



Sector Salud

Informe de Evaluación de la Secretaría de Salud Período 2016



Convenio de Colaboración y de Buena Fe para la Promoción de la Transparencia, Combate a la Corrupción y Fortalecimiento de los Sistemas de Integridad, suscrito entre el gobierno de la República de Honduras y Transparency Internacional (TI)/Asociación por una Sociedad Más Justa.

© Asociación para una Sociedad Más Justa (ASJ)

Tegucigalpa, diciembre de 2017.

Coordinación técnica y administrativa

Kurt Alan Ver Beek

Keila García

Equipo de Compras y Contrataciones

Yahayra Duce / Especialista en Compras y Contrataciones

Jeimy Morales / Auditor Social Senior

Gianni Rivera / Auditor Social Senior

Equipo de Recursos Humanos

Jimena García Merino / Especialista en Recursos Humanos

Yosmary García/ Auditor Social Junior

Mario Romero / Auditor Social Senior

Diseño y diagramación

Bricelda Contreras

Se permite la reproducción total o parcial de este informe, citando la respectiva fuente.

Contenido

Presentación	5
Resumen ejecutivo	
Capítulo 1: Construyendo Transparencia	19
Capítulo 2: Compras y contrataciones	24
1. Objetivo del estudio	25
2. Metodología	25
3. Marco regulatorio	32
4. Resultados de la evaluación	37
5. Resultados de la evaluación de la transparencia y difusión	54
6. Conclusiones	57
7. Recomendaciones	58
Capítulo 3: Gestión de los Recursos Humanos	61
1. Objetivo del estudio	62
2. Metodología	62
3. Marco regulatorio	68
4. Resultados de la evaluación	69
5. Conclusiones	93
6. Recomendaciones	95
Capítulo 4: Confiabilidad de Resultados	61
1. Objetivos del estudio	98
2. Metodología	99
3. Resultados del análisis de protocolo	102
4. Análisis de la aplicación del protocolo	106
5. Integridad del dato	111
6. Conclusiones	118
7. Recomendaciones	119
Referencias bibliográficas	120



Presentación

Con mucha satisfacción, esperanza y después de diecisiete meses de trabajo, la Asociación para una Sociedad más Justa (ASJ) y Transparencia Internacional (TI) presentamos el informe de evaluación de la Secretaría de Salud (SESAL) del periodo 2016-2017, documento elaborado en el marco del Convenio de colaboración y buena fe para la promoción de la transparencia, combate a la corrupción y fortalecimiento de los sistemas de integridad.

Mediante la firma del convenio entre ASJ/TI y el Gobierno de Honduras, en octubre de 2014, se reconoció que la corrupción es un problema inveterado que aflige a los hondureños al privarles de servicios básicos de calidad, y por primera vez en la historia del país se abrieron las puertas del sector gubernamental a la sociedad civil, como una muestra de voluntad para la rendición de cuentas y el combate a la corrupción.

Esta nueva evaluación de la institución refleja su estado actual y los grandes retos que enfrenta, que representan también la oportunidad de concentrar mayores esfuerzos para el fortalecimiento de su institucionalidad y el mejoramiento de su sistema de integridad, para construir así una Secretaría más sólida y eficiente, que responda a las necesidades de la población de todo el país.

En este sentido, como ASJ y con el apoyo de la comunidad internacional, aspiramos no solo a identificar las debilidades, deficiencias y obstáculos que enfrenta la aplicación de la normativa en los procesos de compras y contrataciones, gestión del recurso humano y confiabilidad de resultados, sino también a construir las bases de una institución transparente, que gestione sus propias oportunidades de mejora. Los hallazgos y recomendaciones presentadas en este documento constituyen un insumo valioso para trabajar juntos en esa dirección.

El trabajo conjunto con autoridades y personal de la Secretaría responde a una metodología científica de análisis y cumplimiento de procedimientos ya establecidos por la ley, que ha sido validada a través de su aplicación en las Secretarías de Salud, Educación, Seguridad y de Infraestructura, así como al Sistema de Administración de Rentas, y que ha permitido reconocer los primeros avances en la aplicación de los planes de mejora institucionales.

En este contexto, instamos a que se tomen las acciones oportunas y contundentes para cumplir con las recomendaciones aquí establecidas y con los planes de mejora propuestos por el Gobierno de Honduras. El camino está trazado y no podemos permitirnos retroceder ni un paso en nuestra aspiración de una Honduras más justa.

Nuestro agradecimiento al apoyo brindado por la cooperación internacional y la sociedad civil, que acompañan esta ardua y noble tarea; y a Transparencia Internacional, por permitirnos liderar el combate a la corrupción y la impunidad, labor que ha sido el pilar de nuestra institución por más de 20 años.

Resumen ejecutivo

El presente informe de evaluación de la Secretaría de Salud (SESAL), correspondiente al período 2016, ha sido formulado por ASJ/TI en el marco del Convenio de colaboración y de buena fe para la promoción de la transparencia, combate a la corrupción y fortalecimiento de sistemas de integridad, con la finalidad de exponer los resultados de una evaluación independiente, cuyo propósito es fortalecer la institucionalidad por medio de la identificación de las debilidades en algunos procesos y propuestas de mejora. De esta manera, se espera contribuir a que la SESAL optimice la gestión interna de sus procesos y recursos y que esto se traduzca en la prestación de mejores servicios públicos de salud.

1. Eje de compras y contrataciones

Se presenta en este informe la segunda evaluación de procesos ejecutados en materia de compras y contrataciones por la Secretaría de Salud, con el objetivo general de evaluar su desempeño y comparar los resultados con el informe de línea de base publicado en el año 2016.

1.1 Metodología

1. La ASJ/TI elaboró una herramienta para medir el nivel de cumplimiento de las normativas aplicables de las diferentes etapas de los procesos, incluyendo las buenas prácticas internacionales. Dicha herramienta se compone de indicadores y subindicadores.
2. La SESAL reportó un universo de 47 procesos de compras y contrataciones ejecutados en el año 2016¹, todos bajo la normativa nacional.
3. La ASJ/TI aplicó criterios para la selección de seis procesos como muestra por evaluar.

1.2 Resultados de la evaluación

Al aplicar la herramienta de medición (hojas de verificación) a la documentación proporcionada por la SESAL para los procesos de la muestra, dicha Secretaría obtuvo un resultado promedio de **63%** de omisión de la normativa y buenas prácticas, lo que refleja un alto grado de incumplimiento, generando así un riesgo considerable de corrupción.

¹ Algunos procesos iniciaron en el año 2015; sin embargo, fueron ejecutados en el 2016 y la SESAL los reportó como parte del universo de ese período.

Tabla n.º 1. Resultados de la evaluación de los procesos comparados con el informe de línea de base de la Secretaría de Salud

Resultados de la evaluación del cumplimiento de la normativa aplicable			
Sector		Salud	
Diagnóstico		Línea de base 2012-2015	Evaluación 2016
		Promedio por indicador	
1	Requisitos previos	73%	52%
2	Procedimiento de contratación	56%	45%
3	Formalización del contrato	64%	50%
4	Entrega y recepción de los bienes/obras	56%	34%
5	Inventario y almacenaje de los bienes	41%	35%
6	Distribución de los bienes	47%	27%
7	Auditoría	0%	20%
8	Sanciones administrativas	0%	25%
9	Participación ciudadana	13%	4%
	Promedio por indicador*	39%	37%

* El cálculo del promedio por sector se realiza con base al promedio de los resultados por indicadores. Valoración de resultados: 0% a 69.9% = rojo; de 70% a 89.9% = amarillo; y de 90% a 100% = verde.

Los resultados de la evaluación de la SESAL muestran una disminución de 2% entre la calificación del informe de línea de base y la presente evaluación, en gran medida debido a las deficiencias en el cumplimiento de la norma en la mayoría de las etapas, desde la planificación hasta las sanciones, así como a la falta de participación ciudadana, aunado a que no entregaron dos de los seis expedientes solicitados como muestra.

Como aspectos positivos se encontraron:

Procesos de fideicomisos con normativa que habilite dicho mecanismo.

Una mejora importante identificada en la presente evaluación es la incorporación de la normativa que habilita los procesos bajo la modalidad de fideicomiso, que nuevamente utilizan la declaratoria de estado de emergencia para realizar los procesos de compras en forma más rápida que si se hiciera en el marco de la Ley de Contratación del Estado.

En el informe de línea de base para las compras de los años 2014- 2015 con intervención del banco fiduciario, la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS) y la SESAL, se encontraron decretos ejecutivos que habilitaban procesos de compra de insecticidas, material médico quirúrgico y medicamentos mediante un estado de emergencia; sin embargo, no contenían la declaratoria como tal de dicha emergencia, quedando por ello

las compras del fideicomiso sin respaldo legal. En la presente evaluación se encontró el decreto PCM-029-2015, por medio del cual se habilita en legal y debida forma la adquisición de medicamentos del listado nacional que no estaban disponibles en los inventarios de los establecimientos públicos de salud, y en uno de los considerandos se especifica que la declaratoria del estado de emergencia se realizó a través del decreto ejecutivo del PCM-03-2015, quedando por ello con sustento legal correspondiente.

Evidencia del análisis comparativo de las ofertas.

En la evaluación del informe de línea de base no se pudo evidenciar el procedimiento de evaluación o el análisis comparativo de las ofertas, para ninguno de los procesos evaluados en las diferentes modalidades de contratación. En la evaluación del año 2016 se reconoce una mejoría en este sentido, ya que cuatro de los seis expedientes evaluados sí contaron con un informe de recomendación de adjudicación, y uno de los expedientes tenía evidencia de evaluación de ofertas.

Evidencia documental sobre la etapa de entrega de suministros de bienes/ servicios y recepción de obras.

Otra mejora verificada en la presente evaluación es la evidencia del registro de las actas de recepción, tanto en los procesos de suministro de bienes como en el proceso de construcción. Este aspecto difiere con los resultados de la evaluación del informe de línea de base, donde se señaló la ausencia de actas de recepción en dos de los quince procesos evaluados, y que en un 67% de los lotes adjudicados no se pudo confirmar la entrega de bienes en el destino final.

Incremento en el porcentaje de acceso a la información.

En materia de acceso a la información, la SESAL obtuvo una calificación de 81%, aspecto que refleja un incremento en comparación con el 49% obtenido en el informe de la línea de base.

Como resultados recurrentes de la SESAL que deben mejorar, se identificaron los siguientes:

Bienes de la SESAL en posesión de institución que no pertenecen al sector ni es una institución especializada en la materia de salud

En el informe de línea de base se encontró que los bienes adquiridos en dos procesos de compra de insecticidas se encontraban en custodia de un funcionario de la SESAL, pero que debían estar bajo la custodia del Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos (ANMI). En esta ocasión, en el proceso de compras de las clínicas móviles para una vida mejor se constató que la custodia de cinco vehículos, según documentos, recaía en el gerente administrativo de la

SESAL; sin embargo, estos se encontraron en el Comando de Apoyo Logístico de las Fuerzas Armadas (CALFFAA), pero asignados para uso del personal de Casa Presidencial.

Falta de evidencia del origen de las necesidades reales de compras y de la publicación del PACC y POA.

En el informe de línea de base, en los diferentes procesos de compra de la SESAL bajo la normativa de la Ley de Contrataciones del Estado (LCE) para los años 2012 -2013, y en procesos del año 2013 bajo el mecanismo del fideicomiso, no se pudo evidenciar el origen de la necesidad de la compra, así como tampoco evidencia de planificación ni de precios de referencia del mercado. En la evaluación actual nuevamente se identifica que ninguno de los seis procesos evaluados² contaba con las justificaciones de las necesidades, el origen de solicitud de los mismos, estudios o investigaciones de precios de mercado, ni tampoco planes anuales de compras y contrataciones (PACC).

Falta de la garantía de cumplimiento y de calidad.

En los cinco procesos de la SESAL (2012- 2013) evaluados en el informe de línea de base, donde se adjudicaron un total de nueve contratos entre seis proveedores, no se encontró evidencia de la existencia de la garantía de cumplimiento de contrato y tampoco de la garantía de calidad; así mismo, se constató que en uno de los casos un proveedor hizo entrega de la garantía de cumplimiento 85 días después de la adjudicación.

Para el presente estudio se verificó nuevamente la ausencia de la garantía de cumplimiento de contrato en tres procesos (hemodiálisis y diálisis, clínicas móviles y construcción de obras). En la compra de clínicas móviles y en uno de los tres contratos de obras, tampoco se encontró la garantía de calidad.

Otras falencias

- Expedientes incompletos, sin foliar y sin entregar. Ejemplo: ausencia de los contratos en el archivo, de las invitaciones a participar, falta de evidencia de la evaluación de las ofertas, etc.
- Poca evidencia de controles o auditorías internas, aplicación de sanciones y protocolos que definan dichas acciones.
- Alto nivel de incumplimiento de la norma aplicable sobre transparencia. La SESAL obtuvo una calificación de 15% en cumplimiento de la normativa en materia de transparencia, el cual incrementó con respecto al 7% obtenido en el informe de la línea de base.

2
1. Adquisición de clínicas móviles; 2. compra de medicamentos a través del fideicomiso; 3. construcción de hospitales; 4. contratación servicio de hemodiálisis; 5. adquisición de medicamentos; y 6. compra de reactivo.

1.3 Recomendaciones

Con el fin de fortalecer los procedimientos de compras y contrataciones y promover la transparencia y combate a la corrupción que permita mejorar los servicios de salud pública, se presentan las siguientes recomendaciones generales:

1. Mejorar la etapa de la planificación mediante: a) el desarrollo de un sistema de registro y comunicación de las necesidades reales y actuales de los procesos desde los hospitales hasta el nivel central y b) la elaboración y publicación de los PACC y plan operativo anual (POA).
2. Continuar asegurando mediante protocolos, guías o instructivos internos que las comisiones evaluadoras realicen los análisis de las ofertas de conformidad a la ley y que dichas ofertas queden documentadas.
3. Implementar mecanismos para el registro completo (físico y digital) de los expedientes y su debida custodia, incluyendo documentos desde las actividades previas hasta sanciones.
4. Dar seguimiento al cumplimiento del levantamiento de las actas de recepción (parcial y final) en los procesos de adquisición de suministros (bienes), consultorías y obra pública, y gestionar se deriven las responsabilidades correspondientes si se incumplieren.
5. Establecer mecanismos de control de verificación de cumplimiento de los convenios que suscriba la SESAL: a) con particulares (UNOPS, banco fiduciario, etc.); y b) con otras instituciones gubernamentales cuando pongan a disposición los bienes de la Secretaría, para que, en caso de incumplimiento, se puedan aplicar las sanciones correspondientes.
6. Asegurar que los contratos sean cumplidos por los proveedores o contratistas y se registre su cumplimiento, así como también medir el desempeño de los funcionarios o empleados públicos responsables de velar por que los contratos se cumplan.
7. Programar auditorías anuales sobre los procesos de compras dentro del plan anual respectivo.
8. Asegurar la publicación y transparencia de los procesos, indistintamente de la unidad ejecutora en HonduCompras (que incluya como mínimo criterios de calidad y validez).

2. Eje de gestión del recurso humano

2.1 Objetivo del estudio

Identificar y evidenciar los avances en el desempeño de la SESAL en cuatro de los seis procesos claves de la gestión del recurso humano, comparando los resultados obtenidos en el informe de línea de base publicado en septiembre del 2016 con los del presente estudio. Con el seguimiento de los resultados, la ASJ/TI aporta elementos para fortalecer a esta institución pública en materia de integridad, transparencia, participación ciudadana, controles y rendición de cuentas, con el fin de obtener servicios de salud de calidad, que respondan a las necesidades de la ciudadanía.

2.2 Metodología y muestra

La metodología de auditoría social aplicada fue diseñada por ASJ/TI en el 2015 y se basa en mecanismos de verificación de procesos. Incluye: a) identificación de objetivos de la evaluación, indicadores y factores de estudio; b) levantamiento, procesamiento y análisis de la información; y c) verificación *in situ*.

Para el logro de los objetivos de este estudio se analizaron las regulaciones generales y específicas establecidas en la ley vigente para el sector y período de estudio, así como las buenas prácticas desarrolladas por otras entidades nacionales e internacionales. Los procesos de la gestión de recursos humanos evaluados fueron: a) Ingreso y contratación de personal; b) Cancelación de personal; c) Administración y control de personal; d) Planificación de la gestión de recurso humano, segmentado el estudio en dos unidades de gestión: personal de los establecimientos de salud y personal del nivel central de la Secretaría para los dos años de evaluación: 2016 y 2017.

El criterio aplicado para la selección de las muestras se fundamenta en la métrica definida, la cual establece que, para universos superiores a 200 unidades, al mayor nivel de confiabilidad, se deben analizar muestras de 115 unidades representativas del universo.

2.3 Requerimiento y sistematización de la información

ASJ/TI solicitó diferentes tipos de registros y documentación a la SESAL, la cual fue remitida por dos fuentes de información primaria: a) Subgerencia de Talento Humano a nivel central (NC); y b) Cinco unidades de talento humano de diferentes establecimientos de salud, a través de los enlaces establecidos por la propia institución, con los cuales en términos generales la comunicación fue fluida. De la información solicitada como base de estudio, el 37% fue entregada completa y en tiempo, el 42% fue entregada incompleta o fuera de tiempo y el 21% no fue entregada. La Subgerencia de Recursos Humanos del nivel central representó el mayor

obstáculo al no facilitar varios de los registros requeridos, como sonson listados de ingresos y cancelaciones y planillas de empleados, entre otros.

2.4 Análisis del marco normativo

En el informe de línea base se expuso que la Secretaría de Salud se encuentra normada por la Ley de Servicio Civil y su reglamento interno de trabajo, encontrando en la ley vacíos que deben ser suplidos en el reglamento, el cual a su vez carece de elementos que regulen los procedimientos torales de la gestión de recurso humano de la institución (ingreso, administración y control, procesos disciplinarios, beneficios, etc.). Un ejemplo de este marco regulatorio débil e inapropiado para el sector y el tipo de trabajadores es la consideración del tratamiento de las negligencias de los empleados únicamente desde la perspectiva administrativa y no médica, siendo la sanción establecida la subsanación del error, lo cual no es aplicable a las negligencias médicas en consideración de que la vida y salud de los pacientes no está sujeta a una corrección.

Aun cuando la autoridad que recibió el informe de línea base mostró interés en impulsar las mejoras normativas que la Secretaría necesita, en los dos años siguientes se comprobó que no se realizó ninguna acción. Uno de los factores que afectan estos cambios es la centralización de la entidad en lo relativo a la toma de decisiones, dependiendo en varios aspectos de las disposiciones que desde la presidencia del Poder Ejecutivo se imponen, lo cual limita el actuar de la institución y provoca un impacto negativo en la gestión del recurso humano.

2.5 Resultados de la evaluación

El promedio general de cumplimiento es de 49% lo cual representa un decremento de seis puntos en relación con la calificación obtenida en la línea de base (55%).

Tabla n.º 2. Resultados consolidados de la evaluación según indicador evaluado y estudio

Indicador evaluado	Nivel de cumplimiento		
	Línea de base 2014-2015	Evaluación 2016-2017	Variación
Planificación de la gestión de recurso humano	56%	46%	-10%
Ingreso de personal	41%	32%	-9%
Cancelación de personal	75%	36%	-39%
Administración y control de personal	N/A	83%	N/A
Porcentaje general de cumplimiento	55%	49%	-6%

Los resultados por indicador se encuentran desarrollados en detalle en el capítulo tres.

Principales resultados de la evaluación

- El proceso de ingreso de personal a la SESAL refleja que la incorporación no se realiza con base en concursos públicos y evaluación de méritos. Asimismo, los expedientes carecen de documentación que respalde la trayectoria profesional de nuevos empleados. Se evidenció que las contrataciones no se encuentran debidamente justificadas (únicamente dos de los 419 ingresos revisados tienen justificación), generando un riesgo de arbitrariedad o de abuso de autoridad.
- Se observaron varias irregularidades en los expedientes de ingreso revisados en los establecimientos de salud (ES), tanto por incumplimientos del proceso, como en el registro documental del mismo, entre ellas: contrataciones como auxiliares de enfermería a personal que no acredita los conocimientos ni la experiencia requerida para el cargo, como ejemplo el caso de la Sra. Mérida Sarahí Mondragón Izaguirre, quien, según el expediente, cuenta con el título de bachiller en administración de empresas, y no de enfermera.
- Se comprobó que la Secretaría continúa favoreciendo a los activistas del partido político en el poder con empleos, encontrando constancias, recomendaciones y acreditaciones del Partido Nacional, del presidente del Congreso Nacional, Mauricio Oliva, y de la primera dama de la nación, Ana García de Hernández, entre otros.
- Se comprobó que la SESAL no cuenta con un plan para el fortalecimiento del personal que vincule la gestión del recurso humano con la visión y estrategia institucional. De igual manera, carece de instrumentos que enmarquen el accionar de los ES con el nivel central, como son el manual de procedimientos de recursos humanos, que permita a todas las unidades proceder bajo los mismos estándares. Esta carencia impacta negativamente en el desempeño de estas áreas y dificulta la consolidación de información.
- No se logró contar con los registros de acciones de cancelación de personal realizadas en los períodos de estudio, por lo cual se evaluaron los procesos de desvinculaciones que el nivel central y los ES reportaron de manera verbal. Aun cuando la evaluación se limitó a los expedientes que la institución presentó, el resultado en este indicador disminuyó en 39 puntos. Los expedientes del nivel central constan únicamente de copia de la identidad, y solo en el 30% de los casos se encuentra el acuerdo de cancelación. En esta evaluación, los ES registraron una importante disminución en los siguientes factores de evaluación: a) documentación corresponde a la causal (-18 puntos porcentuales); b) acuerdo de cancelación (-24); y c) acuerdo de nombramiento (-36).
- Se corroboró la reincidencia en la centralización del procedimiento bajo el cual se

ejecutan los procesos de sanciones y amonestaciones de personal, generando poca agilidad. Al no tener los ES un control total sobre los procedimientos, deben apoyarse en la Subgerencia de Talento Humano y Unidad Legal de la Secretaría de Salud a nivel central, lo que ocasiona demora en la aplicación de las acciones disciplinarias. Este hecho afecta tanto el cumplimiento de lo establecido en la norma (prescripción de sanciones que se quedan sin amonestación), como el registro apropiado de la documentación. Asimismo, la recurrente carencia de información en los expedientes es una falencia que genera un alto riesgo de que la institución no se encuentre en capacidad de validar legalmente las medidas ejecutadas ante posibles demandas por reintegro y salarios caídos.

- El indicador de administración y control de personal fue evaluado exclusivamente en el subindicador de sanción a faltas en cumplimiento al debido proceso y no fue sujeto de estudio para la línea base, por lo cual no presenta comparación. La SESAL en el nivel central obtuvo un 89% de porcentaje de cumplimiento y los ES un 77%; por tanto, en términos generales, se puede concluir que en los casos en los que se realiza el seguimiento de faltas el proceso se ha realizado en mediano apego a la normativa aplicable.
- Se identificó un escaso control y seguimiento de las faltas, ya que únicamente se realizaron 75 procesos de amonestación en dos años. Tomando en consideración que la institución cuenta con más de 25,000 empleados, se puede concluir que existe omisión en las regulaciones internas de personal. Esta falencia genera indisciplina e impacta directamente en la calidad de los servicios prestados, puesto que no hay amonestaciones ni sanciones a los empleados por el incumplimiento de sus deberes y obligaciones.
- El resultado del análisis realizado de la información divulgada en el portal de transparencia reflejó una disminución en el cumplimiento de lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de 26 puntos porcentuales en relación con el cumplimiento del 96% obtenido en la línea de base, lo que evidencia que la institución solo cumple con el 70% de las publicaciones que debe realizar en materia de recurso humano.

Es importante resaltar que, de los ES evaluados, el Hospital Mario Catarino Rivas es el único que cumplió con los requerimientos previos necesarios para desarrollar el proceso de evaluación (listado de personal ingresado y cancelado). Asimismo, durante la visita *in situ* se pudo observar una mejora relevante en cuanto a las acciones de personal que efectúan, por ejemplo la documentación de los procesos de seguimiento a faltas y sanciones, mostrando que se encuentran un proceso de mejora continua.

2.6 Recomendaciones principales

1. Promover el fortalecimiento de la Dirección General de Servicio Civil, a razón de que la misma cumpla con el rol rector y de apoyo a las entidades del gobierno en materia de recurso humano.
2. Formular un nuevo reglamento interno que, en apego a la normativa general, diferencie las obligaciones, deberes y sanciones, entre el para el personal asistencial (médicos, enfermeras, etc.) y el administrativo.
3. Formular un plan estratégico para el fortalecimiento del recurso humano de la SESAL.
4. Desarrollar las herramientas de gestión del talento humano que permitan tanto la eficiencia en la administración y ejecución de los procesos, como la oportuna toma de decisiones.
5. Gestionar los procesos de concursos para todas las vacantes, empleando mecanismos competitivos, basados en méritos e idoneidad, que no admitan la injerencia política en la selección y nombramiento del personal.
6. Formular un manual único de procedimiento de desvinculación según tipo de cancelación, el cual debe ser de cumplimiento irrestricto por todas las unidades de talento humano, tanto en los ES como en el nivel central.
7. Sancionar todas las faltas, y en caso de que no se den a conocer las acciones a las áreas pertinentes, sancionar también a los responsables de las omisiones.
8. Mejorar la relación de la sanción aplicable a las faltas con base en su gravedad.
9. Establecer protocolos y canales de flujo para el correcto manejo de los archivos, así como destinar los espacios adecuados para los archivos físicos y digitales, responsabilizando a cargos específicos para estas funciones.
10. Apego en la publicación y actualización de la información en el portal de transparencia, en cumplimiento con lo exigido por la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de manera que la información publicada sea oportuna y confiable.
11. Estimular la participación ciudadana de manera individual y colectiva, estableciendo mecanismos de transparencia, rendición de cuentas y veeduría social, que contribuyan a garantizar el proceder ético, oportuno y eficiente de la entidad, generando a la vez confianza en la gestión de la SESAL por parte de población.

3. Confiabilidad de resultados

3.1 Objetivos del estudio

En este capítulo se analizan los indicadores de la tasa de incidencia del dengue, cobertura de atenciones prenatales y cobertura de menores de cinco años atendidos en los establecimientos de salud; el período evaluado en este estudio fue 2016-2017. Estos indicadores fueron también seleccionados y analizados en la línea de base para los años 2013-2015. Los resultados generales del estudio se encuentran resumidos en la tabla n.º 3, obteniendo la SESAL en este eje una nota de 92%, lo cual significó una mejora de 15 puntos porcentuales respecto a la evaluación 2013-2015.

Tabla n.º 3. Resultados generales de la evaluación 2016-2017

Resultados del estudio			
Descripción / Indicador	Atenciones prenatales en ES	Atenciones a menores de cinco años en ES	Incidencia del dengue
Existencia de protocolos	94%	94%	94%
Aplicación de protocolo	89%	89%	89%
Integridad del dato	94.3	98%	86%
Calificación por indicador	92%	94%	90%
Calificación general del eje de confiabilidad de resultados	92%		

Fuente: elaboración propia.

3.2 Metodología

La metodología empleada para esta evaluación consiste en tres etapas: análisis de protocolo, evaluación de la práctica e integridad del dato. En el análisis de protocolo se evalúa inicialmente la existencia o no de un protocolo (manual o instructivo) que describa el proceso de generación de los datos estadísticos de los indicadores de estudio. Se analizan algunos aspectos de la calidad del documento o protocolo, tomando en cuenta si está aprobado oficialmente, si responde a la normativa legal o a buenas prácticas internacionales, y el nivel de detalle de las tareas y actividades que lo conforman, entre otros aspectos.

La evaluación de la práctica consiste en evaluar la implementación del protocolo del proceso de generación del dato estadístico. Para este análisis, la ASJ/TI elaboró un instrumento de estudio con base en los lineamientos y documentos brindados y las prácticas descritas por personal de la SESAL, de manera que permita un análisis comparativo con la línea de base.

La etapa de integridad del dato consiste en la aplicación de un factor de verificación para constatar que los datos reportados por la Secretaría en sus informes coincidan con los datos de la

fuentes primarias. El valor obtenido refleja la medida en que el dato se mantiene íntegro a través de todas las etapas del proceso.

3.3 Resultados del análisis de protocolo

En esta sección del estudio, la calificación obtenida por la SESAL al promediar los tres indicadores fue de 92%, sin embargo, se encontró la carencia de algunos elementos importantes que se detallan a continuación:

- ***El protocolo no está oficializado.*** Pese al excelente protocolo, existe el riesgo de que los instrumentos y buenas prácticas desarrolladas en la generación de datos por la SESAL no perduren, debido a que no existe el sustento legal que asegure su aplicación.
- ***Etapas de análisis y divulgación no incluidas en el protocolo.*** El protocolo de instrumentos no establece quién o cuál unidad será encargada de realizar un análisis y divulgar de manera oficial los datos compilados.

Análisis de la aplicación del protocolo

En esta dimensión se analiza la aplicación del protocolo existente, tanto a nivel local en hospitales y centros de salud, como en las oficinas regionales de salud. En general todos los ES y regiones de salud mejoraron en casi todos los aspectos con respecto a la línea de base; se evidenció una notable mejoría de 12 puntos porcentuales en la aplicación del protocolo respecto a la evaluación 2013-2015, lo que significó una calificación final de 97% para la evaluación 2016-2017 para los tres indicadores. Pese a esta notable mejoría, se obtuvieron los siguientes hallazgos sobre aspectos por mejorar:

- **No se siguen las instrucciones del llenado de** los formatos de atenciones ambulatorias (ATA). Respecto a la aplicación del protocolo en los ES, el principal problema encontrado se debe al mal llenado de los ATA. Por ejemplo, quedan en blanco el número de identidad o el nombre de la persona.
- **Archivo en mal estado.** En la Región de Salud de Cortés y el Centro de Salud Médico Odontológico (Cesamo) de Puerto Cortés se encontró una bodega de archivos en mal estado, con humedad y goteras.
- **Personal con múltiples funciones.** En el Cesamo de Puerto Cortés, la persona encargada de llevar los registros estadísticos era una profesional de la enfermería en trabajo social (practicante), la cual debe atender pacientes, gestionar campañas de vacunación, realizar tareas administrativas y gestionar estadísticas, lo cual incide para que los ATA no se llenen correctamente.
- **Desabastecimiento de materiales y papelería:** En los CESAMOS no se dispone de una dotación permanente de papelería, por lo cual se ven obligados a elaborar fotocopias de tamaño menor al legalmente utilizado.

3.4 Integridad del dato

En esta sección del capítulo se realizó una verificación *in situ* en los ES, la cual consistió en realizar un conteo de un mes en específico de las atenciones ambulatorias (ATA) y compararlas con el informe mensual de atenciones ambulatorias (AT2R) para el indicador de niños menores de cinco años y atenciones prenatales y el informe diario mensual de enfermedades de notificación obligatoria (TRANS) para los casos de dengue.

En términos generales, la calificación de la integridad del dato para la SESAL fue de 92%, lo que respecto a la línea de base representa un aumento de 14 puntos porcentuales; no obstante, persiste el siguiente hallazgo:

- **Letra ilegible y sujeta a la interpretación**, lo cual deriva en numerosos problemas de interpretación del diagnóstico. En ocasiones los encargados de gestionar esta información en los ES deben realizar doble conteo, y en otros casos abocarse al médico que llenó el ATA para encontrar el diagnóstico adecuado.

3.5 Recomendaciones

1. Mediante acuerdo ministerial u otro mecanismo legal, oficializar el compendio de instrumentos e instructivos de estadística de la SESAL; además, se recomienda que dicho mecanismo legal se evidencie en el contenido del documento.
2. Agregar al compendio los insumos necesarios que establezcan claramente la función de análisis y divulgación de los datos estadísticos.
3. Brindar capacitaciones a los médicos y enfermeras para el correcto uso de los ATA.
4. Verificar de forma aleatoria la calidad del llenado de los ATA, y de ser posible contemplar sanciones administrativas al incumplimiento.
5. Diseñar el mecanismo piloto de un sistema de gestión de estadísticas en las principales ciudades del país (Tegucigalpa y San Pedro Sula), y cuando esté completamente desarrollado extrapolar el sistema para los demás ES del país periódicamente.
6. Dotar a los ES de la estantería y carpetas necesarias, como requerimientos mínimos para un archivo con condiciones aceptables. De igual manera, se recomienda elaborar un mecanismo para abastecerlos de papelería.



Sector Salud

Capítulo I: Construyendo transparencia

El presente informe de evaluación a la Secretaría de Salud (SESAL), formulado por ASJ/TI en el marco del Convenio de colaboración y de buena fe para la promoción de la transparencia, combate de la corrupción y fortalecimiento de sistemas de integridad, desarrollado durante el año 2017-2018 tiene por finalidad exponer los resultados de las investigaciones efectuadas y realizar las comparaciones con los datos expuestos en el informe de línea de base de la SESAL presentado en el 2016.

El estudio es de carácter independiente y tiene como propósito general contribuir a fortalecer la Secretaría a través de la identificación de oportunidades de mejora en los procesos evaluados y la presentación de propuestas de fortalecimiento, a fin de que la institución optimice su gestión interna y esto se traduzca en la prestación de mejores servicios de salud.

Los resultados de la presente evaluación nutren el sistema de monitoreo y evaluación sectorial que la sociedad civil realiza de las mejoras o acciones correctivas que la institución ha priorizado, con base en los resultados y recomendaciones del informe de línea de base. De igual manera, permite a la institución actualizar sus planes de mejora teniendo en consideración los nuevos resultados.

Marco de actuación

El Convenio tiene por propósito fortalecer la institucionalidad pública de cinco sectores del Gobierno, identificados como los más vulnerables: 1) salud, 2) educación, 3) seguridad, 4) infraestructura y 5) gestión tributaria. El proceso de fortalecimiento parte de la evaluación en tres ejes: compras y contrataciones, gestión del recurso humano y confiabilidad de las estadísticas de resultados. Se evalúa de manera transversal la transparencia y el acceso a la información, y mediante la generación de propuestas de reformas se incide en las políticas públicas y en los procesos para incrementar la eficiencia y eficacia, control, rendición de cuentas y participación ciudadana. De esta manera se espera contribuir a mejorar continuamente la calidad de los servicios que las instituciones brindan a la ciudadanía y la gobernanza de las mismas.

Además de estos cinco sectores, se colabora con las entidades responsables de aplicar y velar por el cumplimiento de la normativa relacionada con los procesos de compras y adquisiciones del Estado y el control interno de las instituciones públicas: Oficina Normativa de Contrataciones y Adquisiciones del Estado (ONCAE) y la Oficina Nacional de Desarrollo Integral y Control Interno (ONADICI).

Se reconoce a la actual administración los esfuerzos realizados por fortalecer la institucionalidad, gobernabilidad, competencia y transparencia de las instituciones públicas; no obstante, es necesario un irrestricto cumplimiento de la ley, ya que los resultados, conclusiones y recomendaciones expuestas en este documento pueden requerir de investigaciones y posible deducción de responsabilidades, las cuales deben ser trasladadas al ente competente, que a su vez debe asumir la responsabilidad de sancionar, según sea el caso, en el marco de un debido proceso, transparente y ágil.

Avances en el cumplimiento del acuerdo por parte del Gobierno de Honduras

El sistema de evaluación científica minuciosamente desarrollado por TI/ASJ ha permitido confirmar con hechos documentados los problemas y debilidades estructurales de la administración pública, los cuales, aun cuando históricamente han sido conocidos, no han sido observados bajo la óptica de una mejora continua que fortalezca la institucionalidad y de tal forma la gestión de estas entidades del Estado.

La SESAL, en observancia de las recomendaciones emitidas por TI/ASJ en su informe de línea de base de 2016, formuló su plan de mejora con incidencia en los tres ejes de estudio del convenio, el cual se encuentra en etapa de implementación y es sujeto de monitoreo continuo por parte de TI/ASJ.

El informe de avances en mejoras implementadas de la Secretaría de Salud del año 2017 reflejó un cumplimiento global del 48% de las mejoras establecidas para la primera medición, producto de las acciones ejecutadas por eje, que representan un progreso de: a) un 39% de lo planificado en materia de compras y contrataciones; b) un 28% en la gestión del recurso humano, y c) un 75% en confiabilidad de resultados. Se presentan a continuación, los principales logros alcanzados por eje.

Compras y contrataciones:

1. Elaboración de una base de datos escenario de ahorro, que incluye, entre otros campos de información: registro de precios de más de 580 productos de procesos anteriores, identificación de la unidad ejecutora, las cantidades adquiridas, la descripción del bien, la fecha de emisión de la orden de compra, el formulario de ejecución de gasto (F-01)³ al que está ligada la compra, el nombre del proveedor, el precio unitario, el total de la compra realizada comparado con el precio unitario de referencia e incluyendo la diferencia entre ambos precios (el ofertado y el precio de referencia).
2. Formulación del reglamento técnico de procedimientos para el Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos (ANMI), en condición de borrador socializado con personal clave de diferentes unidades.
3. Revisión del contrato con la UNOPS, lo cual posibilitó que el Estado asumiera un rol de mayor exigencia para el cumplimiento de los compromisos de dicho organismo, modificándose el nuevo convenio, en atención a las necesidades e intereses de la Secretaría.

Gestión del recurso humano:

1. Elaboración de un diagnóstico del talento humano que permitió identificar la definición de cinco líneas estratégicas: fortalecimiento del rol rector, formación y educación

³ El F-01 es el formulario oficial aprobado para el Sistema de Administración Financiera Integrada (SIAFI) por medio del cual se regula el proceso de ejecución de gastos de las entidades públicas.

permanente del talento humano, salud ocupacional, gestión del talento humano basado en competencias, investigación en recursos humanos en salud. Para estas cinco líneas se detallaron objetivos, estrategias, líneas de acción e indicadores.

2. Censo de personal, el cual determinó la ubicación, funciones y salarios de los colaboradores. Aun cuando a la fecha de evaluación no se encontraba completo, se habían registrado más de ocho mil empleados, lo cual corresponde a más del 30% del total de trabajadores de la SESAL.
3. Inicio de la socialización de la agenda de investigación, la cual permite aplicar lineamientos comunes en las diferentes unidades responsables de la gestión del talento humano de la Secretaría, en el marco del proceso de descentralización que se está implementando.

Confiabilidad de las estadísticas de resultados (cumplimiento de 75% del plan, equivalente al 100% de lo planificado):

1. Diseño del sistema de información con margen de error estadístico menor al 5%, para la evaluación de la calidad del dato, realizando la aplicación de controles de calidad rigurosos en el manejo de los formularios, de donde surge la información para la formulación de los indicadores Atención ambulatoria (ATA), Informe de Atención Ambulatoria Mensual Consolidadas (ATR2R), Informe Diario-Mensual de Enfermedades de Notificación Obligatoria (TRANS).
2. Elaboración del compendio de instrumentos e instructivos de estadística, mediante el cual se estandarizarán los formatos de recolección de datos y homogenizará la forma de recepción, archivo y conservación de los instrumentos, facilitando así el flujo de la información y los tiempos de entrega. Asimismo, se diseñó un sistema de información vigente en el Área Estadística de la Salud (AES) que incluye formatos de captura diaria y consolidados de manera mensual (AT2-R, TRANS).
3. Divulgación y publicación por parte de la SESAL de los instructivos actualizados en el portal de transparencia, logrando que las regiones sanitarias y hospitales tengan acceso y hagan uso de las últimas versiones de los protocolos. .

Qué hicimos y cómo lo hicimos

La evaluación presentada en este informe no representa una calificación de la gestión total de la SESAL; obedece al estudio particular de una muestra de procesos claves en los que se verificó el cumplimiento de ciertos procedimientos específicos con base en la norma aplicable y

las mejores prácticas reconocidas a nivel nacional e internacional. De igual manera, no refleja un estado en términos de transparencia y rendición de cuentas, ya que no se analizó en su totalidad el cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Los indicadores sujetos de estudio por eje se describen en detalle en cada capítulo. En forma general son: en compras y contrataciones, toda la norma aplicable y las nueve etapas del procedimiento de compra; en la gestión de recursos humanos, los procedimientos de: a) planificación de la gestión, b) ingreso de personal, c) cancelación de personal y d) administración y control de personal; y en el eje de confiabilidad de las estadísticas de resultados se verifica el proceso de generación de datos para tres indicadores: a) cobertura de atenciones prenatales; b) cobertura de atenciones a niños menores de cinco años; y c) incidencia del dengue.

En atención al fin primordial del Convenio, los resultados obtenidos son comparados con los presentados en el informe de línea de base, a razón de poder reflejar el avance o no, por cada indicador de cada eje.



Sector Salud

Capítulo II: Compras y Contrataciones

1. Objetivo del estudio

El objetivo general es evaluar el desempeño de la Secretaría de Salud (SESAL) en la gestión de compras y contrataciones durante los procesos ejecutados en el año 2016, y comparar los resultados con el informe de línea de base publicado en el año 2016 sobre procesos ejecutados en los años 2012 al 2015, a fin de fortalecer a esta entidad pública en materia de integridad, transparencia, participación ciudadana, controles y rendición de cuentas, para brindar servicios de calidad, que respondan a las solicitudes y necesidades de la ciudadanía.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Analizar y diagnosticar resultados en procesos de compras y contrataciones llevados a cabo por la SESAL, mediante la evaluación de las diferentes etapas en dichos procesos.
2. Identificar y registrar el nivel de cumplimiento de las normas, procedimientos y controles aplicables, para disminuir los riesgos de corrupción y aumentar la calidad e impacto social, con base en prácticas internacionales.
3. Evaluar la transparencia y rendición de cuentas en los procesos de compras y contrataciones implementados por la SESAL.
4. Identificar los avances en el desempeño de la Secretaría mediante comparación con los resultados del informe publicado del 2016 en materia de gestión de compras y contrataciones.
5. Aportar elementos para la actualización del plan de mejora institucional proponiendo mecanismos de cumplimiento y evaluación periódica y continua, a través de un sistema de indicadores base que aseguren la aplicabilidad de las políticas de gobierno, normas, controles, transparencia y rendición de cuentas en forma oportuna.

2. Metodología

La metodología para el desarrollo del presente informe es la misma aplicada en el informe de línea de base correspondiente a esta Secretaría, que se consensuó en su momento con la Mesa de Acuerdo y Monitoreo (MAM), la cual está compuesta tanto por representantes del Gobierno como por la ASJ/TI.

Esta metodología ha servido de guía estandarizada para la evaluación de las instituciones públicas, y se ha ido adaptando y mejorando, a razón de las particularidades encontradas en cada institución.

Los pasos para elaborar el presente informe incluyeron:

2.1 Solicitud y entrega de información general.

En esta etapa se solicita a la institución información general relacionada con las compras y

contrataciones, por ejemplo: los presupuestos, normativa, la planificación, universos y registros de todos los procesos llevados a cabo en el año de estudio, etc.

Es importante señalar que con los enlaces Isaac Gallegos⁴ y Lesly Barahona se tuvo una buena comunicación, pero hubo demoras como consecuencia del cambio de autoridades en la SESAL el año anterior (2016). Aunque la SESAL entregó un 81% de la información solicitada, se observó una disminución en el número de archivos y número de páginas recibidas con relación a esos mismos datos del informe de línea de base, tal como se puede observar en la siguiente tabla sobre el nivel de entrega y de acceso de información de la SESAL que tuvo la ASJ/TI.

Tabla n.º 4. Comparación del levantamiento de información entre la línea de base y la evaluación 2016.

N.º de páginas revisadas en el estudio de línea de base – SESAL (2012-2015)		N.º de páginas revisadas en la evaluación 2016		
	N.º de archivos	N.º de páginas	N.º de archivos (PDF, Excel, Word, JPG)	N.º de páginas
Digitalizados por la SESAL	210	3,257	173	6,082
Digitalizados por la ASJ	2,628	9,469	299	3,809
Total	2,838	12,726	472	9,891

2.2 Levantamiento del universo de los procesos.

La SESAL reportó un universo de 47 procesos de compras y contrataciones ejecutados en el 2016⁵. La ASJ/TI no encontró en HonduCompras otros procesos distintos a los reportados por la SESAL⁶, quedando el resultado así:

4 Se aclara que Isaac Gallegos estuvo solo en la primera fase de recopilación de información.

5 Se aclara que algunos procesos iniciaron en el año 2015; sin embargo, se ejecutaron en el año 2016, y por ello se tomaron como parte del universo.

6 Es el primer caso en donde la ASJ/TI no encontró en HonduCompras otros procesos distintos a los reportados por la SESAL.

Tabla n.º 5. Universo reportado por la SESAL evaluación 2016.

	Modalidad	Reportado por la SESAL	% con respecto a la inversión	% con respecto a las modalidades utilizadas
Competitivo	Licitación pública nacional	19	27% (L 89.542.237)	40%
Subtotal competitivo		19	27% (L 89.542.237)	40%
Restringido	Licitación privada	6	63% (L 205.450.453)	13%
Restringido	Comparación de precios	1	0% (L 0)	2%
Restringido	Contratación directa	21	10% (L 32.710.688)	45%
Subtotal restringido		28	73% (L 238.161.141)	60%
Total general	47		100% (L 327.703.378)	100%

2.3 Selección y solicitud de la muestra

Una vez identificado el universo, se aplicaron los siguientes criterios para la selección de la muestra (similares a los otros informes y al propio informe de línea de base) de seis procesos de compras y contrataciones por evaluar: a) modalidad de procedimientos llevados a cabo; b) fuente de financiamiento y normativa a aplicar en los procesos; c) mayor porcentaje de representatividad de la designación/gasto del presupuesto de la institución; d) riesgo de corrupción; e) ubicación del beneficiario del proyecto; f) impacto social de los proyectos; g) año 2016; y h) la no inclusión de compras menores.

Se solicitaron los expedientes administrativos de cada uno de los procesos de la muestra elegida. La SESAL procedió a preparar y remitir la información, o en su defecto permitió el levantamiento de la información a través del escaneo de los expedientes, en varias visitas *in situ*.

Tabla n.º 6. Muestra de procesos seleccionados

N.º	Proceso	Objeto	Modalidad	Fuente de financiamiento	Unidad ejecutora	Monto en lempiras	Adjudicado
1	LPN-006-2016-SS	Adquisición de vehículos, equipos médicos, generadores eléctricos y equipos menores de las ferias de la salud para una vida mejor	Licitación pública nacional	Nacional	Departamento de licitaciones de la SESAL	L 38,906,211	HealthCare Products Centroamérica, S. de R.L.
2	HN 2015-024	Compra de medicamentos para la SESAL	Licitación pública internacional	Nacional	UNOPS	US\$ 900,000 monto base US\$ 1,053,059,039 monto adjudicado	Varios (un total de 49 contratos con 26 proveedores)
3	SS-PICSC -168-2015	Remodelación, ampliación y construcción Hospital Enrique Aguilar Cerrato: Construcción de bloque materno infantil, La Esperanza, Intibucá	Licitación pública internacional	BID	Unidad administradora de fondos de cooperación externa UAFCE	L 79,192,375	Lote 1: Serpic, S. de R.L. de C.V.
		Remodelación, ampliación y construcción Hospital Juan Manuel Gálvez: Construcción de bloque materno infantil, Gracias, Lempira.				L 81,363,297	Lote 2: Servicios Autorizados de Trabajo de Obra (Sato, S. de R.L. de C.V.
		Obras múltiples en el Hospital Mario Catarino Rivas: Ampliación emergencia pediátrica, San Pedro Sula.				L 34,916,220	Lote 3: Compañía de infraestructura e inversiones nacionales, S. de R.L.

4	LPN-012-2016-SS	Servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal	Licitación privada	Nacional	Departamento de licitaciones de la SESAL	L 205,089,760	Diálisis de Honduras
5	Sin información	Adquisición de medicamentos	Contratación directa	Sin información	Sin información	L 6,016,000	Droguería de Medicamentos Internacionales
6	Sin información	Adquisición de reactivos	Contratación directa	Sin información	Sin información	L 1,116,650	Imlab

2.4 La identificación de la normativa a aplicar.

Mediante la información recibida de la SESAL del universo de procesos de compras que realizaron durante el año 2016, se identificó que del presupuesto ejecutado de L 327,703,377.57, el 73% se llevó a cabo mediante modalidades no competitivas⁷. Con base en dichos montos se identificó que la normativa a aplicar mayormente es la Ley de Contratación del Estado y el Código de Comercio en materia de fideicomisos, igual que en el primer informe de la línea de base. Se incluyó también la normativa del BID, ya que se consideró como parte de la muestra un proceso de obra ejecutado en ese marco.

2.5 Diseño de una herramienta de verificación

Se diseñó una herramienta para medir el nivel de cumplimiento de las normativas aplicables y las buenas prácticas nacionales e internacionales, denominada hoja de verificación de criterios, definidos en atención a la normativa aplicable a los procesos evaluados. Estos criterios de verificación se mantienen del informe de línea base y corresponden a cada una de las etapas del proceso de compras y contrataciones, según se enuncian a continuación:

- I. Requisitos previos (precompra en el informe anterior)
- II. Procedimiento de contratación (compra en el informe anterior)
- III. Formalización y ejecución del contrato
- IV. Recepción
- V. Inventario y almacenamiento
- VI. Distribución
- VII. Auditoría interna (antes auditoría y vigilancia)
- VIII. Sanciones administrativas (antes sanción)
- IX. Participación ciudadana (antes auditoría social)
- X. Transparencia y divulgación (en el informe anterior estaban incluidos dentro de las etapas del 1 al 7).

El desarrollo de indicadores y subindicadores

Los indicadores (etapas) y subindicadores (pasos o requisitos según la normativa aplicable) se incluyen en forma lógica y cronológica en la hoja de verificación, según aplique la normativa nacional o cualquier otra normativa. En la siguiente tabla se muestra el total de indicadores utilizados en la presente evaluación, comparado con el número de indicadores utilizados en el informe de línea de base publicado en el 2016.

⁷ Ver tabla n.º 4 del presente informe. Universo reportado por la SESAL evaluación 2016.

Tabla n.º 7. Comparación de número de criterios de verificación (indicadores y subindicadores) utilizados en el informe de línea de base y la evaluación 2016.

N.º de subindicadores informe de línea de base (2012-2015)				N.º de subindicadores evaluación 2015-2016			
Modalidad		Suministro bienes		Suministro bienes	Construcción obra	Suministro bienes	Suministro Servicios
Período	2012-2013	2013	2014-2005	2016			
TOTAL:	498	358	419	395	216	222	190

En esta ocasión se utilizó un número reducido de indicadores debido a tres aspectos:

1. Los procesos de la muestra definen la normativa aplicable y las hojas de verificación y por ende pueden modificarse en atención a la modalidad y complejidad de cada proceso.
2. Se agruparon algunos indicadores que versaban sobre un mismo punto.
3. Para hacer más eficiente la metodología de la ASJ/TI y para conveniencia de las instituciones evaluadas, se redujeron indicadores para medir aspectos generales y no muy específicos.

En la siguiente tabla se muestra un ejemplo de los indicadores y subindicadores utilizados.

Tabla n.º 8. Ejemplo de indicadores y subindicadores en la hoja de verificación del proceso (LCE)

Indicador	Requisitos previos al inicio del procedimiento de contratación	SS-PICSC-CP-168-2015			
Subindicador	Expediente de contratación	Si	No	N/A	Observaciones
	Existe el expediente de contratación.	X			
	El expediente de contratación está debidamente identificado y foliado.		X		No está foliado.
	La custodia del expediente está a cargo del órgano responsable de la contratación.	X			

Al desarrollarse la medición de cada indicador a través de subindicadores, se muestra en forma fundamentada si se cumplió o no con el paso requerido, detallándose las observaciones correspondientes, si las hubieren. De esta manera la evaluación de la información para cada proceso de compras y contrataciones se realiza objetivamente y bajo un marco jurídico concreto, o en su defecto con base en las buenas prácticas.

El porcentaje de cumplimiento de la normativa para cada proceso evaluado expresa el número de subindicadores que se cumplen en relación al total de criterios evaluados.

Con base en la normativa, etapas y finalidad del informe, se completaron cinco hojas de verificación:

1. Para medir procesos con norma nacional para la adquisición de bienes (etapas 1.^a a la 7.^a)⁸.
2. Para medir procesos a través de fideicomisos para la adquisición de bienes (etapas 1.^a a la 7.^a).
3. Para procesos con políticas BID para la construcción de obras (desde la etapa 1.^a a la 7.^a).
4. Para procesos con normativa nacional para suministro de servicios (etapas 1.^a a la 7.^a).
5. Para la medición de la transparencia y divulgación de la información (la 8.^a etapa).

3. Marco regulatorio

El análisis del marco regulatorio se enfocó en la normativa aplicable a los procesos seleccionados como muestra, principalmente la siguiente:

Figura n.º 1. Normativa aplicable en la evaluación de los procesos



Aunque la norma aplicable incluye algunas leyes no enunciadas en la pirámide, al igual que el informe de línea de base, principalmente se enfatizó en la norma nacional sobre compras y contrataciones, normativa del BID para la construcción de hospitales y el Código de Comercio para los procesos bajo la figura del fideicomiso.

Es pertinente mencionar que el fideicomiso es un negocio jurídico por medio del cual un banco debidamente autorizado para ello en el país, administra o ejerce funciones sobre un bien (mueble o inmueble), adquiriendo la titularidad del mismo, con una finalidad específica y que

⁸ Ver las etapas del proceso de compras y contrataciones en la página 30 del presente informe.

es normada solo a través del Código de Comercio⁹. Se utilizó por primera vez en la SESAL en el año del 2013 para comprar medicamentos, y en el período 2014 - 2015 se compraron insecticidas, material médico quirúrgico y medicamentos. En el actual período evaluado solo se utilizó el mecanismo del fideicomiso para la compra de medicamentos.

Resultados del análisis del marco normativo

Después del análisis normativo se encontraron los siguientes resultados.

Resultado 1: Insuficiente norma, lineamientos, protocolos o guías especializadas en planificación, selección y evaluación de participantes, auditoría, control interno y participación ciudadana

En el informe de línea de base se identificó que en las diferentes etapas de contratación habían algunos vacíos u omisiones que debían corregirse, entre otros: falta de planificación (estudios de mercado de consumo, venta y estadístico); comisiones de evaluación no integradas con personal calificado; carencia de mecanismos o sistemas de puntos o de porcentajes y la forma adecuada de ponderar las ofertas; ausencia de la etapa de inventario y almacenamiento, distribución, etapas de sanciones y auditorías, participación ciudadana, etc.

En la presente evaluación se encontró que la SESAL aún no cuenta con manuales para muchas de esas áreas, como se detalla a continuación.

- En la etapa de planificación: en ningún proceso evaluado se evidenció la utilización de la base de datos de la subgerencia de recursos materiales y servicios generales, identificada en el informe de avances en mejoras implementadas de la SESAL correspondiente al período de octubre 2016 a marzo 2017. Tampoco se encontró evidencia de un manual, norma, lineamientos, etc.
- En la etapa de contratación: tampoco se pudo evidenciar la existencia de un manual, guía, protocolo, etc. para la conformación de comisiones y sus funciones, el perfil de las personas que las integran, mecanismos o sistemas para la evaluación de las ofertas, etc.
- En la etapa de almacenamiento e inventario: en el precitado informe de avances de mejoras implementadas de la SESAL se identificó que la Secretaría contaba con un reglamento técnico de procedimientos del Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos de octubre del 2015; sin embargo, en esta evaluación y en visita *in situ* celebrada el 26 de abril del 2018, se consultó a la encargada del ANMI sobre la aplicación de manuales y mencionó que en sus cinco años de estar asignada ahí, no recibió instrucciones o manuales, ni tampoco ha sido auditada, y que los controles aplicados por ella y su equipo corresponden a buenas prácticas y decisiones propias para

9

Ahora también a través de resoluciones de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS).

tratar de controlar adecuadamente el manejo, custodia y entrega de los medicamentos. Ejemplo de buena práctica implementada es el inventario de los productos, que elaboran cada dos semanas.

- En materia de auditoría y sanciones: también se reincide en el resultado, pues tampoco se pudo identificar herramientas documentales que estandaricen y aseguren el cumplimiento de lineamientos básicos para el desarrollo de auditorías y controles internos a los procesos de compras, y por ende la aplicación de las sanciones correspondientes, tanto a proveedores como a los servidores públicos.
- En materia de participación ciudadana: nuevamente se encontró la ausencia de una política, protocolo o manual, etc. para establecer las directrices básicas de la SESAL para fomentar la participación ciudadana en las diferentes etapas de los procesos de compras.

Es importante que la SESAL cuente con diferentes herramientas escritas para el control y verificación de las compras a nivel central y posteriormente a nivel nacional; por ello hace falta que regule y cree protocolos para las etapas de planificación, contratación, almacén, auditorías y controles internos, la aplicación de sanciones y el fomento de la participación ciudadana, ya que es necesario contar con lineamientos aprobados para la medición y control de los procesos, con el fin de velar por el cumplimiento de las leyes, así como, en caso de incumplimiento, aplicar las sanciones correspondientes en forma oportuna y pertinente.

Recomendaciones.

1. Elaborar y aprobar manuales de procedimientos para todo el proceso de compras (las etapas de planificación, contratación, almacén, auditorías y controles internos, la aplicación de sanciones y el fomento de la participación ciudadana).
2. Difundir y promover el uso de dichos manuales tanto en las áreas responsables de los procesos de compras como en las otras áreas vinculadas indirectamente.

Resultado 2: Fortalecimiento del rol contratante de la SESAL en el marco del fideicomiso con el banco fiduciario y la UNOPS

El informe de línea de base evidenció la falta de normativa para regular la figura del fideicomiso, así como también las falencias contenidas en los contratos de fideicomiso suscrito con el banco fiduciario (Banco de Occidente, S.A.) y el convenio con la UNOPS, como responsable de la selección de los proveedores; por ejemplo: falta de sanciones para los incumplimientos por parte del fiduciario o de la UNOPS, la obligatoriedad de la debida custodia de los documentos de todos los procesos y la remisión obligada en tiempo y forma a la SESAL, regular y dar a conocer los perfiles y personas que integran las comisiones evaluadoras, el seguimiento y control del nivel de cumplimiento de las obligaciones del fiduciario y de UNOPS, etc.

Estas debilidades se originaron en el hecho de que la SESAL no pudo negociar en igualdad de condiciones en un nuevo marco que desconocía (fideicomisos), en el cual las contrapartes suscriptoras (fiduciario y UNOPS) tenían una posición de ventaja que les permitió suscribir contratos que favorecían a sus intereses por sobre los del Estado. De ello se derivó la falta de sanciones para casos de incumplimiento del banco fiduciario o de la UNOPS, liberación de responsabilidad sobre las recomendaciones que realizara la UNOPS y el fiduciario, la falta de sistematización y transferencia de conocimiento a la SESAL de la modalidad empleada, la no obligatoriedad de presentar informes de rendición de cuentas y de gestión.

En el informe de avance del plan de mejora se pudo validar la revisión de la SESAL del convenio de UNOPS, lo que permitió que se realizaran mejores controles de cumplimiento de las obligaciones de las partes, así como negociar un nuevo convenio en mejores condiciones para el Estado, por ejemplo, asegurar la presencia de la SESAL en las etapas de evaluación de la UNOPS. Sin embargo, no se pudo evidenciar avances en la revisión del contrato del fideicomiso.

En el presente informe de evaluación se revisó el convenio de fideicomiso para el ejercicio del año 2016¹⁰ y se constató la mejora también en las condiciones suscritas con el fiduciario, como la exigencia de informes de gestión y rendición de cuentas mensuales (los primeros) y semestrales (los segundos), el incremento de responsabilidad en el fiduciario para la medición del cumplimiento de los contratos con los proveedores y la aplicación de las multas respectivas, la mejora y control del Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos, el involucramiento directo de la Unidad de Logística de Medicamentos e Insumos (ULMI) como responsable de la medición y control del fideicomiso, etc.

Estos avances representan un cambio en favor del Estado, ya que el tener control sobre los contratos permite ir mejorando tanto en la reforma de los contratos de fideicomisos como en los contratos y convenios firmados con el fiduciario y la UNOPS.

No obstante, la figura del fideicomiso aún no se encuentra regulada con un marco legal general para todos los contratos de este tipo que suscriba el Estado, sino que cada contrato de fideicomiso que se suscriba se encuentra bajo un marco propio y específico. Es importante sistematizar estos procesos para registrar la experiencia hasta ahora desarrollada, y normarla para estandarizarla en toda la administración pública.

Recomendaciones.

1. Sistematizar la experiencia de los procesos bajo fideicomisos de tal forma que:
 - Se registren las ventajas, desventajas, fortalezas, oportunidades de mejora, etc. y se compare con otras compras implementadas por la SESAL (Organización Panamericana de la Salud –OPS–, hospitales descentralizados, fundaciones administradoras de hospitales, catálogo electrónico, etc.).

10

El informe de fideicomiso, aunque tiene fecha asignada del 2015, se ejecutó en el año 2016.

- Validar los ahorros en las compras desde el punto de vista de los precios de los proveedores, y también hacer un análisis sobre el costo administrativo de las compras, con la participación de la UNOPS, teniendo en cuenta el costo financiero que recibe por la operación.
- 2. Generar una base de datos histórica y pública de las compras mediante fideicomisos sobre los productos comprados, los precios pagados, los proveedores adjudicados, la calidad de los productos, el cumplimiento e incumplimiento contractual, etc.

Resultado 3: Falta de fortalecimiento de la unidad de compras de la SESAL

En el informe de línea de base 2016 se encontraron una serie de resultados que evidenciaron la poca experiencia e inclusive el desconocimiento de las normas aplicables a los procesos de compras y adquisiciones. Entre ellos, debilidades en la adecuación de pliegos de condiciones, en la conformación de las comisiones evaluadoras, la falta de justificaciones de las adjudicaciones, incumplimientos de la ley y reglamento sobre la materia, falta de normativa para los fideicomisos, etc.

En el informe de avances del plan de mejoras de la SESAL se encontró que solo dos personas de doce fueron capacitadas sobre la materia, y en la presente evaluación la Secretaría no pudo acreditar la capacitación del resto del personal.

Es importante señalar que ni la LCE, la ONCAE y ninguna ley o institución del gobierno regula cómo deberían ser las unidades de compras, el perfil del personal que debería integrarlas, el número de personal mínimo a contratar, etc. Es por ello que es importante asegurar que la SESAL invierta esfuerzos en la conformación de las unidades, capacitación del personal que trabaja en compras y contrataciones del Estado en las diferentes normas, fondos, modalidades, áreas, etc. y el fortalecimiento general de una unidad de compras centralizada con el fin de incidir en la gestión administrativa de la SESAL, garantizando el cumplimiento de las leyes y rendición de cuentas.

Recomendaciones.

1. Establecer un plan de formación del personal de la Secretaría vinculados directa e indirectamente a compras.
2. Llevar a cabo controles internos del personal de la SE para medir el cumplimiento de las leyes en materia de compras, y en caso de incumplimiento aplicar las sanciones legales que correspondan.

4. Resultados de la evaluación

Una vez recibidos los expedientes de los procesos y posterior a su clasificación, análisis y estudio, se verificó el nivel de cumplimiento de la normativa aplicable y las buenas prácticas, mediante la aplicación de las hojas de verificación. Se presentan a continuación los resultados obtenidos.

4.1 Resultados de evaluación de los procesos

Esta sección contiene la evaluación obtenida por la SESAL en los nueve indicadores de la tabla 7, con una calificación final de 37%,¹¹ lo que refleja un alto incumplimiento de la norma aplicable a los procesos y las buenas prácticas, generando así un alto riesgo de corrupción.

.....
11 El resultado de la evaluación de la Secretaría corresponde al promedio según tipo de contratación y no con base en el promedio de los resultados por indicador.

Tabla n.º 9. Calificación de resultados de la evaluación de los procesos comparados con el informe de línea de base y la actualización

Resultados de la evaluación del cumplimiento de la normativa aplicable											
Sector		Salud									
Diagnóstico		Línea de base 2012-2015				Evaluación 2016					
Tipo de contratación		2012-2013 Medicamentos SESAL y Fideicomiso	2014-2015 Medicamento Fideicomiso	Medicamentos Fideicomiso	Obras BID Hospitales	Compra de clínicas móviles	Servicio de Hemodiálisis	Compra directa de medicamentos	Compra directa de reactivos	Promedio por indicador	
1	Requisitos previos	75%	71%	79%	78%	78%	78%	0%	0%	52%	
2	Procedimiento de contratación	57%	55%	36%	100%	48%	84%	0%	0%	45%	
3	Formalización del contrato	45%	83%	93%	100%	36%	71%	0%	0%	50%	
4	Entrega y recepción de los bienes/ obras	42%	71%	71%	54%	43%	N/A	0%	0%	34%	
5	Inventario y almacenaje de los bienes	2%	80%	89%	N/A	50%	N/A	0%	0%	35%	
6	Distribución de los bienes	0%	95%	82%	N/A	N/A	N/A	0%	0%	27%	
7	Auditoría	0%	0%	N/A	100%	100%	0%	0%	0%	20%	
8	Sanciones administrativas	0%	0%	0%	N/A	0%	N/A	0%	0%	25%	
9	Participación ciudadana	1%	26%	22%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	
Promedio según tipo de contratación		25%	53%	59%	72%	44%	47%	0%	0%	37%	
Promedio por sector		39%		37%							

Se observa en la tabla anterior que la SESAL disminuyó 2 puntos entre la calificación del informe de línea de base y la presente evaluación, en gran medida debido a que no entregaron dos de los seis expedientes solicitados como muestra, puesto que la calificación obtenida es el promedio del porcentaje de cumplimiento de la normativa de cada proceso evaluado.

Sobresale la obtención de valores de 90 y 100% en algunas etapas/ indicadores de tres de los seis procesos y un promedio final satisfactorio en uno de los seis expedientes (construcción de hospitales bajo normativa BID); sin embargo, se ven afectados por la disminución en general de los resultados de los otros procesos. Por ello, la SESAL debe encauzar sus esfuerzos para mejorar en todas las etapas.

Para efectos de la comparación de los resultados obtenidos en la presente evaluación con los del informe de línea base, es pertinente recordar que este se dividió en atención a las modalidades de compras, de la siguiente forma:

- a. Compras bajo normativa de LCE durante los años 2012 y 2013 (cinco procesos evaluados);
- b. Compras mediante el fideicomiso en el 2013. (Banco de Occidente, S.A. y la SESAL); y
- c. Compras realizadas también con el fideicomiso durante los años 2014 y 2015 (la SESAL, la UNOPS y el fiduciario).

En el presente informe se dan a conocer los resultados específicos obtenidos en atención a cada etapa.

Etapas de requisitos previos

Resultado 1: falta de evidencia del origen de las necesidades reales de compras y de la publicación del PACC y POA

En el informe de línea de base, en lo que respecta a los diferentes procesos de compra de la SESAL bajo normativa LCE y bajo el mecanismo del fideicomiso, no se pudo evidenciar el origen de la necesidad de la compra, la justificación de la necesidad, si la compra satisfacía la demanda para una zona específica. Por el contrario, se identificó la falta de planificación, ausencia de estudios o investigación de precios de mercado, y falta de acreditación de los requerimientos que justificaran los tipos de medicamentos e insecticidas y las cantidades a comprar.

La LCE establece que todo proceso de compra debe planificarse, programarse y organizarse de modo que las necesidades se satisfagan en tiempo oportuno y en las mejores condiciones de costo y calidad. Para ello establece también la obligatoriedad de preparar los programas anuales de compras.

En ninguno de los expedientes del informe de línea de base (indistintamente de la modalidad utilizada) se encontró evidencia del plan de anual de compras y contrataciones (PACC) ni el

plan anual operativo (POA), ambos obligatorios desde el 2010 para efectos del Sistema de Administración Financiera Integrada (SIAFI).

Para el caso específico de la adquisición de medicamentos a través del fideicomiso, mediante decreto en consejo de ministros se establecía que se compraran medicamentos del listado nacional que no estuvieren disponibles en los inventarios de los establecimientos públicos del sistema de salud y en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). La ASJ/TI solicitó en varias ocasiones la evidencia de los inventarios de los establecimientos públicos, del sistema de salud y del IHSS; sin embargo, nunca se facilitó.

En esta evaluación se encontró que ninguno de seis procesos de compra¹² (contaba con las justificaciones de las necesidades ni el origen de solicitud de los mismos, estudios o investigaciones de precios de mercado, ni tampoco planes anuales de compras y contrataciones (PACC).

Dentro de la planificación se encuentra también la programación presupuestaria, así como también las actividades que deberán realizarse para llevar a cabo dichos procesos. El no contar con una correcta planificación o no evidenciar el origen de las compras permite la discrecionalidad en las autoridades para ejecutar compras y adquisiciones sin que realmente sean necesarias, al amparo de las modalidades correspondientes y del marco jurídico aplicable; de igual forma, permite hacer compras a precios mayores que el de mercado. Por ende, es importante desarrollar esta etapa.

Recomendaciones.

1. Desarrollar un sistema de registro a nivel central para el levantamiento de las necesidades desde los hospitales beneficiarios.
2. Elaborar protocolos para asegurar que se registren los precios de compras.
3. Analizar la conveniencia de fortalecer la etapa de planificación mediante registro de precios o estudios de mercado (calidad, valor por dinero, etc.).
4. Asegurar la elaboración y publicación de los PACC y POA.
5. Investigar el incumplimiento del personal de la obligación de registrar las necesidades y precios de las compras, elaborar y publicar los PACC y POA, y en caso de corresponder, derivar la responsabilidad legal y aplicar sanciones o acciones legales pertinentes.

.....
12 1. Adquisición de vehículos/ clínicas móviles para las ferias de la salud para una vida mejor; 2. compra de medicamentos a través del fideicomiso; 3. construcción de hospitales; 4. contratación servicio de hemodiálisis; 5. adquisición de medicamentos; y 6. compra de reactivo. Para efectos del presente informe, la compra de adquisición de vehículos, equipos médicos, generadores eléctricos y equipos menores de las ferias de la salud para una vida mejor, se denominará “compras de clínicas móviles para las ferias de la salud para una vida mejor”, o simplemente “clínicas móviles”.

Resultado 2: procesos de fideicomisos con la correspondiente declaratoria de estado de emergencia

En el informe de línea de base se constató la ausencia de declaratoria de estado de emergencia para todas las compras a realizarse para los años 2014 - 2015 bajo el mecanismo del fideicomiso con la intervención del banco fiduciario, la UNOPS y la SESAL, ya que el Estado utilizó la figura del fideicomiso como respuesta al desabastecimiento que había en ese momento, para poder realizar compras en forma más rápida y salir del marco de la LCE. Se encontraron decretos ejecutivos que en los considerandos aludían a la emergencia para las compras de insecticidas, material médico quirúrgico y medicamentos, pero en la parte esencial y mandatoria no hicieron una mención expresa de la declaración de estado de emergencia, por lo cual legalmente no se hizo la declaratoria de ese estado. Este aspecto pudo causar un detrimento para el Estado de L 905,413,011.16, monto total de los contratos suscritos durante esos dos años.

En la presente evaluación, a diferencia del informe de línea de base, se encontró el PCM-029-2015,¹³ por medio del cual se habilita en legal y debida forma la adquisición de medicamentos del listado nacional que no estaban disponibles en los inventarios de los establecimientos públicos del sistema de salud y en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). En los considerandos se especifica que la declaración de estado de emergencia se realizó a través del decreto ejecutivo en consejo de ministros PCM-03-2015, emitido en fecha 24 de enero del 2015 y publicado en el diario oficial La Gaceta el 26 de enero del 2015.

Esta mejora es importante pues todo proceso de compra debe estar enmarcado en ley; de lo contrario representa un riesgo en la debida gestión de la administración pública, por ser actos susceptibles de una impugnación.

Recomendación.

1. Continuar asegurando que todo proceso cuente con el correspondiente marco legal para su ejecución, indistintamente de la modalidad bajo la cual se realice (normativa nacional, fondos externos, fideicomisos, etc.).

Resultado 3. Expediente de contratación incompleto y sin foliar

En el informe de línea de base se evidenció la falta de expedientes administrativos unificados, los mismos estaban incompletos, sin foliar, y en el caso específico de los fideicomisos no se pudo encontrar quién era el responsable de la integración de todo el proceso en un solo expediente, en atención a los diferentes actores que participaron en dicha modalidad (el banco fiduciario, UNOPS y la propia SESAL).

Todo proceso de contratación del Estado requiere que las diferentes actuaciones queden

13
Debidamente publicado en el diario oficial La Gaceta, n.º 33,752, el 10 de junio del 2015.

registradas en un expediente de contratación físico, el cual debe estar a cargo de una unidad técnica o persona que la autoridad designe de acuerdo a las funciones y perfiles del personal y áreas de las instituciones.

Es relevante aclarar que la evaluación de la conformación del expediente completo, foliado, rotulado y debidamente custodiado, solo es un punto del cumplimiento de la normativa; sin embargo, es un punto importante en el que la administración pública debe mejorar y enfocar sus esfuerzos, sobre todo cuando la misma ley nacional establece que la omisión de la incorporación oportuna de documentación atinente al expediente de contratación está catalogado como una causal de suspensión sin goce de salario, por tres meses, para aquellos funcionarios o empleados públicos que la incumplan.

Además, el expediente administrativo debe ir completo, pues este servirá para que se puedan llevar a cabo los controles posteriores, como auditorías internas, externas o de sociedad civil.

En esta evaluación de los procesos del 2016, con base en la información recibida de la SESAL, se pudo encontrar que los cuatro procesos entregados sí contaban con un expediente y que en términos generales hubo mejora en cuanto a los resultados observados en el informe de línea de base. A diferencia de la evaluación anterior, todos contaban con avisos de publicación, las actas de recepción y apertura de ofertas, los contratos firmados y conteniendo la cláusula de integridad, etc.; sin embargo, los expedientes todavía contenían falencias en la documentación y en pasos importantes. Por ejemplo:

- a. No se encontró evidencia en ningún expediente sobre la planificación (necesidades previas, estudios de mercado, registro de precios, PACC, POA, etc.);
- b. Ausencia de un sistema de puntos o porcentajes y criterios objetivos de ponderación, aspecto que reincide del informe de línea de base. Ejemplo: en los procesos LPN-006-2016 de adquisición de vehículos (clínicas móviles para las ferias de la salud para una vida mejor) y LPI-001-2015 de construcción de hospitales.
- c. En cinco de los seis expedientes no hubo registro de la conformación y nombramiento de las comisiones de evaluación; solo se encontró en el proceso de construcción de obra.
- d. La no entrega de dos expedientes de la muestra también es ejemplo del problema de la custodia indebida de los expedientes administrativos (compras directas de medicamentos y reactivos).

Recomendaciones.

1. Implementar mecanismos (manual, reglamento) que permitan la obtención de un registro documental (formato físico y digitalización de los documentos), como parte de las actividades diarias en materia de compras y contrataciones, para asegurar la debida custodia de los documentos.
2. Asegurar que se incluyan dentro de los expedientes administrativos todos los

- documentos concernientes al procedimiento de contratación, en orden cronológico.
3. Aplicar sanciones para deducir responsabilidades a los funcionarios o empleados públicos por incumplimiento en la incorporación oportuna de la documentación en el expediente.

Etapas de procedimientos de contratación:

Resultado 1: evidencia del análisis comparativo de las ofertas.

Es importante que toda adjudicación cuente con un sustento técnico, legal y financiero que respalde y evidencie la evaluación de las ofertas y la comparación entre ellas. En ninguno de los procesos del informe de línea de base en las diferentes modalidades de contratación (con normativa nacional y el fideicomiso) se encontró evidencia sobre la evaluación o el análisis comparativo de las ofertas.

En esta evaluación del 2016 se encontró que los cuatro expedientes recibidos sí contaron con un informe de recomendación de adjudicación; incluso en el proceso LPN 012-2016-SS en donde hubo un solo participante (Diálisis de Honduras), el expediente contó con la respectiva evidencia de evaluación de la oferta recibida.

Aunque no se encontró la documentación propiamente del análisis y evaluación de las ofertas, sí es importante haber encontrado la recomendación de adjudicación que contiene la descripción de lo realizado por la comisión evaluadora. Este es un gran avance que se identifica en la Secretaría, a razón de evidenciar que la toma de decisiones de las adjudicaciones esté sustentada y que no se adjudique con base en otros criterios que no sean los estipulados en el pliego de condiciones.

Recomendación.

1. Continuar asegurando mediante protocolos, guías o instructivos internos, que las comisiones evaluadoras realicen las evaluaciones y análisis de las ofertas de conformidad a la ley y que estos procesos queden documentados.
2. Definir mecanismos y sistemas de puntos o de porcentajes y la forma adecuada de ponderar las ofertas.

Resultado 2: incumplimiento en el nombramiento formal de la comisión evaluadora.

En el informe de línea de base en los cinco procesos de los años 2012 - 2013 desarrollados bajo normativa nacional, en los cuales se adjudicó un total de L 39,434,950, no se encontró evidencia sobre la conformación de las comisiones evaluadoras.

Tampoco se encontró, en esa ocasión, evidencia de los nombramientos oficiales y formales

de la comisión evaluadora, que según ley se debieron documentar en los expedientes de la muestra bajo el proceso del fideicomiso.

Todo proceso de selección de participantes de una comisión evaluadora debe contar con un grupo multidisciplinario que pueda realizar la etapa de selección de los proveedores en forma eficiente y con base en un análisis debidamente fundamentado. En función de las ofertas, el Estado debe conformar una comisión evaluadora de tres o cinco integrantes de amplia experiencia y capacidad, la cual formulará la recomendación correspondiente, de conformidad a lo establecido en la LCE.

En esta evaluación del 2016 persiste el resultado, al no encontrarse en cinco de los seis expedientes la evidencia del nombramiento formal de la comisión evaluadora. Únicamente en el expediente de compra de servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal se encontró acuerdo ministerial nombrando una comisión de cinco funcionarios de la Secretaría. En los procesos de compra de las clínicas móviles, construcción de hospitales y compra de medicamentos mediante fideicomiso, se pudo constatar la existencia de una comisión evaluadora, ya que los nombres de sus integrantes aparecieron en las actas de recomendación de adjudicación, pero faltó el acto de nombramiento correspondiente.

Al no existir una delegación formal a favor de las comisiones evaluadoras, se afecta la validez y legalidad del actuar de dichas comisiones, y al no tener la facultad correspondiente se pueden declarar nulos los actos de recomendación de la adjudicación, afectando el proceso competitivo; por ende, debería derivarse la responsabilidad administrativa por realizar actos sin tener facultades para ello.

Recomendaciones.

1. Asegurar que la conformación de las comisiones se constate por escrito y se integren en el expediente administrativo correspondiente.
2. Finalizar y aprobar el manual de compras y contrataciones interno de la SESAL.
3. Investigar la responsabilidad legal de los funcionarios o empleados públicos que conforman las comisiones al margen de la ley y aplicar las sanciones o gestiones legales si corresponde.

Etapa de formalización y ejecución del contrato:

Resultado 1: falta de evidencia de la garantía de cumplimiento del contrato y de calidad

De los cinco procesos de compras del período del 2012 - 2013 analizado en el informe de línea de base, se adjudicaron un total de nueve contratos entre seis proveedores. En seis de nueve

contratos no se encontró evidencia de la existencia de la garantía de cumplimiento del contrato¹⁴.

En ese mismo período tampoco se encontró la evidencia de la garantía de calidad¹⁵ en seis de los nueve contratos de la muestra seleccionada por la ASJ/TI. En el expediente LPN-004-2012-SS, la empresa Diprodi presentó la garantía de cumplimiento 85 días después de la notificación de la adjudicación, la cual debió ser presentada en un plazo de 10 días, según los pliegos de condiciones.

Para el período del 2013, durante el cual se llevaron a cabo procesos bajo fideicomiso entre la SESAL y el fiduciario (Banco de Occidente, S.A.), se registraron por parte de la ASJ/TI una serie de inconsistencias relacionadas con la garantía de cumplimiento, como por ejemplo: la no exigencia de garantía para entregas inmediatas, la posibilidad de entregar garantías parciales condicionadas a cada entrega, y la aplicación de plazos de vigencia distintos a los enunciados en la LCE y a los propios pliegos de condiciones. Así mismo, en ese período se constató que en algunos contratos los proveedores no presentaron la garantía por el monto exigido¹⁶.

Conforme a la normativa aplicable, y con el fin de garantizar el cumplimiento de los contratos y la calidad de los productos u obras contratadas por el Estado, se debe exigir una garantía del 15% del valor del contrato como garantía de mantenimiento del mismo, y de un 5% como garantía de calidad.

La no exigencia de garantías de cumplimiento a los proveedores o contratistas por parte del órgano contratante, genera un grave riesgo a los intereses del Estado, el cual queda desprotegido en caso de que los proveedores no honren sus obligaciones contractuales.

En la presente evaluación se encontró:

- a. Ausencia de la garantía de cumplimiento de contrato en el proceso de hemodiálisis y diálisis peritoneal (LPN-012-2016-SS). Sí se encontraron en los procesos de vehículos (clínicas móviles para las ferias de la salud para una vida mejor) y de construcción de obras (LPN-006-2016 y LPI-001-2015, respectivamente).
- b. En relación a la garantía de calidad, no se encontró en el proceso de adquisición de clínicas móviles, en el proceso de compra de clínicas móviles ni en el proceso de construcción de obras. En este último proceso de obras se encontró únicamente la garantía de calidad de uno de los tres contratos que se derivan de dicho proceso, el adjudicado a Serpic, S. de R.L. de C.V.

Para el caso del proceso de contratación de servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal, en el pliego de condiciones se estipulaba, de conformidad a la LCE, la no exigencia de la garantía de calidad al tratarse de una prestación de servicio.

14 Ver tabla número 17 del informe de línea de base: Evidencia de copia de garantía de cumplimiento en expedientes de los procesos del informe de línea de base (2012 – 2015).

15 Ver tabla número 19 del informe de línea de base: Evidencia de copia de garantía de calidad en expedientes de procesos del informe de línea de base (2012 – 2015).

16 Ver tabla número 27 del informe de línea de base: Incumplimiento del monto exigido de garantía de cumplimiento.

Es importante que la SESAL cuente con las garantías de calidad, ya que estas deben responder por los vicios ocultos o defectos en las obras que sean imputables a los contratistas, o de los bienes suministrados durante el plazo estipulado para ello en los contratos. El no contar con dichas garantías impide que el Estado las ejecute en caso necesario, y así pueda resarcirse del daño causado.

Recomendaciones.

1. Asegurar la exigencia de las garantías de cumplimiento de contrato y de calidad.
2. Investigar y sancionar, con base en derecho, a quienes les corresponde la solicitud de dicha garantía, derivar responsabilidades, si aplicaren e imponer las sanciones que correspondan.

Resultado 2: mejora en el registro y debida custodia de contratos por parte de la SESAL

En el informe de la línea de base no se encontraron en la Secretaría los contratos suscritos para procesos con normativa nacional y de fideicomiso; en el caso del fideicomiso, el banco fiduciario incumplió con su obligación de remitir copia de los contratos a la SESAL. Tampoco se encontró evidencia de la solicitud de la Secretaría requiriendo tales copias.

En el presente informe se encontró una mejora en el registro y debida custodia de los contratos por parte de la SESAL, de tal manera que todos los contratos solicitados como parte de la muestra fueron facilitados directamente por la Secretaría, sin tener la necesidad la ASJ/TI de buscar dichos contratos en otras fuentes.

En el caso del expediente del fideicomiso (HN-2015-024) de adquisición de medicamentos, por medio del cual se adjudicaron un total de 49 contratos entre 26 proveedores, por un monto total de L 1,053,059,038.81, la SESAL contaba con cada una de las copias de dichos contratos que fueron suscritos entre el banco fiduciario y los proveedores, tal y como lo habilita dicha modalidad.

Es importante mencionar que esta modalidad del fideicomiso, en la que las responsabilidades se encuentran divididas entre el fiduciario, la SESAL y la UNOPS, generó en el pasado que el expediente de contratación estuviere disgregado, sin que la Secretaría contara con un registro documental de todas las actividades llevadas a cabo para las compras, impidiendo que la institución conociera de todo el actuar de las partes involucradas.

En esta ocasión, al tener un registro centralizado de las diferentes actividades, y especialmente los contratos suscritos, la SESAL cuenta con un mejor control del actuar del banco fiduciario, así como también de los proveedores, y por ende puede cumplir con la obligación de remitir los contratos a la ONCAE.

Recomendaciones.

1. Continuar con el cumplimiento de la ley en la debida custodia de los expedientes administrativos, incluyendo los contratos firmados, indistintamente de la modalidad de contratación.
2. Dar seguimiento al cumplimiento de los funcionarios en la debida custodia de los expedientes administrativos, y gestionar se deriven las responsabilidades correspondientes si se incumplieren.

Etapas de entrega y recepción de la obra o suministro de bienes o servicios:

Resultado 1: evidencia documental sobre la etapa de entrega de suministro de bienes o servicios y recepción de obras.

En el informe de línea de base se señaló la ausencia de actas de recepción en las tres modalidades de compras evaluadas. En los años 2012 - 2013 bajo normativa nacional, se encontró que en dos de los cinco procesos evaluados no existían actas de entregas. Del total de esos procesos, en el 67% de lotes adjudicados no se pudo confirmar la entrega de dichos bienes, representando un posible detrimento para el Estado de más de treinta millones de lempiras.

En el Almacén Central de Medicamentos e Insumos y en la bodega El Guanábano no se encontraron, en las visitas *in situ*, expedientes ni actas de recepción, así como tampoco información del personal administrativo responsable de la recepción de los productos.

Para los procesos del año 2013 bajo fideicomiso, tampoco se encontraron las actas de entregas del almacén que el banco fiduciario debió recibir para proceder a los respectivos pagos. A pesar de que sí se encontraron algunas actas en el almacén central, los regentes que recibían los bienes, así como también los pagos del banco, firmaban contra entrega de constancias en bulto y facturas presentadas por los propios proveedores, sin verificar el dato específico de unidades de medicamentos recibidos, el vencimiento ni la forma de presentación de los mismos, ya que se hacían únicamente verificaciones al azar y no a todos los proveedores.

En la presente evaluación del 2016 se encontró evidencia de registro de actas de recepción tanto en los procesos de suministro de bienes como de construcción de obras.

a. En los procesos de suministro de bienes:

En la compra de adquisición de clínicas móviles (LPN-006-2016-SS) se encontraron las respectivas actas de recepción. También se pudo verificar en la unidad de bienes nacionales de la SESAL que estaban inventariados e ingresados al SIAFI.

En el proceso HN 2015-024 de adquisición de suministro de medicamentos se encontró también evidencia de las actas de recepción. En visita *in situ* llevada a cabo por la ASJ/TI el 26 de abril del 2018 en el almacén central, se observó un mejor control en la entrega de los medicamentos, lo que evidenciaba el trabajo entre el almacén y el banco fiduciario, ya

que en forma conjunta coordinaban con los proveedores la entrega de los medicamentos con cronogramas y planes de entrega que se cumplían a cabalidad, según el registro del almacén y del fiduciario, incluyendo la verificación de la forma y presentación de los medicamentos.

Sin embargo, la persona responsable del almacenamiento de los medicamentos reportó que en algunas ocasiones tenían que recibir productos que debían ser entregados directamente en los hospitales de conformidad al contrato, pero por problemas de espacio en sus almacenes terminaban entregando en el almacén central. También señaló que tenían dificultades para poder identificar qué hospitales eran los que no podían recibir los productos, por la cobertura a nivel nacional.

Es pertinente recordar que en el informe de línea de base se había detectado el problema en el control y coordinación en la entrega de los medicamentos en el almacén central ya que, al no contar el lugar con el espacio y orden administrativo respectivo, hubo varias veces en que los proveedores debían regresar con sus productos por no poderse llevar a cabo las entregas respectivas, no pudiendo los proveedores cumplir con las fechas de entrega según requerimientos de la SESAL. Por ello es importante el avance registrado tanto con las actas de recepción como con el control y orden del almacén para recibir los productos.

b. En el proceso de construcción de obras de hospitales:

En el informe de línea de base no se tuvo expediente de obra como parte de la muestra seleccionada por la ASJ/TI. Sin embargo, la ley obliga especialmente para los procesos de construcción de obra contar con un proceso formal de entrega de parte de los contratistas al ente contratante, por medio de actas de entrega de obras, sujeto al acompañamiento de un proceso de supervisión de parte del propio Estado o de un consultor contratado por la administración pública.

En el expediente SS-PICSC-CPI-168-2015 de construcción de hospitales se pudo constatar, mediante documentación recibida, la existencia de las actas de entregas respectivas en dos de los tres hospitales construidos. En visita *in situ* realizada el 24 y 25 de abril del 2018, también se validó la calidad de las obras de dichos hospitales, las cuales, según el técnico de la ASJ/TI, se encontraron de conformidad a lo requerido por la SESAL en los pliegos de condiciones.

Figura n.º 2. Visita in situ a hospitales (24 y 25 de abril del 2018) para verificar la ejecución de las obras del proceso SS-PICSC-CP-168-2015. De izquierda a derecha, hospital Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, y hospital Enrique Aguilar Cerrato, La Esperanza, Intibucá)



Recomendaciones.

1. Continuar con el cumplimiento de la ley en la exigencia de levantar y registrar las actas de recepción (parciales y finales), ya sea en procesos de adquisición de bienes, productos de consultorías o de construcción de obras.
2. Estandarizar el formato de las actas parciales y finales de recepción de bienes, consultorías y de obras.
3. Derivar las responsabilidades correspondientes para el caso de incumplimiento del levantamiento de las actas de recepción (parciales y finales) en los procesos de adquisición de suministros (bienes), consultorías y obra pública.

Etapas de inventario, almacenaje de los bienes y distribución

Resultado 1: registro de bienes en posesión de institución no especializada en la materia de salud.

En el informe de línea de base, en los procesos HN ITB 2014-001 y HN ITB 2015-014 de compra de insecticidas bajo la modalidad de fideicomiso entre la SESAL y el banco fiduciario con la participación de UNOPS, en los años 2014 - 2015, se encontró que dichos insecticidas estaban bajo la custodia de un funcionario de la administración de la SESAL, cuando debían haber estado bajo la custodia del ANMI.

En esta ocasión, se volvió a encontrar este mismo resultado en el proceso de compra de clínicas móviles (LPN-006-2016-SS), ya que en visita *in situ* en abril del 2018, se constató que, aunque, según los documentos analizados, la custodia de cinco vehículos recaía en el

gerente administrativo de la SESAL, y los mismos tenían que estar ubicados en el almacén de la Secretaría, estos se encontraban en el Comando de Apoyo Logístico de las Fuerzas Armadas (CALFFAA) y asignados a Casa Presidencial.

Figura n.º 3. Visita in situ a Casa Presidencial (26 de abril del 20018) para verificar los bienes adquiridos del proceso LPN-006-2016-SS de compra de clínicas móviles



Aunque se verificó con la unidad de bienes nacionales de la SESAL la realización de inventarios, su distribución y su ingreso al SIAFI, se encontró la discrepancia antes mencionada entre la documentación analizada y la ubicación real de los bienes.

Según información verbal del jefe de la unidad de bienes nacionales de la SESAL, existe un comodato donde se sustenta la asignación de los bienes a otra dependencia, pero ni la Secretaría ni Casa Presidencial pudieron facilitar la documentación ni información respectiva.

Sobre esta situación se identifican dos puntos torales:

- a. No es correcto que la asignación formal de los vehículos se encuentre registrada a una persona y la custodia real recaiga en otra; y
- b. Es cuestionable que se quisiera formalizar la entrega de las clínicas móviles a Casa Presidencial mediante la figura de un comodato, ya que ello implica un préstamo por el cual una de las partes entrega gratuitamente a otra para que la use por cierto tiempo y la devuelva posteriormente (Guillermo Cabanellas de Torres, 1993, p. 62), figura contractual que se da más en el ámbito privado, para uso propio del bien de quien lo recibe y no para terceros como es el caso.

Un ejemplo de comodato simple es el uso de los bienes incautados por la Oficina Administradora de Bienes Incautados (OABI) a favor de las Secretarías de Estado, por ejemplo, computadoras, coches, bienes inmuebles, etc. Pero en este caso las clínicas no son para uso de Casa Presidencial, sino para la población como beneficiarios finales.

Mejorar los servicios a la ciudadanía y fortalecer la transparencia en el Gobierno en lo concerniente a la formulación, coordinación, ejecución y evaluación de las políticas relacionadas con la protección, fomento, prevención, preservación, restitución y rehabilitación de la salud de

la población, son responsabilidad de la SESAL¹⁷ y no de Casa Presidencial.

Tampoco se pudo constatar que Casa Presidencial trabaje con lineamientos del órgano rector de salud ni con base en los datos reales de planes de necesidades para construir hospitales en los lugares donde más se necesiten. Es indispensable tener conocimiento previo de donde sí se cuenta con hospitales y donde no, ya que de lo contrario la toma de decisiones se haría de forma subjetiva, a discrecionalidad y sin el fundamento respectivo.

Recomendaciones.

Implementar mecanismos internos de seguimiento y control de los bienes de la SESAL.

Elaborar protocolos, reglamentos, guías, etc., para formalizar convenios interinstitucionales para la delegación de funciones de la Secretaría a otras instituciones, que contengan los lineamientos mínimos que la SESAL está obligada a cumplir.

Establecer mecanismos de control de verificación de cumplimiento de los convenios que suscriba la SESAL con otras instituciones gubernamentales para, en caso de incumplimiento, aplicar las sanciones correspondientes.

Etapas de auditoría interna

Resultado 1: poca evidencia de control interno.

A diferencia del informe de línea de base, en esta ocasión sí se encontró evidencia de formas de control y vigilancia interna en las diferentes etapas de los procesos de compras, pero solo en uno de los seis procesos de la muestra, específicamente en el proceso de compras de las clínicas móviles. Sin embargo, no se encontró propiamente evidencia de haberse realizado auditorías internas a procesos.

Tampoco se proporcionó procedimiento, manual, guía o protocolo que incluyera buenas prácticas para el control y auditoría interna en las diferentes etapas del proceso de compras, con el objeto de promover la transparencia y rendición de cuentas.

Fue la unidad de asesoría legal de la SESAL la que llevó a cabo una revisión interna del expediente, dejando evidencia de ello mediante sello correspondiente del área legal en los documentos; sin embargo, no se encontró un documento que registrara el análisis de los hallazgos o situaciones encontradas por dicha unidad.

Recomendaciones.

1. Elaborar manuales, protocolos, guías u otros documentos para realizar controles internos y auditorías,
2. Programar auditorías anuales sobre los procesos de compras dentro del plan anual respectivo.

17
Según la Constitución de la República, la Ley General de la Administración Pública y la Ley para Optimizar la Administración Pública.

3. Asegurar la identificación de los que incumplen la norma o que incurran en faltas o delitos y gestionar las acciones correspondientes para que se deriven las responsabilidades que apliquen.

Etapas de sanciones administrativas.

Resultado 1: poca evidencia de aplicación de sanciones o multas a los incumplimientos de los contratos y de la norma

En el informe de línea de base se identificó que, si bien la norma aplicable establece las infracciones, sanciones y procedimientos a seguir en caso de incumplimiento a la Ley de Contratación del Estado, y de incumplimiento de contratos específicamente, en la práctica, al no existir auditorías frecuentes de verificación de la ley y de los contratos, ni mecanismos de control previo aplicados durante el desarrollo de los procesos de compras y contrataciones, resulta difícil que la Secretaría ejecute los procedimientos de sanción correspondientes.

En aquel momento no hubo evidencia de denuncias ni procesos administrativos de sanción por incumplimientos de la ley, o de contratos con incumplimiento por parte de los particulares suscritos con la SESAL; empero, se identificaron varios incumplimientos a la ley y al contrato por parte de los proveedores, entre otros:

1. Incumplimiento en la conformación de los expedientes administrativos.
2. Incumplimiento en los convenios y contratos con la UNOPS y con el banco fiduciario.
3. Falta de controles sobre la verificación de la calidad de los medicamentos.
4. Pagos a proveedores contra entrega de bienes en bulto.

Únicamente se registró la aplicación de sanciones para el caso de los procesos llevados a cabo mediante el fideicomiso.

En esta evaluación se identificó también que se aplicaron sanciones únicamente para el proceso de compras de medicamentos mediante fideicomiso. Al igual que en el informe de línea de base, el banco fiduciario aplica una multa diferente a la estipulada en las disposiciones generales del presupuesto, aspecto que es legal en el ámbito del marco regulatorio especial.

En esta ocasión se constató, a través de tabla del control del banco fiduciario, la aplicación de multas por un total de L 16,660,928 durante el año 2016. Sin embargo, no quedaron registradas sanciones administrativas ni a proveedores en los expedientes bajo normativa nacional de la SESAL.

Recomendaciones.

1. Implementar sistemas de evaluación y o medición sobre el nivel de cumplimiento y desempeño de los particulares, con base en los contratos, y del sector público según sus funciones para los procesos a cargo de la SESAL.

2. Continuar aplicando sanciones para deducir responsabilidades tanto a particulares como a los responsables dentro del sector público.

Resultado 2: incumplimiento en la remisión del contrato al TSC.

En el informe de línea de base se señaló la obligación de cumplir con las disposiciones de la Ley de Contratación del Estado y la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas (LOTSC) de remitir los contratos tanto a la ONCAE como al TSC. Se observa en esta evaluación 2016 el cumplimiento de la remisión de los contratos a la ONCAE, pero no al TSC.

El TSC, como ente fiscalizador, debe tener conocimiento del actuar de los particulares adjudicados y los responsables de los procesos (empleados o funcionarios públicos) para aplicar los controles correspondientes e imponer sanciones en caso que ameriten.

Se ratifica que ninguna institución del gobierno, dentro del ámbito de aplicación del Convenio, da cumplimiento con tal disposición. Tampoco hay evidencia de que el TSC solicite o exija esta información a los entes gubernamentales.

Recomendaciones.

1. Asegurar la remisión de los contratos y sus modificaciones al TSC.
2. Investigar la responsabilidad legal de los funcionarios o empleados públicos que deben remitir los contratos y sus modificaciones al TSC, para que se proceda a aplicar las sanciones o gestiones legales correspondientes, si estas aplicaren.

Etapas de participación ciudadana

Resultado 1: poca participación ciudadana en todo el proceso.

En el informe de línea de base se encontró:

- a. Para los procesos llevados a cabo por la SESAL durante los años 2012 - 2013 y bajo fideicomiso para el año 2013, no se registró ni evidenció ningún tipo de participación ciudadana.
- b. En los procesos de fideicomiso en los años 2014 - 2015 se estipuló que Transformemos Honduras (TH) participaría en forma continua como representante de sociedad civil, por medio de la Comisión de Acompañamiento y Transparencia como veedores sociales del fideicomiso; pero en la realidad TH no tuvo participación.

En el presente informe se encontró que la SESAL no evidenció tampoco participación ciudadana de ningún tipo en los procesos bajo su responsabilidad de la SESAL y los realizados por el fideicomiso.

La evidencia al respecto se obtuvo por medio de Transformemos Honduras, que facilitó los documentos de participación en el comité técnico del fideicomiso, quedando reflejado así en las hojas de verificación.

Es importante fomentar la participación ciudadana en los procesos de compras como una práctica estandarizada del gobierno, no solo por mandato de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, sino también para asegurar la rendición de cuentas a la ciudadanía en general, por lo que la SESAL debe asegurar su implementación no solo en los procesos del fideicomiso sino en todos los procesos, indistintamente de la modalidad de contratación.

Recomendaciones.

1. Elaborar una política de participación ciudadana o en su defecto protocolos, guías, manuales, instructivos, etc., que incluyan en forma específica dicho aspecto.
2. Asegurar la invitación a más profesionales o instituciones de sociedad civil, a fin de asegurar la función de veeduría social en los procesos de compras.

5. Resultados de la evaluación de la transparencia y difusión

Dentro de los aspectos medidos en el presente informe se encuentra el indicador de transparencia y difusión de la información. Para efectos de mejor análisis, la presente sección se divide en dos aspectos: acceso a la información y evaluación del cumplimiento de la normativa aplicable en materia de transparencia.

Acceso a la información recibida por parte de la SESAL

Resultado 1: incremento en el acceso a la información recibida en cuanto al requerimiento de información general

La Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública obliga a las instituciones a que faciliten la información pública que le sea requerida.

En cuanto a la información entregada, la SESAL obtuvo una calificación de 81% de nivel de entrega, de conformidad a la matriz de cumplimiento, incrementando 32 puntos con respecto al informe de línea base, en donde obtuvieron un promedio de 49%¹⁸. Es pertinente aclarar que en este requerimiento se solicita información general que la Secretaría debe tener en materia de compras y contrataciones, pero no incluye la información que se solicita para los procesos de la muestra. Así mismo, en el informe de línea de base el porcentaje de entrega se obtiene del promedio de información entregada, considerando las tres fuentes de información involucradas.

¹⁸ Promedio obtenido según la tabla n.º 6 del informe de línea de base (59% de la SESAL, 90% del banco fiduciario y 0% de la Oficina de la Naciones Unidas de Servicios para Proyectos, UNOPS). Ver tabla n.º 6 del informe de línea de base del punto 2.5. Solicitud y levantamiento de la información (página 32).

Tabla n.º 10. Estado de la información entregada por la SESAL.

Estatus compras y contrataciones al 27 de marzo del 2017				
Porcentaje	Entregada	Incompleta	No entregada	Total
Evaluación (2016)	81%	6%	13%	100%

Se considera que el nivel de cumplimiento se debe tanto al compromiso de los enlaces como al conocimiento de la metodología aplicada en el primer informe y a la colaboración de la oficial de transparencia, Lesly Barahona, quien apoyó en forma continua en la obtención de información.

Recomendaciones.

1. Asegurar el nivel de entrega de la información requerida en forma constante, mediante protocolos, guías, manuales, etc.
2. Investigar la responsabilidad legal de los funcionarios o empleados públicos que deben facilitar la información pública, para que se proceda conforme a ley a aplicar las sanciones o gestiones legales correspondientes, si estas aplicaren.

Evaluación sobre el cumplimiento de la normativa aplicable en materia de transparencia en HonduCompras

Resultado 1: alto nivel de incumplimiento de la normativa aplicable sobre transparencia

Aun cuando el procedimiento de contratación se rija por normativas del fideicomiso o BID, en materia de transparencia y divulgación se aplica la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Por ello se implementó una hoja de verificación de cumplimiento con un total de 40 subcriterios para medir:

- a. el cumplimiento de las leyes y reglamentos que regulan la transparencia y difusión de la información en el marco de la normativa nacional;
- b. la calidad del contenido de la información publicada en el Sistema de HonduCompras. Se mide tanto que el aviso de invitación a presentar ofertas haya sido publicado, como también si el mismo fue emitido por la persona que tiene la facultad para ello, y si el contenido del aviso cumple con la calidad de su publicación, es decir, los elementos esenciales que debieron haberse incluido en el aviso con base en la ley.

El promedio de cumplimiento de los procedimientos y requisitos de transparencia y difusión de la información fue de un 15%. En el informe de línea de base obtuvo un porcentaje de 7%.

Tabla n.º 11. Cumplimiento normativo en transparencia¹⁹

Línea base (2012-2015)					Evaluación (2016)			
Proceso de contratación		Objeto de la contratación	Modalidad	Resultado en transparencia y divulgación	Proceso de contratación	Objeto de la contratación	Modalidad	Resultado en transparencia y divulgación
Procesos SESAL	LPN 004-2012-SS	Reactivos	LPN LCE	13%	LPN 006-2016-SS	Clínicas Móviles	LPN LCE	32%
	LPN 015-2012-SS	Insecticidas	LPN LCE	18%	HN 2015-024	Medicamentos	LPI	0%
	LPN 006-2013-SS	Insecticidas	LPN LCE	13%	SS-PICSC-168-2015	Obras en Hospitales	LPI BID	39%
	LPN 008-2013-SS	Insecticidas	LPN LCE	18%	LPN-012-2016-SS	Servicios de hemo-diálisis	Licitación privada LCE	19%
	LPN 013-2013-SS	Insecticidas	LPI LCE	7%	Sin información	Medicamentos	CD	0%
	Promedio SESAL			14%	Sin información	Reactivos	CD	0%
Procesos Fideicomiso	01-2013-FBO-SS	Medicamentos	CD	0%	Promedio evaluación 2015-2016			15%
	02-2013-FBO-SS	Medicamentos	CD	0%				
	03-2013-FBO-SS	Medicamentos	CD	0%				
	HN ITB 2014-001	Insecticidas	LPI	0%				
	HN ITB 2014-002	Material médico quirúrgico	LPI	0%				
	HN ITB 2014-003	Medicamentos	LPI	0%				
	HN ITB 2015-003	Medicamentos	LPI	0%				
	HN ITB 2015-004	Medicamentos	LPI	0%				
	HN ITB 2015-014	Insecticidas	LPI	0%				
	CD HN 2015-015	Medicamentos	CD	0%				
	Promedio fideicomiso			0%				
	Promedio línea de base 2012-2015			7%				

¹⁹ En el informe de la línea de base (2012 – 2015), los subcriterios para evaluar la transparencia estaban dentro de los indicadores descritos en la tabla XX del presente informe. Para efectos de comparación con el presente informe, se hizo una medición en forma separada, por lo que no se encontrarán los porcentajes referidos de 14% y 0% en el informe anterior.

Recomendaciones.

1. Asegurar la publicación y transparencia de los procesos, indistintamente de la unidad ejecutora, considerando al menos los documentos que por ley deben publicarse en HonduCompras, y que estos contengan la calidad y validez requerida.
2. Investigar la responsabilidad legal de los funcionarios o empleados públicos que deben brindar la información de carácter público y difundirla, para que se apliquen las sanciones o gestiones legales correspondientes, si estas procedieran.

6. Conclusiones

Se presentan a continuación las siguientes conclusiones, tanto del marco normativo como de la evaluación del proceso:

Conclusiones del marco normativo

1. La SESAL continúa sin contar con protocolos, guías o lineamientos en materia de planificación, evaluación de oferentes, contratación, auditoría, control interno, sanciones y participación ciudadana, por lo que debe enfocar sus esfuerzos en diseñar diferentes herramientas para asegurar el cumplimiento de la normativa y buenas prácticas.
2. Como aspecto positivo, se encontró que la SESAL tiene un rol más protagónico y fuerte ante la UNOPS y el banco fiduciario en los procesos de fidecomiso, lo que le permite llevar un control del cumplimiento de las actuaciones de dichos actores y centralizar la información de la gestión realizada en las diferentes etapas del proceso de contratación, excepto la información de UNOPS sobre la evaluación de las ofertas, que se mantiene bajo el amparo de protección de información confidencial, como se vio en el informe de línea de base.

Conclusiones de la evaluación

1. La calificación final obtenida por la SESAL fue de 37%, lo que refleja un 63% de incumplimiento de la norma aplicable y de buenas prácticas en materia de compras, generando así considerables oportunidades de mejora.
2. La SESAL disminuyó 2 puntos entre la calificación del informe de línea de base y la presente evaluación en lo que respecta al cumplimiento de la normativa en compras.
3. Aspectos que incidieron en la disminución de la calificación fueron principalmente la no entrega de dos de los cinco expedientes y la falta de avance en las etapas de auditoría, sanciones administrativas y participación ciudadana.
4. La SESAL aplicó procesos menos competitivos (73%) y por ende más restrictivos, incumpliendo así los principios de participación transparente de oferentes en igualdad de condiciones.

5. A pesar de que se encontró una SESAL más fortalecida en su rol ante el contrato del fideicomiso y con la UNOPS, falta fortalecer la unidad de compras, almacén y auditoría. Específicamente se debe enfocar en la etapa de planificación, en la identificación y justificación de las necesidades reales de la institución, en conformar las comisiones evaluadoras de acuerdo a la ley, requerimientos de las garantías y su custodia, mejorar el registro y debida custodia de los expedientes, las etapas de inventario, almacén y distribución.
6. La SESAL no cuenta con sistemas o mecanismos para poder llevar una gestión de control interno que permita medir el nivel de cumplimiento de la norma y por ende aplicar sanciones.
7. En materia de transparencia hubo más acceso a la información que en el informe de línea de base, obteniendo un 81% de calificación de nivel de entrega de información, mejorando los 32 puntos obtenido en el informe de línea de base anterior.
8. Así mismo, la SESAL incrementó a un 15% el cumplimiento de normativa de transparencia y difusión de la información, comparado con el 7% obtenido en el informe de línea de base.

7. Recomendaciones

Con el fin de fortalecer los procedimientos de compras y contrataciones y promover la transparencia y combate a la corrupción, se presentan las siguientes recomendaciones:

7.1 Recomendaciones al marco normativo

1. Elaborar y aprobar manuales de procedimientos para las etapas de planificación, contratación, almacén, auditorías y controles internos, la aplicación de sanciones y participación ciudadana.
2. Difundir y promover el uso de dichos manuales en las áreas responsables de los procesos.
3. Sistematizar la experiencia de los procesos de fideicomisos para registrar las ventajas, desventajas, etc., comparar con otras modalidades implementadas y analizar el ahorro de la gestión.
4. Generar una base de datos histórica y pública de las compras mediante fideicomisos, incluyendo productos, precios, nombre proveedores, la calidad, incumplimientos, sanciones aplicadas, etc.
5. Establecer un plan de formación en materia de compras para el personal vinculado a los procesos.
6. Llevar a cabo controles internos del personal de la SESAL para medir el cumplimiento de las leyes.

7.2 Recomendaciones sobre las etapas del proceso

En los requisitos previos:

1. Desarrollar un sistema de registro y comunicación de las necesidades de los procesos desde los hospitales al nivel central.
2. Elaborar protocolos para asegurar se realice el registro de precios de compras.
3. Fortalecer la etapa de planificación mediante registro de precios o estudios de mercados.
4. Asegurar la elaboración y publicación de los PACC y POA.
5. Implementar mecanismos (manual, reglamento) que permitan la obtención de un registro documental (físico y digital), para asegurar la debida conformación de expedientes y su custodia.

En procedimientos de contratación:

1. Fortalecer la etapa de conformación de las comisiones de evaluación.
2. Documentar la conformación de las comisiones evaluadoras en el expediente respectivo.
3. Finalizar y aprobar el manual de compras y contrataciones interno de la SESAL.
4. Investigar la responsabilidad legal de los funcionarios o empleados públicos que conforman las comisiones al margen de la ley y aplicar las sanciones o gestiones legales cuando corresponda.

Etapas de formalización y ejecución del contrato:

1. Asegurar la exigencia de las garantías de cumplimiento de contrato y de calidad.
2. Continuar con el cumplimiento de la ley en la debida custodia de los expedientes administrativos, incluyendo los contratos firmados.

Entrega y recepción de la obra o suministro de bienes y servicios:

1. Continuar con el cumplimiento de la ley en la exigencia de levantar y registrar las actas de recepción (parciales y finales) en cualquier modalidad de contratación.
2. Estandarizar el formato de las actas parciales y finales para cualquier modalidad de compras.

Etapas de inventario, almacenaje de los bienes y distribución:

1. Elaborar protocolos, guías, etc. para formalizar convenios interinstitucionales sobre la delegación de funciones de la SESAL a otras instituciones, que contengan los lineamientos mínimos para las partes involucradas.

En control y auditoría interna:

1. Elaborar manuales, guías u otros documentos para realizar controles internos y auditorías.
2. Programar dentro del plan anual de auditoría interna, auditorías anuales sobre los procesos de compras y contrataciones.
3. Asegurar la identificación de los que incumplen la norma o que incurran en

faltas o delitos, y gestionar las acciones correspondientes para que se deriven las responsabilidades que apliquen.

4. Llevar controles internos para medir el cumplimiento de las leyes en materia de compras, y en caso de incumplimiento aplicar las sanciones legales cuando correspondan.

Sanciones administrativas:

1. Implementar sistemas de evaluación y medición del cumplimiento y desempeño de los particulares adjudicados, con base en los contratos, y de los empleados públicos según sus funciones.
2. Asegurar la remisión de los contratos y sus modificaciones al TSC.

En participación ciudadana:

1. Elaborar una política de participación ciudadana o en su defecto protocolos, guías, manuales, instructivos, etc. que incluya en forma específica dicho aspecto.
2. Asegurar la invitación a más profesionales o instituciones de sociedad civil, a fin de asegurar la función de veeduría social en los procesos de compras.

En transparencia y difusión:

1. Asegurar la publicación y transparencia de los procesos, indistintamente de la unidad ejecutora, al menos de los documentos que por ley deben publicarse en HonduCompras, con calidad y validez de los mismos.
2. Asegurar el nivel de entrega de la información requerida, indistintamente de la persona u organización que lo solicite.



Sector Salud

Capítulo III: Gestión de recursos humanos

1. Objetivo del estudio

El presente estudio sobre la gestión del recurso humano, realizado a la Secretaría de Salud (SESAL), tiene como objetivo general identificar y evidenciar los avances en el desempeño de la institución en procesos claves de la gestión de recursos humanos, comparando con los resultados obtenidos en el informe de línea de base, presentado en septiembre del 2016, como parte del sistema de monitoreo y evaluación de la sociedad civil. Con el seguimiento de los resultados institucionales, la ASJ/TI procura aportar factores para fortalecer a esta entidad pública en materia de integridad, transparencia, participación ciudadana, controles y rendición de cuentas, con el fin de obtener servicios de salud de calidad que respondan a las solicitudes y necesidades de la ciudadanía.

La evaluación de la gestión del recurso humano se basó en los siguientes objetivos específicos:

- Evaluar el desempeño en la ejecución de los procedimientos seleccionados en materia de gestión del recurso humano, con base en la normativa vigente.
- Evaluar la ejecución de buenas prácticas aplicadas en los procedimientos seleccionados en materia de gestión del recurso humano.
- Evaluar la transparencia y rendición de cuentas en los procedimientos seleccionados en materia de gestión del recurso humano.
- Establecer una comparación entre la evaluación de la línea base de la institución con la situación actual de la Secretaría en materia de gestión de recursos humanos, para el sistema de monitoreo y evaluación de sociedad civil.
- Contribuir en la construcción de un plan de mejora institucional basado en las recomendaciones emitidas, sobre el cual se elaborará un mecanismo de cumplimiento y evaluación periódica y continua, que aseguren su ejecución por parte de la SESAL.

2. Metodología

La metodología aplicada en la evaluación se basa en mecanismos de verificación de procesos e incluye: a) identificación de objetivos de la evaluación, indicadores y factores de estudio, b) levantamiento, procesamiento y análisis de la información, y c) verificación *in situ*.

El equipo de trabajo del proyecto del Convenio ASJ/TI diseñó en detalle en el 2015 el proceso de auditoría social, el cual consta de 13 etapas y ha sido mejorado a través de la experiencia y conocimientos obtenidos en los últimos tres años.

Con base en los indicadores, criterios de evaluación y requerimientos de información desarrollados para la línea de base, se realizó la selección de muestras, el análisis y sistematización de la información, así como las verificaciones *in situ* de los procesos y unidades de gestión evaluadas.

El mecanismo de evaluación de los indicadores se basa en mediciones de estadística simple, que permiten medir el nivel de cumplimiento por criterio evaluado y el total general.

La evaluación se califica en: a) sí cumple; b) no cumple; c) no aplica. Las valoraciones de no aplica son restadas de la base de cálculo. El porcentaje de cumplimiento de cada indicador considera el total de valoraciones positivas (sí cumple) en relación al total de criterios verificados.

2.1. Descripción de indicadores y subindicadores²⁰

Los indicadores desarrollados en el eje de gestión de recurso humano se fundamentan en los seis procedimientos macro y esenciales de la administración de personal, conformados por una serie de subindicadores y factores de verificación que permiten levantar información objetiva y concreta.

Los indicadores fueron diseñados con base en las regulaciones generales y específicas establecidas en la ley vigente para el sector y los períodos de estudio, así como en las buenas prácticas observadas en el desarrollo de procesos iguales o similares en otras entidades estatales, tanto nacionales como internacionales. Los indicadores son los siguientes:

1. Ingreso y contratación de personal.
2. Cancelación de personal.
3. Compensación y beneficios.
4. Evaluación y desarrollo del recurso humano.
5. Administración y control de personal.
6. Planificación de la gestión de recursos humanos.

Se realizó un proceso de priorización de los indicadores por evaluar, considerando su interés en términos de transparencia y eficiencia, tanto por su impacto en los servicios que presta la SESAL, como por su vulnerabilidad ante la corrupción. Con estos lineamientos, se adaptaron los indicadores a los procesos propios de la entidad.

Para este estudio se evaluaron los siguientes cuatro indicadores:

1. Planificación de la gestión de recursos humanos: existencia de un sistema de registro de información que permita la planificación y establecimiento de estrategias. La planificación se debe entender como un proceso continuo, basado en la sistematización, análisis y utilización de información oportuna y confiable. Por tal razón se determinó analizar el total del universo de documentos y registros inherentes a la correcta administración de personal.
2. Ingreso de personal: cumplimiento de la norma y buenas prácticas. El ingreso se define como la acción de seleccionar y contratar nuevo personal, en el caso de la SESAL, bajo

dos regímenes laborales diferentes, donde prima la aplicación de la Ley de Servicio Civil complementada con las disposiciones de los diferentes estatutos, como el del médico empleado, el de las enfermeras, laboratoristas, etc.

3. Cancelación de personal: cumplimiento de la norma y buenas prácticas. La cancelación de personal comprende las acciones que generan una baja o desvinculación de empleados, bajo sus diferentes causales, sean estas voluntarias o no.
4. Administración y control de personal: existencia de procedimientos para la implementación de medidas disciplinarias y aplicación de sanciones a faltas bajo debido proceso. Este indicador considera varios subindicadores. Para los efectos de este estudio se analizó si la Secretaría cuenta con los reglamentos, manuales y herramientas que permitan la correcta administración de los procesos para el registro y documentación de incumplimientos, faltas, sanciones, verificando en los expedientes de personal la aplicación de la norma bajo debido proceso.

En concordancia con los centros asistenciales (CA), de los cuales se obtuvo la muestra de la línea de base, el presente estudio se realizó en:

Tres departamentos:

- Francisco Morazán;
- Cortés; y
- Choluteca.

5 centros asistenciales y nivel central:

- Región Metropolitana de Francisco Morazán;
- Hospital San Felipe;
- Hospital Leonardo Martínez;
- Hospital Mario Catarino Rivas;
- Hospital del Sur; y
- Subdirección de Talento Humano.

En consideración de que el presente informe es una evaluación para comparar los resultados con los obtenidos en la línea de base presentada en el 2016, se hacen las siguientes aclaraciones:

1. El compendio de indicadores del eje de gestión del recurso humano se encuentra basado en los seis procesos torales de esta materia; sin embargo, para la formulación de cada informe se han priorizado los indicadores a evaluar. Para efectos de este estudio se ha incorporado a la medición un nuevo indicador, no evaluado en la línea de base: administración y control de personal, razón por la cual este no presenta comparación con el informe de línea de base.
2. En la línea de base se incluyó tanto el análisis del personal asistencial (médicos y

enfermeras), como el del personal administrativo, denominado como “otros”, con la salvedad de que los datos se presentaron de manera disgregada. En el presente estudio se encontrarán las evaluaciones del personal asistencial únicamente en su versión consolidada.

2.2. Requerimientos y sistematización de la información²¹

Se utilizaron dos fuentes de información primaria que facilitaron documentación a través de sus dependencias:

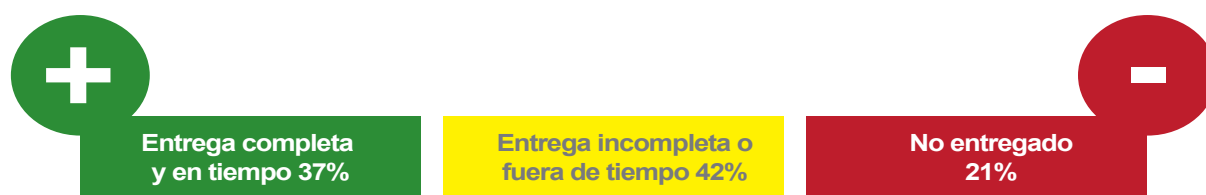
1. Subgerencia de Recursos Humanos, nivel central; y
2. Cinco unidades de talento humano en los diferentes centros asistenciales.

Dicha información se utilizó con diferentes propósitos.

A todas las unidades se les solicitó información de listados relativos a los procesos de gestión evaluados; así mismo se realizó la verificación *in situ*, donde se procedió al escaneo de los expedientes de personal.

Toda la información fue vaciada en hojas de trabajo. La información se solicitó mediante oficios y comunicaciones electrónicas, y los formatos de entrega fueron discutidos de manera verbal. De la información solicitada inicialmente al nivel central se obtuvieron los siguientes porcentajes de entrega:

Figura n.º 4. Calificación porcentual de la información entregada según estatus, nivel central



Además de la documentación solicitada y entregada, se incorporó la información generada de reuniones sostenidas con actores claves de la SESAL en sus diferentes niveles. En términos generales la comunicación con las diferentes unidades de talento humano fue fluida.

Como resultado del proceso de recopilación de información se digitalizaron 14,924 páginas, las cuales se encuentran a disposición del público en la página oficial del Convenio de Buena Fe entre el Gobierno de Honduras y la Asociación para una Sociedad más Justa, Capítulo de Transparencia Internacional: www.asjhonduras.com/ti-asj

²¹ Ver anexo: cuadro resumen de solicitud y recepción de información.

Tabla n.º 12. Comparación del levantamiento de información entre la línea de base y la evaluación 2016-2017.

N.º de páginas revisadas en la evaluación 2013-2015			N.º de páginas revisadas en la evaluación 2016-2017	
	N.º de archivos	N.º de páginas	N.º de archivos	N.º de páginas
Total Digitalizado por la ASJ	425	9,014	789	14,924

La información digitalizada permitió complementar 715 hojas de verificación de información, en las cuales se verificó el cumplimiento de cada uno de los indicadores evaluados, analizando de manera independientemente cada factor o criterio de verificación por subindicador.

El presente informe de evaluación se socializó con personal de la SESAL y con el secretario de Estado en los Despachos de Salud el 11 de junio de 2018.

2.3. Criterios para la selección de muestras

Se realizó la evaluación a los dos años inmediatamente posteriores al primer informe, 2016 y 2017, lo que permitió obtener resultados que ejemplifican, o no, la progresión en los porcentajes de cumplimiento en la correcta gestión de los procedimientos a través del tiempo.

La métrica expuesta en el diseño metodológico establece que, para universos superiores a 200 unidades, al mayor nivel de confiabilidad, el análisis se deberá basar en una muestra de 115 unidades representativas del universo. Este criterio se aplicó por año a cada uno de los procedimientos evaluados.

La evaluación se aplicó tanto al personal de los establecimientos de salud (ES) evaluados en el estudio de línea de base, como al personal administrativo del nivel central (NC), el cual se incluye por primera vez en este informe.

Tabla n.º 13. Expedientes evaluados según tipo de acción y año

Tipo de acción	2016	2017	Total
Ingreso de personal ES	181	161	342
Ingreso de personal NC	56	21	77
Cancelaciones de personal ES	79	85	164
Cancelaciones de personal NC	39	18	57
Administración y control de CES	27	44	71
Administración y control de NC	3	1	4
TOTAL	385	330	715

La información de los expedientes permitió complementar 716 hojas de verificación de información, 715 correspondientes a acciones de personal y una del indicador de planificación, en las cuales se verificó el cumplimiento de cada uno de los indicadores evaluados, analizando de manera independientemente cada factor o criterio de verificación por subindicador.

2.4. Mecanismo de calificación de factores de evaluación

Para la elaboración de este estudio se solicitó a la SESAL información de carácter general y específico, la cual, entre otros aspectos, permite evaluar el nivel de planificación institucional, así como contar con los universos sobre los cuales obtener las muestras por evaluar en los indicadores.

Una vez seleccionadas las muestras de manera aleatoria, con base en los listados que la misma institución facilitó, se procedió a realizar el levantamiento de los expedientes de ingreso, cancelación, administración y control de personal, concentrados todos en las oficinas centrales de la institución, tanto para el personal asistencial como para el administrativo.

En cada expediente se verificó el cumplimiento de los factores de evaluación, calificando de manera porcentual los criterios que sí se cumplen, presentando los resultados por unidad de gestión y año evaluado.

La documentación facilitada por la Secretaría permitió constatar: a) el correcto cumplimiento de los procedimientos por parte de las unidades responsables de ejecutarlos; y b) la pertinencia de la información proporcionada (completa y confiable).

Tabla n.º 14. Rangos de cumplimiento de los factores evaluados:

Nivel de cumplimiento	Color
90 – 100	Satisfactorio
70 – 89	Mejorable
0 – 69	Insatisfactorio

3. Marco regulatorio

3.1. Análisis normativo

El marco regulatorio relativo al personal de la Secretaría de Salud se encuentra regido por:

1. Constitución de la República
2. Instrumentos internacionales de derecho y demás aplicables
3. Código de Trabajo
4. Código de Salud y sus reglamentos
5. Ley de la Administración Pública
6. Ley Marco de Políticas Públicas en Materia Social
7. Ley del Servicio Civil (LSC)
8. Leyes Especiales de Salud
 - Estatuto del Médico Empleado;
 - Estatuto del Personal de Enfermería;
 - Otros estatutos.
9. Principios generales del derecho.
10. Reglamento interno de trabajo SESAL.

3.2. Resultados del análisis de la normativa aplicable a la gestión de recursos humanos

Resultado 1: Normativa obsoleta y con vacíos

Aun cuando la autoridad que recibió el informe de línea base mostró un interés inicial por impulsar las mejoras normativas requeridas, se pudo confirmar que en los dos años siguientes no se realizó ninguna acción orientada, tanto a subsanar los vacíos en el reglamento interno, como a realizar incidencia para mejorar la Ley de Servicio Civil (LCS) y su aplicación, lo cual genera que como norma supletoria se emplee el Código de Trabajo al momento de abordar algunos casos en el Ministerio de Trabajo y Corte Suprema de Justicia.

Si bien es cierto que las leyes deben formularse de manera que se mantengan vigentes a largo plazo, es potestad de los secretarios de Estado, según lo establecido en la Ley General de la Administración Pública, artículo 36, numeral 5, “formular, respecto de los asuntos de su competencia, los proyectos de leyes, reglamentos y demás actos del Presidente de la República”. El numeral 6 establece: “Emitir los reglamentos de organización interna de sus respectivos despachos”.

Recomendaciones:

- Retomar, al más alto nivel jerárquico, las acciones que permitan la construcción de un nuevo marco normativo acorde a las necesidades institucionales, en específico las

relativas a la administración del personal, con un enfoque de mejora en la calidad de los servicios de salud prestados.

- Realizar las gestiones de carácter estratégico que incidan tanto en las reformas y mejoras a la LSC como en el fortalecimiento de su órgano rector.

Resultado 2: Centralización de las decisiones

Se reitera el resultado expuesto en la línea de base en lo relativo a la centralización de toma de decisiones, ya que la SESAL está sometida a disposiciones que se toman desde la Presidencia del Poder Ejecutivo, por ejemplo a través del acuerdo ejecutivo n.º 001- A-2014²². Estas disposiciones pueden ser de carácter eminentemente presupuestario o producto de decisiones políticas que afectan la administración, al ser arbitrarias y no encontrarse sustentadas en los estudios o investigaciones pertinentes, como son el congelamiento de las plazas desocupadas desde el 2014, las cuales, para la Secretaría de Salud, se estima representan el 15% del total de puestos de la institución.

La centralización de la gestión de los servidores públicos en torno a la Secretaría de la Presidencia limita el actuar de la institución en cuanto a las decisiones de contratación y cancelación de personal, volviendo estos procesos burocráticos y susceptibles al caudillismo político, que basa el ingreso y permanencia del personal en la afiliación partidista.

Recomendaciones:

- Despolitizar la gestión de recursos humanos. Se insta a las autoridades de la Secretaría de Salud a que soliciten la derogación del decreto ejecutivo n.º 001- A-2014, logrando así tener control sobre el personal a su cargo, así como la profesionalización de los servicios.
- Incorporar en todos los procesos mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, especialmente en los procesos de selección y contratación de personal.

4. Resultados de la evaluación

Para cada indicador se evaluaron tanto expedientes de los archivos del nivel central (NC) como de los establecimientos de salud (ES). En lo adelante se emplearán estas siglas.

Es importante resaltar que el Hospital Mario Catarino Rivas es el único ES de los evaluados en la muestra que cumplió con todos los requerimientos de información previos necesarios para desarrollar el proceso de evaluación 2016-2017. De igual manera, al momento en que el equipo técnico de ASJ/TI se desplazó para realizar la verificación *in situ* y procedió a efectuar el levantamiento de los expedientes de personal de las diferentes modalidades, se pudo observar una mejora relevante en cuanto a la gestión de los expedientes de ingresos de personal,

22
Ver anexo: acuerdo ejecutivo n.º 001- A-2014.

cancelación y administración y control de personal, desde el espacio donde se encuentra los archivos, hasta la documentación que contienen cada expediente, en comparación con las condiciones encontradas en la visita del año 2015.

4.1. Planificación de la gestión de recurso humano

Considerando que la planificación estratégica es, en toda área de gestión, indispensable para lograr un buen desempeño institucional, se realizó en primera instancia la evaluación de los documentos que sustentan la correcta toma de decisiones en materia de recurso humano de la SESAL, para los años 2016 y 2017. Este indicador se evalúa solo a NC, en consideración de que corresponde a las máximas autoridades de la SESAL formular y dar seguimiento a la implementación de la visión estratégica institucional.

La información fue vaciada en hojas de verificación de información²³.

Resultados de la planificación de la gestión de recursos humanos

Tabla n.º 15. Cumplimiento de la planificación de la gestión de recursos humanos por evaluación

	Factor de verificación n.º	% de cumplimiento	
		Línea de base 2014-2015	Evaluación 2016-2017
1	Listado de normativas generales y específicas vigentes, en materia de gestión de recursos humanos, aplicables al personal de la Secretaría en sus diferentes categorías.	87%	100%
2	Organigrama vigente con su correspondiente acuerdo ministerial.	100%	100%
3	Manuales de puestos con su correspondiente acuerdo ministerial.	20%	100%
4	Manual de procedimientos de la Gerencia de Recursos Humanos.	0%	0%
5	Reglamento interno de trabajo, con su correspondiente acuerdo ministerial.	100%	50%
6	Planillas mensuales de todo el personal, por dirección o dependencia, las cuales contengan al menos: nombre, n.º de identidad, cargo, salario y ubicación.	60%	4%
7	Cantidad mensual y total de empleados asistenciales y personal administrativo o de apoyo.	78%	100%

²³ Ver anexo : Desglose de cumplimiento de la planificación de la gestión de recursos humanos.

8	Acuerdos legislativos de aprobación de incremento de plazas de personal en la entidad.	100%	100%
9	Listado de los procesos de contratación de personal.	0%	0%
10	Listado de procesos disciplinarios ejecutados y sus sanciones.	30%	20%
11	Listado de personal cancelado por año.	25%	20%
12	Listado de cancelaciones que generaron demandas judiciales por reintegro o pago de cesantías.	100%	20%
13	Listado de procesos de evaluación del personal realizados durante.	100%	20%
14	Listado de procesos de capacitación del personal (temario/instructor/ hora de formación/ número de participantes), ejecutados por año.	0%	20%
15	Listado de los censos realizados por la entidad o Servicio Civil.	50%	80%
16	Manuales, protocolos y otros reglamentos que norman la conducta ética de los empleados.	0%	50%
17	Planes estratégicos para el fortalecimiento del personal estructurado y aplicado en 2015 y 2016.	0%	0%
% de cumplimiento		56%	46%
Variación		-10	

Resultado 1: Bajo nivel de cumplimiento

En relación a la primera evaluación, presentada en septiembre de 2016, la institución disminuyó diez puntos su calificación en el indicador de planificación, demostrando una involución en la gestión, generación y acceso a la información. El decremento obedece a la falta de entrega de las planillas de empleados y listados de acciones de personal.

Es importante señalar que la SESAL carece de un plan estratégico para el fortalecimiento del personal que vincule la gestión de recurso humano con la visión y estrategia institucional, la cual está orientada a la descentralización, razón por la cual es primordial estandarizar los procesos y toma de decisiones, de modo que las diferentes unidades responsables de recurso humano y el NC, puedan mejorar su eficiencia de manera individual e integrada. Aun cuando la información presentada del censo realizado cumple con los parámetros de calidad y se considera que la metodología empleada es la adecuada, se requiere que alcance al 100% del personal. El censo presentado contiene el registro de más de 20,600 servidores públicos, los cuales representan aproximadamente el 80% de la masa laboral de la SESAL.

La falta de instrumentos que enmarquen el accionar de las diferentes unidades, como son los manuales de procesos, impacta negativamente tanto en la gestión como en el flujo de la información entre las unidades de los ES y el NC.

Comparando las puntuaciones obtenidas por cada sector para el indicador de planificación de la gestión de recurso humano, y considerando los datos disponibles a la fecha de elaboración de este estudio, en la segunda evaluación la SESAL es la que presenta la puntuación más baja, teniendo una oportunidad de mejora de 54 puntos.

Tabla n.º16. Comparación de porcentaje de cumplimiento con otros sectores

Estudio y sector	SESAL	SAR	INSEP	SE	SEDS
Línea de base 2013-2014	56%	57%	52%	N/E ²	29%
Evaluación 2016-2017	46%	N/E	N/E	62%	62%

Recomendaciones:

- Realizar un proceso de actualización de la información inherente a la planificación de la gestión de recursos humanos, manteniendo un registro de todas las acciones de personal ejecutadas según tipo, por período, el cual permita la toma de decisiones oportuna y efectiva para cada circunstancia.
- Continuar implementando las mejoras que fortalezcan la gestión de los recursos humanos, tales como la aprobación y aplicación de los manuales de procesos, tanto en el marco del proceso de descentralización de los ES como en atención al plan de mejoras formulado bajo el mecanismo del Convenio.
- Incorporar herramientas tecnológicas que faciliten la gestión, integración, análisis y generación de reportes de información inherente al personal.
- Realizar un censo de personal presencial a todos los empleados de la institución, que garantice la integridad de la información que debe estar contenida en las diferentes bases de datos de acciones de personal.

Resultado 2: Déficit en la información facilitada

De los 17 factores de verificación solicitados y evaluados, se pudo observar que solo 5 de ellos se encontraban completos, 8 se entregaron incompletos y 4 no fueron entregados. La calidad de la información y el tiempo de entrega en relación con la línea de base disminuyó.-

En el estudio de línea de base la SESAL facilitó varios registros, los cuales, aun cuando algunos se encontraban incompletos, aportaron datos para la evaluación, como son los listados de personal cancelado, demandas judiciales por reintegro o pago de cesantías y evaluaciones de personal realizadas. Para el presente estudio no se presentó ninguna evidencia de capacitaciones, y del total de las planillas entregaron un 4% para la presente evaluación, en comparación con 60% para la línea de base versus.

Recomendaciones:

- Diseñar los procesos, procedimientos, protocolos y herramientas de control que generen

- la creación y correcta alimentación de los registros de acciones de personal según tipo.
- De acuerdo con las recomendaciones presentadas en el informe de línea de base, se insta a la Secretaría a establecer un proceso de digitalización de la documentación de la gestión de recurso humano.
 - Deducir responsabilidades al personal a cargo de la alimentación y correcto mantenimiento de las bases de datos, de la generación de reportes de planillas y listados, así como los de ingresos y cancelaciones, tanto a nivel de los ES como a NC.

Resultado 3: Reglamento interno de trabajo obsoleto

En la línea de base se señaló que el reglamento interno de trabajo, elaborado en el 2006, no contiene datos específicos para normar la relación de la Secretaría de Salud con los colectivos de mayor importancia; además, se consideró incompleto, por ejemplo, debido a la falta de un procedimiento para normar los casos de negligencia de médicos y enfermeras. Estos casos requieren de un proceso de investigación y sanciones diferenciadas de la que se aplican al personal administrativo; sin embargo, según el reglamento reciben el mismo tratamiento.

En el 2014 la institución formuló y publicó un Reglamento Interno de Organización y Funciones de la Secretaría de Salud, que carece de elementos que regulen los procedimientos torales (ingreso, administración y control, procesos disciplinarios, beneficios, etc.). Por ello se trata más de una normativa orgánica que desarrolla la estructura y las funciones de las diferentes áreas, y no las relaciones laborales y contractuales entre la entidad y los empleados. Por otra parte, no han derogado el anterior reglamento interno de trabajo, que data de 1968, el cual, entre otros defectos, trata las negligencias exclusivamente desde un punto de vista administrativo y no médico.

Para el presente estudio, la SESAL remitió únicamente el Reglamento interno de organización y funciones de la Secretaría de Salud, lo que disminuyó su calificación con respecto a la línea de base y refleja que continúan teniendo una interpretación incorrecta sobre la naturaleza y contenido de un reglamento interno de trabajo y las diferencias de este con uno organizacional.

Recomendación:

- Persiste la recomendación de formular, aprobar y aplicar un nuevo reglamento interno de trabajo de la SESAL, que aborde la relación de los empleados con la institución, según cada colectivo, y que regule, entre otros aspectos, las obligaciones, deberes, derechos, beneficios y procesos (ingreso, sanción, cancelación, etc.) de la SESAL.

Resultado 4: Disgregación de la información e incumplimiento por el nivel central de la obligación de consolidarla

De los 181 ES en el territorio nacional que generan información²⁴, el NC reportó datos disgregados, e incluso en formatos diferentes, de únicamente diez, lo que representa el 20%²⁵ de unidades y el 19% de la planilla. Los listados de ingresos, cancelación y planillas facilitadas corresponden a las regiones departamentales de Yoro, Comayagua, Intibucá, Metropolitana de San Pedro Sula, Olancho, Colón, y de los hospitales: del Sur, Mario Catarino Rivas y el Tórax. Del NC no se recibió información consolidada relativa a los registros mencionados.

En la línea de base la SESAL no facilitó este tipo de registro. Por tal razón, aun cuando se refleja una leve mejoría, el reto es grande. Esta situación demuestra que la Subgerencia de Talento Humano, responsable de la gestión a NC, está incumpliendo su labor de consolidación de información, lo cual debilita a toda la institución, a razón de que tanto las autoridades como otras dependencias no cuentan con información completa, oportuna y confiable.

Aun cuando se tiene en consideración el proceso de descentralización de la Secretaría, este no justifica el incumplimiento por parte de la Subgerencia de Talento Humano, que debería encontrar en los ES una oportunidad para agilizar sus procedimientos internos.

Recomendaciones:

- Diseñar los procesos o protocolos que fortalezcan el flujo de información entre los ES y el NC.
- Incentivar el flujo de información con herramientas tecnológicas que faciliten la consolidación de los datos.
- Deducir responsabilidades al personal a cargo de la correcta consolidación de la información al NC y, según el caso, a los responsables de generarla y remitirla en los ES.

Resultado 5: Déficit en la cobertura de personal médico y población

En el informe de línea de base se realizó una comparación entre la cantidad de personal que prestaba asistencia médica y la población, por departamento, encontrando en aquel momento que solo Francisco Morazán y Gracias a Dios cumplían con los estándares de cobertura propuestos por la OMS, mientras 16 departamentos tenían insuficiencias en este campo, y de estos, 10 no alcanzaban ni el 50% de los empleados de salud requeridos. Santa Bárbara, Comayagua, Cortés, Intibucá, Lempira, Olancho y Yoro presentaban los más bajos niveles de cobertura.

24 A nivel nacional existen 1,731 ES; algunos, como es el caso de los Centros de Salud Médico y Odontológico (Cesamo), dependen administrativamente de la región departamental a la que pertenecen.

25 Ver Anexo: Listados de centros asistenciales por departamento.

Ver Anexo X: Consolidado de listados de información remitidos por SESAL, correspondientes a diez centros asistenciales.

Aun cuando la SESAL es la segunda institución en Honduras con mayor número de empleados, después de la Secretaría de Educación, la relación entre el número de personal destinado a la atención médica en relación con la población no ha mejorado en la presente evaluación en relación con la línea de base.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) establece que para poder brindar los servicios esenciales de salud a la ciudadanía, el mínimo requerido de personal asistencial (médicos, enfermeras y parteras) debe ser de 23 por cada 10,000 habitantes²⁶.

Tabla n.º 17. Densidad de trabajadores de la salud por cada 10,000 habitantes

Departamento	Línea de base 2014-2015	Evaluación 2016-2017	Diferencia
Yoro	11	12	1
Valle	16	13	-3
Santa Bárbara	7	7	0
Olancho	10	12	2
Ocotepeque	16	21	5
Lempira	10	10	0
La Paz	12	12	0
Islas de la Bahía	20	18	-2
Intibucá	10	9	-1
Gracias a Dios	29	30	1
Francisco Morazán	23	14	-9
El Paraíso	9	9	0
Cortés	10	7	-3
Copán	14	13	-1
Comayagua	9	9	0
Colón	12	13	1
Choluteca	14	14	0
Atlántida	14	15	1
Total nacional	13	12	1

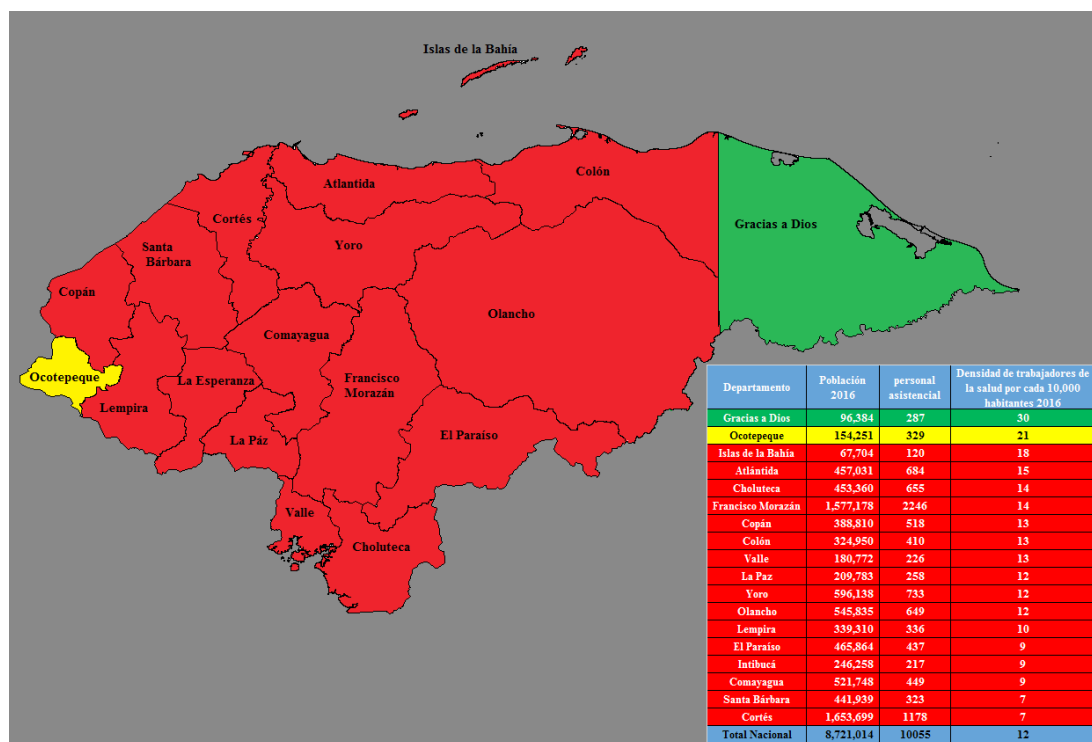
Fuente: Elaboración propia con datos de la SESAL y el INE.

Como se puede observar, la cobertura por departamento varió en los últimos dos años; se incrementó en cinco departamentos y disminuyó en siete. En Gracias a Dios la densidad incrementó de 29 a 30; en cambio, en Francisco Morazán este indicador tuvo una disminución de 23 a 14, lo que significa que este departamento pasó de tener un punto óptimo a encontrarse con

26 Fuente: Organización Mundial de la Salud (2009). *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44187/9789243547701_spa.pdf;jsessionid=86FDD0121E4C32113FBD859D5FC9D3F2?sequence=1

un déficit de nueve médicos por cada 10,000 habitantes. También es importante señalar la notable mejoría del departamento de Ocotepeque, que incrementó su personal asistencial, pasando de 15 a 20. Por el contrario, el departamento de Santa Bárbara, al igual que en la línea de base, en este estudio sigue obteniendo los mismos resultados, que lo ubican como el departamento con menos personal asistencial de salud por cada 10,000 habitantes en Honduras. En una situación similar se encuentra el departamento de Cortés, con apenas siete personas de asistencia médica por cada 10,000 habitantes.

Figura n.º 5. Cobertura de salud: relación personal asistencial por población con base en los estándares de la OMS



Fuente: Elaboración propia con datos de la SESAL y el INE.

Si bien es cierto estos datos no incluyen al personal asistencial del Instituto Hondureño de Seguridad Social, se debe considerar que este solo tiene acceso un grupo de población, los que se encuentran afiliados, y su cobertura regional está centralizada en las ciudades más importantes del país.

En términos generales la cobertura bajó de 14 a 12 empleados asistenciales, reflejando una involución.

Recomendaciones:

- Realizar un mapeo geográfico de las necesidades asistenciales y de las capacidades de atención de los ES.
- Con base en el mapeo de necesidades, diseñar un plan de crecimiento que permita en el corto plazo contar con el número de profesionales de la salud requeridos, según área de especialización.

Resultado 6: Reincidencia en el manejo del registro de las planillas de empleados

En la línea de base la institución respondió a todas las solicitudes realizadas por ASJ/TI (aun cuando no tuvieran la información). La única solicitud que quedó pendiente de entrega fue la totalidad de las planillas complementarias. En un primer momento facilitaron comprobantes de pago, luego el registro de la planilla principal, mientras que las planillas complementarias, que ascienden a once archivos o más por mes, fueron remitidas de manera incompleta y desordenada, excepto las correspondientes a viáticos y horas extras; no se presentaron los pagos de quinquenios a profesionales de la enfermería, bono de zapato y zonaje, entre otras.

Aun cuando para este estudio la SESAL solo presentó el 4% de sus planillas, correspondientes a dos meses del año 2016, se conoce de manera verbal que los técnicos siguen arrastrando problemas para emitir reportes de manera ágil y confiable sobre las planillas, a diferencia del resto de instituciones que al igual que ellos emplean el Sistema de Administración de Recursos Humanos (SIARH) para la generación y pago de empleados. Asimismo, se conoce que la estructura de pago se encuentra desordenada, generando que se emitan en promedio nueve planillas complementarias cada mes.

Esta situación no solo limita la generación de reportes, sino que también demanda una inversión grande de capital humano por parte de la institución, con bajo impacto en la gestión. Se debe tener en consideración que en la actualidad la unidad de planillas es incapaz de identificar con exactitud y de manera oportuna el número de estructuras de pago vacantes o disgregar las ocupadas según tipo de contratación.

Recomendaciones:

- Realizar un diagnóstico a la unidad de planillas para identificar en detalle el origen de los problemas que impiden la consolidación eficiente de las planillas, teniendo en consideración que la SESAL emplea el mismo sistema que el resto de entidades del gobierno central, y que los problemas que estas reportan son menores, lejos de alcanzar esta incidencia y gravedad.
- Evaluar al personal de la unidad de planillas a fin de tomar decisiones oportunas sobre la pertinencia de cada uno en el cargo, así como de sus necesidades de capacitación o de facilitación de otros recursos.

Resultado 7: Disminución en el cumplimiento de divulgación de la información

En la línea de base la SESAL obtuvo 96% por cumplimiento de la información divulgada en el portal de transparencia. Al realizar el análisis de la información para el presente estudio, se pudo constatar que la institución cumple con el 70% de las publicaciones que por ley se deben realizar en materia de recurso humano, lo cual representa una disminución de 26 puntos

porcentuales en relación al primer informe. Algunas de las deficiencias encontradas son: normativas en las cuales los enlaces no se podían abrir, planillas incompletas (presentadas hasta septiembre 2015 y de manera parcial), falta del número total de plazas y de información relativa a las tablas de viáticos y gastos de representación. De igual manera se pudo verificar que la información publicada difiere a la presentada de manera directa por la Secretaría a ASJ/TI.

En la evaluación de línea de base, el enlace establecido era el responsable de la unidad de transparencia y acceso a la información pública, quien mostraba altas competencias profesionales y compromiso con sus funciones. Su retiro voluntario de la institución ocasionó que tanto la información publicada como la solicitada no sea entregada completa o en tiempo. Esta situación deja evidencia de dos falencias importantes en la SESAL: primero, la dependencia de la voluntad y capacidad de sus empleados, quienes no obedecen a procesos preestablecidos; y segundo, la carencia de un sistema de control y evaluación de desempeño. Ambas falencias generan que no exista una fortaleza institucional, sino competencias individuales, que al desvincularse el empleado se las lleva consigo.

Recomendaciones:

- Crear los procedimientos y sistemas de evaluación y control sobre los mismos, que garanticen la correcta y oportuna divulgación de información, logrando así el cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, administrando de manera eficiente tanto el portal de la institución como las solicitudes de la ciudadanía.
- Incorporar en los procesos de gestión de recurso humano elementos de divulgación de información, así como espacios para la participación ciudadana, aplicando los principios de transparencia y acceso a la información pública.

Resultado 8: Falta de planificación

En concordancia con los resultados expuestos en la línea de base, se confirma nuevamente la evidente falta de planificación y eficiencia en las acciones orientadas a fortalecer la gestión, que permitan contar con el personal requerido, calificado, capacitado y supervisado, y que, con base en un plan de desarrollo de personal debidamente presupuestado y efectivo, contemple la estrategia de descentralización del sistema de salud, y así permita que todos los empleados se desarrollen en igualdad de condiciones. Se debe tener en consideración que, aun cuando se reconocen las ventajas de la descentralización, se corre el riesgo de que, en el proceso, el NC no cuente con información oportuna y confiable para la correcta toma de decisiones y que la evaluación de los diferentes ES deje rezagados a algunos y fortalecidos a otros.

Recomendación:

Proceder al diseño y aprobación de un plan estratégico institucional que guíe el actuar de todas las unidades de talento humano de las diferentes unidades de gestión de los centros asistenciales y del NC.

4.2. Ingreso de personal

Con base en la información facilitada por la Subgerencia de Talento Humano y las diferentes unidades de los ES, se realizaron las verificaciones documentales e *in situ*, en las que se escanearon los expedientes de nuevo ingreso del personal de los ES y del nivel central, a razón de poder evaluar el nivel de cumplimiento de la norma y las buenas prácticas en materia de reclutamiento y selección de personal.

Se solicitó a la SESAL el listado de ingresos de personal para los años sujetos de evaluación, el cual fue entregado de manera parcial, con información correspondiente únicamente a 10 ES de un total de 181 que generan planillas y registros de ingresos y cancelaciones²⁷. Al no contar con el universo total, la muestra se seleccionó de los 419 expedientes físicos obtenidos en las visitas *in situ* (342 de los ES y 77 del nivel central), a excepción del Hospital Mario Catarino Rivas, por ser el único centro que remitió el listado correspondiente a su gestión, a diferencia de la línea de base, cuando todos los centros facilitaron estos registros.

Resultados de ingreso de personal

Tabla n.º 18. Cumplimiento del indicado de ingresos, por evaluación

Informe/ Tipo de personal	Línea de base 2014-2015		Evaluación 2016-2017	
	ES	NC	ES	NC
Cumplimiento por evaluación	41%	N/E	55%	8%
% Cumplimiento general	41%		32%	
Diferencia	-9%			

Resultado 1: Bajo nivel de cumplimiento

En relación a la primera evaluación presentada en septiembre del 2016, la institución disminuyó nueve puntos porcentuales su calificación en el indicador de ingresos. La institución tiene una oportunidad de mejora de 68% en el cumplimiento de la norma y buenas prácticas en materia de recurso humano.

En la línea de base, este indicador se evaluó únicamente para los empleados de los ES, quienes obtuvieron un 41% de cumplimiento, y en este estudio alcanzaron un 55%. Si se

²⁷ Según información facilitada por la SESAL, a nivel nacional se cuenta con 1,731 ES; sin embargo, muchos de estos se encuentran administrativamente a cargo de regiones departamentales o hospitales, y reportan a estos.

considerara una comparación por tipo de unidad de gestión y no institucional, se observaría un incremento de 14 puntos porcentuales en el ingreso de personal de los ES.

Los procesos desarrollados para contratación de personal administrativo, nivel central, alcanzaron un cumplimiento de 12% en el 2016 y de 4% en el 2017, obteniendo un promedio para este estudio de 8%, siendo este el cumplimiento más bajo encontrado en todos los informes realizados e indicadores evaluados en todas las instituciones.

En relación con los otros cuatro sectores evaluados en el marco del convenio, esta institución se encuentra en la penúltima posición, siendo la calificación de la SEDS casi el doble que la de SESAL.

Tabla n.º 19. Comparación de porcentaje de cumplimiento con otros sectores

Estudio y sector	SESAL	SAR	INSEP	SE	SEDS
Evaluación de línea de base	41%	73%	19%	47%	57%
Evaluación 2016-2017	32%	N/E	N/E	52%	60%

Recomendaciones:

- Diseñar e implementar todas las medidas: procedimientos, protocolos, herramientas y demás relativos al ingreso de personal, con base en lo establecido en la norma aplicable, así mismo ejecutar medidas de control que garanticen la obediencia a todos los procesos, protocolos y demás herramientas diseñadas.
- Deducir responsabilidades a los servidores públicos que incumplen sus funciones relativas a la ejecución y documentación de los procesos de contratación.

Resultado 2: Inexistencia de concurso con base en méritos

En la línea de base se señaló que la contratación de personal en la Secretaría no se basa en méritos. La norma establece la obligatoriedad de realizar los concursos que permitan la incorporación del personal con base en méritos, mediante la aplicación de exámenes y pruebas para proceder al reclutamiento y a la selección de los candidatos bajo el régimen del Servicio Civil. Sin embargo, la falta de documentación que acredite que estos procesos se llevan a cabo, y la práctica de otorgar las plazas de nombramiento a personal que se ha desempeñado como interino —obviando el concurso por la antigüedad en la función— configuran un grave incumplimiento de la ley, ya que esta no exime del concurso al personal que ha ocupado posiciones de manera temporal. Esta situación se refleja en los 357 casos de personal interino estudiados, tanto de personal asistencial (estatutos profesionales) como administrativo (LSC), quienes pueden reclamar su permanencia.

En la revisión de expedientes para el presente estudio no consta se haya realizado algún

concurso competitivo para la selección de personal ni de los ES ni del NC. Estas acciones son responsabilidad de la Subgerencia de Talento Humano de la SESAL.

Recomendaciones:

- Diseñar para todas las contrataciones un modelo de concurso basado en el reconocimiento de los méritos e idoneidad.
- Formular y aprobar un manual interno de procesos de la Subgerencia de Talento Humano que contenga los procedimientos para el ingreso de personal, adaptado a las necesidades específicas de los perfiles profesionales requeridos por la SESAL, que elimine los vacíos y riesgos de corrupción que origina la falta de este manual.
- Sancionar al personal que incumpla lo establecido en los procedimientos de ingreso de personal, tanto a NC como en los ES.

Resultado 3: Persistencia en la contratación de personal interino o por contrato sobre nombramientos permanentes

En el informe de línea de base se reportó como resultado las contrataciones bajo la modalidad de interinato para posiciones permanentes, debido a la emisión del decreto ejecutivo PCM-028-2014. Este decreto generó que se congelaran las posiciones vacantes y que la SESAL desde el 2014 contrate a sus empleados bajo la modalidad de interinos, los cuales representaban el 22% de la masa laboral total, para abastecer posiciones de carácter permanente. El Código de Trabajo establece que la permanencia se obtiene tras 200 días laborados. Se debe considerar que la figura de interinato no debe suplantar las necesidades reales de la institución de personal permanente.

En este estudio se identificó que esta situación persistió durante los años evaluados. Aun cuando no se contó con los listados de ingreso, con base en las muestras se identificó que únicamente el 17% del personal asistencial fue contratado de manera permanente, y en el caso del personal administrativo no se encontró ningún nombramiento bajo esta modalidad.

Se tiene conocimiento del proceso de concurso para 416 plazas de médicos a nivel nacional, el cual comenzó a inicios del 2017 y a la fecha de elaboración de este documento no ha concluido. Sin embargo, se debe señalar que, si bien los médicos son fundamentales para la prestación de servicios de salud de calidad, es imperativo también realizar concursos para otorgar plazas permanentes de enfermeras, laboratoristas, etc., además de personal administrativo.

Recomendación:

- Realizar una depuración de las estructuras presupuestarias ocupadas con contrataciones interinas, con el apoyo de la Dirección General de Servicio Civil, para que puedan ser sometidas a concursos y ocupadas por personal con las competencias requeridas, contratado bajo nombramiento permanente.

Resultado 4: Persiste la falta de justificación para la contratación

Al igual que en la línea de base, donde no se encontró ni una sola justificación en los expedientes, en los dos años sujetos de estudio se constató que las contrataciones de personal de la SESAL no se encuentran debidamente justificadas en el nombramiento o en ningún documento del expediente. Únicamente en 2 de los 419 ingresos revisados se encontró la justificación. Esta carencia genera riesgos de arbitrariedad o abuso de autoridad, al no identificarse si las nuevas contrataciones obedecen a la vacante de una plaza existente o a la creación de una en consideración a las necesidades reales de la secretaría. Asimismo, se presta a manipulaciones de las estructuras, por ejemplo, ocupar una plaza de enfermera para personal administrativo.

Recomendación:

Dejar evidencia documental de la justificación de todas las contrataciones, teniendo en consideración las necesidades institucionales de personal.

Resultado 5: Carencia de información en los expedientes

En el entendido de que el expediente de personal es el conjunto de registros y documentos que contienen información sobre la competencia profesional de cada empleado, su trayectoria en la institución, desde su ingreso hasta su desvinculación y cualquier otra información útil para conocer sus capacidades y sus logros. Con la finalidad de aprovechar al máximo su potencial en beneficio de la organización, es importante mantener estos archivos completos y debidamente almacenados a razón de poder darle la mejor utilidad a la información, la cual sustenta la toma de decisiones.

El nivel central se encuentra en la obligación de contar con información oportuna y confiable sobre las acciones de personal que se realicen a nivel nacional, y la Subgerencia de Talento Humano es la responsable de establecer lineamientos, facilitar herramientas, así como de consolidar la información. Asimismo, debería contar con un archivo central donde se encuentre el expediente de todos los empleados y registro de cada ingreso. Sin embargo, si la disposición oficial de la SESAL (notificada a ASJ/TI de manera verbal) es que cada ES administre sus propios archivos, el NC debe garantizar tanto que los mismos se encuentren completos, como que exista un estándar mínimo a cumplir por cada unidad de gestión.

En la línea de base se identificó que la documentación correspondiente al interinato se encontraba en un nivel de cumplimiento del 0%, y la relativa a los contratos o nombramientos solo alcanzó un 41%.

En la presente evaluación, en el caso de los ES (55% de cumplimiento) se observa que cuentan con expedientes, aun cuando varios de ellos tienen carencias importantes de documentación. En el caso del nivel central no se cuenta con los expedientes que corresponden

exclusivamente al personal gestionado de manera directa por esta instancia y que en su mayoría desempeña actividades administrativas, alcanzando a apenas un 8% de cumplimiento.

El NC reporta solo en 3 expedientes el acuerdo de nombramiento de 230 evaluados (1.3%). Los únicos documentos que se presentan con una frecuencia que alcanza entre el 10 y 20 por ciento son la hoja de vida y fotocopia de identidad.

En el caso de los ES, los documentos en los que se registra menor nivel de cumplimiento son: constancia de antecedentes penales, constancias de trabajo (cuando corresponde); la prueba de aptitudes se encontró únicamente en 1 de los 230 expedientes, y el nombramiento consta solo en el 61% de los casos.

Recomendaciones:

- Realizar e incluir en los expedientes las pruebas psicométricas que correspondan a todo el personal de nuevo ingreso, con base en las características del cargo.
- Diseñar un sistema de alimentación y control de los expedientes de ingreso de personal, el cual se puede basar en un listado de documentos mínimos requeridos, formatos a utilizar y recursos requeridos, que permita documentar todos los requisitos de contratación en el expediente.

Resultado 6: Irregularidades en los procesos de contratación ejecutados y su documentación

En el informe de línea de base se identificaron irregularidades de carácter administrativo en los procesos de contratación, al no contar con manuales y protocolos estandarizados en todos los establecimientos. En el presente estudio se observan varias irregularidades en los expedientes revisados en los ES, tanto por incumplimiento del debido proceso, como en el registro documental del mismo.

Entre estas irregularidades destacan las contrataciones como auxiliar de enfermería de personal que no ha acreditado los conocimientos ni la experiencia requerida para el cargo. Casos del Hospital del Sur:

- Sra. Mérida Sarahí Mondragón Izaguirre. No consta ninguna acreditación profesional de estudios de enfermería, únicamente el título de bachiller en administración de empresas. De igual manera, en su hoja de vida solo tiene experiencia como impulsadora de degustación y cajera del mismo hospital.
- Sr. Anner Favian Osorto Núñez. Según su curriculum, únicamente ha trabajado en el hospital en el área de mantenimiento y solo se encuentran calificaciones de primaria.
- Sra. Lorena Patricia Medina Bonilla. Según constancia elaborada por el director del hospital, Dr. Saúl Edgardo Juárez, ella trabaja como ayudante de almacén; asimismo se

encontró una constancia de trabajo del área contable en el hospital y un título de Perito Mercantil. También se encontró una constancia de recomendación del diputado Mauricio Oliva.

Asimismo, se identificaron inconsistencias en las fechas de los acuerdos, siempre en el Hospital del Sur:

- Sra. Teresa Yamileth Ferrufino, Médico Especialista, cuenta con una prórroga de su nombramiento firmado en septiembre de 2016, pero entró en vigencia dos meses antes, en julio del mismo año.
- Sra. Maryuri Noemí Avilez Martínez, Auxiliar de Enfermería, en el expediente se observa un acuerdo de rectificación de fecha 18 de marzo de 2015, donde especifica que el nombramiento era efectivo desde julio 2015, pero que se cambia para ser efectivo a partir de enero 2015.
- Sra. Johana Elisa Cálix, Licenciada en Enfermería, en su acuerdo se establece que es efectivo a partir del 17 de octubre de 2016 al 14 de abril de 2017, pero fue elaborado y firmado hasta el 29 de diciembre del 2016.

Recomendaciones:

- Una vez formulados los manuales, políticas y demás herramientas inherentes al proceso de ingreso de personal, efectuar jornadas de socialización con el personal de las unidades de talento humano de todos los ES y del NC, así como auditorías de procesos que garanticen su aplicación.
- Realizar auditorías de procesos a todas las unidades de talento humano, de manera sistemática.

Resultado 7: Politización del ingreso de personal

Aun cuando la evidencia en términos porcentuales es baja, se logró comprobar, mediante la revisión de los expedientes y las entrevistas con fuentes confiables al interior de la SESAL, que la entidad favorece con empleos en esta Secretaría a los activistas del partido político en el poder. A razón de la escasa información en los expedientes del personal ingresado al NC, esta valoración no se pudo cuantificar; sin embargo, se tiene conocimiento de que la acreditación política es requisito para la contratación a todos los niveles.

Tabla n.º 20. Ejemplos de acreditación política en los expedientes de ingreso de personal en los ES

Centro asistencial	Nombre del empleado	Carta de recomendación o acreditación
Hospital del Sur	Lilian Banessa Ramos / auxiliar de enfermería	Mauricio Oliva, presidente del Congreso Nacional.
Hospital San Felipe	Raúl Fernando López/ médico especialista	Sr. Juan Orlando Hernández, presidente del Ejecutivo.
	Ángela María Chávez/ auxiliar de enfermería	Sr. Juan Diego Zelaya, secretario del Partido Nacional (PN).
	Betty Yamileth Bueso/ auxiliar de enfermería	Primera Dama Ana García de Hernández, y Mauricio Oliva, presidente del Congreso Nacional.
Región Metropolitana del Distrito Central	María Sara Flores/ auxiliar de enfermería	a) Certificado por haber participado en una mesa electoral receptora el año 2013; b) constancia del censo del Partido Nacional del año 2011, emitida por el secretario ejecutivo Noé Cortes; c) constancia emitida por la secretaria ejecutiva Delia Rivas en abril de 2014, acreditando que colaboró como miembro de mesa electoral; d) constancia emitida por Rigoberto Herrera, presidente del Comité Departamental de F.M., acreditando que es activista del Partido Nacional; e) constancia del coordinador general de Comayagua, Mario Pineda f) carta de recomendación de Juan Orlando Hernández, presidente del Ejecutivo

Recomendación:

Establecer para el ingreso de todos los empleados los concursos públicos basados en méritos, eliminando de todo proceso la injerencia partidista en el nombramiento de personal, indistintamente de la posición.

Resultado 8: Escasa transparencia y rendición de cuentas

Los procesos de ingreso de personal a la entidad carecen de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas que lo fortalezcan y lo doten de confianza ante la ciudadanía. Sin embargo, se reconoce la iniciativa de la SESAL por contar con veeduría social en el concurso médico 2017-2018, en proceso al momento de elaborar este informe.

Recomendación:

Incorporar y registrar mecanismos de transparencia y rendición de cuentas que incluyan de manera sistemática la veeduría social en los procesos de contratación de personal, y que integren a diferentes actores.

4.3. Cancelación de personal

A razón de que no se logró contar con los listados solicitados a la SESAL de las cancelaciones realizadas en los años sujetos de evaluación, se evaluó el 100% de las acciones de cancelaciones reportadas de manera verbal, tanto por el NC (57 casos) como por los ES (164 de expedientes).

Resultados cancelación de personal

Tabla n.º21. Cumplimiento del indicador de cancelaciones, por evaluación

Informe/ Tipo de personal	Línea de base 2014-2015		Evaluación 2016-2017	
	ES	NC	ES	NC
Cumplimiento por evaluación	75%	N/E	55%	17%
% Cumplimiento general	75%		36%	
Diferencia	39%			

Ninguno de los casos estudiados tuvo como causal de desvinculación un proceso disciplinario. Dos de ellos corresponden a nulidades del acuerdo de nombramiento, sin que conste la causa de la anulación.

Resultado 1: Disminución del nivel de cumplimiento

Entre la línea de base y la presente evaluación, la SESAL disminuyó en 39 puntos porcentuales en el cumplimiento de la normativa y buenas prácticas en los procesos de cancelación, lo cual representa el decremento más grande reportado en los ocho estudios realizados. Si se realiza la comparación únicamente entre las evaluaciones realizadas en los ES, considerando que el NC no fue objeto de estudio en la línea de base, de igual manera se reportaría una disminución en el cumplimiento del 20%.

El NC presentó únicamente en los expedientes copia de identidad y del primer nombramiento; el acuerdo de cancelación solo encontró en el 30% de los casos.

Los ES presentaron disminuciones importantes en relación a la línea de base, en los factores de evaluación: documentación corresponde a la causal (-18), acuerdo de cancelación (-24) y acuerdo de nombramiento (-36) puntos porcentuales.

La SESAL, en comparación con los otros sectores, es la que presenta la calificación más baja en la segunda evaluación, además de ser la única que disminuyó su cumplimiento.

Tabla n.º 22. Comparación de porcentaje de cumplimiento del proceso de cancelación con otros sectores

Estudio y sector	SESAL	SAR	INSEP	SE	SEDS
Línea de base 2013-2014	75%	44%	5%	N/E	10%
Evaluación 2016-2017	39%	N/E	N/E	67%	52%

Recomendaciones:

- Implementar los procedimientos que permitan la correcta implementación y documentación de los procesos de cancelación, de manera estándar para todas las unidades de gestión del talento humano.
- Fortalecer los conocimientos y competencias del personal a cargo de las cancelaciones en materia de debido proceso, logrando cumplir con lo establecido en la norma, en especial en los casos en que la desvinculación se sustente en un proceso de descargo.
- Realizar auditorías de proceso que permitan la verificación del cumplimiento del debido proceso y documentación del mismo, deduciendo las responsabilidades que correspondan por el incumplimiento de sus deberes.

Resultado 2: Reincidencia en la centralización del procedimiento / burocracia

En la línea de base se identificó la centralización de algunas acciones del procedimiento bajo el cual se ejecutan las sanciones y amonestaciones de personal, lo que generaba poca agilidad, al no tener los ES control total sobre los procedimientos. El depender de la Subgerencia de Talento Humano y la Unidad Legal de la Secretaría de Salud a NC ocasionaba que las acciones se demoraran y prescribiera la sanción, generando que no se amonestara la falta y afectando también el registro apropiado de la documentación.

En este segundo estudio persiste el resultado, observándose que no se han realizado acciones para mejorar la comunicación y eficiencia del proceso.

Recomendaciones:

- Crear y oficializar un balance entre las funciones que deben ejecutar y documentar la SESAL a NC y las que corresponden a las diferentes unidades de talento humano de los ES, en cuanto a los procesos de cancelaciones, dotando de mayor injerencia a las segundas.
- Formular un mecanismo que agilice el flujo de información entre jefaturas de recursos humanos de los ES y la Subgerencia de Talento Humano y la Unidad Legal, ambas a NC de la SESAL, agilizando así los procesos en los cuales se requiera involucrar a ambas partes en los procesos de cancelación, permitiendo a su vez un correcto registro de las acciones ejecutadas.

Resultado 3: Persistencia en el riesgo de politización de las cancelaciones

El informe de línea de base señaló que “aun cuando no se logró establecer con la documentación registrada en los expedientes, los responsables de la gestión del talento humano de diferentes ES, expresaron su desacuerdo en tener que cancelar indirectamente personal bajo la modalidad de contrato, al no poder renovar la relación laboral a razón que estos no presentaran la constancia de afiliación al partido oficialista, o bien una carta de recomendación.”

En seguimiento de este resultado, en el actual estudio se identificó que el 6% en el 2016 y el 17% de las cancelaciones en el 2017 se originan por la no renovación de los contratos (18 casos), a razón de que no contaban con las constancias de acreditación política, según fuentes internas de la SESAL.

Recomendaciones:

- Implementar mecanismos que permitan documentar las razones por las cuales un contrato no es renovado.
- Diseñar procesos más ágiles para la renovación de contratos o nombramientos cuando se encuentra justificada la permanencia del empleado, evaluando su continuidad exclusivamente con base en su desempeño y no su afiliación política.

Resultado 4: Recurrente carencia de información en los expedientes

En el informe de línea de base se identificaron carencias de información en los expedientes de cancelación, específicamente en los relativos al desarrollo de audiencias de descargo, cuando correspondían. Teniendo en consideración que las falencias en la documentación de los procesos de cancelación generan un alto riesgo de que, ante posibles demandas por reintegro y salarios caídos, la institución no se encuentre en capacidad de validar legalmente las medidas ejecutadas, se esperaba que la SESAL presentara un avance en la documentación de estos procesos.

Sin embargo, aun cuando no existe evidencia de que la SESAL haya desarrollado procesos de sanción para la cancelación por seguimiento de faltas, se puede confirmar que, o bien no se sancionan las faltas, o no se documentan. Para cualquiera de ambas situaciones, la Secretaría tiene el reto de abordar la correcta gestión tanto del proceso como de la documentación de las faltas.

Recomendación:

Mejorar el sistema de archivo y documentación de los expedientes de cancelación, con un listado de la documentación que debe contener según causa de la desvinculación.

4.4. Administración y control de personal

El indicador de administración y control de personal no fue evaluado en la línea de base, razón por la cual no presenta comparación entre estudios.

Se solicitó a la SESAL el listado de personal que durante los años sujetos de estudio cometieron algún tipo de falta administrativa o fueron sujetos de amonestación o llamados de atención (verbales y escrito), y de la sanción a través de audiencias de descargo realizadas. Sin embargo, la Subgerencia de Talento Humano no facilitó esta información, por lo cual se evaluó una muestra aleatoria de expedientes del archivo físico en los ES (71) y en el NC (4).

Resultados de administración y control de personal

El indicador de administración y control de personal es evaluado exclusivamente con el subindicador de sanción a faltas, en cumplimiento al debido proceso.

Tabla n.º 23. Cumplimiento del indicador de administración y control por evaluación

Informe/ Tipo de personal	Línea de base 2014-2015		Evaluación 2016-2017	
	ES	NC	ES	NC
Cumplimiento por evaluación	N/E	N/E	77%	89%
% cumplimiento general	N/E		83%	
Diferencia	N/E			

Resultado 1: nivel medio de cumplimiento

El porcentaje de cumplimiento promedio es de **83%**, para los años sujetos de estudio. Este indicador no presenta comparación con la línea de base a razón de que no fue evaluado.

En términos generales se puede concluir que en los casos en los cuales se realiza el seguimiento de faltas, el proceso ha sido en alguna medida apegado a la normativa aplicable. De los cinco sectores evaluados, la SESAL es la institución con mejor calificación en este indicador. Ejemplo de la ejecución de sanciones con base en el debido proceso es el Hospital Mario Catarino Rivas, con un nivel de cumplimiento del 93% en las 9 sanciones aplicadas en el 2017. Sin embargo, se evidencia que los ES ejecutan los procedimientos de manera discrecional, ya que no cuentan con un manual o protocolo que desde el NC les indique la ruta a seguir con base en el debido proceso.

Tabla n.º 24. Comparación de porcentaje de cumplimiento con otros sectores

Estudio y sector	SESAL	SAR	INSEP	SE	SEDS
Línea de base 2013-2014	N/E	N/E	N/E	N/E	N/E
Evaluación 2016-2017	83%	N/E	N/E	68%	31%

Recomendaciones:

- Diseñar el proceso de control y seguimiento de faltas a los empleados, el cual incluya también la sanción a los jefes cuando estos, teniendo conocimiento de alguna violación a las normas o deberes, no la notifiquen de manera oportuna. Dichos manuales deben ser ampliamente socializados, logrando de esta manera que todos los empleados reciban el mismo tratamiento.
- Aplicar un mayor control sobre el cumplimiento por parte de los empleados de la normativa, y velar por que las sanciones correspondan a la gravedad de las faltas cometidas, así como también por que se sancione a los responsables de reportar las faltas cuando incumplan este deber.
- Sancionar al personal que incumpla el proceso diseñado y oficializado, cuando corresponda.

Resultado 2: Escaso control y seguimiento de faltas

Teniendo en consideración que la institución cuenta con más de 25,000 trabajadores y que únicamente realizó seguimiento a 75 faltas en dos años, se concluye que la SESAL no aplica controles sobre el desempeño de sus empleados, evidenciando una inadecuada permisividad.

Esta falencia impacta directamente en la calidad de los servicios prestados, a razón de que los empleados no son amonestados ni sancionados por las faltas que cometen, lo cual hace que se relajen y usualmente incrementa la indisciplina.

Recomendaciones:

- Con base en un nuevo y eficiente reglamento interno de trabajo, debidamente socializado, implementar las medidas de control que permitan identificar las faltas a tiempo, sancionando bajo el debido proceso cuando corresponda.
- Sancionar con un sentido de corresponsabilidad a los empleados que tengan dentro de sus funciones la obligación de vigilar por el cumplimiento de los deberes de otros trabajadores de la SESAL, al ser sancionable tanto el no comunicar una falta a las unidades competentes, como el no darle seguimiento o hacer la investigación que les corresponda a estas.

Resultado 3: Irregularidades en el proceso de sanción ejecutado y su documentación

Se observan varias irregularidades en los expedientes revisados en el NC y en los ES, tanto por incumplimiento del debido proceso como en el registro documental del mismo.

Tabla n.º 25. Anomalías en las sanciones.

Empleado	Cargo/ Ubicación	Hallazgo/s
Ivest Arquimidez Rodríguez	Medico Asistencial, Región Metropolitana	El doctor Arquimidez debió ser sancionado por incumplimiento a su jornada de trabajo durante los meses de junio, julio, agosto, y parte de septiembre, llegando al ES a las 09:30 a.m. y firmando el libro de ingreso con hora 07:00 a.m. El 4 de septiembre el director del Cesamo de Villa Adela Oswaldo Caballero solicita al doctor Harry Bock Melara, director de la Región Metropolitana, realice las investigaciones correspondientes. El 11 de diciembre se realiza la audiencia de descargo donde el Dr. Arquimidez inicia manifestando: “sin pretender aceptar que he cometido falta alguna, solo expreso que las faltas que se me imputan se encuentran prescritas de conformidad a lo que manda el artículo 57 segundo párrafo de la Ley de Servicio Civil en el sentido que las acciones prescriben en el término de 30 días y en el presente caso se me están imputando faltas que supuestamente cometí en los meses de junio, julio, agosto y septiembre por lo que al día de hoy esas supuestas faltas ya se encuentran totalmente prescritas, porque ya transcurrieron más de 30 días”. El 4 de enero de 2018 la abogada Rosa Aminta Yáñez, jefa del Departamento Legal de la Dirección General de Servicio Civil, emite en el dictamen legal improcedente, por lo que se envía a archivar la documentación de la falta.
Gaby Alexandra Alvarenga Castillo	Enfermera, Hospital Mario Catarino Rivas	En su expediente consta: • Acta de no encontrarse laborando, sin que exista justificación alguna de ausencia; • Incumplimiento de sus funciones por la gran cantidad de visitas que recibe en horas laborales; • Toma de descansos y múltiples salidas para tratar asuntos personales en horas de trabajo; • Malas relaciones laborales con el resto de personal; y • Aplicación equivocada de medicamento a un paciente. El Secretario General propone y delega que se practique la audiencia de descargo pero en el expediente no se encontró evidencia de haberse realizado.

Gaby Alexandra Alvarenga Castillo	Enfermera, Hospital Mario Catarino Rivas	En su expediente consta: Incumplimiento de horario, falta en que ha reincidido, según reporte de sus jefes inmediatos; Alteración de rol de turnos; Insubordinación, en el aspecto de irrespetar las normas de ingreso a la sala de recuperación; y Negligencia en el desempeño de sus labores. Sanción: Suspensión de labores de ocho días calendario sin goce de sueldo. En consideración a la reincidencia (no sancionadas las primeras faltas) y la gravedad de las mismas, se considera que la suspensión es una medida suave en relación a las acciones cometidas.
Jeanneth Doblado García	Enfermera, Hospital Mario Catarino Rivas	No consta audiencia de descargo, únicamente un acta relatando que la Sra. Doblado se apropió indebidamente de un teléfono celular de un médico internista, lo que generó agresión física y verbal. Sanción: No se encontró evidencia de la sanción aplicada.
Nicolás Orlando Milla Escobar	Médico especialista, Hospital Mario Catarino Rivas	En el expediente de sanción no se encuentra el dictamen legal; la falta imputada es ausentarse de la oficina dentro de la jornada diaria, sin autorización del jefe respectivo. Sanción: No se encontró evidencia de la sanción aplicada.
Henry Daniel Martínez Flores (Caso expuesto en la línea de base 2016)	Jefe de planillas	Tras las denuncias realizadas por ASJ/TI se instaló una comisión para investigación, tiempo durante el cual fue trasladado de cargo. La falta originalmente expuesta fue la venta de constancias salariales, adulterando los montos comprometidos por préstamos deducibles de planillas. La comisión logró identificar que el Sr. Martínez autorizaba realizar pagos a terceros de forma indebida, del fondo de becas, beneficio que la SESAL otorga para sufragar gastos a estudiantes que se encuentran efectuando el servicio social o de costeo de cursos a otros empleados. Dichos desembolsos no contaban con ningún procedimiento legal o autorización. Estos actos los cometió al menos durante los años 2014, 2015 y 2016, siendo acusado por fraude por un monto de L. 6,165,076.40, en perjuicio de la SESAL. Está actualmente procesado.

Recomendaciones:

- Realizar auditorías de procesos y controles preventivos, por medio de los cuales se identifiquen los casos abiertos pendientes de sancionar, a razón de que los plazos no prescriban y sean sancionados con equidad y justicia, con base en la ley.
- Deducir responsabilidades a los encargados de vigilar por el cumplimiento de las normas, haciéndoles corresponsables de las faltas de sus subordinados.
- Implementar mecanismos de control interno que permitan la detección temprana de las

faltas y desestimulen la reincidencia en las mismas.

- Fomentar la cultura de denuncia a lo interno de la SESAL, garantizando confidencialidad a los empleados que pongan en conocimiento de las unidades competentes las faltas de otros empleados de la institución.

5. Conclusiones

El nivel de cumplimiento general de la normativa y buenas prácticas en los dos años estudiados es bajo, 49%, reportando un decremento de seis puntos en relación con la calificación obtenida en la línea de base.

Tabla n.º 26. Resultados consolidados de la evaluación según indicador evaluado y comparativa con línea de base

Indicador evaluado	Nivel de cumplimiento		
	Línea de base 2014-2015	Evaluación 2016-2017	Diferencia
Planificación de la gestión de recurso humano	56%	46%	-10%
Ingreso de personal	41%	32%	-9%
Cancelación de personal	75%	36%	-39%
Administración y control de personal	N/E	83%	83%
Porcentaje general de cumplimiento	55%	49%	-6%

La Secretaría tiene grandes retos por superar. De los tres sectores estudiados en una segunda evaluación es la que menor cumplimiento reporta, por lo cual debe realizar un mayor esfuerzo que el resto para alcanzar niveles óptimos de desempeño en materia de gestión de recurso humano.

Tabla n.º 27. Comparación de porcentaje de cumplimiento general con otros sectores

Estudio y sector	SESAL	SAR	INSEP	SE	SEDS
Línea de base 2013-2014	55%	56%	27%	47%	32%
Evaluación 2015-2016	49%	N/E	N/E	62%	50%

De igual manera, si bien la Secretaría ha desarrollado con efectividad algunas de las actividades de su plan de mejora (como el censo, el cual se espera puedan retomar y así incluir a todo el personal de la institución), muestra recurrencia en varios de sus resultados, lo cual refleja que se debe ampliar dicho plan, así como destinar los recursos necesarios para que su implementación sea eficaz.

5.1 Normativa institucional

Aun cuando se tiene en consideración que la normativa general aplicable (LCS) no es potestad de la SESAL, la obligación de mejorar su capacidad de incidir en un marco normativo específico y apropiado a sus necesidades es ineludible y una deuda pendiente de subsanar, que se planteó en la línea de base y no ha sido abordada en el plan de mejora de la institución.

5.2. Procedimiento de planificación de la gestión del recurso humano

La SESAL carece de una planificación de la gestión de recursos humanos, adoleciendo de falta de información documental clave para la óptima toma de decisiones. Entre los documentos requeridos se encuentran: plan estratégico, manual de funciones y perfiles de puestos actualizados con su correspondiente acuerdo ministerial, censos de personal que cumplan con todas las condiciones de control que garanticen su confiabilidad.

5.3. Procedimiento de ingreso

El procedimiento de ingreso adolece de elementos claves, como es la contratación mediante concursos públicos basados en méritos; sin embargo, se reconoce el esfuerzo que ha implicado la realización del concurso médico 2018. No obstante, este procedimiento debe extenderse a todas las contrataciones que realice la institución.

5.4. Procedimiento de cancelación de personal

La escasa documentación de los procedimientos ejecutados y el incumplimiento del debido proceso para la desvinculación del personal es una de las mayores debilidades encontradas en esta evaluación. Teniendo en consideración las repercusiones que la falta de cumplimiento en este indicador puede ocasionar, como son el pago de salarios caídos y el reintegro de personal, se considera imperativa la necesidad de prestar atención y obediencia a lo establecido en las normas aplicables.

5.5. Administración y control de personal

Una de las mayores falencias de la SESAL es la carencia en la identificación y seguimiento a las faltas de los empleados, toral para el desarrollo institucional. Aun cuando este es el indicador con mejor cumplimiento, se debe considerar el bajo número de acciones de amonestación o sanción realizadas (75) en una institución con más 25,000 empleados, durante los años de estudio.

6. Recomendaciones

Con el objetivo de fortalecer la institucionalidad de la SESAL, y en consideración de la injerencia que la correcta gestión de recurso humano tiene sobre el desempeño, se presentan las siguientes recomendaciones:

6.1. General de la gestión de recurso humano

- Promover el fortalecimiento de la Dirección General de Servicio Civil, a razón de que la misma cumpla con el rol rector y de apoyo a las entidades del gobierno en materia de recurso humano.
- Mejorar el registro y archivo de los expedientes tanto físicos como digitales, incorporando una hoja de verificación en la cual se enlisten todos los documentos que cada expediente debe contener.

6.2. Relativas a planificación de la gestión de recurso humano

- Desarrollar las herramientas de gestión del talento humano que permitan tanto la eficiencia en la administración y ejecución de los procesos, como la oportuna toma de decisiones, contemplando entre ellas el manual de procedimientos, el cual incluya los procedimientos de ingreso, planilla, capacitación y desarrollo, cancelación de personal, así como los de evaluación y control de los empleados.
- Completar el censo de personal de manera presencial, por medio del cual se pueda verificar que las estructuras salariales se encuentren ocupadas con base en su aprobación (funcional y geográfica).

6.3. Relativas a lograr un marco regulatorio efectivo para la gestión de recurso humano

- Formular un nuevo reglamento interno que, en apego a la normativa general, diferencie las obligaciones, deberes y sanciones, entre el personal asistencial (médicos, enfermeras, etc.) y el administrativo.

6.4. Relativas al ingreso y contratación de personal

- Gestionar los procesos de concursos para todas las vacantes, empleando mecanismos competitivos, basados en méritos e idoneidad, que no admitan la injerencia política en la selección y nombramiento del personal.

6.5. Relativas a la cancelación de personal

- Formular un manual único de procedimiento de desvinculación según tipo, el cual debe ser de cumplimiento irrestricto por todas las unidades de talento humano, tanto en los ES como en el NC.
- Implementar las medidas de control que garanticen la obediencia del debido proceso.

6.6. Relativas a la administración y control de personal

- Diseñar e implementar modelos de control interno de personal, empleando herramientas tecnológicas, que permitan la prevención y sanción oportuna, en tiempo y forma, de las faltas de los empleados, bajo las normativas que les apliquen, en apego al debido proceso, manteniendo un registro integro de los expedientes, tanto en formato digital como en físico.
- Sancionar todas las faltas, y en caso de que no se den a conocer las acciones a las áreas pertinentes, sancionar también a los responsables de las omisiones.
- Mejorar la relación de la sanción aplicable a las faltas con la gravedad de las mismas.

6.7. Relativas a la transparencia y divulgación de la información

- Establecer protocolos y canales de flujo para el correcto manejo de la información. Crear los mecanismos que garanticen la confiabilidad de la información, responsabilizando del archivo y publicación a las áreas encargadas de los informes, bases de datos y documentos.
- Apego a lo exigido por la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública en la publicación y actualización de la información en el portal de transparencia, de manera que la información publicada en el portal sea oportuna y confiable.
- Estimular la participación ciudadana de manera individual y colectiva, estableciendo mecanismos de transparencia, rendición de cuentas y veeduría social, que contribuyan a garantizar el proceder ético, oportuno y eficiente de la entidad, generando a la vez confianza en la gestión de la SESAL por parte de población.



Sector Salud

Capítulo IV: Confiabilidad de resultados

1. Objetivos del estudio

En este capítulo se analizan los indicadores de la tasa de incidencia del dengue, cobertura de atenciones prenatales y cobertura de menores de cinco años atendidos en un establecimiento de salud. Estos indicadores fueron seleccionados y analizados en el informe de la línea de base desarrollado para los años 2013-2015. Los tres indicadores mencionados fueron elegidos de entre 52 indicadores que proporcionó la Secretaría de Salud (SESAL) y que se encuentran descritos en el documento Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados (SIMEGpR).

La importancia de los indicadores que se analizarán en este capítulo radica en el objetivo número tres de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que propone Naciones Unidas (2016), el cual pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Este objetivo consta de nueve metas, las cuales se relacionan muy de cerca con los indicadores que se analizan. En el caso del dengue, al ser una enfermedad endémica se requiere de datos confiables para elaborar los planes de contingencia pertinentes en caso de brotes en el país, mientras que el indicador de cobertura de atenciones a niños menores de cinco años y atenciones prenatales son reflejo de la cobertura del sistema de salud del país.

Es importante mencionar que el presente estudio se orienta a realizar un análisis de la confiabilidad de los datos y la aplicación del protocolo en los mismos, y no un análisis per se sobre los indicadores y los resultados generados; es decir, no se estudiarán las consecuencias del dengue o las causas del embarazo, por mencionar ejemplos.

1.1 Objetivo general

- Evaluar la confiabilidad de los datos estadísticos que sirven de base para la construcción de los indicadores de la SESAL y así conocer la veracidad de los indicadores incidencia del dengue, cobertura de atenciones prenatales y cobertura de atenciones a niños menores de cinco años.

1.2 Objetivos específicos

- Valorar la existencia y calidad de los protocolos de generación de datos estadísticos de indicadores clave: incidencia del dengue, cobertura de atenciones prenatales y cobertura de atenciones a niños menores de cinco años.
- Evaluar la aplicación de los protocolos, o en su defecto, las prácticas existentes para la construcción de estadísticas.
- Verificar la integridad de los datos estadísticos, evaluando desde su fuente primaria hasta el consolidado final.
- Realizar comparativo con la línea de base para establecer el nivel de implementación

de las recomendaciones emitidas en el informe de línea de base, y de otras mejoras que, que haya tenido la SESAL para asegurar la confiabilidad de las estadísticas de los indicadores evaluados.

2. Metodología

El procedimiento metodológico adoptado para el estudio se desarrolla en pasos secuenciales, basados en mecanismos de verificación de procesos para el análisis y evaluación de tres dimensiones:

2.1 Análisis del protocolo del proceso

Se evalúa inicialmente la existencia o no de un protocolo (manual o instructivo) que describe el proceso de generación de los datos estadísticos de los indicadores de estudio. Se analizan algunos aspectos de la calidad del documento o protocolo, tomando en cuenta si este está aprobado oficialmente, si responde a normativa legal o buenas prácticas internacionales, y el nivel de detalle de las tareas y actividades que lo conforman, entre otros aspectos. La existencia de un protocolo es de suma importancia, ya que esto garantiza la continuidad de las buenas prácticas, lo que se convierte en sostenibilidad y fortalecimiento de la institucionalidad.

2.2 Análisis de la práctica

Este análisis consiste en evaluar la implementación del protocolo del proceso de generación del dato estadístico; en caso de no existir un documento que describa este proceso, se analizan las prácticas existentes y su cumplimiento por parte de las unidades o personas involucradas en el proceso de generación de los datos, para determinar en qué grado la práctica es común a todos los implicados, y en cuánto contribuye a la confiabilidad de los datos que genera la institución. El análisis incluye la valoración de riesgos en el proceso y se basa en trabajo de campo mediante entrevistas, demostraciones y verificaciones *in situ*.

Es importante señalar que la práctica puede ser buena, aunque no esté protocolizada; esta es la razón por la que se evalúan los dos aspectos por separado *in situ*. No obstante, para el caso de la SESAL la práctica está protocolizada, por lo cual para este estudio se enfatizará en la implementación del protocolo.

2.2.1 Instrumentos de evaluación y criterios de selección de muestra

Para el análisis de la práctica se aplicó el mismo instrumento de evaluación²⁸ diseñado en la línea de base 2016 para cada nivel del sistema de salud (local, regional y central) (ver anexo No.1). Dichos instrumentos fueron elaborados con base en lineamientos, documentos brindados

28
Instrumento de verificación elaborado en el informe de la línea de base de la Secretaría de Salud 2015.

y prácticas descritas por personal de la SESAL, y permiten un análisis comparativo entre mediciones.

El instrumento de evaluación se divide en tres partes: la primera de ellas consiste en 22 preguntas que se realizaron a los establecimientos de salud (ES); el cuestionario incluye la descripción de la práctica del protocolo que deben seguir los ES para la gestión de la información. La segunda parte del instrumento incluye diez preguntas referentes al rol de las regionales de salud, y la tercera parte está orientada a indagar sobre la gestión de la información que realiza el nivel central.

Para la aplicación de la herramienta se visitó cada uno de los niveles seleccionados, comenzando en los ES (Cesamos y hospitales), siguiendo con las regiones sanitarias y finalizando en el nivel central. En cada visita se solicitó evidencia o respaldo de cada ítem que se verificaba; por ejemplo, el protocolo exige que la información consolidada de los ES sea enviada los primeros cinco días del mes, por lo cual se solicitó a los ES evidenciar el acuse de recibo para verificar este paso del protocolo.

Referente a los ES visitados, se procuró tener una muestra de los puntos torales del país: el norte con el Hospital Mario Catarino Rivas y el Cesamo Cornelio Moncada; el sur con el Hospital Regional del Sur y el Cesamo La Providencia; y la zona centro con el Hospital San Felipe y el Cesamo Alonso Suazo.

Se le asignó un porcentaje de cumplimiento a cada ítem (pregunta) verificado con base en los siguientes criterios:

- Cumplimiento completo de la actividad= 100% de cumplimiento del criterio.
- Cumplimiento incompleto de la actividad= 50% de cumplimiento del ítem.
- No cumplimiento de la actividad= 0% de cumplimiento.

El cumplimiento del protocolo o de la práctica descrita se mide calculando el porcentaje de pasos o criterios que se cumplen de todo el proceso establecido.

2.3 Integridad del dato

Este componente consiste en la aplicación de un factor de verificación para constatar que los datos reportados por la Secretaría en sus informes coincidan con los datos de la fuente primaria. El valor obtenido refleja la medida en que el dato se mantiene íntegro a través de todas las etapas del proceso, tomando en cuenta la existencia de márgenes de discrecionalidad que permitan errores acumulables, así como fallas de seguridad en el proceso que vuelvan vulnerable la objetividad del dato.

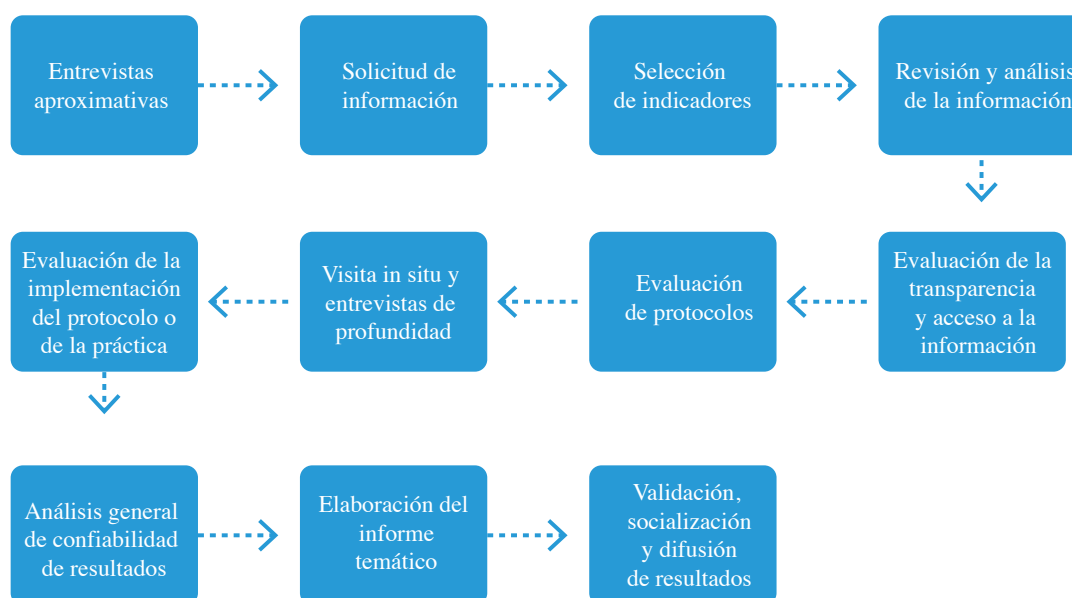
Para analizar la integridad del dato se calculó, con fines de comparación; el factor de verificación (FV) de la siguiente manera:

Por lo cual se entenderá que el factor verificación (FV) mide la exactitud de la fuente primaria de datos y del dato consolidado, es decir, la revisión de las atenciones ambulatorias (ATA) del ES respecto a los reportes disponibles en el nivel regional en el informe mensual de atenciones ambulatorias (AT2R) o el informe diario mensual de enfermedades de notificación obligatoria (TRANS). Además, el FV nos brinda un panorama sobre las notificaciones estadísticas por parte de los establecimientos de salud (ES); por ejemplo, si un FV es mayor al 100% indica que existe una subnotificación de sus reportes estadísticos en los niveles subsiguientes (regional y central); y un FV inferior a 100% indica una sobrenotificación del indicador reportado por los ES. Es importante resaltar que a partir del reporte de las ATA se conforman los informes AT2R y TRANS, por lo cual se debe entender que estos últimos son un resumen mensual de las ATA; es así como el AT2R y el TRANS debe corresponder a lo verificado en el ATA y generar un FV=100%.

La verificación del cumplimiento de los criterios evaluados en cada dimensión genera tres calificaciones porcentuales que luego se promedian en una calificación final, que representa la confiabilidad del dato estadístico de los indicadores.

En la figura n.º 6 se muestra las etapas que se siguieron para el desarrollo de esta evaluación.

Figura n.º 6. Etapas de la evaluación



2.4 Acceso a la información

Para la realización del estudio, se emitieron dos solicitudes mediante oficios formales (ASJ.TI-SESAL 13.17 y ASJ.TI 02.17) a la institución, para que proporcionara los protocolos, reglamentos, manuales, guías o cualquier otro documento que contenga la descripción de los procesos de generación de los datos estadísticos, de los indicadores antes referidos.

Se midió el acceso a la información, con base en las solicitudes formales de documentación, de los tres indicadores bajo estudio, según cada parámetro, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla n.º 28. Porcentaje de entrega de información solicitada a la SESAL

Criterio	Línea de base (2016-2017)	Evaluación (2016-2017)
Información entregada completa	96%	80%
Información entregada incompleta	4%	20%
Información no entregada	0%	0%

Cabe destacar que toda la información solicitada fue entregada; no obstante, el 20% de ella se entregó de manera incompleta, de los cuales se puede mencionar el documento del proceso de capacitación de la plataforma presidencial de gestión por resultados y el convenio marco que avala la política de descentralización, copia de los compromisos y convenios de gestión por resultados de todos los hospitales y regiones.

3. Resultados del análisis de protocolo

En este apartado se analiza el protocolo utilizado por la Secretaría de Salud para la generación de los datos estadísticos, el cual lleva por nombre *Compendio de instrumentos e instructivos de estadística*. En este sentido, el análisis se aborda desde tres perspectivas. La primera de ellas es la verificación de la existencia del protocolo; la segunda es la verificación de la calidad del protocolo; y la tercera es la aplicación del protocolo para la generación del dato estadístico.

3.1 Verificación de la existencia del protocolo

El protocolo contiene los instructivos para generar los insumos de los tres indicadores seleccionados para este estudio. El compendio presentado por la SESAL es el protocolo empleado para la generación, almacenaje y circulación de la información estadística generada por los ES, homologado vía oficio n.º 001-AES-2017, que comprende una gama de instructivos referente a la estandarización de los formatos de recolección de datos, la homogenización de la forma de recepción, archivo y conservación de los instrumentos, así como al flujo de información con sus tiempos de entrega.

Tabla n.º 29. Hoja de verificación de existencia de protocolo

Existencia de protocolos			
Factor de verificación	Existe	No existe	Calificación
Existencia de un protocolo oficial para la generación de datos estadísticos de la SESAL.	Sí		100%

Fuente: generado por ASJ

Este protocolo está siendo implementado desde el año 2005, y es el mismo que se utilizaba cuando se realizó el estudio de línea de base 2013-2015. Actualmente aún no ha habido necesidad de actualizarlo, razón por la cual la calificación obtenida es del 100%. Es importante recalcar que, a diferencia de la línea de base de la SESAL (pg. 171), en esta evaluación el análisis del protocolo se compone de dos etapas: el estudio de existencia de protocolos y la verificación de calidad del protocolo. El promedio de ambas notas compone el estudio del análisis del protocolo.

3.2 Verificación de la calidad del protocolo

Para verificar la calidad del protocolo se utilizó el instrumento diseñado por la ASJ que forma parte de la metodología de estudios de confiabilidad de resultados. La tabla n.º 28 detalla el análisis del compendio de instrumentos e instructivos de estadística que utiliza la SESAL para generar sus indicadores. Si bien en la línea de base (Pg. 171) existe un análisis del protocolo, el equipo de confiabilidad de resultados de ASJ desarrolló un nuevo instrumento para verificar la calidad del protocolo, es decir, se tomaron en cuenta más criterios de verificación.

Tabla n.º 30. Hoja de verificación de calidad del protocolo

Evaluación de protocolos de generación de datos estadísticos		
Factores de verificación	Sí	No
El protocolo está incluido en un reglamento, manual, guía o instructivo.	x	
El protocolo responde a la normativa legal.	x	
El protocolo responde a las buenas prácticas internacionales.	x	
El protocolo está actualizado.	x	
El documento contiene la descripción del dato estadístico.	x	
El documento contiene un prólogo o introducción que describa el contexto, los antecedentes y la justificación del dato estadístico.	x	
El documento contiene el lugar y la fecha de su elaboración.	x	
La descripción de las etapas contiene las tareas y actividades, suficientemente detalladas e incluyen todos los elementos necesarios para su realización (alcance, tiempo, responsables).	x	
El documento norma el manejo de la información (tránsito).	x	
El documento norma el manejo de la información (acceso).	x	
El documento norma el manejo de la información (almacenamiento).	x	

El documento contiene la descripción de la etapa que conforma el proceso de generación y registro inicial del dato estadístico.	x	
El documento contiene la descripción de la etapa que conforma el proceso de análisis de datos.		x
El documento contiene la descripción de la etapa que conforma el proceso de consolidación de datos.	x	
El documento contiene la descripción de la etapa que conforma el proceso de presentación y divulgación del dato estadístico.		x
Están claramente identificados los responsables de cada una de las etapas, tareas y actividades.	x	
El documento contiene el flujograma del proceso.	x	
El documento contiene todos los formatos y herramientas necesarias en el proceso de generación del dato estadístico.	x	
Calificación porcentual	88%	12%

Fuente: Generado por ASJ/TI.

De los quince criterios tenidos en cuenta en este análisis, se encontró que el compendio de instrumentos e instructivos de estadística aún no presenta la normativa legal en la que se ampara; además, carece de descripción del proceso del análisis de los datos generados. El documento de protocolo, por su parte, no describe la etapa de presentación de divulgación de los datos. El acceso al público de la información generada por la unidad de estadística se limita a las personas que de manera personal la soliciten, y también se limita a alimentar las memorias anuales generadas por la Unidad de Planeación y Evaluación de la Gestión (UPEG) de la SESAL. Asimismo, el protocolo no describe de manera clara y concisa el rol del nivel central.

3.3 Resultados de análisis de protocolo

Tabla n.º 31. Resultado del análisis de protocolo de generación de datos de la SESAL

Muestra	Existencia del protocolo	Evaluación de los protocolo	Promedio del análisis del protocolo
Compendio de instrumentos e instructivos de estadística	100%	88%	94%

Fuente: Generado por ASJ/TI.

En el estudio elaborado en 2013-2015 la evaluación de protocolo fue 81.25% (Pg. 171) la evaluación para este estudio del protocolo fue de 88%; sin embargo, en el estudio de la línea de base carece de los mismos criterios que en esta evaluación, esto explicado por la aplicación nuevo instrumento desarrollado para realizar un análisis más profundo. Al promediar la nota de la existencia de protocolo y el análisis de la calidad del protocolo, se encontró que este cumple con el 94% de los criterios establecidos por ASJ-TI, con algunas oportunidades de mejora, como se detalla a continuación.

Resultado 1: el protocolo no está oficializado

En la línea de base se recomendó a la SESAL abordar esta situación: “en su totalidad, ninguno de los documentos antes mencionados se encuentra oficializado mediante un acuerdo ministerial u otro mecanismo legal”. El mismo hallazgo se repite en la presente evaluación, por lo cual se corre el riesgo de que los instrumentos y buenas prácticas desarrolladas en la generación de datos por la SESAL, pese al excelente protocolo que han desarrollado con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), no perduren debido a que carecen del sustento necesario para tener continuidad.

Recomendación

Mediante acuerdo ministerial u otro mecanismo legal, oficializar el compendio de instrumentos e instructivos de estadística de la SESAL; además, se recomienda que dicho acuerdo o mecanismo sea evidenciado en el contenido del documento del protocolo.

Resultado 2: etapas de análisis y divulgación no incluidas en el protocolo

Si bien la función de la unidad de estadística de la SESAL es la generación y compilación de los datos estadísticos, es de vital importancia que la Secretaría normalice el proceso de divulgación de los datos en memorias anuales de la institución o por otros medios. De igual manera, el análisis de los indicadores no está protocolizado, y el compendio de instrumentos no establece ni deja claro quién o cuál unidad será encargada de realizar un análisis y divulgar de manera oficial los datos compilados.

Recomendación

Agregar al compendio de instrumentos e instructivos de estadística los insumos necesarios que establezcan claramente la función de análisis y divulgación de los datos estadísticos.

4. Análisis de la aplicación del protocolo

En esta sección se analiza la aplicación del protocolo existente, tanto a nivel local en hospitales y centros de salud, es decir, los establecimientos de salud (ES), como en las oficinas regionales de salud. En este estudio se seleccionaron: la Región de Salud Metropolitana de Tegucigalpa, la cual recibe la información del Hospital San Felipe y del Centro de Salud Médico Odontológico (Cesamo) Alonso Suazo; la Región de Salud Metropolitana de San Pedro Sula, que supervisa al Hospital Mario Catarino Rivas; la Región de Salud de Cortés, a la cual pertenece el Cesamo Cornelio Moncada; y la Región de Salud de Choluteca, que incluye el Hospital Regional del Sur y el Cesamo La Providencia. También se analizó la aplicación del protocolo en la oficina central de la SESAL, es decir, en la Unidad de Estadística, que es la encargada de consolidar todos los TRANS y AT2R recibidos de las regiones de salud y de generar el compendio estadístico a nivel nacional.

Cuando un ítem de la herramienta de verificación era comprobado, se le asignaba el valor de un punto; cuando era verificado, pero sin las normas establecidas en el protocolo, se le asignó 0.5 del valor del ítem; y en caso de no poder comprobar el criterio se le asignó una calificación de 0 puntos; de esta manera se obtuvo una calificación ponderada para cada nivel.

El porcentaje de cumplimiento por nivel según los criterios implementados en este informe representa el promedio de todos los resultados individuales. Los ítems medidos están relacionados al funcionamiento del protocolo establecido y se tomó en cuenta cada actividad que debe realizarse en todos los niveles de la generación del dato. En la tabla n.º 30 se detalla un resumen de los criterios evaluados en el instrumento.

Tabla n.º 32. Resumen de herramientas para análisis de aplicación del protocolo

Nivel local	Nivel regional	Nivel central
Llenado de ATA (fuente primaria de información) por el profesional de la salud, durante la atención al paciente.	Se verifica que el AT2R y el TRANS que entrega el municipio esté completo y con todos los datos correspondientes.	¿Existe un sistema para el reporte de datos entre las Regiones Sanitarias y el nivel nacional?
Llenado de ATA (fuente primaria de información) por el profesional de la salud, durante la atención al paciente.	Existen libros, oficios, control de recepción de informes mensuales de los ES.	¿Existe un procedimiento escrito para el manejo de los reportes atrasados?
Registro diario de ATA (AT2)	Los reportes de los ES se digitan íntegros y de forma correcta.	¿Se han procesado todos los datos que deberían según las fechas establecidas?

Registro de enfermedades de notificación obligatoria (TRANS)	Existe constancia de la digitación en el sistema y de si se hace alguna actualización.	¿La oficina nacional lleva algún mecanismo de registro de la fecha de recepción de reportes de las regiones?
Registro de enfermedades de notificación obligatoria (TRANS)	Está disponible un mecanismo para realizar correcciones de la información enviada por el ES.	¿El formato de retroalimentación utilizado contiene alguna discusión sobre los datos y su interpretación?
Registro mensual de ATA (AT2R)	Hay verificación de la calidad por parte de la región para lo reportado por el ES en TRANS y AT2R.	¿Existe una publicación oficial del país que incluya los datos del indicador?
Registro mensual de enfermedades de notificación obligatoria (TRANS)	Se archivan los reportes por tipo de reporte y año.	¿Se monitorean las actividades de supervisión realizadas?
	Se realiza un backup semanal de la información alimentada al sistema.	¿Existen tablas o formatos de informes estandarizados que se puedan crear para mostrar datos del indicador según se necesiten?
Envío de AT2R y TRANS al nivel municipal	La Región envía en archivo de Excel el reporte mensual de todos los establecimientos, mediante correo electrónico.	¿Se incluye la fecha de actualización de los datos en las tablas o informes?
	La Región envía en archivo de Excel el reporte mensual hasta el día 10 calendario del mes siguiente al reportado.	Consolidado de informes mensuales

Fuente: Elaborado por ASJ/TI.

A continuación, en la tabla n.º 31 se detalla el porcentaje de aplicación del protocolo de la SESAL en los diferentes niveles de la generación del dato.

Tabla n.º 33. Resultados del cumplimiento de la práctica (dato entre paréntesis pertenece a la evaluación 2013-2015). Datos expresados en porcentajes

Región Sanitaria	Establecimiento de salud	Porcentaje de Cumplimiento		
		Nivel local	Nivel regional	Nivel central
Metropolitana San Pedro Sula	Hospital Mario Catarino Rivas	86 (54)	100 (94)	87 (75)
Cortés	Cesamo Cornelio Moncada	75 (56)	95 (94)	
Metropolitana Tegucigalpa	Hospital San Felipe	81 (63)	100 (87)	
	Cesamo Alonso Suazo	86 (80)		
Choluteca	Hospital Regional del Sur	84 (63)	95 (93)	
	Cesamo La Providencia	84 (63)		
Porcentaje de cumplimiento por nivel		82 (63)	97 (92)	87 (75)
Porcentaje de cumplimiento por la SESAL		89		
Porcentaje de cumplimiento en la línea de base año 2016		77		

Fuente: Elaborado por ASJ/TI.

En general todos los ES y regiones de salud mejoraron en casi todos los aspectos. En este análisis se notó una notable mejoría de 12 puntos porcentuales en la aplicación del protocolo respecto a la evaluación 2013-2015. Los ES obtuvieron calificaciones entre 75% y 86, obteniendo un promedio de 82%. En cuanto a las regionales de salud, sus notas oscilan entre 95% y 100%, debido a un mejor control en las fechas de recepción de la información y su manejo, lo que significó un promedio de 97%. Destacan la regional metropolitana de San Pedro Sula y la metropolitana de Tegucigalpa, donde además se observó una mejoría en su infraestructura, y también presentaron sistemas propios de control de la información para los ES que están bajo su jurisdicción. En cuanto al nivel central obtuvo una nota de 87%, también explicado por un control de las fechas de recepción más eficiente.

Resultado 1: no se siguen las instrucciones del llenado de ATA.

Respecto a la aplicación del protocolo en los ES, el principal problema encontrado se debe al mal llenado de los formatos de atenciones ambulatorias ATA por parte de los médicos. Con respecto a la situación descrita en la línea de base, se siguen encontrando errores comunes como: manchones, casillas incompletas, diagnósticos no especificados, inclusive casillas vacías de datos y registros relevantes, afectando por lo tanto los registros estadísticos del sistema de salud pública.

Recomendaciones

- Brindar capacitaciones a los médicos y enfermeras para el correcto llenado de las ATA.
- Realizar verificación de calidad aleatoria del llenado de las mismas, y de ser posible contemplar sanciones administrativas en caso de incumplimiento.

- Si bien pareciera una utopía digitalizar este proceso, se puede realizar un mecanismo piloto en un ES y de esta manera evidenciar la mejoría en el flujo de la información cuando es digitalizada.

Resultado 2: Archivo en mal estado

En la línea de base, en la mayoría de los ES y de las regionales se encontraron oficinas de archivo en precarias condiciones, inclusive archivos almacenados con mangueras para catéter, con goteras y expuestos a la intemperie. La mejoría de la nota en la presente evaluación se debió principalmente a mejores instalaciones de las oficinas regionales, lo que les permite conservar de manera óptima los archivos, a excepción de la regional de Cortés, en la cual se encontró la bodega de archivo deteriorada y con problemas estructurales, lo que les obligó a movilizar los archivos a las oficinas de trabajo de manera poco organizada y la documentación se encuentra acumulada. También el archivo de la regional de salud de Cortés fue destruido, por lo cual la documentación actualmente está acumulada dentro de las oficinas. Además, se identificó una mejora evidente en el archivo de los hospitales Mario Catarino Rivas, San Felipe y Regional del Sur; sin embargo, en el Cesamo Cornelio Moncada las condiciones del archivo siguen siendo deplorables, inclusive con riesgo de que la documentación se moje cuando llueve.

Recomendación

La debe SESAL invertir en el mejoramiento y acondicionamiento de los archivos (estantería y carpetas, mínimamente) de los ES y de las regionales, y en general de mucha de su infraestructura. Si bien se encontró una notable mejoría en algunos ES y regionales, no se debió a acciones de la SESAL, sino que por de donaciones e iniciativas de fundaciones dedicadas al apoyo de la salud.

Resultado 3: personal con múltiple función

Al igual que en la línea de base, se identificó que existe poco personal, lo que obliga a una persona a desarrollar varias tareas, desde la atención al público hasta la función de elaborar reportes de AT2R y TRANS. Según la normativa, es el jefe de la unidad de estadística, o en su defecto el director del Cesamo, el encargado de realizar la tarea de la gestión de la información; no obstante, en algunos CESAMOS existe nada más una enfermera que debe realizar todas las funciones del ES. Por ejemplo, en el Cesamo de Puerto Cortés la persona encargada de llevar estos registros era una profesional de la enfermería en trabajo social, es decir, que no es empleada permanente de la SESAL, la cual debe atender pacientes, gestionar campañas de vacunación, realizar tareas administrativas y gestionar las estadísticas.

Recomendación

Procurar que en los ES la persona asignada para la función de la recolección y gestión de la información estadística sea oficializada y se vuelva personal permanente de la SESAL, con el objetivo de realizar reportes administrativos en caso del incumplimiento del protocolo por parte del ES.

Resultado 4: desabastecimiento de materiales y papelería

Al igual que en la línea de base, en los CESAMOS visitados se verificó un desabastecimiento de papelería, lo que los obligó a obtener copias no oficiales, con un tamaño que no es el recomendado, lo cual obliga al personal a escribir en letra más pequeña de la que acostumbran. Por ejemplo, en el Cesamo de Choluteca se verificó que las ATAS estaban en copias de papel en tamaño legal, que no es equivalente ni a la mitad del tamaño de una ATA oficial. En los hospitales sí existe el abastecimiento de papelería; sin embargo, va a costo de fondos propios del ES y no por abastecimiento de la SESAL.

Recomendación

Abastecer de papelería de manera permanente a los ES, elaborando un mecanismo que haga énfasis en los CESAMOS y los Centros de Salud Rurales (Cesar), ya que en ese nivel de establecimiento los fondos propios con los que cuentan son limitados y en algunos casos nulos, enfatizando en el instrumento ATA, ya que es el de mayor uso debido a su naturaleza de reporte diario.

5. Integridad del dato

Para elaborar esta sección del capítulo se realizó una verificación *in situ* en los ES, la cual consistió en realizar un conteo de un mes en específico de las atenciones ambulatorias (ATA) de los ES y compararlas con el informe mensual de atenciones ambulatorias (AT2R) y el informe diario mensual de enfermedades de notificación obligatoria (TRANS) para los casos de dengue. Derivado de esta verificación se encontró el factor de verificación (FV), el cual se refiere al nivel de integridad del dato; un FV abajo del 100% significa que los ES están reportando más casos de los que sucedieron en ese mes, y un FV mayor a 100% significa que los ES reportaron menos casos de los que atendieron en el mes.

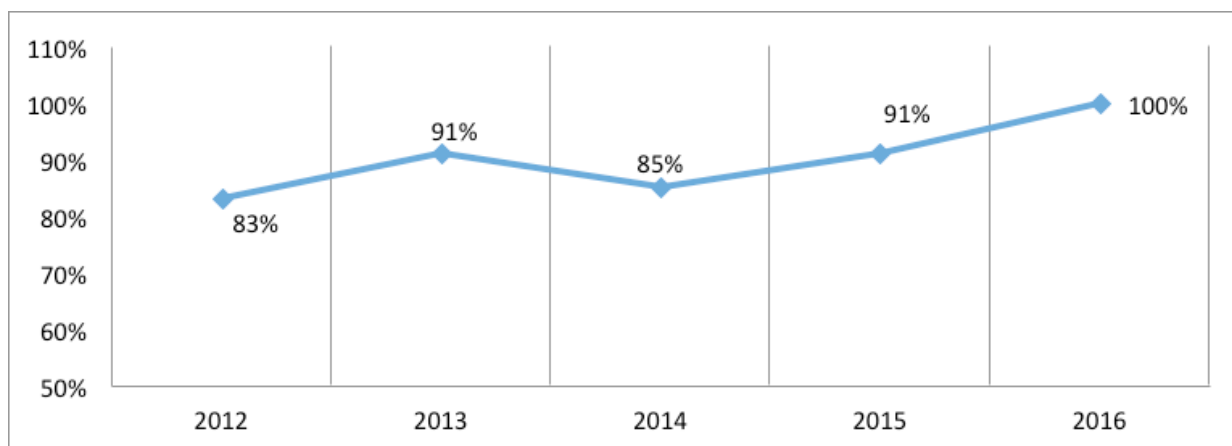
Asimismo, es importante recalcar que para la verificación de la integridad del dato se tomaron como muestra tres indicadores: atenciones a niños menores de cinco años, atenciones prenatales y casos de dengue. Es importante recalcar que los criterios de selección de los indicadores y la selección de ES para la evaluación son los mismos que en la línea de base. La importancia de la confiabilidad de estos datos estadísticos se puede reflejar en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (2016, p. 16), específicamente en el objetivo número tres, que tiene como fin garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

5.1 Atenciones a niños menores de cinco años

Según el *Sistema de monitoreo y evaluación de la gestión por resultados* SIMEGpR (p. 92), la cobertura de menores de cinco años atendidos en establecimientos de salud expresa la proporción de atenciones de primera vez brindadas a los menores de cinco años atendidos en los establecimientos de primer y segundo nivel de la Secretaría de Salud.

En la figura n.º 7 se visualiza la cobertura de atenciones a niños menores de cinco años en ES. Este indicador, según la SESAL ha venido en aumento en el último quinquenio hasta tener una cobertura en 2016 de 100%.

Figura n.º 7. Cobertura de menores de cinco años atendidos en ES (2012-2016)



Fuente: Generada por ASJ con datos del anuario estadístico de la SESAL.

Según el documento *Sistema de monitoreo y evaluación de la gestión por resultados* SIMEGpR (p. 92), el indicador de cobertura de menores de cinco años atendidos en un ES se construye de la siguiente manera:

Es importante resaltar que este indicador comprende datos estimados por el Instituto Nacional de Estadística (INE); por tanto, en la verificación de este indicador, el equipo de ASJ se limitó a verificar el numerador, es decir, el número de niños menores de cinco años que se atendieron en un ES en un mes en específico. La revisión *in situ* elaborada por ASJ, el reporte AT2R de cada ES y el FV de este estudio y el FV de la línea de base se detallan a continuación en la tabla 32.

Tabla n.º 34. Detalle de la verificación *in situ* de atenciones a niños menores de cinco años en los ES

Establecimiento de Salud	Mes/ Año verificado <i>in situ</i>	Atenciones de niños menores de 5 años el ES	Atenciones de menores de 5 años reportados en el consolidado AT2R	FV evaluación 2016-2017	FV evaluación 2013-2015
Hospital Mario Catarino Rivas	Dic. 2016	677	688	98%	67%
Cesamo Cornelio Moncada	Dic. 2017	153	217	70%	82%
Hospital San Felipe	Feb. 2017	812	832	97%	92%
Cesamo Alonso Suazo	Feb. 2017	1043	1145	91%	98%
Hospital Regional del Sur	Ene. 2017	521	528	98%	89%
Cesamo La Providencia	Julio 2016	162	162	100%	100%
		3,368	3,572	94%	84%

Fuente: Generada por ASJ/TI con datos de primera fuente de verificación *in situ*

Los resultados obtenidos del FV oscilan entre el 70%, del Cesamo Cornelio Moncada (Puerto Cortés), y el 100% en el Cesamo La Providencia (Choluteca). Debido al orden encontrado en el archivo de las ATA y en general del archivo de algunos hospitales y CESAMOS, fue posible una verificación más simplificada para el equipo de confiabilidad de resultados de TI/ASJ. Con respecto a la línea de base, la SESAL en este indicador mejoró 14.3 puntos porcentuales, destacando el Cesamo La Providencia, que tanto para la línea de base como para este estudio reflejó 100% del FV, debido a la poca afluencia en este ES. La calificación general de este indicador es de 94%, es decir, el dato del número de atenciones a niños menores de 5 años elaborado por la SESAL, según la verificación elaborada por ASJ/TI, posee una integridad del 94%, que se explica principalmente por la poca legibilidad de la letra de los médicos, que incide en un porcentaje de error.

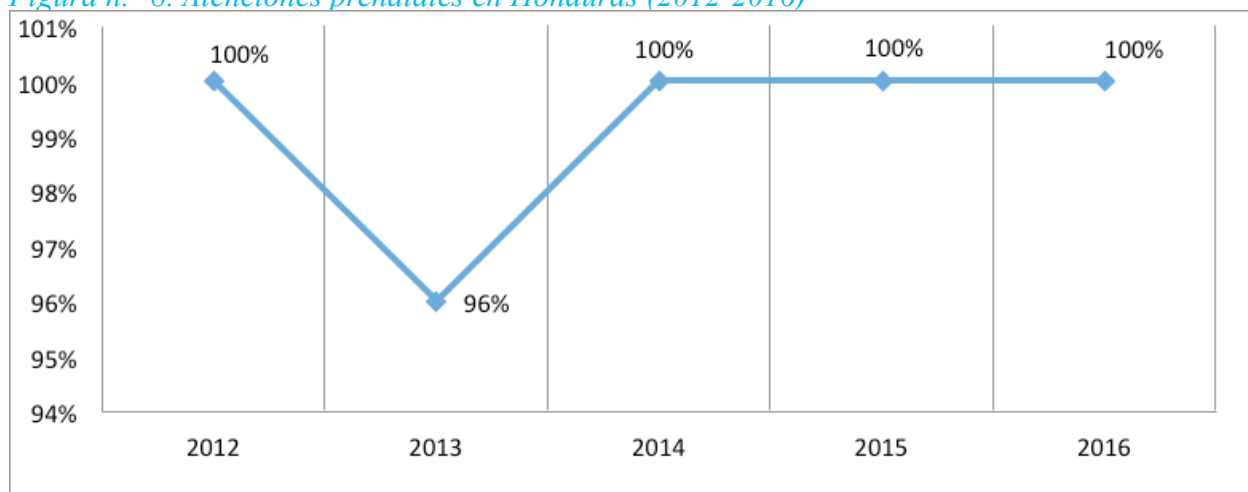
5.2 Atenciones prenatales

Según el *Sistema de monitoreo y evaluación de la gestión por resultados*, SIMEGpR la atención prenatal forma parte de la estrategia para la reducción de la mortalidad materna. Este indicador es importante porque mide el acceso de las embarazadas a los servicios de salud; además, responde al indicador 23 del Plan de Nación.

De igual manera, el Banco Interamericano de Desarrollo (2017) menciona la importancia de la cobertura prenatal y señala la necesidad de asignar prioridad a los recursos para los grupos vulnerables y de diseñar intervenciones específicas para los países, con el fin de mejorar la cobertura y la oportunidad de las atenciones prenatales en las comunidades más pobres de Mesoamérica.

Tal como se puede visualizar en la figura 8 la cobertura de atenciones prenatales para el año 2016 fue del 100%.

Figura n.º 8. Atenciones prenatales en Honduras (2012-2016)



Fuente: Elaborado por ASJ/TI con datos del anuario estadístico de la SESAL.

Según el documento *Sistema de monitoreo y evaluación de la gestión por resultados* SIMEGpR (pág. 83), el indicador de cobertura de atenciones prenatales se construye de la siguiente manera:

Debido a que el indicador comprende datos estimados por el INE, en la verificación de este indicador el equipo de ASJ se limitó a verificar el numerador, es decir, el número de embarazadas que atendió el ES en un mes en específico. Los resultados de la revisión *in situ* elaborada, así como el reporte AT2R de cada ES, el FV de este estudio y el FV encontrado en la línea de base se detallan a continuación en la tabla 33.

Tabla n.º 35. Detalle de la verificación in situ de atenciones prenatales en los ES

Establecimiento de Salud	Mes/ Año verificado in situ	Atenciones prenatales verificadas por ASJ en el ES	Atenciones prenatales reportadas en el consolidado AT2R	FV evaluación 2016-2017	FV línea de base 2013-2015
Hospital Mario Catarino Rivas	ene-16	157	161	97	91%
Cesamo Cornelio Moncada	oct-17	98	103	95	89%
Hospital San Felipe	jul-16	1,262	1,264	99%	54%
Cesamo Alonso Suazo	oct-17	1,151	1,157	99%	94%
Hospital Regional del Sur	jul-16	242	280	86%	66%
Cesamo La Providencia	ene-17	50	54	92%	100%
		2,960	3,019	98%	68%

Fuente: Elaborado por ASJ/TI con datos de primera fuente de verificación *in situ*

Los resultados obtenidos oscilaron entre 86% del Hospital Regional del Sur, hasta un FV del 99% en el Cesamo Alonso Suazo y el Hospital San Felipe. En general, la calificación de integridad de este indicador fue del 98%, es decir, un aumento de más de 30 puntos porcentuales respecto a la línea de base. La causa principal de esta mejoría se debió a un mayor orden en el archivo, es decir, actualmente se conservan las ATAs por especialidad, lo que facilita la búsqueda de estos casos, ya que la mayoría de las atenciones prenatales se dan en la especialidad de ginecología. No obstante, se siguen observando caligrafía poco legible y manchones en los diagnósticos por parte del médico, por lo cual en la verificación se solicitó la asistencia del personal asignado a la tarea de este registro para descifrar algunos diagnósticos poco legibles.

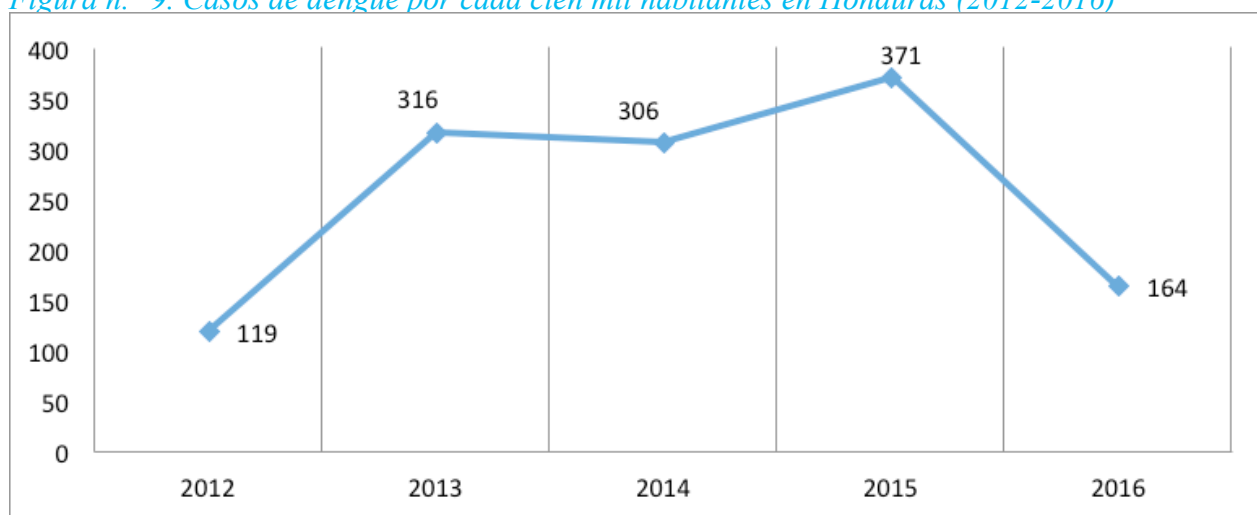
5.3 Incidencia del dengue

La tasa de incidencia de dengue expresa el número de casos nuevos confirmados por dengue registrados en establecimientos de la Secretaría de Salud del primer y segundo nivel de atención de un período determinado. Según el documento *Sistema de monitoreo y evaluación de la gestión por resultados* SIMEGpR (p. 94) el dengue es una de las primeras causas de morbilidad en el país, y el control de esta patología reduce el riesgo de mortalidad por esta misma causa.

La disminución de la tasa de incidencia de dengue es una prioridad y el indicador 24 del Plan de Nación. Por su parte, la OPS (2018) expresa que el dengue continúa siendo un problema de salud pública en la región de las Américas, a pesar de los esfuerzos por parte de los Estados miembros para contenerlo y mitigar el impacto de las epidemias. Por tal razón, ASJ/TI enfatizó en la selección de este indicador para realizar el estudio de integridad del dato.

En la figura 9 se muestra el comportamiento de la tasa de incidencia del dengue, teniendo para el año 2016 una notable disminución de 207 casos por cada 100 mil habitantes.

Figura n.º 9. Casos de dengue por cada cien mil habitantes en Honduras (2012-2016)



Fuente: Generada por ASJ/TI con datos del anuario estadístico de la SESAL.

En el *Sistema de monitoreo y evaluación de la gestión por resultados* SIMEGpR (p. 94) se describen las variables que constituyen el indicador de tasa de incidencia del dengue, el cual se construye de la siguiente manera:

En este indicador, al igual que en los anteriores, se utiliza información construida por INE, por lo cual la verificación de TI/ASJ se limita a buscar los casos de dengue en los ES seleccionados, que es el numerador de la fórmula. Es importante entender que los casos de dengues se reportan en el TRANS, a diferencia de los dos indicadores previos, que se reportan en el AT2R. Los resultados obtenidos y el FV de cada ES se detallan a continuación en la tabla 34.

Tabla n.º 36. Detalle de la verificación in situ de casos de dengue en los ES

Establecimiento de salud	Mes/ Año verificado in situ	Casos de dengue verificados por ASJ en la fuente primaria	Casos de dengue reportados en el consolidado TRANS de los ES	FV evaluación 2016-2017	FV Línea de base 2013-2015
Hospital Mario Catarino Rivas	jul-17	8	14	57%	36%
Cesamo Cornelio Moncada	dic-17	0	0	100%	100%
Hospital San Felipe	oct-17	1	1	100%	89%
Cesamo Alonso Suazo	jun-17	25	25	100%	74%
Hospital Regional del Sur	oct-17	10	11	91%	89%
Cesamo La Providencia	jul-16	0	0	100%	85%
		44	51	86%	76%

Fuente: Elaborado por ASJ/TI con datos de primera fuente de verificación in situ.

Los resultados oscilan entre el 57% (Hospital Mario Catarino) y el 100% para varios establecimientos. Debido a la disminución de los casos de dengue, los meses revisados en algunos casos arrojaron un dato de cero; sin embargo, estos meses se verificaron para constatar que no hubo subnotificación por parte de los ES. En la línea de base la nota obtenida por la SESAL fue de 76%, en tanto que en la actualización la nota fue de 86%, debido a una mejora en el archivo y en la conservación de las ATA.

Resultados de los tres indicadores

En términos generales, la calificación de la integridad del dato para la SESAL fue de 92%, lo que respecto a la línea de base representa un aumento de 16 puntos porcentuales. A continuación se detallan los principales hallazgos y recomendaciones de esta sección del estudio.

Resultado 1: letra ilegible y sujeta a la interpretación

Si bien en términos generales la SESAL en este aspecto mejoró su nota respecto a la línea de base, sigue imperando la caligrafía ilegible de los encargados de llenar el ATA, lo cual deriva en numerosos problemas de interpretación del diagnóstico; en ocasiones, los encargados de gestionar esta información en los ES deben realizar doble conteo, y en otros casos abocarse

al médico que llenó el ATA para conocer el diagnóstico adecuado. Es importante resaltar que, además del diagnóstico, las prescripciones médicas se vuelven difíciles de interpretar, lo que puede llevar a repercusiones como sobredosis de fármacos o el uso de otro fármaco no indicado, tal como lo expone en su estudio Bordón, Morales, López y Henríquez (2014).

Recomendación

Realizar capacitaciones para el llenado del ATA y una supervisión de calidad para asegurarse de que los formularios son llenados de manera óptima, con buena caligrafía; además, desarrollar un mecanismo que incluya sanciones administrativas a las personas que realizan mal esta tarea.

Asimismo, ejecutar un mecanismo piloto que permita utilizar alguna herramienta tecnológica para el llenado del ATA y así evitar el error humano en la interpretación de la letra; dicho pilotaje posteriormente debería ser utilizado al menos en las principales ciudades del país.

5.4 Consolidado de los indicadores

Como resultado del análisis de toda la información proporcionada por la SESAL y las verificaciones *in situ*, se pudo obtener una nota general de la confiabilidad de los datos de los indicadores evaluados.

Tabla n.º 37. Resultados generales de la evaluación 2016-2017

Resultados del estudio			
Descripción / Indicador	Atenciones prenatales en ES	Atenciones a menores de cinco años en ES	Incidencia del dengue
Existencia de protocolos	94%	94%	94%
Aplicación de protocolo	89%	89%	89%
Integridad del dato	94%	98%	86%
Calificación por indicador	92%	94%	90%
Calificación general del eje de confiabilidad de resultados	92%		
Resultado de línea de base	78.08%		

La SESAL mejoró 14 puntos porcentuales con respecto a la calificación de la evaluación 2013-2015 (78%) (pág. 181: ver tabla de resultados generales de evaluación), debido a un mejor sistema de archivos, aunque aún deficiente en algunas regiones de salud y ES. Luego de consolidar los tres objetos de estudio, la calificación general para el eje de confiabilidad de resultados es de 92%, lo cual quiere decir que los datos generados por la SESAL son confiables según los resultados de este estudio; no obstante, persiste una brecha que debe superar para lograr una confiabilidad del 100%.

6. Conclusiones

1. En cuanto a la existencia y calidad de protocolos, la SESAL cuenta con un mecanismo sólido establecido y definido de manera clara, aun cuando presenta aspectos en los que debe mejorar, como la no oficialización de algunos procesos y la falta de protocolo para la divulgación y análisis de datos. Asimismo, es importante que los protocolos establezcan de manera clara las funciones de la oficina central en la generación del dato.
2. La verificación de la aplicación del protocolo resultó muy satisfactoria debido al avance que se tuvo respecto a la línea de base; por ejemplo en las visitas *in situ* se constató la mejora en instalaciones y archivos. No obstante, la SESAL sigue adoleciendo de algunas fallas, como son los tiempos de envíos de información, y la calidad del sistema de archivo de algunos ES, lo que conlleva al extravío o degeneración de la información. De igual manera, el incumplimiento de las instrucciones para el llenado del ATA es constante en muchos ES.
3. La integridad del dato tuvo una mejoría de 16 puntos porcentuales más que en la línea de base, como resultado de una conservación por especialidad y por médico de las ATA, lo que ayuda a interpretar de una manera más precisa el diagnóstico encontrado. Sin embargo, es importante resaltar que el sentido de la interpretación de los diagnósticos es un rol difícil de realizar cuando la caligrafía de las personas encargadas de llenar el ATA sigue siendo poco cuidadosa.
4. Si bien la transparencia y divulgación de los documentos solicitados no incide en la calificación general de este eje, es importante mencionar que de la documentación solicitada como apoyo para la realización de este capítulo, la SESAL compartió de manera completa el 80% y de manera incompleta el 20% de los documentos.

7. Recomendaciones

1. Mediante acuerdo ministerial u otro mecanismo legal, oficializar el compendio de instrumentos e instructivos de estadística de la SESAL; además, se recomienda que dicho mecanismo legal se evidencie en el contenido del documento.
2. Agregar al compendio los insumos necesarios que establezcan claramente la función de análisis y divulgación de los datos estadísticos.
3. Brindar capacitaciones a los médicos y enfermeras para el correcto uso de las ATA.
4. Realizar verificación de calidad aleatoria del llenado de las mismas, y de ser posible contemplar sanciones administrativas en caso de incumplimiento.
5. Diseñar un mecanismo piloto de uso de herramientas tecnológicas en las principales ciudades del país (Tegucigalpa y San Pedro Sula), y cuando esté completamente desarrollado extrapolar el sistema para los demás ES del país de forma periódica.
6. Dotar de la estantería y carpetas necesarias, ya que estos dos objetos son requerimientos mínimos para un archivo con condiciones aceptables; de igual manera se recomienda elaborar un mecanismo para el abastecimiento de papelería a los ES.

Referencias bibliográficas

- Banco Interamericano de Desarrollo (2017). *Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8621/Cobertura-y-oportunidad-de-la-atenci%C3%B3n-prenatal-en-mujeres-pobres-de-6-pa%C3%ADses-de-Mesoam%C3%A9rica.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Naciones Unidas (2016). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2016*. Recuperado de https://unstats.un.org/sdgs/report/2016/the%20sustainable%20development%20goals%20report%202016_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Acerca del dengue*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=1&Itemid=40734&lang=es
- Robaina Bordón, J. M., Morales Castellano, E., López Rodríguez, J. F., & Sosa Henríquez, M. (2014). “La letra de médico”, en *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 6(4), 122-126. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1889-836X2014000400008&script=sci_arttext&tlng=pt
- Secretaría de Salud (2017). *Compendio de instrumentos e instructivos de estadística*.
- Secretaría de Salud (2015). *Sistema de monitoreo y evaluación de la gestión por resultados*.
- Secretaría de Salud (2015). *Autoevaluación de la calidad de los datos de inmunización*.

