A su vez, se prevé la compra de micronutrientes en polvo a la firma DSM Nutritional Products, y la contratación de servicios para el pago de transferencias del BVM, porque pueden ser obtenidos de una sola fuente en la región y en el país, respectivamente (GN-2349-9 Párrafo 3.6. (c)). Por otro lado se pretende contratar, para implementación de un piloto de superación de la pobreza extrema, a la Fundación Capital por ser una organización con experiencia de valor excepcional para la prestación de estos servicios en la región (GN-2350-9 Párrafo 3.10. (d)). Está prevista la suscripción de un Convenio Interinstitucional para el levantamiento de Fichas Socioeconómicas Únicas con el INE por ser la institución de gobierno encargada. Ver detalles en el Anexo III, párrafos 5.3 y 5.4.
- 3.9 **Auditoría.** Se emplearán los servicios de auditores independientes aceptables al Banco para realizar las auditorías financieras anuales, de acuerdo a los términos de referencia a ser previamente acordados con el Banco (ver literal “c” de la sección IV del Anexo III).

B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados

- 3.10 Los informes periódicos de avance serán de carácter semestral y tendrán como objetivo presentar al BID los resultados y productos alcanzados en la ejecución del POA y del plan de adquisiciones relacionados a los procesos de ejecución. Estos informes deberán ser presentados en un plazo máximo de 60 días después del final del semestre correspondiente y constituirá la fuente de información principal para alimentar el reporte de avance en el Informe de Monitoreo del Proyecto (PMR). La UCP de la SSIS-SEDIS y la UT-UAFCE de la SESAL deberán integrar un solo informe semestral a ser enviado al Banco que resuma los avances de ambos componentes.
- 3.11 A solicitud de la SEDIS, el Banco acompañará la implementación de una evaluación de impacto experimental para medir el impacto del BVM con la nueva estructura de transferencias y estrategia de focalización en la población en pobreza extrema. Se medirán los impactos en consumo, pobreza, alimentación, nutrición, salud y asistencia escolar. Entre 877 aldeas rurales con baja cobertura del BVM y altos niveles de pobreza extrema, se seleccionaron 176 que aumentarán cobertura en 2016 y otras tantas que aumentarán cobertura a partir

⁵⁵ [Propuesta de Indicadores para el Marco de Desempeño](#)

⁵⁶ Informe de evaluación de desempeño de gestores descentralizados de servicios de salud. UGD/SESAL. Enero 2016.

de 2018, que serán el grupo de comparación. En el ámbito de salud, se aprovecharán los esfuerzos de la ISM para evaluar el impacto de las intervenciones en anemia y para complementar la información de los informes de monitoreo de los gestores descentralizados que prepara para los indicadores de cobertura como ser la atención puerperal en los primero siete días post parto y atención neonatal en los primeros tres días de nacido. 28 de los 33 municipios seleccionados para la presente operación forman parte ya sea del grupo tratamiento o del grupo de control de la evaluación de impacto de la iniciativa. Con relación al piloto de graduación se implementará una evaluación de procesos y una de resultados que medirá el cambio en el consumo de los hogares antes y después de la intervención. Para más detalles, ver [Plan de Monitoreo y Evaluación](#).

C. Actividades de diseño luego de la aprobación

- 3.12 Finalizar el diseño del piloto de graduación y finalización de [Manual Procedimientos Administrativos y Financieros](#) de ambos componentes.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID		Alineado	
Retos Regionales y Temas Transversales		-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad	
Indicadores de contexto regional		-Tasa de incidencia de la pobreza (US \$4 por día PPA) (%) -Coeficiente de Gini -Índice de Progreso Social	
Indicadores de desarrollo de países		-Países de la región que mejoraron sus resultados de aprendizaje en PISA (%) -Beneficiarios que reciben servicios de salud (#) -Beneficiarios de programas destinados a combatir la pobreza (#)	
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país		Alineado	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2796-1	i) Proteger niveles mínimos de consumo en población en pobreza, ii) Promover la acumulación de capital humano de los menores de hogares en pobreza extrema y iii) Mejorar los indicadores de salud de los niños menores de 5 años.	
Matriz de resultados del programa de país	GN-2849	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2016.	
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad		Altamente Evaluable	Ponderación
		10.0	10
3. Evaluación basada en pruebas y solución		10.0	33.33%
3.1 Diagnóstico del Programa		3.0	
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas		4.0	
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados		3.0	
4. Análisis económico ex ante		10.0	33.33%
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Efectividad o Análisis Económico General		4.0	
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados		1.5	
4.3 Costos Identificados y Cuantificados		1.5	
4.4 Supuestos Razonables		1.5	
4.5 Análisis de Sensibilidad		1.5	
5. Evaluación y seguimiento		10.0	33.33%
5.1 Mecanismos de Monitoreo		2.5	
5.2 Plan de Evaluación		7.5	
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		Sí	
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. Adquisiciones y contrataciones: Licitación pública nacional.	
No-Fiduciarios	Sí	Sistema Nacional de Estadística.	
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género	Sí	Hay evidencia de que el programa promueve el empoderamiento de mujeres en la toma de decisiones al interior del hogar. Además, el programa añadirá capacitaciones para los beneficiarios sobre salud familiar con enfoque de género.	
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto			
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.	Sí	La evaluación mide los impactos del modelo reformado de transferencias condicionadas en Honduras.	

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

El objetivo del programa es apoyar al desarrollo de capital humano a través de una intervención integral de alivio de pobreza y mejoramiento del acceso a servicios de salud, priorizando a los 33 municipios más pobres del occidente de Honduras. El documento del proyecto presenta un diagnóstico informado sobre los desafíos que enfrenta el sector de protección social y salud, que justifican la implementación del programa.

La propuesta hace referencia a evidencia sobre la efectividad de las soluciones propuestas con evaluaciones realizadas para intervenciones similares en el contexto de Honduras, así como referencias de la literatura internacional. La matriz de resultados incluye indicadores SMART adecuados para medir impactos, resultados y productos.

El proyecto presenta un análisis de costo-beneficio que sustenta la viabilidad económica de las actividades propuestas. Las actividades, mecanismos y productos de monitoreo han sido identificados y sus costos calculados. Se propone una evaluación de impacto experimental del nuevo modelo de transferencias condicionadas. El anexo de Monitoreo y Evaluación plantea las preguntas, metodología, y presupuesto necesarios para llevar a cabo dicha evaluación.

Matriz de Resultados

Objetivo del Programa: El objetivo del programa es apoyar al desarrollo de capital humano a través de una intervención integral de alivio de pobreza y mejoramiento del acceso a servicios de salud, en los municipios más pobres de Honduras, priorizando los municipios de Occidente.

INDICADORES DE IMPACTO

Impacto	Unidad de medida	Valor actual	Año	Fin de proyecto	Fuente de verificación	Notas/observaciones
Alivio de la pobreza e inversión en capital Humano						
Pobreza						
1. Tasa de pobreza extrema en beneficiarios del Programa Bono Vida Mejor a nivel rural ² .	%	61.2 ¹	2016	58.2	Encuesta Continua de Hogares	Contribuye al impacto que se mide a nivel de Programa BVM.
Salud						
Salud Materna e Infantil						
2. Porcentaje de mortalidad neonatal en Hospitales financiados por el proyecto	%	12 ²	2016	10	Registros hospitalarios	Línea base obtenidos de la Unidad de gestión de la Información de los hospitales de Occidente. Para 2016 Intibucá, Lempira, Valle y S.P Sula. Para 2018 se espera añadir Copan, La Paz y Comayagua.

¹ Se actualizará la cifra con base en la encuesta más reciente y se mantendrá el tamaño del efecto de 3pp.

² Se actualizará con base en un ejercicio de medición externa contratada por la SESAL que finalizará en marzo 2017.

Impacto	Unidad de medida	Valor actual	Año	Fin de proyecto	Fuente de verificación	Notas/observaciones
Nutrición						
3. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses en población de participantes del BVM	Tasa de prevalencia	23,1	2016	20	Encuesta de hogares de la evaluación de Impacto del Bono BVM	Datos del seguimiento (EDH 2013); anemia según clasificación de OMS

INDICADORES DE RESULTADO

(Todos los indicadores de resultado excepto el número 7, 8, 9 y 15 se miden sobre los 33 municipios priorizados, el detalle de cálculo de cada indicador se puede ver en el Anexo V del enlace requerido 3)

Resultados	Unidad de medida	Línea de Base	Año	Fin de proyecto	Fuente de verificación	Notas/observaciones
Educación						
1. Tasa neta de matrícula del tercer ciclo de educación.					Información administrativa del SACE en las áreas en las que trabaja el Instituto Hondureño de Educación por Radio (IHER) ³	El tercer ciclo incluye los grados 7, 8 y 9.
Todos ⁴	%	24	2016	30		
Hombres	%	23	2016	29		
Mujeres	%	25	2016	31		
2. Tasa de promoción escolar de los alumnos inscritos en el modalidades alternas ⁵						
Todos	%	27,9	2016	32		
Hombres	%	29,2	2016	33		
Mujeres	%	26,7	2016	31		

³ El IHER provee educación presencial de tercer ciclo en zonas remotas del occidente de Honduras .

⁴ Los indicadores por género serán reportados y monitoreados pero solo se incluye el total del monto con los prestadores del servicio.

⁵ Se tomará el número de municipios en los que se esté implementando la estrategia de extensión de cobertura en el momento de medición.

Salud						
3. % de captación de embarazadas antes de las 12 SG en los últimos 12 meses.	%	44,3 ⁶	2016	49	Informes de Monitoreo de la UGD	
4. % de cobertura de parto institucional por en los últimos 12 meses.	%	64	2016	69	Informes de Monitoreo de la UGD	
5. % de cobertura en atención puerperal en los primeros 7 días post parto* en hospitales, EAFs unidades de salud de la SESAL en los últimos 12 meses..	%	48	2016	52		
6. % de atención neonatal en los primeros tres días de nacido** en hospitales, EAFs y centros de salud de la SESAL en los últimos 12 meses.	%	48	2016	52		
7. Disponibilidad de Ginecoobstetras hospitalarios 24 horas al día / 7 días de la semana en los 8 hospitales descentralizados en los últimos 12 meses.	%	70	2016	80		
8. Establecimientos de salud de primer y segundo nivel abastecidos con métodos de Planificación familiar en los 33 municipios priorizados y los 8 hospitales descentralizados en los últimos 12 meses.	%	86.4	2016	89	Cardex de los almacenes	
9. % de recursos humanos capacitados en el uso de la metodología de consejería en PF.	%	0	2016	50	Informes de Capacitación	

⁶ Encuesta de línea base del Programa salud Mesoamérica 2013 en el occidente del país para los indicadores 3, 4 y 5.

Eficacia y efectividad del Programa Bono 10,000						
10. Cobertura de hogares elegibles para el programa.	%	32	2016	70	Sistema de Información Gerencial (SIG)(numerador) Mapa de pobreza (denominador)	El SIG se utiliza para hacer los seguimientos de las corresponsabilidades de los beneficiarios del BVM. Se refiere al cambio respecto a la situación antes de comenzar el proyecto.
11. Porcentaje de hogares beneficiarios rurales que han recibido tres transferencias en el año.	%	0	2015 ⁷	80	SIG	
12. Porcentaje de niños participantes que cumplen con la condición de salud de acuerdo al ROP en el pago más reciente.	%	17% ⁸	2015	27%		
13. Porcentaje de niños participantes que cumplen con la condición de educación de acuerdo al ROP en el pago más reciente.	%	74%	2015	83%		
14. Incremento en nivel de consumo per cápita mensual en hogares participantes del piloto de graduación ⁹ .	%	0	2016	8	Evaluación Fundación Capital ¹⁰	

⁷ La línea de base será actualizada con base al resultado de 2016.

⁸ La cifra se actualizará después del levantamiento correspondiente a 2016 manteniéndose la ganancia esperada en el indicador.

⁹ Los municipios del piloto no forman parte de los 33 municipios priorizados.

¹⁰ Basado en los resultados encontrados en estudios de 6 países. <http://news.mit.edu/2015/anti-poverty-program-boosts-income-0514>.

PRODUCTOS

Producto	Unidad de Medida	Línea de Base	2017	2018	2019	2020	Total	Comentarios
COMPONENTE 1. Alivio de la pobreza e inversión en capital Humano (US\$20 millones)								
1.1 Número de personas en hogares que reciben transferencias monetarias ¹¹	Número	99.790	0	151.000	151.000	0	¹² 151.000 0	Basado en la planilla de fin de año correspondiente. Tamaño de hogar promedio: 5,87 según EPH 2013.
1.2 SIG equipado	Número	0	1	0	0	0	1	La unidad se considerara equipada cuando tenga laptops, servidores, estación de discos, GPS, monitores, mobiliario, Sistema de seguridad.
1.3 Número de hogares que se incorporan al piloto de graduación.	Número	0	0	1000		0	1000	Informe de evaluación de resultados de piloto.
1.4 Número de hogares incorporados en el Registro Único de Participantes (RUP)	Número	0	0	100.000	0	0	100.000	Reporte del RUP.
1.5 Numero de ejercicios de verificación de responsabilidades de salud a nivel nacional.	Número	0	1	2	2	0	5	Sistema de Información Gerencial de la SSIS.
COMPONENTE 2. Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud (US\$30 millones)								
2.1 Personas cubiertas por gestores descentralizados priorizando los 33	Personas	292.631	412.000	414.000	0	0	414.000	La línea base está calculada en base a una población registrada por el

¹¹ contribuye a la meta de beneficiarios de programas de anti-pobreza del Marco Corporativo de Resultados del Banco (CRF).

¹² Los productos 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 no se suman.

Producto	Unidad de Medida	Línea de Base	2017	2018	2019	2020	Total	Comentarios
municipios seleccionados (ver lista de municipios en el enlace). ¹³								INE, con un per cápita promedio de US\$23.00 para dos años. Se podrán incluir municipios adicionales de acuerdo al mapa de pobreza siempre y cuando se garantice la cobertura de los 33 municipios priorizados.
2.2 Convenios de Gestión firmados con Comités de Apoyo	Número	3	3	3	0	0	3	Copia de convenios firmados con los comités de apoyo. (tres convenios firmados con comités de apoyo (San Marcos de Ocotepeque, Choluteca, y Juticalpa).
2.3 Número de convenios de gestión firmados con gestores de segundo nivel.	Número	5	5	8	0	0	8	Los convenios son firmados por la SESAL. Los hospitales de la línea de base son: 1 en Intibucá, Lempira, Valle y 2 en S.P Sula. Para 2018 se espera descentralizar tres hospitales más.
2.4 Establecimientos de salud abastecidos ¹⁴ con micronutrientes en polvo	Número	0	75	75	75	75	75	Informes de monitoreo de Unidad de gestión descentralizada
2.5.Consultorías para Fortalecimiento Hospitalario	Consultorías	0	0	5	0	0	5	
2.6 Consultorías para el fortalecimiento institucional de la SESAL	Número	0	6	6	6	0	6	Informes finales de consultoría

¹³ Contribuye a la meta de personas beneficiarias con servicios de salud del CRF.

¹⁴ Se verificará en registro de inventario que en los últimos tres meses no se tenga abastecimiento 0 ningún día.

Producto	Unidad de Medida	Línea de Base	2017	2018	2019	2020	Total	Comentarios
2.7. Evaluación Técnica Concurrente	Número	0	0	1	0	0	1	
2.8 Manual de certificación de gestores descentralizados de primero y segundo nivel aprobado	Número	0	0	1	0	0	1	Se considerada aprobado por la SESAL mediante acuerdo ministerial.

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: Honduras

PROYECTO: HO-L1105

NOMBRE: Programa de Apoyo a la Red de Inclusión Social con Prioridad en Occidente

ORGANISMO EJECUTOR: Secretaría de Inclusión Social (SEDIS) y Secretaría de Salud (SESAL)

EQUIPO FIDUCIARIO: Kelvin Suero (FMP/CHO) y María Cecilia Del Puerto Corra (FMP/CHO)

I. RESUMEN EJECUTIVO

- 1.1 Aunque existen factores de riesgo relacionados con la capacidad institucional en el país para la ejecución de proyectos con financiamiento externo, el Banco continúa desarrollando acciones permanentes de apoyo técnico y fortalecimiento al sector público en diversos órdenes, especialmente respecto al mejoramiento de los sistemas nacionales de gestión de las finanzas públicas. En este contexto, respecto a los sistemas de gestión fiduciaria, los últimos diagnósticos sobre los **sistemas de gestión financiera pública** reflejan avances importantes hacia buenas prácticas y estándares internacionales, principalmente en la modernización del marco institucional y la integración de los sistemas de presupuesto, tesorería y contabilidad gubernamental. El Banco apoyó el desarrollo e implementación del Módulo SIAFI/UEPEX para la gestión de proyectos con financiamiento externo y actualmente apoya su fortalecimiento. Actualmente se realizan esfuerzos importantes con las autoridades del país para fortalecer el sistema nacional de control de los recursos públicos. Con relación al **sistema de contratación pública**, Honduras presenta fortalezas identificadas en el diagnóstico MAPS/OECD de 2010, especialmente un marco legal ajustado a la mayoría de las mejores prácticas internacionales. No obstante, existen desafíos para alcanzar estándares que permitan al Banco utilizar el sistema nacional en las operaciones que financia.

II. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR

- 2.1 La operación tendrá un esquema de ejecución conformado por dos Organismos Ejecutores (OE): (i) la SEDIS, a través de la Unidad Coordinadora de Proyectos (UCP) de la Subsecretaría de Integración Social (SSIS); y (ii) la SESAL a través de la Unidad Administradora de Fondos de la Cooperación Externa (UAFCE) y la UGD. La UCP viene ejecutando eficientemente las operaciones financiadas por el BID hasta el momento (HO-L1032, HO-L1042, HO-L1071, HO-L1087 y HO-1093). Por su parte la UAFCE ejecuta actualmente varias operaciones financiadas por el Banco (HO-L1090 y HO-L1072), con personal fiduciario capacitado en la aplicación de las políticas de adquisiciones del Banco y procedimientos financieros BID. Ambas entidades emplean el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAFI), con Modulo UEPEX para la emisión de los reportes de las operaciones con financiamiento externo. Con relación a adquisiciones, aun cuando en el caso de Honduras no está planteada la utilización del sistema país en las operaciones financiadas por el Banco, es práctica generalizada la utilización de HONDUCOMPRAS para difundir las oportunidades de compras y contrataciones del Estado. Existen documentos estándar de licitación pública nacional (LPN) y de comparación de precios, ambos para la

adquisición de bienes y obras, que han sido armonizados con el organismo rector de las compras públicas en el país, y son utilizados en las operaciones financiadas por el Banco.

III. EVALUACIÓN DEL RIESGO FIDUCIARIO Y ACCIONES DE MITIGACIÓN

- 3.1 Se determinó que el riesgo total del programa asociado a la gestión financiera y de las adquisiciones es MEDIO. En este caso particular, el riesgo fiduciario pasa a ser bajo, considerando que para la gestión financiera y contable, OE cuentan con experiencia previa y capacidad constatada a través de la ejecución de las operaciones financiadas por el Banco en el sector. Para el desarrollo de esta función se emplea el sistema SIAFI/UEPEX y todos los controles nacionales que se derivan de su uso. Respecto a las adquisiciones, los riesgos quedan mitigados con la designación de la SEDIS y SESAL como OE, ya que ambas organizaciones contarán con personal especializado en compras bajo los procedimientos del BID. Durante el desarrollo de la operación se impartirán un talleres de actualización sobre los procedimientos del Banco, de ser necesario, y se implementará el sistema de seguimiento y monitoreo que abarcará la planificación de las adquisiciones requeridas para el programa mediante el uso del Sistema de Ejecución del Plan de Adquisiciones (SEPA).

IV. ASPECTOS A SER CONSIDERADOS EN ESTIPULACIONES ESPECIALES DEL CONTRATO

- 4.1 Se incluyen a continuación aquellos Acuerdos y Requisitos que deberán ser considerados en las estipulaciones especiales del contrato de préstamo:
- a. **Condiciones previas al primer desembolso:** (i) que se haya aprobado el Manual de Procedimientos Administrativos y Financieros, correspondiente al Componente 1, con la previa no-objeción del Banco; (ii) que se haya aprobado el Manual Operativo, correspondiente al Componente 2, con la previa no-objeción del Banco; y (iii) que se haya suscrito el convenio interinstitucional entre la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social, la Secretaría de Estado en el Despacho de Finanzas, la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud y la Secretaría de Estado en el Despacho de Educación, estableciendo las obligaciones de cada institución y los términos para la ejecución del proyecto.
 - b. **Condiciones contractuales especiales de ejecución:** (i) que los contratos a ser suscritos con los gestores descentralizados de salud cuenten con la no-objeción previa del Banco; y (ii) que previo a la suscripción de renovaciones de los contratos de gestión descentralizada de salud, se haya presentado un informe de revisión técnica, a satisfacción del Banco, verificando el cumplimiento de las metas de cobertura¹ acordadas con el Banco y para el caso que las metas no se hubieren alcanzado, la presentación de un plan conteniendo las propuestas de mejoras.
 - c. Para efectos de lo estipulado en el Artículo 4.10 (b) de las Normas Generales del contrato de préstamo, las partes acuerdan que el tipo de cambio aplicable será el

¹ De acuerdo a indicadores mencionados en ¶1.17 de la Propuesta de Préstamo.

indicado en el inciso (b)(ii) de dicho Artículo. En este caso, se aplicará el tipo de cambio vigente el día en que el prestatario, los OE, o cualquier otra persona natural o jurídica a quien se le haya delegado la facultad de efectuar gastos, efectúe los pagos respectivos en favor del contratista o proveedor.

- d. Estados financieros auditados (EFA).** El prestatario se compromete a que por sí o mediante el OE se presenten dentro del plazo de 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio económico del OE y durante el plazo para desembolsos del financiamiento, los estados financieros auditados del programa, debidamente dictaminados por auditor independiente aceptable al Banco. El último de estos informes será presentado dentro de los 120 días siguientes a la fecha estipulada para el último desembolso del financiamiento. Se podrá considerar la presentación de un EFA por cada OE.

V. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES

- 5.1 Establecen las disposiciones que aplican para la ejecución de todas las adquisiciones previstas en el proyecto.

A. Ejecución de las Adquisiciones

- 5.2 La UCP, la UGD y la UAFCE, en su respectivo ámbito, serán las encargadas de llevar a cabo los procesos de selección, licitación, contratación, supervisión y recepción de las adquisiciones del programa; que se llevarán a cabo de conformidad con las políticas de Adquisiciones del Banco GN-2349-9 y GN-2350-9 y lo dispuesto los Planes de Adquisiciones (PA) de la operación, que elaborará cada unidad ejecutora. En ellos se detallan: (i) los contratos para obras, bienes y servicios de consultoría requeridos para llevar a cabo el programa; (ii) los métodos propuestos 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.

a. Adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría² generados bajo el proyecto y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DELS) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a LPN se ejecutarán usando Documentos de Licitación Nacional acordados con el Banco y publicados en el sitio web de la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado (ONCAE) www.honducmpras.hn.

- 5.3 Por la naturaleza misma de la operación que financia la continuación de acciones, financiadas por el Banco y desarrolladas por el Gobierno de Honduras, así como la incorporación de nuevos y mejores enfoques, la efectiva ejecución de esta operación requiere dar continuidad a los mecanismos innovadores de pago del bono, de participación comunitaria para la gestión descentralizada de salud, y mantener la capacidad de gestión adquirida por el ejecutor producto de la ejecución de las operaciones anteriores. De acuerdo a lo indicado en el ¶3.6 (a) de la política GN-2349-9, se ha previsto la Contratación Directa por ampliación de los servicios diferentes de consultoría, para el pago del bono, por ser servicios

² Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras financiadas por el BID ([GN-2349-9](#)) ¶1.1: Los servicios diferentes a los de consultoría tienen un tratamiento similar a los bienes.

obtenidos de fuente única: (i) Banco Nacional de Desarrollo Agrícola (BANADESA), hasta por un monto de US\$500 mil; (ii) Federación de Cooperativas de Ahorro y Créditos de Honduras (FACACH) US\$200 mil; (iii) Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para la suscripción de la continuidad de un Convenio Interinstitucional de US\$1 millón para el levantamiento de fichas socioeconómicas únicas para incorporar nuevos hogares en el Bono Vida Mejor. Asimismo, se prevé la contratación de Fundación Capital por US\$1 millón, para el diseño e implementación de un Piloto de Graduación para participantes en el bono vida mejor, por ser la única institución con experiencia excepcional en la implementación de este tipo de pilotos en la región.

5.4 El Prestatario podrá realizar la contratación de gestores de primer y segundo nivel mediante contratación directa hasta por un monto de US\$27,69 millones, justificado en la continuidad de gestores de salud previamente contratados o Alcaldías y/o Mancomunidades de Alcaldías u Organizaciones Sociales de Base Comunitaria, siempre que los mismos hayan prestado los servicios eficientemente. De no existir alguno de los anteriores o de rescindirse alguno de los convenios por el cumplimiento deficiente comprobado, se podrá optar por una ONG legalmente establecida en la comunidad; lo anterior en concordancia con el ¶3.6(a) y 3.17 de la política GN-2349-9 que reuniera las condiciones de selección previamente establecidas. El convenio con los gestores de salud deberá regirse por un formato de convenio acordado previamente con el Banco. Por otra parte, se adquirirán micronutrientes por contratación directa con la firma DSM Nutritional Products por US\$110 mil, justificado en que existe un solo proveedor de dichos insumos que es elegible para el Banco y que cumple con la fórmula y presentación dosificada requeridas por la SESAL de entre todos los proveedores identificados, luego de haber realizado procesos competitivos internacionales y estudios de mercado relativos a los ítems, en concordancia con la cláusula 3.6(c) de la política GN-2349-9.

- a. Los contratos de Servicios de Consultoría generados bajo el programa se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEPs) emitida o acordada con el Banco. La revisión de términos de referencia para la contratación de servicios de consultoría es responsabilidad del especialista sectorial del proyecto.
- b. A criterio de cada OE, la contratación de consultores individuales se podrá solicitar mediante anuncios locales o internacionales a fin de conformar una lista corta de individuos calificados.
- c. Gastos recurrentes son gastos operativos y de mantenimiento requeridos para poner en funcionamiento el programa durante su vida útil, los que serían financiados por el proyecto, realizados siguiendo los procedimientos acordados con el Banco. Los costos de operación no incluyen salarios de funcionarios en ejercicio público, ni otros gastos operativos ordinarios de la SEDIS y SESAL que deberán ser priorizados para el desarrollo del programa dentro de su presupuesto institucional de la entidad.

B. Tabla de Montos Límites

5.5 Los umbrales que determina el uso de la licitación pública internacional y la integración de la lista corta con consultores internacionales, serán puestos a disposición de los OE, en la página www.iadb.org/procurement.

C. Adquisiciones Principales

5.6 Cada OE será responsable de la preparación del PA^{3,4} correspondiente a su gestión. Las adquisiciones principales, previstas en esta operación se detallan a continuación.

Actividad	Tipo de Licitación	Fecha Estimada	Monto Estimado Miles US\$
Servicios			
Entrega de Bono en Sucursales de BANADESA	CD		500
Entrega de Bono en oficinas de FACACH y cooperativas afiliadas	CD		200
Diseño e implementación de un Piloto de Graduación para participantes en el bono vida mejor Fundación Capital	CD		1.000
Levantamiento de fichas socioeconómicas de hogares para el proceso de recertificación Instituto Nacional de Estadística (INE)	SD		500
Sservicios del paquete básico de salud incluyendo la provisión de micronutrientes	CD		110
Convenios con Gestores de Salud	SD		27.690
Firmas⁵			

* Para acceder al PA₁₈, haga clic [aquí](#)

D. Supervisión de Adquisiciones

5.7 De acuerdo al análisis de riesgo fiduciario en adquisiciones, el método de supervisión será establecido en el respectivo PA de cada OE.

5.8 Disposiciones especiales: (i) **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); y (ii) **Otros Procedimientos especiales:** el Banco podrá cambiar a su discreción el esquema de supervisión de adquisiciones, basado en la experiencia de la ejecución y las actualizaciones de capacidad institucional realizada, o las visitas fiduciarias llevadas a cabo.

5.9 **Registros y Archivos.** La SEDIS y la SESAL serán las encargadas de mantener los archivos y documentación de soporte original de los procesos de adquisiciones realizadas por cada institución.

VI. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA GESTIÓN FINANCIERA

6.1 Mediante la implementación del SIAFI y la Cuenta Única del Tesoro (CUT), se logra un manejo prudencial y disciplinado de los recursos en caja y una

³ Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras financiadas por el BID ([GN-2349-9](#)) ¶1.16.; Política para la Selección y contratación de Servicios de Consultoría ([GN-2350-9](#)) ¶1.23.: El Prestatario debe preparar y, antes de las negociaciones del préstamo, someter al Banco para su aprobación, un PA aceptable para el Banco para el periodo inicial de por lo menos 18 meses.

⁴ Ver [Guía para la preparación y aplicación del PA](#)

⁵ En el caso de Servicios de Consultoría, significa la integración de la lista corta por firmas de diversas nacionalidades. Ver Política para la Selección y contratación de Servicios de Consultoría ([GN-2350-9](#)) ¶2.6.

descentralización de la función de tesorería. Los Parámetros Financieros del Banco para el País permiten financiar la totalidad de un proyecto o programa.

- 6.2 Para los informes financieros y rendición de cuentas de los proyectos que el Banco financia, se utiliza el Modulo SIAFI/UEPEX y las normativas nacionales en este ámbito. La modalidad de registro de la contabilidad es con base de caja.
- 6.3 Para la modalidad de Anticipo de Fondo, los OE abrirán una cuenta especial para el desembolso de los fondos, a nombre del programa. El monto máximo de cada Anticipo de Fondos será fijado por el Banco conforme el análisis del flujo de caja presentado por el OE. Se podrá incluir la entrega de más de un anticipo conforme dicho flujo. Dichos anticipos de fondos podrán hacerse por componentes, de conformidad con la estructura operativa del programa, a cuyo efecto cada OE podrá tener una rendición separada de los correspondientes anticipos y de EFAs. En el caso de reembolso de recursos, el Prestatario/OE identificará la cuenta oficial donde serían transferidos dichos recursos.
- 6.4 Los OE desarrollarán sus funciones fiduciarias, conformada con el personal y los sistemas adecuados. El Banco está considerando continuar desarrollando acciones para el fortalecimiento del Control Interno en el país.
- 6.5 Según la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas, el Control Externo compete a dicho órgano. La función de auditoría externa de la operación será ejercida por la una firma de auditores independientes aceptable al Banco, que será financiada con cargo a los recursos del préstamo. Sin embargo, con el debido análisis, el equipo de proyecto podrá convenir con el Banco emplear los servicios del TSC.
- 6.6 Basado en lo anterior, se definió que los acuerdos y arreglos financieros a considerar son los siguientes:
 - a. Contar con auditorías financieras externas del programa, incluyendo informes de auditoría preliminares semestrales.
 - b. Las normas a utilizar en esta operación, son la Política de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el Banco (OP-273-6), la Guía Operacional de Gestión Financiera (OP-274-2), Guía para Informes Financieros y Auditoría.
 - c. El costo total estimado de los servicios de auditoría se estima en US\$750.000 que serán financiados con recursos del préstamo.
 - d. La selección y contratación del servicio de auditoría será realizado con base en el documento AF-200; o bien se podrá considerar la contratación directa de los servicios de auditoría externa que hayan sido contratados de manera competitiva empleando el AF-200 en operaciones financiadas por el Banco y administradas en la actualidad por los OE.
- 6.7 **Plan de supervisión financiera.** El Banco supervisará la gestión financiera del programa, dando seguimiento a las acciones a ser tomadas por los OE o el prestatario para superar las observaciones y hallazgos que pudieran ser identificados como parte de las auditorías externas.
- 6.8 **Mecanismo de Ejecución.** El programa tendrá un esquema de ejecución conformado por dos OE: (i) la SEDIS, con apoyo administrativo-financiero de la UCP de la SSIS; y (ii) la SESAL, a través de la UAFCE y la UGD.