

SECRETARÍA DE SALUD 2017

ASJ

INFORME DE
EVALUACIÓN

Tabla de contenido

Resumen ejecutivo -----	3
Capítulo I -----	15
Compras y contrataciones -----	15
Objetivo del estudio -----	15
Metodología -----	15
Marco regulatorio -----	20
Hallazgos del análisis del marco normativo -----	21
Hallazgos de la evaluación -----	23
Capítulo II -----	37
Gestión de recursos humanos -----	37
Objetivo del estudio -----	37
Metodología -----	37
Marco regulatorio -----	40
Resultados de la evaluación de los procesos -----	42
Conclusiones -----	63
Recomendaciones -----	64
Capítulo III -----	67
Gestión por Resultados -----	67
Objetivos -----	67
Metodología -----	67
Medición de la confiabilidad de las estadísticas de los resultados -----	70
Análisis del protocolo -----	71
Instrumentos de evaluación -----	71
Integridad del Dato -----	72
Análisis de la aplicación del protocolo -----	77
Integridad del dato. -----	80
Atenciones a niños menores de cinco años -----	81
Atenciones prenatales -----	83
Incidencia del dengue -----	84
Resultado de los indicadores de gestión por resultados. -----	86
Conclusiones -----	117
Recomendaciones generales -----	118

Resumen ejecutivo

El presente informe de la Secretaría de Salud (SESAL) elaborado por la ASJ, capítulo de Transparencia Internacional en Honduras, evalúa por tercera vez el cumplimiento de la normativa y buenas prácticas de la institución en la gestión de las compras y contrataciones, la gestión de los recursos humanos y en indicadores de gestión por resultados durante el período 2017. El sistema de monitoreo y evaluación sectorial de la ASJ, fue creado como uno de los compromisos del Convenio de transparencia, combate a la corrupción y fortalecimiento de los sistemas de integridad en el año 2015, y registra los niveles de cumplimiento y hallazgos identificados en las investigaciones, de manera comparativa con los datos expuestos en los informes previos: Informe de Línea de Base de la SESAL de 2012-2015 y el Informe de Evaluación 2016-2017.

Este estudio es de carácter independiente y tiene como propósito general contribuir a fortalecer la Secretaría de Salud en materia de integridad, transparencia, participación ciudadana, controles y rendición de cuentas, al identificar oportunidades de mejora en los procesos evaluados a fin de que la institución optimice su gestión interna y esto se traduzca en la prestación de mejores servicios de salud pública. Para este fin la ASJ/TI ha diseñado e implementado desde el 2015, en siete sectores del Gobierno: 1) salud, 2) educación, 3) seguridad, 4) infraestructura, 5) gestión tributaria, 6) transparencia y el 7) Instituto de la Propiedad, una metodología, compuesta de etapas continuas, que incluye el estudio de una muestra de procesos claves en los que se verifica el cumplimiento de ciertos procedimientos específicos con base en la norma aplicable y las mejores prácticas reconocidas a nivel nacional e internacional.

Para esta tercera evaluación, el eje denominado como confiabilidad de las estadísticas, es ampliado a la evaluación de indicadores de gestión por resultados, a fin de identificar los efectos de la implementación de los planes de mejora formulados en seguimiento a las evaluaciones previas y a otros procesos de fortalecimiento desarrolladas por la Secretaría.

Es importante señalar que la SESAL ha mostrado apertura a este proceso de auditoría social, proporcionando buena parte de la información solicitada, sin embargo, la implementación de su plan de mejora ha sido limitada, como lo reflejan los niveles de cumplimiento de la normativa de las diferentes evaluaciones, en las que obtuvo 57% en la línea de base, y 59% y 58% en la segunda y tercera evaluación respectivamente, evidenciando así un estancamiento en los resultados de sus procesos de compras y contrataciones y en la gestión de recursos humanos. El manejo de sus estadísticas se ha mostrado sólido desde la primera evaluación y es el que evidencia mayor implementación de mejoras, al oficializar y socializar sus compendios y protocolos de generación de estadísticas. Las mejoras más notables implementadas por la SESAL incluyen la investigación de las irregularidades señaladas por la ASJ en el manejo de las planillas, lo que conllevó a la captura del jefe de planillas y nueve implicados más por un fraude de aproximadamente 10 millones de lempiras, y el primer concurso médico en los últimos seis años, realizado con la participación de la ASJ y el CNA en calidad de veedor social. En materia de compras y

contrataciones se mantiene el mecanismo del fideicomiso para la compra de medicamentos y el aumento en la publicación de los procesos en el sistema HonduCompras. No obstante, existen muchas áreas que aún requieren ser reformadas para lograr una institución sólida, eficiente y transparente, con controles que reduzcan el riesgo de corrupción y aseguren el cumplimiento de los valores éticos y de integridad que le permitan brindar los servicios de salud que requiere la sociedad hondureña. Sin voluntad política y compromiso de la Secretaría de Salud y del Presidente de la República, y sin los recursos que requieren con la asistencia de la Comisión Especial para la Transformación del Sistema Nacional de Salud, no será posible implementar los procesos de transformación de esta Secretaría, a fin de responder a la situación de emergencia que dio lugar a la creación de dicha Comisión.

Estos esfuerzos de articulación de espacios en los que convergen los sectores públicos y sociales, constituyen una fuente de conocimiento y desarrollo para las entidades gubernamentales, contribuyendo a que sus resultados institucionales o prestación de servicios respondan a las necesidades de la sociedad, en la medida en la que se apliquen metodologías constructivas de evaluación y exista un compromiso por ambas partes con el fortalecimiento institucional.

1. Eje de compras y contrataciones

La evaluación a la gestión de las compras y contrataciones de la Secretaría de Salud se realiza a través de los siguientes pasos:

- Solicitud y entrega de información general.
- Levantamiento del universo total de los procesos realizados en el año de estudio.
- Selección y solicitud de expedientes de los 4 casos de estudio.
- Identificación de la normativa aplicable.
- Análisis de la documentación mediante el uso de herramienta de verificación.

Al revisar los casos de estudios se evidencia que la gestión de las compras y contrataciones se mantiene sin variación con respecto a la línea de base, registrando solamente un 38% de cumplimiento de la normativa y buenas prácticas aplicables y persisten los retos identificados desde la primera evaluación.

Tabla n.º 1. Resultados comparativos de las evaluaciones

Sector		Salud		
Diagnóstico		Línea Base	Segunda Evaluación	Tercera Evaluación
Tipo de contratación		Promedio	Promedio	Promedio
1	Requisitos Previos	73%	52%	48%
2	Procedimiento de Contratación	56%	45%	76%
3	Ejecución y modificación del contrato	64%	50%	57%
4	Entrega y Recepción de los suministros	57%	34%	6%
5	Inventario y Almacenamiento de los suministros	41%	35%	25%
6	Distribución de los suministros	48%	27%	33%

7	Auditoría y vigilancia	● 0%	● 40%	N/A ¹
8	Sanciones Administrativas	● 0%	● 0%	N/A
9	Veeduría social	● 14%	● 4%	● 13%
Promedio institucional		● 39%	● 37%	● 38%

Tabla n.º 2. Nivel de cumplimiento de los procesos evaluados en la tercera evaluación

Diagnóstico		Tercera Evaluación			
Etapas		Medicamentos Fideicomisos	Servicios de Hemodiálisis y Dialisis	Servicios de Alimentación	Equipo Médico-vacunas
1 Requisitos Previos		● 50%	● 40%	● 40%	● 60%
2 Procedimiento de Contratación		● 83%	● 84%	● 70%	● 65%
3 Ejecución y modificación del contrato		● 75%	● 88%	● 65%	● 0%
4 Entrega y Recepción de los suministros		● 25%	● 0%	● 0%	● 0%
5 Inventario y Almacenamiento de los insumos		● 50%	N/A	N/A	● 0%
6 Distribución de los suministros		● 100%	● 0%	N/A	● 0%
7 Auditoría y vigilancia		● 0%	● 0%	● 0%	● 0%
8 Sanciones Administrativas		● 0%	● 0%	● 0%	● 0%
9 Veeduría social		● 0%	● 50%	● 0%	● 0%
Promedio por proceso		● 55%	● 44%	● 35%	● 18%
Promedio por proceso evaluados		● 38%			

Principales hallazgos

- 1. Descalificación de oferentes por mala aplicación de la ley.** Se logró identificar que los documentos base de la Oncae aplicados por la Secretaría de Salud incluyen los diferentes tipos de garantías de mantenimiento de ofertas admisibles. No obstante, en esta evaluación en los procesos de adquisición de equipo para almacenamiento de vacunas antirrábicas y en el de servicio de alimentación para los militares que laboran en el almacén central de medicamentos, se descalificaron a las empresas oferentes IMLAB y FITNESS CHEF Honduras S.A., por haber presentado como garantía de mantenimiento de oferta un cheque certificado y no garantía bancaria de acuerdo a la solicitado en el pliego de condiciones, señalando que no se cumplió con un elemento esencial no subsanable en el pliego de condiciones. Esto evidencia la falta de aplicación correcta de la normativa, ya que en primer lugar un cheque certificado es una garantía admisible por Ley y en segundo lugar el pliego de condiciones no puede estar jerárquicamente sobre la ley y reglamento. Además, no solo limita y restringe la participación de potenciales proveedores estableciendo una condicionante discriminativa en el documento base, sino que también hace que el Estado pueda recibir mejores ofertas para satisfacer las necesidades públicas.

¹ En el caso de las etapas de auditoría y sanción no son objeto de la evaluación de los procesos de adquisiciones de forma individual, se considera su evaluación a la totalidad de procesos realizados por la Secretaría.

- 2. Compra de medicamentos por medio de UNOPS y Fideicomiso de Banco de Occidente, S.A. sin participación efectiva de la Secretaría y cumplimiento de la normativa de compras públicas.** Al igual que en la línea de base y en la segunda evaluación se ha identificado recurrentemente que las compras realizadas mediante fideicomiso son un caso de una contratación híbrida y muy particular en donde la norma a aplicar depende del responsable de la etapa del proceso, según se trate de normas del derecho público o del privado. En la presente evaluación, también reincide el hecho que la figura del fideicomiso no se encuentra regulada con un marco legal general para todos los fideicomisos que suscriba el Estado si no que se encuentra todavía bajo el marco propio y específico de cada contrato de fideicomiso que se suscriba y las reglas del fiduciario, en este caso el Banco de Occidente. Así mismo, se ha evidenciado que la Secretaría no tiene participación efectiva en ninguna de las etapas de los procesos de compra de medicamentos realizadas por la United Nations Office for Project Services (Oficina de Servicios para Proyectos) UNOPS y el Fideicomiso de Banco de Occidente, S.A.
- 3. Compras realizadas sin una adecuada planificación que incurren en la pérdida de recursos e insatisfacción de las necesidades reales de la institución.** En esta evaluación al igual que las anteriores no se encontró en los expedientes de todos los casos de estudio evaluados, la documentación con las justificaciones de las necesidades, el origen de solicitud de los mismos que avalaran o permitan una adecuada definición de las especificaciones técnicas, términos de referencia, precios, proveedores, cantidades y otras condiciones de mercado, para una mejor toma de decisión en los procesos de licitación.
- 4. Compras realizadas sin estudios o investigaciones de mercado que ponen en riesgo las especificaciones, la calidad de los servicios y los fondos públicos:** En el proceso de la licitación pública del servicio de diálisis y hemodiálisis, la SESAL no tiene estadísticas reales de los pacientes que reciben el tratamiento, tampoco se tiene evidencia de estudios de experiencias exitosas en países de la región como ser precios de referencia, también no cuenta con estudios de rentabilidad por cada clínica. Estos son factores esenciales para definir los lotes, tiempo de duración del contrato, habilitación o cierre de clínicas, apertura de oportunidad de otros oferentes, entre otros factores. Se realizan aumentos significativos a los contratos del servicio de diálisis y hemodiálisis de forma discrecional, por ejemplo, en el año 2016 el contrato fue de 205 millones de lempiras, para el 2017 se incrementó a L 318 millones de lempiras lo que representa un incremento de aproximadamente L.114millones equivalente a un aumento de un 36% respecto al contrato del año anterior.
- 5. Procesos de compras sin auditoria interna o externa:** Desde la evaluación de línea de base se determinó la ausencia de auditorías internas o externas para procesos de contratación, esta falta de control se evidencia con los errores recurrentes en el procedimiento y la aplicación de la normativa.
- 6. Procesos de compras sin participación ciudadana o veeduría social:** En los casos evaluados no se encontró evidencia de que se haya involucrado la sociedad civil en los procesos, el reto permanece para

los funcionarios en comprender que el recurso administrado es de propiedad pública y que la sociedad debe conocer sobre su uso.

Estos hallazgos constatan el cumplimiento de la normativa y buenas prácticas por parte de la Secretaría solamente en la etapa de procedimiento de contratación, no así en las demás etapas a pesar de las recomendaciones recurrentes en las evaluaciones anteriores. En la presente evaluación la SESAL solamente registra un 38% de cumplimiento lo que representa una disminución del 6% en relación a la evaluación de línea de base. Las falencias identificadas impiden el logro de los objetivos de los procesos de compras y contrataciones, que es asegurar que la Secretaría cuente con los recursos indispensables para su funcionamiento, en forma oportuna y de calidad, al no contar con una planificación que asegure el registro de necesidades, estudios de mercado que identifique al menos la oferta y condiciones del mercado y asegurar la transparencia de los procesos y la asignación de recursos para el pago de los compromisos adquiridos.

En materia de transparencia y acceso a la información, hubo un aumento en ambos aspectos con respecto a la evaluación anterior, cuando en materia de transparencia obtuvieron un 15% y en la evaluación actual un 64%, debido a que la información en tres de los cuatros casos de estudio se publica de manera parcial en la plataforma de HonduCompras, Sin embargo, en el caso de estudio del fideicomiso por medio de Banco de Occidente, S.A. no se publican los procesos en el portal por lo que se evidencia el incumplimiento de lo estipulado en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la LCE y las disposiciones de la Oncae.

Principales recomendaciones

- a) Derivar responsabilidad a los funcionarios responsables que incumplan los procedimientos ya establecidos en las normativas aplicadas a las compras y contrataciones del Estado.
- b) Sistematizar la experiencia de los procesos bajo fideicomisos y compras por UNOPS, pero sobre todo asegurar que la Secretaría tenga una participación efectiva en las distintas etapas de los procesos bajo estas modalidades para asegurar el cumplimiento de la normativa nacional y que permita la divulgación y publicación de la información por distintos medios para conocer los resultados obtenidos en beneficio de la población.
- c) Desarrollar instrumentos para la realización de estudios de mercado, bases de precios de referencia o registrar en una base de información de los precios históricos actualizados de las compras que realice para conocer el perfil de los proveedores, sus capacidades, vinculación de costos con la calidad de los productos/ valor por dinero, etc.
- d) Solicitar a la Oncae que incorpore alguna reforma a la normativa que exija los estudios de mercado como parte de las actividades previas, así como formatos de contratos que contenga las cláusulas y condiciones mínimas que resguarden los derechos institucionales.
- e) Incluir en el POA de la Unidad de Auditoría Interna, la intervención en los procesos de compras y

contrataciones, que incluya tanto procesos con Ley de Contratación del Estado como con fondos externos.

- f) Asegurar la publicación en HonduCompras de la información conforme al marco de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y los principios de publicidad de la LCE indistintamente de la unidad ejecutora independientemente de las fuentes de financiamientos y mecanismo de compras.

2. Eje de Gestión de Recursos Humanos

Esta tercera evaluación se realizó con el objetivo de fortalecer a la Secretaría de Salud en materia de integridad, transparencia, participación ciudadana y rendición de cuentas a través de la ampliación o elaboración de un nuevo plan de mejora con base en los hallazgos y recomendaciones identificadas. Asimismo, se busca documentar el progreso en el desempeño de la Secretaría en cuanto al cumplimiento de la normativa y buenas prácticas en la gestión recursos humanos durante el año 2017 con relación a las evaluaciones previas.

Tabla n°.3 Resultados consolidados y comparativos según indicador evaluado

Indicador evaluado	Línea de base 2014-2015	Evaluación 2016-2017	Evaluación 2017	Diferencia
<i>Planificación de la gestión de RR.HH.</i>	● 55%	● 53%	● 50%	● -3%
<i>Ingreso de personal</i>	● 41%	● 32%	● 16%	● -16%
<i>Cancelación de personal</i>	● 75%	● 36%	● 41%	● 5%
<i>Administración y control de personal</i>	N/A	● 80%	● 33%	● -47%
% general de cumplimiento	● 55%	● 50%	● 35%	● -15%

Resultados del análisis del marco normativo

La obligación de la SESAL de mejorar su marco normativo específico tanto a través de la creación de un nuevo reglamento de trabajo como de un instrumento jurídico apropiado para los concursos, considerando sus necesidades, es ineludible y una deuda pendiente de subsanar, que se ha planteado desde la línea de base y en la segunda evaluación y no ha sido aún abordada por la institución.

Resultados respecto a la planificación de la gestión de RR. HH.

La SESAL carece de una planificación de la gestión de recursos humanos, que busque la distribución idónea de personal en las regiones, y determine la cantidad necesaria de personal asistencial considerando la demanda local y las normas internacionales, entre otros. La Sesal evidencia falta de herramientas e información documental clave para la óptima toma de decisiones antes mencionadas.

Tabla n^o.4 Resultados de evaluaciones a SESAL en Planificación de la Gestión de RR.HH.

Informe / Periodo	Línea de Base 2015	Evaluación 2015-2016	Evaluación 2017
Cumplimiento	● 55%	● 53%	● 50%
Diferencia		● -2%	● -3%

Resultados del análisis de la Divulgación de la información

1. La SESAL evidencia una mejora de 17 puntos porcentuales con respecto a la segunda evaluación, en cuanto a la divulgación de la información que por ley está obligada a publicar la Secretaría sobre la gestión del recurso humano en el portal de transparencia; entre el 13% de la información no encontrada en el portal se encuentra: tabla de viáticos, gastos de representación y el link web SIAFI de las ejecuciones presupuestarias.

Tabla n^o.5 Divulgación de la información en el portal de transparencia de la SESAL

Informe / Periodo	2015	2015-2016	2017
Cumplimiento	● 96%	● 70%	● 87%
Diferencia		● -26%	● 17%

Resultados del análisis del ingreso de personal

El procedimiento de ingreso adolece de elementos claves, basándose exclusivamente en la revisión de méritos documentales, sin considerar la evaluación de competencias (conocimientos y actitudes). Sin embargo, se reconoce el esfuerzo que ha implicado la realización del concurso médico 2018, que siguió un procedimiento apegado a lo establecido y con veeduría, de 416 plazas basado en méritos, que logró asegurar la contratación de 270 médicos que ganaron la plaza a la que concursó en base a méritos y reglamento, solamente 58 posiciones fueron entregadas sin ser el primer lugar de la plaza, irrespetando el derecho de los ganadores, rectificando el acto la Sesal y anulando parcialmente la etapa de propuesta de nombramiento del Concurso, rectificando y dando 58 plazas a médicos que en base a merito merecieron la plaza, en otras palabras: se busca asegurar que sean los mejores médicos los contratados

No obstante, este procedimiento debe extenderse a todas las contrataciones que realice la institución y culminar con el nombramiento en base al derecho de la mejor calificación y no a la discrecionalidad de la autoridad de la Secretaría en turno.

Resultados del análisis de la 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.

Resultados en la Administración y control de personal

Una de las mayores falencias de la SESAL es la carencia en la identificación y seguimiento de faltas disciplinarias, total para el desarrollo institucional, reportando el nivel central únicamente seis (0.02%) acciones en todo el año de un total de 20,917 empleados. Se debe tener en consideración que más del 20% del personal de institución es administrativo (5,000 empleados), lo cual refleja una profunda debilidad en la administración y controles que deben implementar. Así mismo, en los escasos 36 casos que se lograron evaluar de personal asistencial, se observó que las sanciones aplicadas no obedecen a la gravedad de las faltas, encontrándose el caso de una doctora que hurta drogas de la institución y las consume en el centro asistencial cuando está en funciones, lo cual amerita un despido sin responsabilidad patronal, pero ha sido sancionada con un traslado a una actividad administrativa.

Recomendaciones

- 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.
- 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 y permita a la Secretaría de Salud la realización de las acciones correspondientes en el control de su personal.
- Desarrollar las herramientas de gestión del talento humano como por ejemplo: Planes estratégicos para el fortalecimiento del personal de la Secretaria de Salud, actualización, verificación del censo de la institución y manuales de procesos y procedimientos de Talento Humano, que permitan tanto la eficiencia en la administración y ejecución de los procesos, como la oportuna toma de decisiones, retomando los esfuerzos realizados por la cooperación internacional en los últimos cuatro años.
- Realizar un 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).
- Elaborar un reglamento interno de concurso que en base a las disposiciones de la norma aplicable y las necesidades reales de la Secretaria permita la desarrollar 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.
- Formular un manual único de procedimiento de desvinculación según tipo, el cual debe ser de cumplimiento irrestricto por todas las unidades de talento humano e implementar las medidas de control que garanticen la obediencia del debido proceso, que permita respetar la relación de la sanción aplicable a las faltas en base a la gravedad de las mismas.

- Asegurar el 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.

3. Eje Gestión y Confiabilidad de Resultados

Este componente del informe presenta los resultados de la evaluación efectuada por la ASJ a la gestión de los resultados de la Secretaría de Salud (SESAL) y la confiabilidad de sus estadísticas durante el año 2017.

Para esta verificación se definió un conjunto de indicadores que abarca cuatro áreas de análisis: cobertura, acceso y oferta, eficiencia y eficacia, y gestión, este último incluye el análisis del presupuesto y la ejecución presupuestaria. El análisis de la confiabilidad de las estadísticas comprobó la existencia, calidad y la aplicación de manuales u otro tipo de protocolo que guiara la generación, consolidación y reporte de los datos de tres indicadores: tasa del dengue, atención a menores de cinco años y atención a mujeres, finalizando con la verificación del dato producido.

Con este trabajo, se obtiene un conocimiento general del alcance de los resultados del sistema de salud y de la confiabilidad de los datos producidos mediante el proceso vigente en la SESAL.

Cobertura, oferta y acceso

Según la SESAL, existen 30 hospitales de alta especialidad, regionales y de área y, 1,682 establecimientos de atención primaria. La tasa de camas hospitalarias por cada 10,000 habitantes es de 5.50, comparado con el valor de la región de las Américas² que fue de 23 en el año 2017. La cobertura de hospitales por cada 1,000 habitantes es de 0.33, el último lugar en Centroamérica, junto a Guatemala. La infraestructura hospitalaria y tecnología está obsoleta y en mal estado, y no se encontró evidencia de planes de inversión para reestructuración de plantas físicas.

En recursos humanos, la tasa de médicos de la Sesal por cada 10,000 habitantes es de 2.8, muy bajo comparado con la Región de las Américas en donde la referencia es de 20. 8. La tasa de odontólogos en Honduras es de 0.27 por cada 10,000 habitantes, por debajo de 6.9 que es el valor en la región de las Américas. La tasa de enfermeras por cada 10,000 habitantes es 8.3, cuando la OMS recomienda 50 enfermeras. El personal médico representa un 13.4 %, mientras que el personal de enfermería un 38% del total de personal de la Sesal.

² Región de las Américas, se refiere grupos de países que abarca los de América Latina, según la publicación de Estadísticas Sanitarias Mundiales de la Organización Mundial de la Salud.

La ausencia de controles, supervisiones y sanciones del personal de salud, provoca, entre otros, que el médico de guardia atiende por teléfono la necesidad del paciente en vez de asistir al centro. Se estima también que los tiempos de ausencias del personal médico, puede llegar hasta 84 días hábiles al año y del personal de enfermería y técnicos de servicios de apoyo en 27 días hábiles.

Eficiencia y Eficacia

La programación de atenciones en la SESAL se realiza con base en históricos anuales y no responde a diagnósticos o proyecciones basadas en el contexto económico, político y social del país. El porcentaje promedio de cumplimiento en atenciones programadas es 72%, muy probablemente debido a sobreprogramación de la demanda, por rechazos de pacientes (datos no registrados, pero significativos), o por la ausencia del personal médico e insuficiencia de recursos. La atención de partos es de 80%, tomado de los partos que son atendidos en hospitales de la Sesal con relación al total, cuando en la región de las Américas es de 94% la atención de partos hospitalarios. La atención prenatal (entre 1-4 consultas) en Honduras es de un 77%, cuando el promedio regional es de 90.5%. La cobertura de atención posnatal (puerperio) en la región está entre 58-95%, en Honduras está dentro del intervalo (88%) en este único caso dentro del rango de la región. El programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) ha beneficiado la reducción de la morbi-mortalidad en menores de cinco años, aunque se presentan casos de Tos Ferina, parotiditis y tétano neonatal. La tasa de mortalidad materna en Honduras es de 73 por cien mil nacidos vivos, y está por debajo del promedio de la Región de las Américas (84%), aunque Costa Rica, Paraguay y Argentina se encuentran entre los países con bajas tasas (menos de 37%). La tasa por cada cien mil habitantes (pccmh) del VIH/ SIDA en Honduras es de 0.4 y está por encima del promedio de la región que es 0.30, la Malaria en la región es de 0, la de Honduras es de 12.8.. La tasa pccmh de diarrea es 2,369.3, y 10,870 la de las infecciones de las vías respiratorias, ambas enfermedades tienen tasas muy altas comparado con el promedio de la región de las Américas (3.5 y 10.9 respectivamente).

La actividad hospitalaria absorbe un poco más del 60% de los recursos del hospital lo cual es apropiado para su nivel de atención, los servicios de salud de la SESAL disponen de 4,882, camas, representando al año un total de 1,781,930 días para estancia. A nivel de ocupación, el porcentaje promedio nacional es de 83%. En el Hospital San Felipe que cuenta con 235 camas el porcentaje de ocupación es de 57%, en cambio en el Hospital San Lorenzo, administrado por una Fundación privada y que cuenta con 79 camas se reporta un 101% de ocupación.

Presupuesto de la Secretaría de Salud

El gasto total de salud con respecto al producto interno bruto (PIB) es de 2.5%, muy inferior al promedio de la región de las Américas (14.1%). La inversión per cápita es de USD.78.00 dólares, muy bajo si vemos el promedio centroamericano y del caribe que es de USD 392.00, el valor mundial de USD

628.00 y muy inferior al de los países de la OCDE (USD 2,880.00). El 48% del presupuesto se destina a sueldos y salarios, un 16% a bienes de consumo e insumo, 7.2% se destina a servicios no personales, 2.5% corresponden al gasto de equipo y maquinarias de construcción, mientras que un 26.8% son transferidos hacia actividades de otras instituciones. El gobierno financia casi el 60% del presupuesto de salud, las familias un 34.4% siendo los medicamentos el mayor componente de este gasto, y un 5% es financiado por la cooperación externa, según estudios de la Organización Mundial de la Salud para el año 2015.

El Estado desconoce el detalle de a quiénes está financiando y beneficiando con los servicios de salud, cuánto gasta por cada tipo de servicio final o de apoyo, también si hay o no eficiencia o eficacia, si sus costos son menores que sus beneficios, cuanto es la productividad media de su recurso humano, entre otros. De acuerdo a los datos de la SESAL en el 2017 hubo un 61% de abastecimiento esenciales y no esenciales, en tanto el Hospital San Felipe reportó un abastecimiento promedio del 54%,

Área de Gestión

La SESAL reporta que el año 2017 logró diseñar manuales de puestos, de funciones, de procesos, tendientes a establecer procesos de mejora, disponer de una Unidad de Gestión de la Calidad, entre otros.

Las actividades de monitoreo y evaluación se hacen mediante un sistema limitado, centralizado, con escasos recursos humanos y débil logística, con una asignación presupuestaria de L 500,000 anuales para labores de planificación, seguimiento y monitoreo, no alcanza a llegar a todos los establecimientos de salud en los niveles correspondientes. No logra establecer relaciones entre distintas variables, por ejemplo, saber las brechas, niveles de productividad, eficiencia y eficacia, conocer cuánto cuesta un servicio de salud. Carecen de suficiente apoyo tecnológico y recursos humanos.

Confiabilidad de las estadísticas de resultados

Tabla N°. 6. Resultados de la Confiabilidad de Resultados

Descripción/indicador	Atenciones niños menores de 5 años	Atenciones a mujeres embarazadas	Incidencia de dengue	Cumplimiento
Existencia de protocolos	90%	90%	90%	90%
Aplicación de protocolo	77%	77%	77%	77%
Integridad del dato	101%	108%	21%	77%
Evaluación del período 2017	89%	92%	63%	 81%
Evaluación del período 2016-2017	92%	94%	90%	 92%
Evaluación de la línea base período 2013-2015	81%	75%	78%	 78%

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, que evidencia que la Secretaría mejoró en tres puntos porcentuales con respecto a la calificación de la evaluación 2013-2015 (78%) y disminuyó 11 puntos porcentuales con respecto al estudio 2016-2017, debido a incumplimientos observados en la aplicación del protocolo, incluso en aspectos repetitivos de las evaluaciones anteriores; y, diferencias en la integridad del dato por atenciones no registradas y sobreestimaciones del dato. Luego de consolidar los tres objetos de estudio, la calificación general para el eje de confiabilidad de resultados es de 81%, lo cual indica 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%.

Recomendaciones

1. Establecer de forma permanente los comités de gestión que analicen los resultados de producción hospitalaria, morbilidad y mortalidad y tomen decisiones para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.
2. Promover la reactivación de los estudios ASIS-CV u otros, con actualizaciones periódicas, para obtener una programación de la demanda balanceada y equiparada a realidad sanitaria del país, considerando los factores políticos, económicos, sociales y de seguridad.
3. Elaborar o profundizar la implementación de un plan de corto y mediano plazo para remodelación de los hospitales y centros de atención primaria.
4. Fortalecer la Unidad de seguimiento, control y evaluación de la gestión, que incluya el impulso de un plan para la promoción del control interno institucional a todos los niveles, en los que la UPEG y los Comité de Control Interno desempeñen un rol de impulsores del control y seguimiento en los diferentes niveles.
5. Diseñar e implementar en el mediano plazo una metodología de costos para determinar cuánto cuestan los servicios de salud de la SESAL.
6. Profundizar y acelerar las acciones de promoción de la salud y prevención, tornándolas permanentes y de carácter prioritario.

Recomendaciones Confiabilidad de Resultados

7. Diseñar e implementar el sistema de información de producción hospitalaria integrado al proceso de atención ambulatoria, de emergencia, hospitalización, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico
8. Establecer sanciones administrativas para los casos de comprobado incumplimiento.
9. Fortalecer el mecanismo de divulgación de datos e información de la estadística hospitalaria de forma oportuna y confiable, tanto al interno de los establecimientos de salud, así como al externo, nivel regional y nacional.

Capítulo I

Compras y contrataciones

1. Objetivo del estudio

El objetivo general es evaluar de manera independiente del desempeño de la Secretaría de Salud (SESAL) en la gestión de compras y contrataciones de procesos ejecutados en el año 2017 y comparar los hallazgos de las evaluaciones previas, a fin de fortalecer a esta entidad pública en materia de integridad, transparencia, veeduría social, 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. Evaluar las diferentes etapas de los procesos de compras y contrataciones que se lleven a cabo por la SESAL.
2. Identificar y registrar el nivel de cumplimiento de las normas, procedimientos, controles y buenas prácticas aplicables a dichos procesos, 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 o rezagos en el desempeño de la Secretaría mediante un análisis comparativo con los hallazgos del informe del 2016 y la línea de base años 2012-2015 en materia de gestión de compras y contrataciones.
5. Aportar elementos para el fortalecimiento institucional, proponiendo mecanismos de cumplimiento y evaluación periódica y continua, a través de un sistema de indicadores de base que aseguren la aplicabilidad oportuna de las políticas de gobierno, normas, controles, transparencia y rendición de cuentas.

2. Metodología

La evaluación se desarrolla en los siguientes pasos:

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 que se llevaron a cabo en el año de estudio, etc.

En la presente evaluación la SESAL obtuvo un 89% de la entrega de la información solicitada en el primer requerimiento, a diferencia de la segunda evaluación (2016) en la que obtuvieron un 81%.

Figura 1. Matriz de información entregada por la SESAL evaluación 2017

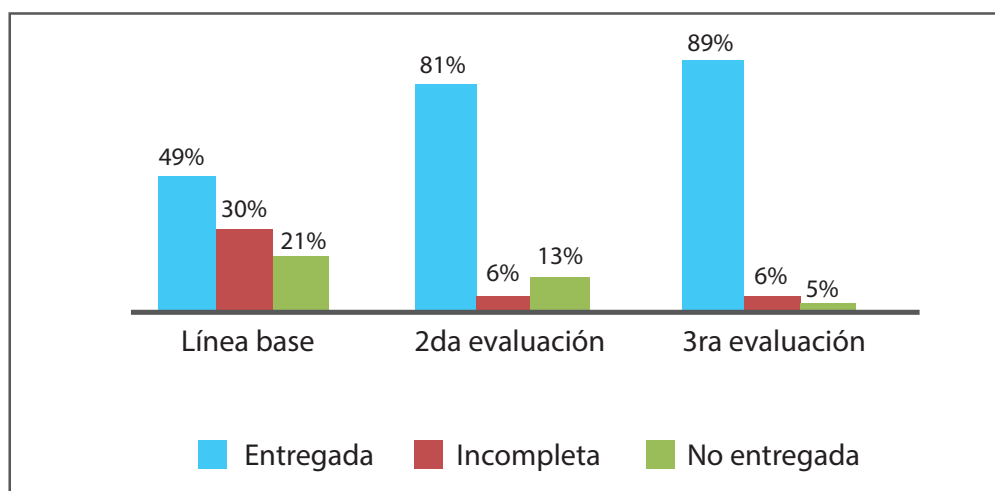
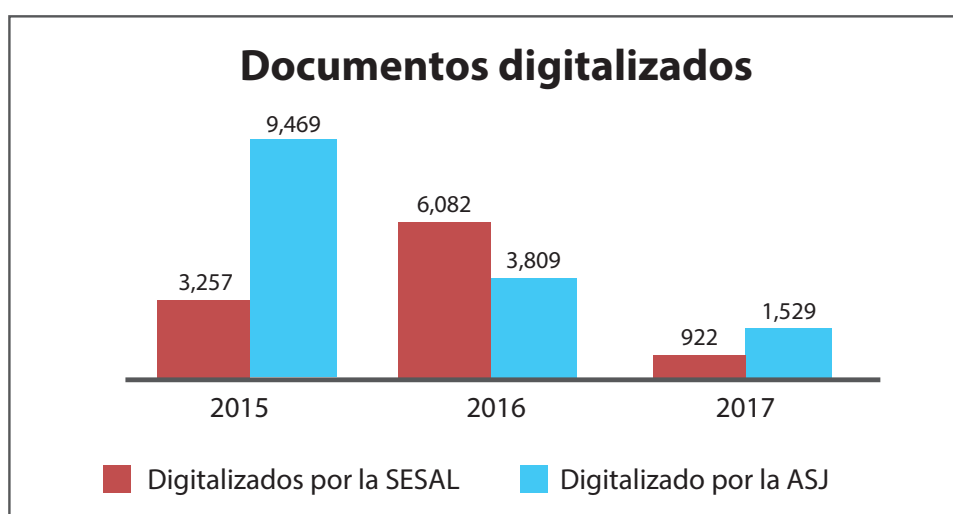


Figura 2. Comparación del levantamiento de información en forma digital entre la línea base (2015), evaluación del 2016 y la evaluación 2017.



2.2 Levantamiento del universo total de los procesos

Para la evaluación del año 2017, la SESAL reportó un universo de 21 procesos de compras y contrataciones con un monto total de L. 1,032,722,939, de los cuales únicamente las 7 licitaciones públicas se encontraron en el portal de HonduCompras y que fueron realizados por la Gerencia Administrativa ejecutándose un monto total de L.370,944,194 contrario a los 14 procesos restantes que se realizaron por el mecanismo de fideicomiso que no están publicados en HonduCompras y cuyo monto total reportado como ejecutado es de L. 661,778,745 los cuales se detallan a continuación:

Tabla n.º 1. Universo reportado por la SESAL evaluación 2017

	Modalidad	Reportado por la SESAL	% con respecto a la inversión	% con respecto a las modalidades utilizadas
Competitivo	Licitación pública nacional	7	36%	33.3%
Competitivo	Licitaciones públicas por Fideicomiso	14	64%	66.67%
Restrictivos		0	0	0
Total general		21	100%	100%

Un aspecto positivo que se refleja es que el 100% del total de los procesos de la Secretaría se llevaron a cabo mediante procesos competitivos y abiertos.

2.3 Selección y solicitud de los casos de estudio

Considerando que la Secretaría remitió en tiempo el universo de procesos ejecutados en el año 2017, los cuatro casos de estudio fueron seleccionados dentro de dicho universo y publicados parcialmente en HonduCompras, la selección contempla criterios como la modalidad de la compra entre ellas el mecanismo de fideicomiso, el monto del proceso, la necesidad a satisfacer, procesos similares evaluados y las unidades ejecutoras. Estos cuatro casos de estudio contractualmente suman un monto de L. 701,985,488.92 que representan el 68% de la ejecución de los procesos de compras reportados por la SESAL.

Se solicitaron los expedientes administrativos de cada uno de los procesos de los casos de estudio elegidos, los que la SESAL procedió a preparar y remitir 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 2. Casos de estudio: procesos seleccionados en la evaluación 2017

N.	Proceso	Objeto	Modalidad	Fuente de financiamiento	Unidad ejecutora	Monto en lempiras del contrato	Adjudicado
1	LPN No. 001-2017-SS	Contratación de Servicios de Hemodiálisis y Diálisis para la Secretaría de Salud	Licitación pública nacional	Fondos nacionales	Departamento de licitaciones	L. 318,219,896.60	Diálisis de Honduras, S.A.
2	LPN No. 003-2017-SS	Contratación de Servicios de Alimentación para proporcionar a los militares que se encuentran laborando en la Secretaría de Salud.	Licitación Pública Nacional	Fondos nacionales	Departamento de licitaciones	L. 276,281.75	Prodal, S. de R.L de C.V.
3	LPN No. 006-2017-SS	Adquisición de equipo médico que será utilizado para el mantenimiento de muestras de rabia y vacuna antirrábica	Licitación pública nacional	Fondos nacionales.	Departamento de licitaciones	L. 145,137.02 L. 379,343.14	Item 2 y 3 DICOSA Item 4 TEKNI, S. DE R.L.

4	HN-ITB-2017-003	Compra de medicamentos e insumos para la Secretaría de Salud	Licitación pública	Fondos nacionales	UNOPS	L. 382,964,830.41	27 proveedores (Ver anexo)
					Total evaluado	L. 701,985,488.92	

2.4 La identificación de la normativa aplicable

La normativa aplicable para la evaluación la determina la fuente de financiamiento de los procesos seleccionados como casos de estudio según lo establecido en el diseño metodológico, en este caso corresponde a la normativa nacional vigente.

2.5 Herramienta de verificación

Se diseñó una herramienta para medir el nivel de cumplimiento de la normativa aplicable y las buenas prácticas nacionales e internacionales, conocida como hoja de verificación. Estos criterios de verificación se mantienen desde el informe de línea de base y corresponden a cada una de las etapas del proceso de compras y contrataciones, denominadas indicadores, según se enuncian a continuación:

1. Requisitos previos
2. Procedimiento de contratación
3. Ejecución y modificación del contrato
4. Entrega y recepción de los suministros, bienes y servicios
5. Inventario y almacenamiento
6. Distribución
7. Auditoría y vigilancia
8. Sanciones
9. Veeduría social
10. Transparencia y divulgación (en el informe anterior estaban incluidos dentro de las etapas del 1 al 7 precitadas)

Criterios de verificación

Los indicadores y subindicadores (pasos o requisitos según la normativa aplicable) se incluyen en forma cronológica en la hoja de verificación, según se deben realizar los procesos de compras y contrataciones bajo normativa nacional vigente.

En la siguiente tabla se muestra el total de criterios (indicadores y subindicadores) utilizados en la presente evaluación, comparado con el número de criterios utilizados en el informe de línea de base y segunda evaluación.

Tabla n.º 3. Comparación de número de criterios de verificación de los indicadores utilizados en el informe de la línea de base, la evaluación 2016 y la evaluación 2017.

Modalidad y normativa	N.º de Indicadores informe de línea de base (2013 – 2015)	N.º de Indicadores evaluación (2016)	N.º de Indicadores evaluación (2017)
<i>Contratación directa</i>			
<i>Normativa nacional</i>		261	
<i>Licitaciones</i>			
<i>Normativa nacional</i>	559	265	100

En esta ocasión se utilizó un número reducido de criterios por tres razones:

1. Se agruparon algunos criterios que versaban sobre un mismo punto.
2. Para hacer más eficiente la metodología de la ASJ/TI y
3. Para medir aspectos generales y no muy específicos.

Tabla n.º 4. Ejemplo de indicadores, subindicadores y subcriterios de calidad en la hoja de verificación del proceso

Requisitos previos									
Nº	Marco normativo	Criterios	Subcriterios calidad	Sí	No	N/A	Medio de verificación	Quién genera la información según institución	Observaciones
		Planificación de la compra							
1	LCE 23; RLCE 38	Se cuenta con registros actuales de las necesidades reales contempladas en las planificaciones o las justificaciones del origen de dichas necesidades	1. Tiene carácter oficial o quien lo suscribe tiene facultades de emisión para dar validez del mismo	x			PACC, base de datos, listado, oficios, etc. de requerimientos de la compra (necesidad)	La unidad requirente o adquisiciones	
			2. Contiene información actualizada que corresponda a las necesidades del año de la compra (proyección) o que justifiquen que no es necesario mediante dictamen	x					

Al desarrollarse la medición de cada indicador y subindicador por medio de subcriterios de calidad, se muestra en forma fundamentada si se cumplió o no con el paso requerido, detallándose las observaciones correspondientes, si las hubiere. De esta manera, la evaluación de 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 subcriterios que se cumplen en relación al total de criterios evaluados.

Para la medición de la transparencia y divulgación de la información (la 10.^{ma} etapa), al tratarse de un tema transversal, se desarrolló una hoja independiente, aplicada a todos los procesos y los resultados se presentan en la sección 6.

El porcentaje de cumplimiento de la normativa para cada proceso evaluado expresa el número de subcriterios que se cumplen en relación al total de criterios evaluados, según los siguientes rangos:

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

Para la medición de la transparencia y divulgación de la información (la 10.^{ma} etapa o subindicador), al tratarse de un tema transversal, se desarrolló una hoja independiente, aplicada a todos los procesos y los resultados se presentan en la sección 6.

3. Marco regulatorio

Para el análisis del marco regulatorio, se procedió a identificar la normativa nacional que aplicaba en atención a los procesos seleccionados como casos de estudio, principalmente la siguiente:

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



Aunque la norma aplicable incluye algunas leyes no enunciadas en la pirámide, se enfatizó principalmente en la norma nacional sobre compras y contrataciones.

4. Hallazgos del análisis del marco normativo

Del análisis normativo se desprenden los hallazgos que se detallan a continuación.

4.1 Hallazgo 1. Descalificación de oferentes por mala aplicación de la ley.

Hallazgo 1. Descalificación ilegal de oferentes por mala aplicación de la ley

En las evaluaciones anteriores a la SESAL no se identificaron ambigüedades o vacíos normativos en cuanto a la aplicación de la LCE, sin embargo, en la presente evaluación se logró identificar que los documentos base de la Oncae aplicados por la Secretaría incluyen los diferentes tipos de garantías de mantenimiento de ofertas admisibles. No obstante, en esta evaluación en dos de los cuatro casos de estudio se descalificaron a las empresas oferentes IMLAB y FITNESS CHEF Honduras S.A. por haber presentado como garantía de mantenimiento de oferta un cheque certificado y no garantía bancaria de acuerdo a la solicitada en el pliego de condiciones señalando que no se cumplió con un elemento esencial no subsanable en el pliego de condiciones cuando lo que debe de prevalecer es la regulación de la Ley, ya que el documento base no puede estar sobre la norma.

Las ofertas de las empresas IMLAB y FITNESS CHEF debieron haber sido aceptadas ya que de conformidad a la LCE señala en el artículo 99 que los interesados en participar en una licitación pública -privada, deberán garantizar el mantenimiento del precio y las demás condiciones de la oferta mediante el otorgamiento de una garantía equivalente, por lo menos, al dos por ciento (2%) de su valor. Además, en el artículo 243 del Reglamento de la misma ley establece que los tipos de garantías admisibles, además de las garantías expedidas por instituciones bancarias, fianzas expedidas por compañías de seguros y cheques certificados a la orden de la Administración contratante, también podrán aceptarse como garantías los bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública.

En dos de los cuatro casos de estudio se evidencio que se descalificaron ilegalmente a los oferentes por haber presentado como garantía de mantenimiento de oferta un cheque certificado equivalente a 2% del valor de la oferta y no una garantía bancaria señalando que era un elemento esencial no subsanable. Esto evidencia la falta de aplicación correcta de la normativa, ya que en primer lugar un cheque certificado es una garantía admisible por Ley y en segundo lugar el pliego de condiciones no puede estar jerárquicamente sobre la ley y reglamento, así mismo en el documento base en la [cláusula 21.4](#) se señala la admisibilidad del cheque certificado como garantía. Además, no solo limita y restringe la participación de potenciales proveedores estableciendo una condicionante discriminativa en el documento base, sino que también hace que el Estado pueda recibir mejores ofertas para satisfacer las necesidades públicas. Además, con lleva posibles impugnaciones a los procesos por violaciones a los principios de igualdad y libre competencia.

Recomendaciones:

1. Incluir en los pliegos de condiciones que los oferentes podrán presentar en los procesos de licitaciones públicas o privadas cualquier de los tipos de garantías de mantenimiento de oferta admisibles que reconoce la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento.
2. Derivar la responsabilidad a los funcionarios encargados de la evaluación de los procesos por la falta de aplicación de la normativa, no apegarse a los requisitos esenciales de los pliegos de condiciones y recomendar la descalificación de oferentes sin fundamento legal.

Hallazgo 2: Compra de medicamentos por medio de UNOPS y Fideicomiso de Banco de Occidente, S.A. sin participación efectiva de la Secretaría y cumplimiento de la normativa de compras públicas.

Al igual que en la línea de base y en la segunda evaluación se identificó que las compras realizadas mediante fideicomiso son un caso de una contratación híbrida y muy particular en donde la norma a aplicar depende del responsable de la etapa del proceso, según se trate de normas del derecho público o del privado. Por ejemplo, en las etapas de procedimiento de contratación y contratos, el Banco de Occidente como fideicomitente, realiza la adquisición sin atender la regulación de la LCE, aplicando la normativa privada, como el código de comercio, sus normas internas y las cláusulas del contrato suscrito con el fideicomitente.

En la presente evaluación, también reincide el hecho que la figura del fideicomiso no se encuentra regulada con un marco legal general para todos los fideicomisos que suscriba el Estado si no que se encuentra todavía bajo el marco propio y específico de cada contrato de fideicomiso que se suscriba y las reglas del fiduciario. Así mismo, se ha evidenciado que la Secretaría no tiene participación efectiva en ninguna de las etapas de los procesos de compra de medicamentos realizadas por United Nations Office for Project Services (Oficina de Servicios para Proyectos) UNOPS y Fideicomiso de Banco de Occidente.

En el proceso evaluado, que fue realizado por medio de la UNOPS y Banco de Occidente, el papel de la SESAL se identifica solamente al inicio del proceso cuando emite la solicitud de inicio de la gestión de la compra, no se evidencia en la documentación recibida por parte de la Sesal participación directa y activa de la secretaría en el resto del procedimiento ni como supervisor o receptor de un informe final del proceso de la compra desarrollado.

Además, no existe relación o vinculación entre la normativa aplicada por los ejecutores en los procesos de compras con las regulaciones nacionales y quedan muchos vacíos sobre todo en la obligación de divulgación y publicación de los procedimientos y documentos en el portal de HonduCompras en cumplimiento con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, los principios de publicidad y transparencia regulados en la Ley de Contratación del Estado aun cuando las adquisiciones son financiados con fondos públicos provenientes de los impuestos que paga la ciudadanía y que son asignados a la SESAL.

Lo anterior refleja no solo el incumplimiento de un 0% de la ley, sino que además la ausencia de buenas prácticas en los procesos de adquisiciones para generar mayor transparencia, la supervisión y control efectivo de la SESAL.

Por otra parte, en los procesos realizados mediante Fideicomiso de Banco Occidente, S.A. HN-ITB-2017-003 se identificó que se dificulta para el comprador llevar un control debido a que se firman varios contratos con un mismo proveedor por lotes y que los contratos suscritos no tienen una numeración correlativa por lo que se dificulta para el comprador llevar un control efectivo en la administración, las modificaciones, el aseguramiento de la cadena logística, aplicación de multas y la auditoría de los contratos por parte de los entes contralores.

Además, la normativa existente contiene vacíos, ya que no señalan ninguna disposición ni legal ni procedimental para el desarrollo de las etapas de inventario, almacenamiento y distribución de los suministros, auditoría y veeduría social.

Los riesgos de corrupción se incrementan en aquellas etapas que no poseen normativa específica o en aquellas cuyo marco jurídico no está suficientemente desarrollado, como es el caso de las etapas antes señaladas y la toma de decisiones o acciones a seguir queda a discrecionalidad del fiduciario.

Recomendaciones.

1. Se mantiene la recomendación de sistematizar la experiencia de los procesos bajo fideicomisos y compras por UNOPS de tal forma que se registren las ventajas, desventajas, fortalezas, oportunidades de mejora, costos, etc. y se compare con otras compras implementadas por la SESAL
2. La SESAL debe de promover que se normen los mecanismos de adquisiciones mediante el fideicomiso, ya que es una modalidad que la Secretaría está implementando y es necesario tener una regulación clara y complementaria con el marco normativo nacional.
3. Asegurar que los procesos de compras mediante fideicomiso y UNOPS se publiquen no solo en los portales de los ejecutores, sino que también en HonduCompras en cumplimiento con la normativa nacional.
4. La SESAL debe de promover que el ejecutor del fideicomiso lleve una numeración correlativa de los contratos suscritos con los proveedores para un mejor control en la administración, modificaciones, distribución y auditoría de los mismos.

5. Hallazgos de la evaluación

A partir del estudio de los expedientes de los casos de estudio y el uso de las hojas de verificación, se determinó el nivel de cumplimiento de la normativa aplicable y las buenas prácticas, identificando los siguientes hallazgos.

5.1 Nivel de cumplimiento general de los procesos

Esta sección contiene los resultados de la evaluación obtenida por la SESAL en los nueve indicadores de la tabla 7.

Tabla n.º 5. Nivel de cumplimiento de los procesos por evaluación.

Sector		Salud		
Diagnóstico		Línea Base	Segunda Evaluación	Tercera Evaluación
Tipo de contratación		Promedio	Promedio	Promedio
1	Requisitos Previos	● 73%	● 52%	● 48%
2	Procedimiento de Contratación	● 56%	● 45%	● 76%
3	Ejecución y modificación del contrato	● 64%	● 50%	● 57%
4	Entrega y Recepción de los suministros	● 57%	● 34%	● 6%
5	Inventario y Almacenamiento de los suministro	● 41%	● 35%	● 25%
6	Distribución de los suministros	● 48%	● 27%	● 33%
7	Auditoría y vigilancia	● 0%	● 40%	N/A ³
8	Sanciones Administrativas	● 0%	● 0%	N/A
9	Veeduría social	● 14%	● 4%	● 13%
Promedio institucional		● 39%	● 37%	● 38%

Se observa en la tabla anterior que la SESAL obtuvo un puntaje final de 38% similar a la línea de base y segunda evaluación indicando un estancamiento en su cumplimiento general y un alto incumplimiento de la norma y buenas prácticas aplicables a los procesos de compras y contrataciones, principalmente en las áreas de ejecución y modificación del contrato, así como en las auditorías y veedurías sociales, las cuales se identificaron desde la primera evaluación.

Pese a ello, sobresale la obtención de valores de 76% promedio reflejando un cumplimiento relativo de la normativa en la etapa de procedimiento de contratación en los cuatro procesos evaluados. Sin embargo, se evidencia el reto en la implementación de las mejoras y la sostenibilidad de las mismas al registrarse un retroceso en ciertas etapas del proceso que reflejaban buenas prácticas en evaluaciones previas.

Tabla n.º 6. Nivel de cumplimiento de los procesos en la tercera evaluación.

Diagnostico	Tercera Evaluación			
Etapas	Medicamentos Fideicomiso	Servicios de Hemodiálisis y Dialisis	Servicios de Alimentación	Equipo medico-vacunas
1 Requisitos Previos	● 50%	● 40%	● 40%	● 60%
2 Procedimiento de Contratación	● 83%	● 84%	● 70%	● 65%
3 Ejecución y modificación del contrato	● 75%	● 88%	● 65%	● 0%
4 Entrega y Recepción de los suministro	● 25%	● 0%	● 0%	● 0%

3 En el caso de las etapas de auditoría y sanción no son objeto de la evaluación de los procesos de adquisiciones de forma individual, se considera su evaluación a la totalidad de procesos realizados por la Secretaría.

5 Inventario y Almacenamiento de los suministros	● 50%	N/A	N/A	● 0%
6 Distribución de los suministros	● 100%	● 0%	N/A	● 0%
7 Auditoría y vigilancia	● 0%	● 0%	● 0%	● 0%
8 Sanciones Administrativas	● 0%	● 0%	● 0%	● 0%
9 Veeduría social	● 0%	● 50%	● 0%	● 0%
Promedio por proceso	● 55%	● 44%	● 35%	● 18%
Promedio por procesos evaluados	● 38%			

En los cuatro casos de estudio se observó que la SESAL todavía tiene aspectos por mejorar en las etapas de: planificación ya que todos los expedientes evaluados en la etapa de requisitos previos carecían de estudios de mercado; seguimiento y control de la ejecución de los contratos, de igual manera no se evidencian auditorías o veeduría social a los procesos de contratación pública del año 2017 evaluados.

Por ejemplo, en la adquisición de los servicios de diálisis y hemodiálisis, no se encontró evidencia de que se tenga un control adecuado del servicio prestado a los pacientes, ya que la SESAL no realiza una supervisión efectiva en las clínicas, sino que se limita a validar los documentos presentados por el proveedor para su pago.

5.1. Etapa: Requisitos previos

Hallazgo 1: Compras realizadas sin una adecuada planificación que incurren en la pérdida de recursos e insatisfacción de las necesidades reales de la institución y de la población.

La Secretaría está obligada a planificar sus necesidades, programar, organizar, ejecutar, supervisar y controlar las actividades de contratación preparando sus programas anuales o plurianuales de contratación o de adquisiciones considerando los compromisos establecidos en su Plan Estratégico Institucional (PEI) las necesidades a satisfacer y las proyecciones de crecimiento de la institución, de modo que pueda asegurar que las mismas se satisfagan en el tiempo oportuno y en las mejores condiciones de costo y calidad.

Además, se debe determinar el procedimiento correspondiente, el órgano responsable de la contratación debe tomar en cuenta el monto en el momento de la convocatoria y de todas las formas de remuneración, incluyendo el costo principal y el valor de los fletes, seguros, intereses, derechos o cualquier otra suma que deba reembolsarse como consecuencia de la contratación.

En esta evaluación al igual que las anteriores no se encontró en los expedientes de todos los casos de estudio evaluados, la documentación con las justificaciones de las necesidades, el origen de solicitud de los mismos que avalaran o permitan una adecuada definición de las especificaciones técnicas, términos de referencia, precios, proveedores, cantidades y otras condiciones de mercado, para una mejor toma de decisión en los procesos de licitación.

La Ley de Contratación del Estado señala que previo al inicio del procedimiento de contratación y una vez verificados los requisitos previos, se dará inicio al procedimiento de contratación mediante decisión de la autoridad competente.

De acuerdo al universo de procesos de adquisiciones realizados en el 2017 por la Secretaría de salud se logra identificar que se realizaron 21 procesos, de los cuales 14 fueron por el mecanismo de fideicomiso lo que representa un 66% de los procesos realizados fuera de la Secretaría. En estos 14 procesos se adjudicaron insumos y medicamentos a 33 diferentes empresas con un monto que asciende a L. 661,778,745; en la Secretaría se realizaron 7 procesos de licitación pública, seis de los cuales son para la contratación de seguridad, alimentación, equipo médico, prendas de vestir y limpieza, y el proceso de servicios de diálisis y hemodiálisis que incluye componentes de insumos y medicamentos, para este último su contrato asciende a L. 318,219,897.00 lo que representa un 48% del total de la compra de insumos y medicamentos que está concentrado en una sola empresa “Diálisis de Honduras” en comparación a las 33 empresas que fueron seleccionadas por medio del fideicomiso.

Lo anterior, evidencia que la Secretaría a nivel central realizó en esta evaluación menos procesos de adquisiciones en comparación con las evaluaciones anteriores y además está realizando cada vez más proceso de compras mediante el mecanismo de fideicomiso lo que muestra que la SESAL tiene menos planificación y capacidad de ejecución de procesos bajo la normativa de contratación del estado.

Recomendaciones:

1. Elaborar un plan de adquisiciones bianual o trianual que esté vinculado al PEI institucional que permita planificar proceso de compras a mediano y largo plazo que permita alcanzar los objetivos anuales.
2. Elaborar protocolos o guías para asegurar que se justifique la necesidad de las compras y fortalecer la etapa de planificación mediante la exigencia de mantener registros y bases de precios actualizadas (formato digital y en físico) y acordes a la modalidad del proceso a desarrollar. e insumos de la institución.
3. Crear un sistema en donde se registren los requerimientos de las necesidades e insumos de la institución, información de los procesos y expedientes administrativos (formato digital y en físico)
4. Fortalecer las capacidades de la unidad de adquisiciones de la Secretaría para poder liderar procesos de compras bajo la Ley de Contratación del Estado en una forma más equitativa en relación con los procesos ejecutados por el fideicomiso.
5. Derivar responsabilidades a los funcionarios responsables por la falta de planificación institucional y programación que incurren en la pérdida de recursos e insatisfacción de las necesidades reales de la institución.

Hallazgo 2. Servicios de Diálisis y Hemodiálisis contratado sin estudios o investigaciones de mercado que ponen en riesgo la calidad de los servicios a los pacientes renales.

En la presente evaluación, al igual que en las anteriores, en todos los casos de estudio seleccionados no se encontró evidencia de la realización de estudios de mercado que definan bien la oferta y demanda de servicios o productos a adquirir o investigaciones de los precios como parte de las actividades previas al inicio de un procedimiento de contratación.

Por ejemplo, en el proceso de la licitación pública del servicio de diálisis y hemodiálisis, la Sesal no tiene estadísticas reales de los pacientes que reciben el tratamiento, tampoco se tiene evidencia estudios de experiencias exitosas en países de la región como ser precios de referencia, también no cuenta con estudios de rentabilidad por cada clínica. Estos son factores esenciales para definir los lotes, tiempo de duración del contrato, habilitación o cierre de clínicas, apertura de oportunidad de otros oferentes, entre otros factores. Se realizan aumentos significativos a los contratos del servicio de diálisis y hemodiálisis de forma discrecional, por ejemplo, en el año 2016 el contrato fue de 205 millones de lempiras, para el 2017 se incrementó a 318 millones de lempiras lo que representa un incremento de aproximadamente L.114 millones equivalente a un aumento de un 36% respecto al contrato del año anterior.

Por lo anterior, la institución debe contar con los estudios, diseños o especificaciones generales y técnicas, debidamente concluidos y actualizados, en función de las necesidades a satisfacer en cumplimiento a lo establecido en el artículo 23 de la Ley de Contratación del Estado.

Recomendaciones.

1. Realizar en la etapa de planificación el registro de precios o estudios de mercado (incluyendo calidad, valor por dinero, oferta, demanda, entre otros).
2. El proyecto control diálisis de la SESAL encargado de la administración y supervisión del contrato de Diálisis y Hemodiálisis debe generar datos estadísticos actualizados y documentar el nivel de cumplimiento del servicio de diálisis y hemodiálisis que sirvan para registrar la experiencia del servicio y toma de decisiones de la institución en beneficio de los destinatarios.
- 3.- En los casos de incumplimiento derivar la responsabilidad legal y aplicar las sanciones o acciones legales pertinentes a los funcionarios responsables

5.2 Etapa: Procedimiento de contratación

Hallazgo 1. Adjudicación de procesos a proveedor que no cumplió con requisitos esenciales en sus ofertas.

A diferencia de la línea de base y segunda evaluación, en la presente evaluación se encontró que se adjudicó a un proveedor que no cumplió los requisitos esenciales establecidos en el pliego de condiciones,

por ejemplo en el proceso de adquisición de equipo médico para el mantenimiento de muestras de rabia y vacuna antirrábica, el oferente Distribuidora Comercial, S.A. (DICOSA) al que le fueron adjudicados los ítems 2 (100 termos) y 3 (1 microscopio) por un monto total de L. 147,137.02 no cumplió con el requisito específico exigido en los pliegos de condiciones de la vigencia de la garantía de mantenimiento de oferta, ya que según contenido del [acta de recepción](#) se indica que presentó una garantía bancaria de Banco Ficohsa por un monto de L.40,000.00 con una vigencia del 19 de septiembre del 2018 al 19 de enero del 2019 cuando la vigencia de la garantía debió ser a partir del día de presentación y apertura de oferta que se realizó el día 12 de septiembre del 2017 de conformidad a los documentos base por lo que debió ser descalificada y adjudicarle ambos lotes a otro proveedor o en su defecto ser declarados fracasados. Esto demuestra que la normativa no se aplica con igualdad a todos los oferentes.

Ley de Contratación del Estado establece en el artículo 7 que todo potencial oferente que cumpla con los requisitos legales y reglamentarios, estará en posibilidad de participar en los procedimientos de contratación administrativa en condiciones de igualdad y sin sujeción a ninguna restricción no derivada de especificaciones técnicas y objetivas propias del objeto licitado. Así mismo, en la citada Ley en el artículo 57 numeral 2) señala que cuando las ofertas no se ajusten a los requisitos esenciales establecidos en el reglamento o en el pliego de condiciones ser descalificadas y por ende el proceso será declarado fracasado.

Cabe señalar, además que la misma normativa establece que los oferentes deberán mantener el precio y las demás condiciones de la oferta durante el plazo previsto en el pliego de condiciones. En el documento base se estableció en la [IAO 20.1](#) que la validez de la oferta era de 120 días a partir de la apertura de las ofertas que fue el 12 de septiembre del 2017 y no del 19 de septiembre del 2017 como lo indica en su contenido el acta de recepción, por lo que garantía presentada según acta de recepción se emitió por una vigencia inferior al exigido siendo esto un requisito esencial no subsanable. Además, en la revisión in situ que se realizó en la SESAL en el expediente administrativo no estaba anexada la garantía de mantenimiento ni la oferta presentada por el proveedor.

Recomendaciones:

1. Elaborar documentos de licitación que contengan condiciones de igualdad y de cumplimiento de requisitos esenciales que permitan la participación de potenciales oferentes para así ampliar las ofertas recibidas para una mejor selección con base en requerimientos legales, precio y calidad.
2. Asegurar que en la etapa de evaluación se revise el cumplimiento de los requisitos esenciales y sustanciales previstos en los pliegos de condiciones a fin de evitar evaluaciones subjetivas y el favorecimiento de ciertos oferentes en determinadas etapas del proceso.
3. Derivar la responsabilidad a los funcionarios encargados de la evaluación de los procesos por la falta de aplicación de la normativa, no apegarse a los requisitos esenciales de los pliegos de condiciones y recomendar la adjudicación a oferentes que no cumplieron sustancialmente sus ofertas.

5.3 Etapa: Contrato

Hallazgo 1: Todos los contratos de los casos de estudio seleccionados, incluyen la cláusula de integridad, obligando que los firmantes mantengan una conducta ética en los procesos

En las recomendaciones del informe de la segunda evaluación se sugirió la incorporación en todos los contratos suscritos por la Secretaría, de la cláusula de integridad, que exige el artículo 7 de la [Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública](#), en la que se obliga a los particulares a observar reglas de conducta ética en todo proceso de compras y contrataciones. En la presente evaluación se evidencia el cumplimiento de esta recomendación ya que la SESAL implementó la incorporación de esta cláusula en todos los contratos de los procesos evaluados, para evitar posibles prácticas de corrupción y fomentar una cultura de rendición de cuentas y equidad en los procesos de contratación del Estado.

Además, de lo anterior, es obligatorio incluir la cláusula de integridad en todos los contratos de conformidad al [Acuerdo Ejecutivo N° SE-037-2013](#), ya que la falta de inclusión de esta cláusula en los contratos suscritos por la Secretaría puede conllevar a la nulidad absoluta del contrato y podría permitir actuaciones de mala fe o prácticas corruptivas, que pueden afectar el servicio prestado a la ciudadanía.

Recomendaciones.

1. Continuar incorporando esta cláusula en todos los contratos suscritos por la Secretaría, para seguir promoviendo la conducta ética, moral y de respeto a las leyes en el cumplimiento de los contratos.

5.4 Etapa: Distribución de bienes

Hallazgo 1. Descoordinación y falta de aplicación de herramientas para la distribución y entrega de equipo médico.

La normativa y los principios de administración pública señalan la obligatoriedad de las instituciones del Estado de hacer uso correcto de los recursos públicos de modo que sus necesidades se satisfagan oportunamente, de acuerdo a una planificación estratégica, objetivos y metas para asegurar la ejecución efectiva y eficiente de los proyectos y programas.

En las evaluaciones anteriores se identificó una debilidad en la etapa de distribución de bienes, hallazgo que persiste en la presente evaluación en donde se evidenció en el proceso de adquisición de equipo médico para el almacenamiento de muestras de rabia y vacunas antirrábicas, no se pudo constatar la coordinación interinstitucional y aplicación de herramientas como planes de entrega de los bienes adquiridos por la falta de documentación de respaldo de la entrega, recepción y distribución de 100 termos para almacenamiento de vacunas, un lector Elisa y un microscopio entre la Secretaría y el Programa de Ampliación de Inmunización (PAI).

Aunado a lo anterior, en la visita in situ realizada al Almacén Central de Medicamentos de la Secretaría en fecha 23 de abril del 2019 para la verificación del procedimiento aplicado en la entrega, recepción y distribución de los bienes se pudo constatar que no hay documentación de respaldo de las actas de recepción de entrega de los bienes por parte de los proveedores y tampoco los documentos de distribución de los mismos. El jefe de almacén central ingeniero Marvin Gomez, informó que en el caso particular de los termos adquiridos el almacén le presta un espacio físico de bodega al PAI para almacenar insumos, pero que la Sesal no lleva control de distribución de los mismos.

También, en la visita realizada el día martes 30 de abril a las bodegas del PAI ubicada en la Colonia Matamoros contiguo al Hospital San Felipe, no se pudo evidenciar el plan de distribución de los termos, el lector Elisa y Microscopio por lo que se desconoce por parte del personal entrevistado a qué centros hospitalarios fueron asignados los bienes lo que puede evidenciar una distribución discrecional y no planificada. Además, se pudo verificar en el almacén de la Sesal que existen en inventario de 21 termos que aún no ha sido distribuidos desde el 2018, por lo que, además se evidencia que se compran bienes sin ninguna planificación para cubrir las necesidades reales

Lo anterior genera un riesgo de que los bienes o servicios adquiridos no lleguen en su totalidad a los beneficiarios finales y no se cumpla con el objetivo previsto en la compra.

Recomendaciones:

1. Implementar planes de distribución de los bienes adquiridos de acuerdo a las necesidades planificadas, para asegurar que los bienes lleguen a su destino previsto y sean utilizados de una forma efectiva.
2. Oficializar los procedimientos de distribución y entrega de bienes a nivel de protocolos o manuales.

5.5 Etapa: Auditoría y vigilancia

Hallazgo 1. Procesos de compras sin auditoría interna o externa

Este hallazgo se mantiene desde la línea de base y la segunda evaluación ya que no se evidenció la realización de auditorías internas o externas para los procesos de contratación específicamente, por tal razón la Secretaría obtiene nuevamente una calificación de cero al no evidenciar la existencia de auditoría y control interno a procesos de compras y contrataciones lo que refleja poco compromiso institucional.

La falta de procesos de auditorías internas o externas a los procesos de compras implica ausencia de medidas de control y sanciones recurrentes o posteriores, en aquellos procesos en los que se evidencien errores de procedimiento y falta de la aplicación de la normativa.

Los resultados de las evaluaciones realizadas señalan el nivel de incumplimiento de la normativa en varias de las etapas de los procesos de compras, lo que demuestra la necesidad de aumentar los controles y sanciones en la gestión de las compras y contrataciones. Este hecho genera la falta de sanciones administrativas por incumplimiento, eleva posibles casos de corrupción y fomenta una cultura de impunidad.

Recomendaciones.

1. Elaborar manuales, protocolos, guías y otros documentos que aseguren llevar a cabo controles internos y la auditoría interna a los procesos de compras y contrataciones. Esta recomendación se mantiene desde el informe de línea de base hasta la presente evaluación, ya que no ha sido implementado y requiere especial atención en virtud del bajo nivel de cumplimiento de la normativa aplicable.
2. Incluir en el plan anual de auditoría interna los procesos de compras y contrataciones, que incluya tanto procesos con LCE como con fondos externos o bajo cualquier mecanismo.
3. Realizar informes de auditoría y asegurar la identificación del personal que incumpla con la norma o que incurran en faltas o delitos, así mismo gestionar las responsabilidades que se deriven con los entes contralores del Estado.

5.6. Etapa: Veeduría social

Hallazgo 1. Procesos de compras sin participación ciudadana y veeduría social

En las evaluaciones anteriores se evidenció poca participación ciudadana en los procesos de compras y contrataciones evaluados. En la presente evaluación solamente en uno de los cuatro casos de estudio específicamente en el de Servicio de Diálisis y Hemodiálisis hubo participación parcial en la etapa de apertura de los sobres de ofertas, lo que muestra que la institución mantiene el desafío de generar una política o mecanismos de participación involucrando a más y diferentes actores de la sociedad y beneficiarios finales que actúen como veedores de los procesos en las distintas etapas y no solo en una actividad en particular.

De conformidad a la Ley de Participación Ciudadana y las buenas prácticas en este campo, tienen como objetivo regular, promover y establecer las instancias y mecanismos que permitan la organización y funcionamiento de la participación ciudadana y su relación con los órganos del Estado en la gestión de los recursos y su papel como beneficiarios directos.

Es importante, señalar que la veeduría social debe ser en todas las etapas del proceso desde la identificación de las necesidades, contratación, recepción, distribución y uso de los bienes, para disminuir el riesgo de corrupción y aumentar la confianza de la ciudadanía en la gestión pública al participar en la identificación, priorización de necesidades y conocer cómo se invierten los fondos públicos bajo cualquier mecanismo como una buena práctica institucional para promover una cultura de rendición de cuentas a la ciudadanía

Recomendaciones

1. Invitar oportunamente a gremios profesionales, instituciones de sociedad civil, población beneficiaria, organizaciones de base (patronatos, junta de agua, comités de apoyo, etc.) entre otros, a fin de asegurar la función de veeduría social al menos en las etapas de identificación y determinación de necesidades a cubrir, apertura de ofertas y adjudicación del contrato los procesos de compras y contrataciones que realiza la Secretaría.
2. Elaborar una política de veeduría social o en su defecto protocolos, guías, manuales, instructivos, etc. que incluyan en forma específica dicho aspecto, ya que esta recomendación se ha mantenido en todos los informes anteriores y aún no ha sido considerada.

6. 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, el cual se analiza a partir de dos subindicadores: 1. El acceso a la información mediante solicitudes o requerimientos de información y 2. la publicación de la información en el portal de HonduCompras.

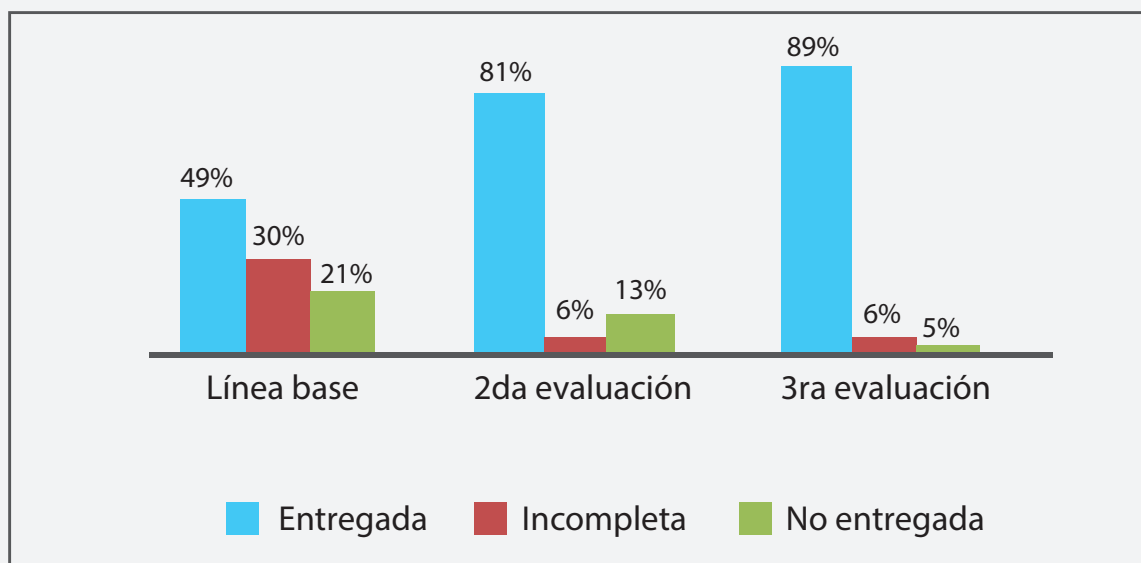
6.1 Acceso a la información por parte de la SESAL

De conformidad a los artículos 4 y 13 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, todas las instituciones obligadas deberán publicar la información relativa a su gestión o, en su caso, brindar toda la información concerniente a la aplicación de los fondos públicos que administren o hayan sido garantizados por el Estado.

La SESAL obtuvo una calificación de 89% en la entrega de información solicitada por la ASJ para este estudio, de conformidad a la matriz de cumplimiento, aumentando en 8% respecto a la evaluación anterior que fue de 81%. La solicitud de la información se realizó mediante el envío de un oficio, 8 correos electrónicos, dos visitas de levantamiento de información y al menos 3 visitas de campo, evidenciando la apertura de los funcionarios enlaces a cargo y obteniendo una respuesta favorable para la entrega total de lo solicitado.

Es pertinente aclarar que en este requerimiento se solicitó información general que la Secretaría debe tener en materia de compras y contrataciones, pero no incluye la información específica que se solicita para los casos de estudio.

Figura n°04 Estado de la información entregada por la SESAL



6.2 Cumplimiento de la normativa de las publicaciones en HonduCompras

La Oncae mediante [circular 004-ONCAE-2015](#) regula la obligatoriedad de publicar los procesos de contratación en el portal de HonduCompras, independientemente que la fuente de financiamiento sea de fondos nacionales o externos y de cualquier modalidad de contratación sean estos procesos regulados por la Ley de Contratación del Estado o los mecanismos de fideicomisos para la divulgación de la información y documentos relacionados con la adquisición de bienes, obras y servicios.

Sin perjuicio de lo previsto en la Ley de Contratación del Estado en relación con las publicaciones, todos los procedimientos de selección de contratistas y los contratos celebrados, se deben divulgar obligatoriamente en el sistema de HonduCompras que es administrado por la Oncae. A este efecto, los titulares de los órganos o instituciones públicas quedan obligados a publicar la información respectiva, por lo que la SESAL está obligada a publicar los procesos de compras realizados por medio de fideicomiso, aunque al órgano privado ejecutor no haya sido obligado contractualmente

Hallazgo 1. Solamente el 33% de los procesos de compras publicados en HonduCompras.

En la presente evaluación se identifica el bajo nivel de publicación de la Secretaría en la plataforma de HonduCompras, verificando que únicamente 7 de los 21 procesos reportados por la Secretaría en el año 2017 se encuentran publicados en HonduCompras, lo que representan un 33% de dichos procesos. Y para estos 7 procesos que estaban publicados en el sistema HonduCompras la información estaba incompleta, por ejemplo, no se encontró la información de contratos, registros de incumplimientos o modificaciones a los contratos de los cuatro procesos evaluados. Sin embargo, tres de los cuatro casos de estudio se evidenciaron que los avisos, documentos base y aclaratorias y resoluciones están publicados en HonduCompras, pero en la administración del contrato no existe documentación que esté disponible para la ciudadanía.

Además del incumplimiento de la normativa y la falta de publicación de los documentos de la administración del contrato, actividad que es responsabilidad de la dirección de adquisiciones, por una parte, no facilita la toma de decisiones para las máximas autoridades al no contar con datos en tiempo real de las compras realizadas por la Secretaría y por otra, no genera información para la ciudadanía, entes contralores y organismos donantes sobre el uso de los recursos públicos, lo que debilita la transparencia en el sistema de compras públicas.

En el caso de los procesos ejecutados por UNOPS estos se publican en el periódico digital United Nations Development Buisness (UNDB), pero su normativa y el contrato suscrito no exigen la publicación de los procesos en HonduCompras, igual situación ocurre con las compras realizadas por medio de fideicomiso de Banco de Occidente, S.A. Sin embargo, las adquisiciones son financiados con fondos nacionales por lo que deben de divulgarse por parte de la Secretaría de Salud en HonduCompras además del portal del UNDB no solo como una buena práctica en adquisiciones públicas, sino que, en aplicación supletoria y complementaria de la ley nacional, es decir la Secretaría no está eximida del cumplimiento de esta disposición de la ley aunque, el órgano executor no realice la divulgación y publicidad de la información la SESAL debe de exigirselo y asegurarse como institución pública responsable de satisfacer las necesidades públicas del sector. En este caso, si el órgano executor no realiza la divulgación y publicidad de la información la SESAL debe de exigirselo y asegurarse como institución pública responsable de satisfacer las necesidades públicas del sector.

Recomendaciones

1. Cumplir con la publicación de la información y documentos de las compras públicas que por ley deben divulgarse en HonduCompras y que contenga la calidad y validez requerida independientemente que sean realizadas por la UNOPS o por fideicomiso de Banco de Occidente, S.A.
2. Incluir en los contratos que se suscriben con UNOPS y el fideicomiso de Banco de Occidente, S.A. una cláusula de publicación obligatoria de los procesos de adquisiciones en HonduCompras y la SESAL está obligada a verificar su cumplimiento
3. Investigar la responsabilidad legal de los funcionarios públicos que deben facilitar la información pública, para proceder conforme a ley a aplicar las sanciones o acciones legales en caso de que correspondan.
4. Diseñar e implementar una lista de verificación de la publicación de los procedimientos de contratación, para asegurar el cumplimiento de las normas que apliquen en las compras públicas.

7. Conclusión

En la línea base y en la segunda evaluación la SESAL obtuvo una calificación de 39% y 37% respectivamente; en la presente evaluación obtuvo una calificación de 38% lo que representa una disminución del 1% en relación a la evaluación de línea de base y en general un estancamiento, esto debido en gran parte a que no se evidencian esfuerzos en lograr la aplicación de la normativa y buenas prácticas en las etapas de actividades previas como la falta de realización de estudios de mercado o bases de precios de referencias, vacíos normativos en los procedimientos de contratación, falta de coordinación interinstitucional en la entrega y distribución de bienes, no hay evidencia de auditorías y vigilancias internas o externas de los procesos de compras públicas que han sido recomendaciones recurrentes en las evaluaciones anteriores y que aún no han sido consideradas lo que puede incrementar el riesgo de corrupción por la falta de controles.

En materia de transparencia y acceso a la información, hubo un aumento en ambos aspectos con respecto a la evaluación anterior, cuando en materia de transparencia obtuvieron un 15% en la segunda evaluación y en la evaluación actual un 64%, debido a que la información en tres de los cuatro casos de estudio se publica de manera parcial en la plataforma de HonduCompras, Sin embargo, en el caso de estudio del fideicomiso por medio de Banco de Occidente, S.A. no se publican los procesos en el portal de HonduCompras por lo que se evidencia el incumplimiento de lo estipulado en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la LCE y las disposiciones de la Oncae.

8. Recomendaciones

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

- Se mantiene la recomendación desde la línea de base de no solo sistematizar la experiencia de los procesos bajo fideicomisos y compras por UNOPS, sino además normar con claridad los mismos, pero sobre todo que la Secretaría tenga una participación efectiva en las distintas etapas de los procesos bajo estas modalidades de forma tal de asegurar el objetivo y el cumplimiento de la normativa nacional y que permita la divulgación y publicación de la información por distintos medios para conocer los resultados obtenidos en beneficio de la población.
- La Secretaría debe desarrollar instrumentos para la realización de estudios de mercado, bases de precios de referencia o registrar en una base de información de los precios históricos actualizados de las compras que realice para la adquisición de bienes y/o servicios para identificar tendencias de mercado, conocer el perfil de los proveedores, sus capacidades, si los costos están vinculados con la calidad de los productos/ valor por dinero como en el caso de los servicios de diálisis y

hemodiálisis, etc. así mismo solicitar a la Oncae que incorpore alguna reforma a la normativa o regule por medio de una circular que se exija los estudios de mercado como parte de las actividades previas.

- Para el control y auditoría se debe incluir, en el plan operativo anual de la UAI de la Secretaría, los procesos de compras y contrataciones, que incluya tanto procesos con LCE como con fondos externos, así mismo las unidades responsables deben elaborar manuales, protocolos, guías y otros documentos que aseguren los controles internos; esta recomendación se mantiene desde el informe de línea de base hasta la presente evaluación, ya que no ha sido implementado y requiere especial atención.
- En transparencia y difusión se mantiene la recomendación de aumentar y asegurar el nivel de publicación en HonduCompras de la información conforme al marco de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y los principios de publicidad de la LCE indistintamente de la unidad ejecutora u órgano ejecutor la fuente de financiamiento o el mecanismo de selección como el fideicomiso, al menos de los documentos que por ley deben publicarse oportunamente con la calidad y validez necesaria, además implementar la digitalización de los expedientes como buena práctica.

Capítulo II

Gestión de Recursos Humanos

1. Objetivo del estudio

El presente estudio sobre la gestión de los recursos humanos (RR.HH.), realizado a la Secretaría de Salud (SESAL), tiene como objetivo general identificar y evidenciar los avances en el desempeño durante el año 2017 en procesos claves de la gestión de recursos humanos en una tercera medición a la institución, como parte del sistema de monitoreo y evaluación por parte 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 necesidades de la ciudadanía.

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

- Evaluar el desempeño en la ejecución de los procedimientos seleccionados con base en la normativa vigente.
- Evaluar la aplicación de buenas prácticas, transparencia y rendición de cuentas en los procedimientos seleccionados en materia de gestión del recurso humano.
- Establecer una comparación entre los resultados obtenidos en el informe de línea de base 2015 que evaluó los años 2011 y 2014, la segunda evaluación realizada para el año 2016 y los obtenidos en el presente informe correspondientes al período 2017.
- Contribuir en la construcción de un plan de fortalecimiento institucional basado en las recomendaciones emitidas, que aseguren la ejecución del mismo por parte de la SE.

2. Metodología

La evaluación fue basada en mecanismos de verificación de procesos, descrita en el documento anexo de Diseño Metodológico 2018, y se centra en 4 indicadores: Planificación, ingreso de personal, cancelación de personal y administración y control de personal, los cuales a su vez se componen de 60 subindicadores y 185 criterios de verificación en total.⁴

La evaluación se realizó para el período 2017, en seguimiento a las evaluaciones previas de los años 2014-2015 y 2016-2017 en las que se identificaron oportunidades de mejora y hallazgos que ejemplifican la progresión o regresión en los porcentajes de cumplimiento de la correcta gestión de los procedimientos a través del tiempo.

⁴ Ver anexo

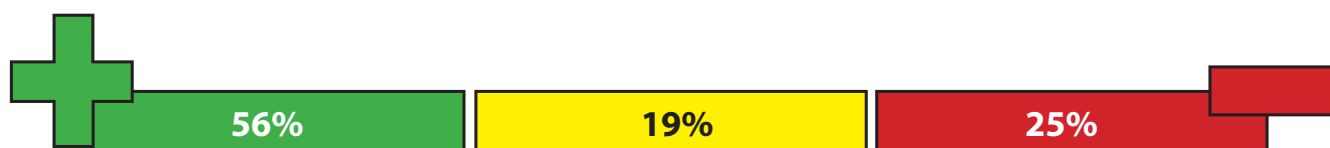
2.1 Requerimientos y sistematización de la información

Para la elaboración de este estudio se solicitó a la SESAL una serie de información de carácter general y específico, la cual permite evaluar, entre otros aspectos, el nivel de planificación institucional, así como contar con los universos sobre los cuales obtener las muestras a evaluar en los indicadores. Los listados relativos a los procesos de gestión evaluados son considerados como el universo para cada indicador.

Se utilizaron como fuentes de información primaria la Subgerencia de Talento Humano y establecimientos de salud establecidos como parte de la muestra.

La información recibida en tiempo y forma, fue vaciada en hojas de verificación, obteniendo la institución los siguientes porcentajes de entrega:

Figura n°. 3 Calificación porcentual de la información entregada según estatus, nivel central



En términos generales la comunicación con el oficial de transparencia de la SESAL fue positiva y fluida, sin embargo, la información solicitada en un 44% o no fue entregada o se encontraba incompleta, siendo la Subgerencia de Talento Humano la responsable de generarla.

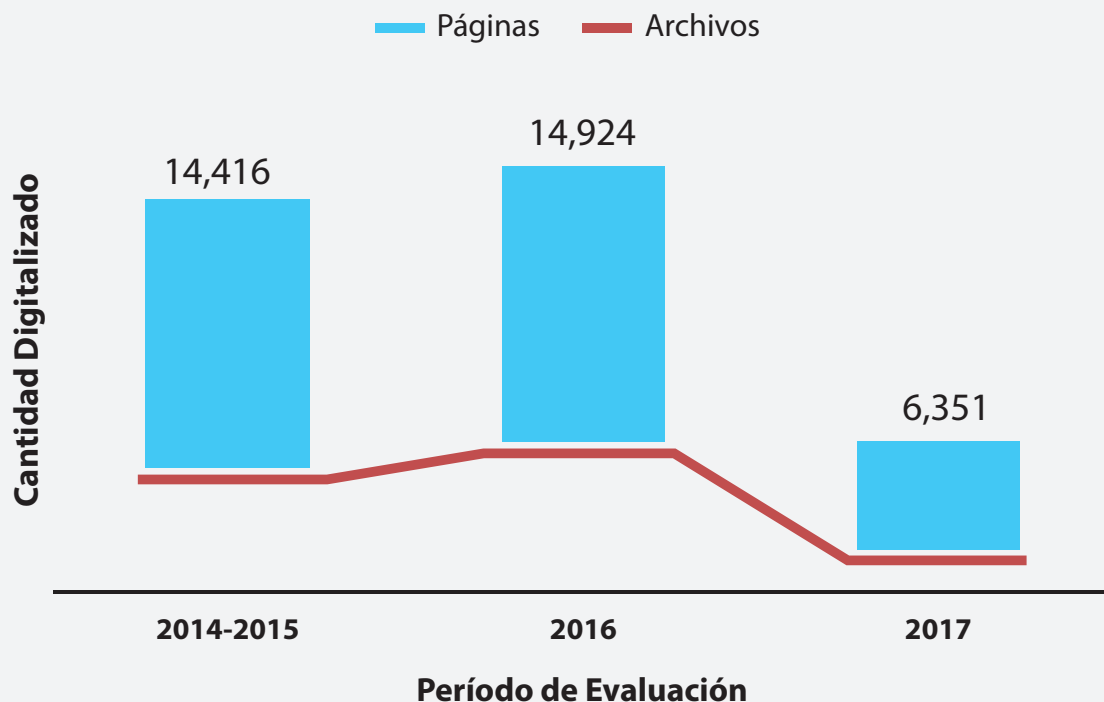
Como resultado del proceso de recopilación de información se digitalizaron 6,351 páginas, las cuales se encuentran a disposición del público en la página oficial del Convenio de Buena Fe entre el Gobierno de Honduras y la Asociación para una Sociedad más Justa, Capítulo de Transparencia Internacional:

www.asjhonduras.com/ti-asj.

Tabla n.º7 Información digitalizada

Procedimiento	Cantidad de Archivos	Páginas digitalizadas
	2017	2017
Planificación de la gestión	20	267
Ingreso personal admón.	74	1998
Ingreso personal asistencial	15	2344
Cancelación personal admón.	1	37
Cancelación personal asistencial	25	351
Sanciones personal admón.	6	233
Sanciones personal asistencial	36	1121
Total de información digitalizada	177	6351

Información digitalizada por período de evaluación



2.2. Selección de muestras y verificación del cumplimiento

Los movimientos a lo interno de la Secretaría, así como los nulos avances en la implementación del plan de mejoras en materia de recursos humanos, generaron que el año 2017 evaluado en el segundo informe (2016-2017), sea nuevamente analizado a través de la muestra de cinco establecimientos de salud diferente.

Los establecimientos de salud sujetos de este estudio fueron: Hospital Gabriela Alvarado (Danlí), Hospital Regional Atlántida (La Ceiba), Hospital Enrique Aguilar Cerrato (La Esperanza), Hospital Tórax (Tegucigalpa), Hospital San Francisco (Juticalpa), y el Nivel Central (Tegucigalpa).

Las muestras para la medición del cumplimiento se seleccionaron de manera aleatoria, con base en los listados que la misma institución facilitó. A partir de las mismas se realizó el levantamiento de los expedientes de ingreso, cancelación y administración y control de personal, concentrados todos en las oficinas centrales de la institución. La evaluación se realizó segmentada en dos colectivos: personal administrativo y personal asistencial (médicos, enfermeras, laboratorista, entre otros).

Tabla n.º 8 Expedientes evaluados según tipo de personal y de acción

Indicador	Muestra		
	Asistencial	Administrativo	Total
Ingresos	115	74	189
Cancelaciones	25	1	26
Sanciones	36	6	42
Total	176	81	257

La información de los expedientes permitió completar 6,351 hojas de verificación del cumplimiento de los criterios evaluados (ingresos, cancelaciones y sanciones) y una del indicador de planificación, analizando de manera independiente cada factor o criterio de verificación por subindicador.

3. Marco regulatorio

3.1. Análisis normativo

Según lo expuesto en los estudios previos, el 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:
 - I. Estatuto del Médico Empleado;
 - II. Estatuto del Personal de Enfermería;
 - III. Otros estatutos.
9. Principios generales del derecho.
10. Reglamento interno de trabajo SESAL.

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

En consideración a que los documentos o instrumentos legales a evaluar son los mismos que en las evaluaciones previas y ya que no se ha ejecutado ninguna acción de mejora en esta materia, se mantienen los mismos hallazgos de los informes anteriores.

Hallazgos 1: Normativa obsoleta y con vacíos

Aun cuando la autoridad que recibió el informe de línea base 2016 mostró interés inicial por impulsar las mejoras normativas requeridas, se evidenció que en los dos años siguientes no se realizó ninguna acción orientada, tanto a subsanar los vacíos en el reglamento interno, expuestos en el informe de línea de base (<http://asjhonduras.com/webhn/informe-linea-base-de-la-secretaria-de-salud/>), el cual data de 1968 como

a realizar incidencia para mejorar la Ley de Servicio Civil (LCS) y su aplicación en aspectos como los procedimientos de contratación en base a méritos, el debido proceso para realizar sanciones, entre otros, 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 en la Corte Suprema de Justicia, como el caso de los despidos sin justificación o sin debido proceso que ocasiona el reintegro de personal que no es idóneo para la institución.

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 en; a) 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”, a) artículo 36, 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 específico 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.

Hallazgos 2: Centralización de las decisiones

Se reitera el resultado expuesto en la línea y en la segunda evacuación, relativo a la centralización de la 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 Decreto Ejecutivo n.º 001- A-2014⁵ se sigue restringiendo el actuar de la institución, el cual permanece vigente aun con la creación de Comisión Especial de Transformación de la Secretaría de Salud, la cual a la fecha de redacción de este informe se encuentra a la espera de una ampliación en sus facultadas, que les permita entre otros, realizar un proceso de reestructuración organizacional.

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 su personal y los servicios prestados.

- Ampliar las potestades de la Comisión Especial de Transformación de la Secretaría de Salud, a razón de que se faculte para la toma de decisiones con base en criterios técnicos y logre resultados en el corto y mediano plazo.

4. Resultados de la evaluación de los procesos

Para cada indicador se evaluaron tanto expedientes de los archivos del nivel central como de los establecimientos de salud. El desempeño general de la SESAL para la presente evaluación del año 2017 es de 35%, lo cual representa un decremento de 20 puntos porcentuales sobre la línea de base 2013-2014 y de 15 sobre la segunda evaluación. La puntuación más baja 16% corresponde al indicador de ingreso de personal, el cual disminuyó 25 puntos porcentuales con respecto a la línea de base, sin embargo en el indicador de Administración y control de personal es el cual sufrió la mayor disminución (47 puntos).

Tabla n.º 9 Resultados consolidados según indicador evaluado y comparativa con línea de base

Indicador evaluado	Línea de base 2014-2015	Evaluación 2016-2017	Evaluación 2017	Diferencia
Planificación de la gestión de RR.HH.	● 55%	● 53%	● 50%	● -3%
Ingreso de personal	● 41%	● 32%	● 16%	● -16%
Cancelación de personal	● 75%	● 36%	● 41%	● 5%
Administración y control de personal	N/A	● 80%	● 33%	● 47%
% general de cumplimiento	● 55%	● 50%	● 35%	● -15%

Es importante resaltar que el equipo técnico de ASJ/TI se desplazó para realizar la verificación *in situ* tanto a las oficinas del nivel central, como a los establecimientos de salud, con lo que logró evidenciar que los Hospitales Gabriela Alvarado (Danlí) y Enrique Aguilar Cerrato (La Esperanza) mantienen un orden administrativo y físico en cuanto a la gestión de los expedientes de ingresos de personal, cancelación y administración y control de personal, desde el espacio donde se encuentran los archivos hasta la documentación que contienen cada expediente y la disponibilidad adecuada del personal, a diferencia del resto de unidades contenidas en la muestra.

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 registros del 2017 que sustentan la correcta toma de decisiones en materia de RR.HH. de la SESAL. La información fue vaciada en las hojas de verificación, evaluando cada subindicador según los criterios correspondientes.⁶

6 Ver anexo : Desglose de cumplimiento de la planificación de la gestión de RR. HH.

Hallazgos de la planificación de la gestión de recursos humanos

Tabla n.º10 Cumplimiento de la planificación de la gestión de RR. HH., por evaluación

Factor de verificación n.º		% de cumplimiento					
		Línea de base 2014-2015		Evaluación 2016-2017		Evaluación 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%	●	100%
2	Organigrama vigente con su correspondiente acuerdo ministerial.	●	100%	●	100%	●	100%
3	Manuales de puestos con su correspondiente acuerdo ministerial.	●	20%	●	100%	●	100%
4	Manual de procedimientos de la Gerencia de Recursos Humanos.	●	0%	●	0%	●	0%
5	Reglamento interno de trabajo, con su correspondiente acuerdo ministerial.	●	100%	●	50%	●	100%
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%	●	70%
7	Cantidad mensual y total de empleados asistenciales y personal administrativo o de apoyo.	●	78%	●	100%	●	84%
8	Acuerdos legislativos de aprobación de incremento de plazas de personal en la entidad.	●	100%	●	100%	●	100%
9	Listado de los procesos de contratación de personal.	●	0%	●	0%	●	50%
10	Listado de procesos disciplinarios ejecutados y sus sanciones.	●	30%	●	20%	●	50%
11	Listado de personal cancelado por año.	●	25%	●	20%	●	50%
12	Listado de cancelaciones que generaron demandas judiciales por reintegro o pago de cesantías.	●	100%	●	20%	●	0%
13	Listado de procesos de evaluación del personal realizados durante.	●	100%	●	20%	●	0%
14	Listado de procesos de capacitación del personal (temario/instructor/hora de formación/ número de participantes), ejecutados por año.	●	0%	●	20%	●	0%
15	Listado de los censos realizados por la entidad o Servicio Civil.	●	50%	●	80%	●	0%
16	Planes estratégicos para el fortalecimiento del personal estructurado y aplicado en 2015 y 2016.	●	0%	●	0%	●	0%
% de cumplimiento		●	55%	●	53%	●	50%
Variación				●	-2%	●	-3%

Resultado 1: Reincidencia en la disminución de cumplimiento del indicador

En relación a la primera evaluación (2014-2016), la institución disminuyó cinco puntos su calificación en el indicador de planificación y en relación a la segunda evaluación disminuyó tres puntos, demostrando una involución en la gestión, generación y acceso a la información. El decremento obedece a la nula entrega de información, descrita en el siguiente resultado.

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 establecimientos de salud 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 16 factores de verificación solicitados y evaluados, solo cinco de ellos se encontraban completos, cinco se entregaron incompletos y 6 no fueron entregados: listado de cancelaciones que generaron demandas judiciales por reintegro o pago de cesantías, listado de procesos de evaluación del personal, listado de procesos de capacitación del personal, censos realizados y el plan estratégico para el fortalecimiento del personal. Las planillas aun cuando fueron entregadas en su totalidad, el formato no permitió realizar un análisis de comportamiento o comparaciones, al entregarse documentos convertidos de los vouchers de pago y no una hoja de cálculo. Es importante mencionar que el resto de las instituciones evaluadas sí han logrado facilitar esta información en el formato solicitado y que el Sistema Integrado de Administración de Recursos Humanos (SIARH), permite esta opción.

En los estudios previos la SESAL facilitó varios registros incompletos, logrando así obtener calificaciones parciales en los subindicadores. Para el presente estudio no se presentó ninguna información para varios subindicadores como ser el de capacitaciones, notificando sobre este caso que la institución no había impartido ningún proceso formativo a su personal durante ese año. Sin embargo, se conoce que organismo de cooperación, así como entidades del gobierno como ser la Dirección General de Servicio Civil, sí realizaron capacitaciones al personal de diferentes áreas de la institución, lo cual refleja que no solo no se cuenta con una memoria institucional y con información confiable, de igual manera se percibe que estas gestiones no son consideradas con la importancia que merecen.

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 y en la segunda evaluación, 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 establecimientos de salud como a nivel central.

Resultado 3: Reglamento interno de trabajo obsoleto

Al igual que se señaló en la segunda evaluación, 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, 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, siendo este un hallazgo reincidente.

Recomendación:

- 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: Se mantiene el déficit en la cobertura de personal médico y población

En el informe de línea de base y en la segunda evaluación se realizó una comparación de la tasa de personal que prestó asistencia médica con base en 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.

La relación entre el número de personal destinado a la atención médica en relación con la población no ha mejorado en la presente evaluación, persistiendo de manera íntegra el hallazgo. 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 habitantes⁷.

Tabla n.º 11. Densidad de trabajadores de la salud por cada 10,000 habitantes

Departamento	Línea de base 2014-2015	Evaluación 2016-2017 ⁸	Diferencia	
Yoro	11	12	●	1
Valle	16	13	●	-3
Santa Bárbara	7	7	●	0
Olancho	10	12	●	2
Ocatepeque	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

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 esta tasa tuvo una disminución de 23 a 14, lo que significa que este departamento pasó de tener un punto óptimo a encontrarse con 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

7 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

8 En la evaluación 2016-2017 se tomó como base la planilla de empleados 2017, razón por la cual los datos son iguales para esta tercera evaluación.

situación similar se encuentra el departamento de Cortés, con apenas siete personas de asistencia médica por cada 10,000 habitantes.

Figura n.º 4. Cobertura de salud: relación personal asistencial por población en base a 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 brinda servicios a 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, a nivel nacional la cobertura en términos de personal asistencial en salud bajó de 14 a 12 empleados, reflejando una involución.

Recomendaciones:

- Realizar un mapeo geográfico de las necesidades asistenciales y de las capacidades de atención de los establecimientos de salud.
- 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 5: Reincidencia en la generación excesiva de planillas complementarias

Según lo expuesto en los dos informes previos, persiste el hallazgo de elaborar mensualmente más de 12 planillas complementarias, lo cual genera que la información sea poco confiable y se amplía la brecha para manipulación dolosa y los errores humanos, que pueden generar sobrepagos, a causa del desorden

en los registros. Si bien es una práctica cotidiana en las entidades gubernamentales realizar una planilla complementaria mensual, donde se subsanen los pagos no efectuados por omisión involuntaria o montos por conceptos adicionales como ser bonos por zonaje, no se encuentra una justificación técnica por la cual se tengan que emitir tantas planillas.

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. De esta manera se reitera 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, lo cual no permite a la institución poder realizar proyecciones reales sobre sus gastos por sueldos y salarios o realizar proyecciones de contratación con base en las estructuras de puestos disponibles.

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.
- Formular controles para la eficiente elaboración de planillas de pago, que permita además de la identificación oportuna de errores, la disminución de la manipulación de la misma a través de la generación de planillas complementarias.
- Realizar un proceso de depuración de las estructuras de puestos en las planillas, que permita identificar por tipo el estatus real de cada una; ocupadas, disponibles, bajo procesos judiciales, fraccionados (estructuras de jornadas plenas que fueron divididas para satisfacer intereses particulares o atender de manera parcial necesidades de algunos establecimientos de salud).

Resultado 6: Falta de planificación

En concordancia con los resultados expuestos en la línea de base y en la segunda evaluación, 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.

Así mismo se identifica una grave desinformación por parte de todos los niveles de la institución, al conocerse que diferentes organismos de cooperación trabajaron durante el 2016 y 2017, en el diseño de importantes herramientas para la gestión del recurso humano como ser una nueva Estructura Organizacional y el Manual de Clasificación de Puestos, sin embargo, las mismas no solo no se encuentran en uso, sino que en términos generales se ha desconocido su existencia.

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, mismas que se encuentra en proceso de revisión. No obstante, sigue siendo primordial estandarizar los procesos de modo que las diferentes unidades responsables de recurso humano en los establecimientos de salud y en el nivel central, puedan mejorar su eficiencia de manera individual e integrada.

La falta de instrumentos que enmarquen el accionar de las diferentes unidades y que consoliden la información, impacta negativamente tanto en la gestión como en el flujo de la información entre las unidades de los establecimientos de salud y el nivel central.

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 establecimientos de salud y del nivel central.

Resultado 7: Leve incremento en el nivel de 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, en la segunda evaluación del 2016-2017 obtuvo un 70%, generado entre otros por el cambio del oficial de transparencia responsable de las actualizaciones de información en dicho portal. Al realizar el análisis para el presente estudio, se pudo constatar que la institución cumple con el 87% de las publicaciones que por ley se deben realizar en materia de recurso humano, lo cual representa una disminución de 11 puntos porcentuales en relación al primer informe y un aumento de 17 puntos del segundo informe. Algunas de las deficiencias encontradas actualmente son: información relativa a las tablas de viáticos y gastos de representación, organigrama no actualizado y link web SIAFI de la ejecución financiera del periodo 2017.

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.
- Deducir responsabilidades a quienes deben generar la información confiable de carácter público, trasladándola a la Unidad de Transparencia en tiempo y forma.

4.2. Ingreso de personal

Con base en el listado de ingresos de personal del 2017 entregado por la SESAL para ambos colectivos: 675 ingresos de personal asistencial y 21 de personal administrativo facilitado por el enlace establecido por la SESAL, se realizaron las verificaciones documentales e in situ, donde se escanearon los expedientes del personal de nuevo ingreso, a razón de poder evaluar en este apartado el nivel de cumplimiento de la norma (LSC) y las buenas prácticas en materia de reclutamiento y selección de personal.

La muestra evaluada fue de 115 expedientes de personal asistencial de nuevo ingreso y de 74 expedientes de personal administrativo.

Hallazgos Ingreso de Personal

La SESAL entregó solamente el listado de personal de nuevo ingreso bajo la modalidad de interinatos, sin embargo, al momento de realizar la visita in situ en los establecimientos de salud presentaron 62 expedientes adicionales de empleados asistenciales. Por su parte el nivel central proporcionó 53 expedientes adicionales de empleados administrativos bajo la modalidad de contrato que no se encontraban en el listado original

Tabla no. *Cumplimiento del indicador de ingresos, por evaluación*

Informe/ Tipo de personal	Línea de Base 2014-2015		Evaluación 2016-2017		Evaluación 2017	
	Asistencial	Administrativo	Asistencial	Administrativo	Asistencial	Administrativo
<i>Cumplimiento por personal</i>	● 41%	N/A%	● 55%	● 8%	● 15%	● 16%
<i>Cumplimiento general</i>	● 41%		● 32%		● 16%	
<i>Diferencia</i>			● -9%		● -16%	

Resultado 1: Bajo nivel de cumplimiento

En relación a la primera evaluación presentada en septiembre del 2016, la institución disminuyó 25 puntos porcentuales y en relación a la segunda evaluación 16 puntos porcentuales en su calificación en el indicador de ingresos. La institución tiene actualmente una oportunidad de mejora de 84% en el cumplimiento de la norma y buenas prácticas en los procesos de ingreso del personal.

En la línea de base, este indicador se evaluó únicamente para los empleados de los establecimientos de salud, quienes obtuvieron un 41% de cumplimiento, y en este estudio disminuyeron a 26%. En la segunda evaluación alcanzaron una mejoría de 14 puntos porcentuales, sin embargo, esta mejora no fue sostenible entre el 2016 y 2017 reflejando en este tercer estudio un decremento de 40 puntos porcentuales

en el personal asistencial con respecto a la línea de base. Es importante recordar que la muestra de establecimientos de salud es diferente entre los primeros dos informes y el actual, lo que permite constatar que no existe un estándar de cumplimiento en las diferentes unidades de gestión del recurso humano y que estos nuevos establecimientos evaluados tienen un menor cumplimiento.

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 como en el segundo estudio 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.

En la revisión de expedientes para el presente estudio no consta se haya realizado algún concurso competitivo para la selección de personal de los establecimientos de salud y en nivel central, sin embargo, se debe reconocer que durante el 2017 (año de estudio) y 2018 se ejecutó el proceso de Concurso Médico Abierto, reconociendo que su desarrollo en la evaluación de postulantes se apegó a lo establecido en el reglamento de concurso del Colegio Médico de Honduras, el cual si bien no cuenta con todos los elementos para garantizar la idoneidad de los candidatos sí permite una evaluación objetiva de la educación formal, curso y experiencia profesional. Aun cuando este concurso puede llegar a ser considerado un hito en la historia de la contratación de los médicos, a razón de que se ha denunciado de manera sistemática que los médicos obtienen su permanencia por afinidades políticas o haciendo pagos al margen de la ley, al momento de elaborar este informe, en abril de 2019 se considera oportuno señalar los siguientes hechos:

- En diciembre del año 2018 el entonces Secretario de Estado en el Despacho de Salud, Dr. Octavio Sánchez publicó un listado final de nombramientos que no respetaba el reglamento en uso y que beneficiaba a médicos que no se encontraban en las primeras posiciones de calificación según las ternas entregadas por la Comisión Especial de Concurso Médico, vulnerando los derechos de 66 médicos que habían obtenido mejores calificaciones.

- Si bien se creó una comisión especial para la revisión y posterior publicación del listado oficial de médicos que con base en derecho se debían nombrar, a la fecha de publicación de este informe y aun cuando se ha solicitado mediante oficio evidencia de los nombramientos, no se puede constatar que la SESAL esté ejecutando estas acciones y personal interno de la institución han notificado que los nombramientos siguen en espera.
- Durante la etapa de la publicación de los candidatos seleccionados además se tuvo conocimiento de diferentes mecanismos de injerencia de índole político partidista, en la cual altos funcionarios del gobierno central, así como diputados del Congreso Nacional realizaron presión para intentar el nombramiento de médicos con base en sus intereses y no al concurso.

Para la cuarta evaluación y en el informe de veeduría que ASJ/TI presentará sobre el concurso médico, se presentará en detalle los resultados del concurso y sus resultados.

Recomendaciones:

- Diseñar para todas las contrataciones un modelo de concurso basado en el reconocimiento de los méritos e idoneidad, creando un reglamento de concurso propio de la SESAL.
- 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 nivel central como en los establecimientos de salud.
- Eliminar la injerencia política del ingreso de personal a la SESAL.

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

En el informe de línea de base⁹ se reportó como resultado las contrataciones bajo la modalidad de interinato para posiciones permanentes, debido a la emisión del decreto ejecutivo PCM-028-2014 que generó la congelación de las posiciones vacantes y que la SESAL desde el año 2014 contrate a sus empleados bajo la modalidad de interinos, los cuales continúan representando 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 el segundo estudio se identificó que esta situación persistió, 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 durante el periodo en estudio, y en el caso del personal administrativo no se encontró ningún nombramiento bajo esta modalidad de permanente.

⁹(<https://www.flipsnack.com/ASJHONDURAS/informe-linea-base-secretaria-de-salud-ftujakkkg.html>),

Para la presente evaluación, se identificó que el 100% de las contrataciones realizadas fueron ejecutadas bajo la modalidad de interinato, contrato o jornal.

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 y normalizar la relación laboral con los que hayan adquirido su derecho a permanencia por ley.
- Contratar bajo la modalidad de interino únicamente al personal que se justifica a razón de la naturaleza de su función.
- Gestionar el incremento de plazas permanentes que se requieren para poder brindar la cobertura requerida en salud a la población hondureña, proyectando en el tiempo el crecimiento de la personal asistencia.

Resultado 4: Recurrencia en la inexistencia de justificación para la contratación

Al igual que en la línea de base y en la segunda evaluación, en esta tercera evaluación tampoco se encontró ni una sola justificación o requisición de personal en los expedientes para la contratación de personal de la SESAL, tanto en el nivel central como en los establecimientos de salud. 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 en los expedientes de la justificación de todas las contrataciones, teniendo en consideración las necesidades institucionales de personal.

Resultado 5: Irregularidades en los procesos de contratación ejecutados y su documentación y 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 establecimiento de salud administre sus propios archivos, el nivel central debe garantizar tanto que los mismos se encuentren completos, como que exista un estándar mínimo a cumplir por cada unidad de gestión, sin embargo, no existe evidencia de que se realice ningún tipo de control por parte del nivel central.

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 nombramientos por contrato solo alcanzó un 41%. En la segunda evaluación se observó que los expedientes de los establecimientos de salud se encontraban incompletos alcanzando un cumplimiento de 55% y los niveles centrales apenas un 16%.

Para esta tercera evaluación, se observa una disminución en ambos colectivos, alcanzando el personal asistencial un cumplimiento de 15% de documentación contenida en el expediente y el personal administrativo del nivel central se mantiene con un 16%.

Entre los documentos que obtuvieron un nivel de cumplimiento de 0%, tanto para personal asistencial como administrativo se encuentran: justificación de la contratación, revisión del perfil y aprobación por la Dirección General de Servicio Civil de la persona contratada, constancia de haber realizado pruebas de evaluación de conocimientos, psicométrica y de aptitudes, constancia de antecedentes penales (en el caso del personal administrativo se encontró esta constancia en un solo expediente y la constancia de antecedentes penales solo en cuatro de una muestra 74 ingresos).

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 segundo estudio se observan varias irregularidades en los expedientes revisados en los establecimientos de salud, tanto por incumplimiento del debido proceso, como en el registro documental del mismo, persistiendo este hallazgo en este tercer informe, donde se identificó que en 25 de los 115 expedientes (22%) el contrato o nombramiento por servicios profesionales y técnicos carece de la firma y sello de la SESAL, que le dé legitimidad.

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.

- Realizar procesos de auditoria de control a los establecimientos de salud, de manera específica a las unidades de gestión del recurso humano, con el objetivo de garantizar la existencia de los expedientes y que estos cuenten con la documentación requerida, deduciendo responsabilidades a quienes incumplan esta disposición.
- 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 establecimientos de salud y del nivel central, así como auditorías de procesos que garanticen su aplicación.
- Realizar auditorías de procesos a todas las unidades de talento humano, de manera sistemática.

Resultado 6: Persiste la politización en el ingreso de personal

Aun cuando la evidencia en términos porcentuales es baja, 4% (3 de 74) a nivel central y en los establecimientos de salud 3% (4 de 115), se logró comprobar, mediante la revisión de los expedientes y las evidencias encontradas en ellos, así como a través de 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.

Tabla n.º 12 Ejemplos de acreditación política en los expedientes de ingreso de personal en los establecimientos de salud.

Unidad	Nombre del empleado	Carta de recomendación o acreditación
Nivel Central	Anny Mariel Donaire Urbina Dra. En Química y Farmacia Puesto funcional en la SESAL: Técnico En Desarrollo De Servicios Farmacéuticos	a) Constancia de Lic. Delia Rivas, firmada bajo el cargo de Secretaria del PN, de encontrarse en el censo de dicho partido político b) Recomendación directa solicitando empleo firmada por diputado de Yoro Ing. Milton Jesús Puerto Oseguera c) Nota de recomendación de Lic. Wilfredo Cerrato Santos, Secretario Ejecutivo de la Comisión de campaña del DC del PN, en la cual se cita: “Siguiendo instrucciones de nuestro PRESIDENTE CONSTITUCIONAL ABOGADO JUAN ORLANDO HERNANDEZ, de dar oportunidades de empleo a nuestra estructura de campaña conforme a las necesidades de las instituciones, su perfil profesional y contribución a la campaña del partido, proponemos a la Dra. en Química y Farmacia Anny Donaire quien trabajó arduamente dentro de las comisiones de campaña y sectores del DC. Estoy seguro que con nuestra propuesta estaremos cubriendo un compromiso ético con las personas que aportaron al éxito final del triunfo de nuestro líder”
	Francis Paola Sánchez Técnico de acciones en personal	Incorpora en su Curriculum Vitae la copia de la credencial de suplente como representante del Partido Nacional, fungiendo como presidente de mesa electoral en San Francisco de la Paz, departamento de Olancho
	José Eduardo Medina Lic. Administración Industrial	Constancia del Partido Nacional de Honduras, se da fe que se encuentra censado, emitido por Lic. Delia Rivas

Hospital Gabriela Alvarado en Danlí	Fanny Argentina Villatoro Castro Auxiliar de Enfermería	Recomendación Dr. Jose Valladares Presidente comité local del PN en Jacaleapa, expone que es miembro activo del Partido Nacional de Honduras
	Bessy Rodríguez Auxiliar de enfermería	Diploma de reconocimiento firmado por Jose Celin Discua Elvir, Diputado por el Departamento del Paraíso, reconocimiento de honor por su aporte profesional al proceso electoral de PN en la preparación de miembros MER a nivel departamental del paraíso
Hospital Regional de Atlántida	Mirza Palacios Auxiliar de enfermería	Recomendación, firmada por Rodolfo Irias Navas, Diputado por el Departamento de Atlántida, por ser miembro activo del PN en el departamento de Atlántida.
	Max Eduardo Amaya Auxiliar de enfermería	

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 realizada en el año sujeto de evaluación, se evaluó el 100% de las acciones de cancelaciones reportadas de manera verbal y de los cuales se facilitaron los expedientes, tanto por el nivel central (1 casos) como por los establecimientos de salud (25 casos).

Hallazgos de cancelación de personal

Tabla n.º13. Cumplimiento del indicador de cancelaciones, por evaluación

Informe/Tipo de personal	Línea de Base 2014-2015		Evaluación 2016-2017		Evaluación 2017	
	Asistencial	Administrativo	Asistencial	Administrativo	Asistencial	Administrativo
<i>Cumplimiento por personal</i>	● 75%	N/E	● 55 %	● 17%	● 32%	● 50%
<i>Cumplimiento general</i>	● 75%		● 36%		● 41%	
<i>Diferencia</i>			● -39%		● 5%	

Resultado 1: Incremento en el nivel de cumplimiento

Entre la línea de base y la segunda evaluación, la SESAL disminuyó en 39 puntos porcentuales en el cumplimiento de la normativa y buenas prácticas en los procesos de cancelación, lo cual representó el decremento más grande reportado en los 11 estudios realizados para este indicador. En esta tercera evaluación se observa una leve mejoría de cinco puntos porcentuales. Sin embargo, se debe tener en consideración que en esta ocasión no se facilitó el listado de acciones de desvinculación, por lo cual la muestra se puede encontrar sesgada.

Asimismo, es importante señalar que de las 26 cancelaciones revisadas solo el 7% corresponde a despido (dos casos), sin embargo, en el caso del establecimiento de salud correspondiente no se encontró evidencia de que se siguiera un debido proceso.

En el caso del nivel central se encontró la citación y audiencia de descargo, pero no el documento de cancelación que es documento que oficializa la sanción. En consideración al volumen de empleados de la SESAL, en especial en el nivel central, constituido por más de 5,000 empleados, el cual únicamente presentó una desvinculación, se puede concluir que la institución no está ejecutando medidas de control para el seguimiento y sanción de faltas.

Sin embargo, en el informe de línea de base como en la segunda evaluación 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.

En este tercer estudio, si bien solo dos casos corresponden al seguimiento de un proceso que deriva en despidos, la carencia de documentos como el acta de ausencia laboral, la fotocopia de la identidad y en especial el nombramiento que da origen a la relación laboral, reafirma que no se han ejecutado acciones para mejorar la calidad de documentación contenida en los expedientes.

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.

- Mejorar el sistema de archivo y documentación de los expedientes de cancelación a razón de que sea oportuno y se encuentre completo, con un listado de la documentación que debe contener según causa de la desvinculación.

Resultado 2: Reincidencia en la centralización del procedimiento / burocracia

En la línea de base y en la segunda evaluación 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 establecimientos de salud control total sobre los procedimientos. El depender de la Subgerencia de Talento Humano y la Unidad Legal de la Secretaría de Salud a nivel central 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 tercer estudio persiste el resultado, observándose que no se han realizado acciones para mejorar la comunicación y eficiencia del proceso.

Recomendaciones:

- Mejorar el proceso de seguimiento de faltas, generando una cultura de cumplimiento de las funciones y denuncias de las irregularidades laborales, las cuales debe ser de cumplimiento irrestricto por todos los empleados de la SESAL.
- Crear y oficializar un balance entre las funciones que deben ejecutar y documentar la SESAL a nivel central y las que corresponden a las diferentes unidades de talento humano de los establecimientos de salud, 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 establecimientos de salud y la Subgerencia de Talento Humano y la Unidad Legal, ambas a nivel central 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: Carencia de solvencia emitida por Bienes Nacionales.

Previo a la entrega de los finiquitos de montos adeudados al servidor público, indistintamente a la causa de la desvinculación e independientemente al régimen laboral aplicable, el servidor o funcionario público debe presentar la constancia de Solvencia de Bienes Nacionales, según lo establecido en artículo No. 46 del Reglamento de organización y funcionamiento de la Dirección Nacional de Bienes Nacionales. Este artículo es de estricto cumplimiento para todas las instituciones públicas.

En el caso de la SESAL no se encontró evidencia en ninguno de los expedientes sujetos de estudio este documento.

Recomendaciones:

- No realizar la entrega de finiquitos si previamente no se cuenta con la constancia de Solvencia de Bienes Nacionales, la cual debe ser tramitada y entregada por el ex servidor público y documentada por las unidades responsables de la gestión del recurso humano.
- Dejar formal registro de la entrega de esta documentación en los expedientes de cancelación.

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 la comparación se presenta únicamente entre la segunda y la presente evaluación.

Se solicitó a la SESAL el listado de personal que durante los años sujetos de estudio fueron investigados por la comisión de algún tipo de falta administrativa que conllevara a una amonestación o llamados de atenciones, así como de la sanción impuestas a través de audiencias de descargo realizadas. La Subgerencia de Talento Humano facilitó esta información, sin embargo en la muestra de 36 expedientes (100%) evaluada en los establecimientos de salud, no se encontraron en los listados de sanciones facilitados por dicha subgerencia, y en el nivel central de los seis expedientes levantados in situ únicamente cuatro (67%) coinciden con el listado proporcionado.

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 14. Cumplimiento del indicador de administración y control por evaluación

Informe/ Tipo de personal	Línea de Base		Evaluación		Evaluación	
	2014-2015		2016-2017		2017	
	Asistencial	Administrativo	Asistencial	Administrativo	Asistencial	Administrativo
Cumplimiento por personal	N/A	N/A	● 77%	● 83%	● 54%	● 11%
Cumplimiento general	N/A		● 80%		● 33%	
Diferencia					● -47%	

Resultado 1: nivel medio de cumplimiento

El porcentaje de cumplimiento promedio es de 33%, reportando una disminución de 47 puntos porcentuales en el cumplimiento de las normas y buenas prácticas relativas al seguimiento de faltas y el debido proceso en las sanciones. Es importante señalar que el 67% de los expedientes no fueron proporcionados por el nivel central.

En relación con el segundo estudio se observa que la SESAL paso de un nivel de cumplimiento aceptable, informe donde se concluía que en los casos en los cuales se realiza el seguimiento de faltas, el

proceso había sido en alguna medida apegado a la normativa aplicable a una falta de documentación que evidencié un debido proceso. De los factores que inciden en la disminución de la calificación, se encuentra el cambio de los establecimientos de salud verificados y en los escasos casos presentados por el nivel central.

Asimismo, se fortalece el hallazgo expuesto previamente relativo a que los establecimientos de salud ejecutan los procedimientos de manera discrecional, ya que no cuentan con un manual o protocolo que desde el nivel central les indique la ruta a seguir con base en el debido proceso.

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, como también que los responsables de reportar las faltas apliquen las sanciones con la máxima legalidad.
- Sancionar al personal que incumpla el proceso diseñado y oficializado, cuando corresponda.

Resultado 2: Escaso control y seguimiento de faltas

En la segunda evaluación se expuso que la institución cuenta con más de 25,000 trabajadores y que únicamente realizó seguimiento a 75 faltas en dos años, lo cual permitió concluir que la SESAL no aplica controles sobre el desempeño de sus empleados, evidenciando una inadecuada permisividad.

Para la presente evaluación la institución no facilitó el reporte de faltas, lo cual no permite hacer una comparación numérica entre las acciones realizadas, sin embargo, con base a las entrevistas realizadas en los establecimientos de salud, se puede reafirmar este hallazgo, siendo una constante en los comentarios de las unidades de recursos humanos, la falta de apoyo por parte del nivel central para aplicar sanciones, en especial cuando los casos corresponden a faltas graves.

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 los mantiene en una zona de confort e impunidad, que 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: Falta de documentación e irregularidades en los procesos de sanción

Al igual que en la segunda evaluación se observan varias irregularidades en los expedientes revisados tanto de acciones ejecutadas por el nivel central, como los establecimientos de salud, por incumplimientos al debido proceso como en el registro documental de las acciones ejecutadas. Para ejemplificar este hallazgo recurrente, se presentan los siguientes casos.

Tabla n.º15 Falta de documentación e irregularidades en los expedientes de sanción

Unidad	Nombre del empleado	Irregularidades
Hospital Gabriela Alvarado	Katerin Rebeca Mendoza Sosa Técnico anestesióloga	Se le imputan 10 faltas por negligencia, abuso de estupefacientes y robo de drogas (analgésicos de alto poder) propiedad del hospital para consumo propio. - El 21,22 y 23 de diciembre del 2015 la suponen responsable de la sustracción de 16 ampollas de Meperidina de 100 mg de la farmacia utilizando recetas con sello y sin la firma del médico especialista en ginecología que se encontraba de vacaciones, no se le sancionó a razón de que de que el procedimiento disciplinario presentaba vicios de nulidad. -El 02/12/2017 fue reportada por la especialista en Ginecología, a razón que durante la operación la paciente se despertó por no habérsele aplicado la dosis correcta de anestesia, cuando se recurre a la Dra. Mendoza anestesióloga a cargo de dicha operación, se le encuentra bajo los efectos de drogas, siendo incapaz de subsanar su error, poniendo en riesgo de muerte a la paciente al quebrar la ampolla de oxicodona y quedarse dormida. -El 03/12/2017 por haber abandonado el quirófano sin justificación alguna, durante una operación a su cargo. La unidad de Asesoría Legal dictamina que se cancele por despido a la servidora, esta sanción no se llevó a cabo ya que la acción prescribió.¹⁰ Actualmente la doctora se encuentra realizando labores de recepción, ante el temor de sus compañeros médicos de que una nueva negligencia genere la muerte de algún paciente.

¹⁰ Ver expediente y resumen del caso.

<i>Hospital Gabriela Alvarado</i>	<i>Félix Avilés Herrera</i> <i>Auxiliar de farmacia</i>	Falta por llegar en estado de ebriedad al trabajo e incumplir a sus labores sin ninguna justificación. Se le intenta aplicar una sanción al servidor de suspensión de 8 días sin goce de sueldo, en consideración que se tiene méritos suficientes, sin embargo, el proceso prescribió y se manda archivar el expediente.
<i>Hospital Enrique Aguilar Cerrato</i>	<i>Besy Margoth Ramos Guzman</i> <i>Auxiliar de enfermería</i>	Falta por motivo de no realizar su trabajo correspondiente, en el expediente solamente se encontró una citación a la oficina de personal, no se evidencia llamado de atención o sanción.
	<i>Lorena Aurora Osorio Benítez</i> <i>Enfermera</i>	Se le imputa la falta de daño al equipo de la sala de labor y parto con antigüedad de cinco meses, el cual al ser revisado se encontró golpeado en el compartimiento de la batería. En el expediente de la empleada no se encontró información de la sanción.
	<i>Nancy Gabarrete</i> <i>No trabaja en el hospital</i>	Falta por comportamiento agresivo al querer visitar un paciente en compañía de un menor. La situación fue elevada a la Subgerencia de Talento Humano, la cual determinó que no se podía sancionar a la Sra. Gabarrete, a razón de que no labora para el Hospital.
	<i>Omar González</i> <i>Auxiliar de enfermería</i>	Falta por no querer acompañar en la ambulancia a un paciente, incumpliendo su deber. En el expediente de la empleada no se encontró información de la sanción.
<i>Hospital San Francisco</i>	<i>María Eunice Medina Cabrera</i> <i>Enfermera</i>	Falta por no haberse incorporado a sus labores después de su prorrogación de licencia no remunerada, se presentó a la Subgerencia solicitud de cesantía posterior a su fecha de reintegro, en consecuencia la unidad legal en base a la documentación acompañada, emite la opinión que se mande archivar el expediente, por presentar vicios de nulidad el procedimiento disciplinario efectuado, ya que la nota de citación no se elaboró conforme a lo establecido en el debido proceso.
<i>Hospital El Tórax</i>	<i>Victoria Yolany Cáceres Zapata</i> <i>Auxiliar de enfermería</i>	Falta por quejas que han presentado los pacientes donde una la acusa de agresión al tirarle la puerta y golpearle el brazo. La sanción concluye en llamado de atención, siendo una falta que debería ser sancionada por su gravedad con más que un llamado de atención.
	<i>Olman Castro Miranda</i> <i>Auxiliar de enfermería</i>	Falta al actuar con negligencia en el desempeño de sus funciones y no atender instrucciones de sus superiores. La sanción concluye en llamado de atención, siendo una falta que debería ser sancionada por su gravedad con más que un llamado de atención.
<i>Nivel Central</i>	<i>Gladys Yamileth Alvarenga</i> <i>Conserje</i>	En el expediente se encontró un reporte de llegadas tardes y no marcar la salida, no se evidencia llamado de atención o sanción.

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 desestimen 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 de la normativa y buenas prácticas para la tercera evaluación es el más bajo reportado por esta Secretaría, 35%, acumulando un decremento de 20 puntos porcentuales en relación con la calificación obtenida en la línea de base y de 15 puntos porcentuales en relación a la segunda evaluación. En términos generales las conclusiones y recomendaciones persisten o correlación con los hallazgos, evidenciando poca voluntad por parte de la SESAL en impulsar los cambios que derivados de las recomendaciones, impactarían de manera positiva en mejorar la gestión y prestación del servicio de una institución tan compleja e importante para la ciudadanía en su totalidad.

La Secretaría tiene grandes retos por superar. De los tres sectores estudiados en una tercera evaluación es la que menor cumplimiento reporta, siendo la única institución que ha disminuido su cumplimiento general.

Tabla n.º 16. Comparación de porcentaje de cumplimiento general con otros sectores

Estudio y sector	SESAL	SAR	INSEP	SEDS	SE
Línea de base	● 55%	● 56%	● 27%	● 32%	● 24%
Segunda evaluación	● 51%	N/A	N/A	● 50%	● 61%
Tercera evaluación	● 35%	N/A	N/A	● 60%	● 55%

Este decremento obedece a diferentes factores, entre ellos la inestabilidad en el cargo de Secretario de Estado, la nula implementación del plan de mejoras en materia de recursos humanos, el bajo interés y compromiso por erradicar las malas prácticas y la falta de controles, entre otros, lo cual ha derivado en la instalación de una Comisión Especial Para la Transformación de la Secretaría de Salud, la cual si bien puede impactar en el desarrollo de la institución, requiere de la voluntad política de la máxima autoridad de la SESAL y del Presidente de la República, para poder desarrollar las acciones de emergencia y de desarrollo institucional que se requieren para brindar servicios de salud oportunos y de calidad.

5.1 Normativa institucional

La obligación de la SESAL por mejorar su marco normativo específico tanto a través de la creación de un nuevo reglamento de trabajo como de un instrumento jurídico para los concursos, apropiado a sus necesidades es ineludible y una deuda pendiente de subsanar, que se planteó en la línea de base y en la segunda evaluación y no ha sido abordada por 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 herramientas e información documental clave para la óptima toma de decisiones.

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 y culminar con el nombramiento en base al derecho de la mejor calificación.

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, total para el desarrollo institucional.

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

- 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 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.
- Formular un nuevo reglamento de concurso médico, en respeto de los derechos establecidos por el Estatuto Médico.

6.3. 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, retomando los esfuerzos realizados por la cooperación internacional en los últimos cuatro años.
- Realizar un 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).

6.4. Relativas al ingreso y contratación de personal

- Elaborar un reglamento interno de concurso que en base a las disposiciones de la norma aplicable y las necesidades reales de la Secretaría permita la desarrollar 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.
- 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.

Capítulo III

Gestión por Resultados

Objetivos

El presente estudio tiene como objetivo general medir los resultados de la gestión de la Secretaría de Salud (SESAL), y determinar el nivel de confiabilidad de los datos estadísticos de algunos indicadores que la Secretaría reporta para el año 2017, estableciendo ciertos análisis comparativos con las evaluaciones previas de los años 2012-2016¹¹ a fin de identificar oportunidades de mejora y contribuir a optimizar los procesos de generación, consolidación y reporte de datos estadísticos.

Los objetivos específicos del estudio son los siguientes:

1. Evaluar los resultados de la gestión de la Secretaría de Salud a través de indicadores de cobertura, oferta, acceso, eficiencia, eficacia calidad, gestión institucional y transparencia, enmarcados en el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades institucionales, según su normativa y las necesidades de los ciudadanos que hacen uso del sistema.
2. Identificar, en el marco de los índices evaluados, las áreas y procesos que necesitan ser fortalecidos para cumplir o mejorar los resultados al responder a las necesidades de los ciudadanos de forma eficiente y oportuna.
3. Evaluar la existencia, calidad y aplicación de los protocolos, o en su defecto, las prácticas existentes para la construcción de estadísticas, evaluando desde su fuente primaria hasta el consolidado final de tres indicadores clave: incidencia del dengue, cobertura de atenciones prenatales y cobertura de atenciones a niños menores de cinco años.
4. Analizar los resultados en comparación con los obtenidos en las evaluaciones anteriores, a fin de identificar los avances o retrocesos existentes en los indicadores evaluados.

Metodología

El estudio se desarrolla en pasos secuenciales, basados 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* de la muestra y, d) análisis de los resultados.

El equipo de trabajo de TI/ASJ diseñó en el 2015 el proceso de auditoría social en detalle, el cual consta de 11 etapas y ha sido mejorado a través de la experiencia y conocimientos obtenidos en los últimos tres años al evaluar nueve instituciones públicas y presentar los resultados en 30 informes de evaluación.

¹¹ Estudio de línea de base 2013-2015, y actualización de línea de base 2016-2017 de la confiabilidad de resultados de la SESAL

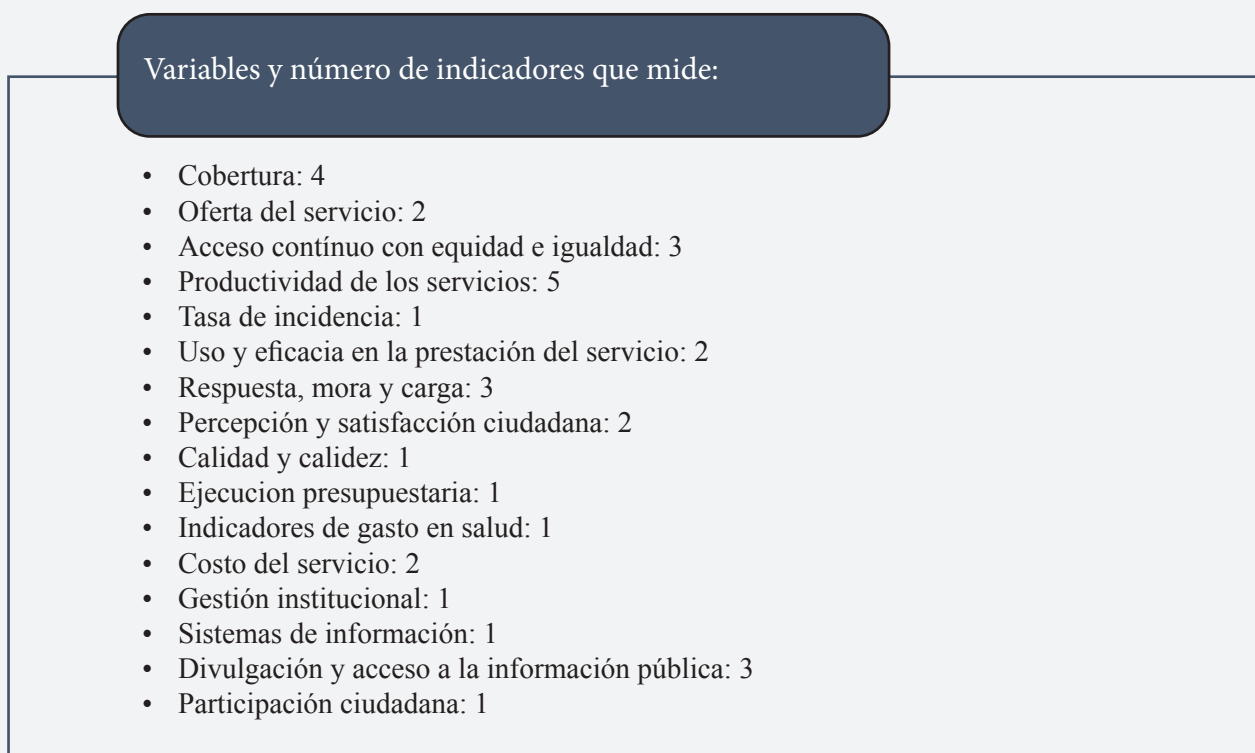
Figura 1 *Pasos del diseño metodológico*

Fuente: Metodología de trabajo de informes de evaluación de la Dirección de Gestión Pública y Gobernanza de la ASJ-TI

Medición de indicadores de gestión

La evaluación y análisis de los resultados en el presente estudio se realiza con datos del año 2017, se concentra en cinco áreas o campos de análisis, que articulan de forma sistémica un conjunto de indicadores, con el objetivo de registrar el alcance cuantitativo y proporcionar un punto de referencia para el análisis de los resultados y su impacto en los usuarios del sistema; basados en información íntegra y confiable. La información fue proporcionada en su mayoría por la Secretaría de Salud en respuesta a los requerimientos de información, para el caso de las muestras de establecimientos de salud se levantaron datos e información durante visitas *in situ* a los mismos y para algunos indicadores se usaron fuentes confiables entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Figura 2 Variables y número de indicadores evaluados



Fuente: elaboración propia

Los indicadores estudiados por la ASJ coinciden con algunos de los que están contenidos en el Plan Nacional de Salud 2014-2018 y el Plan Estratégico Institucional 2014-2018. Adicionalmente estos forman parte del 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. Es importante que el Sistema de Salud considere los datos y análisis proporcionados, profundice en aspectos claves y brinde el apoyo político requerido para conseguir resultados con valor público para la salud y el bienestar de la población.

Visitas de verificación a establecimientos de salud seleccionados

Con el objetivo de recolectar información relacionada a los indicadores de medición de gestión por resultados, hacer una observación de la situación en que los usuarios reciben el servicio y verificar la información que es generada desde los establecimientos y que sirve de base para el procesamiento de los indicadores, se determinó la verificación en establecimientos de salud (Hospitales y Centros de Salud), seleccionados como casos de estudio, con base en los siguientes criterios:

- Establecimientos de salud del Primer y Segundo Nivel de atención.
- Establecimientos de administración central y gestión descentralizada.

Los establecimientos de salud seleccionados aleatoriamente para realizar las visitas, tomados de la base de datos proporcionada por la SESAL fueron:

1. Hospital San Felipe en Tegucigalpa M.D.C, departamento de Francisco Morazán
2. Hospital Roberto Suazo Córdova en La Paz, departamento de La Paz
3. Hospital San Lorenzo en San Lorenzo, departamento de Valle
4. Centro Integral de salud “Dr. Odilón Renderos” en Comayagüela M.D.C, departamento de Francisco Morazán.
5. Centro de salud Alonzo Suazo en Tegucigalpa M.D.C, departamento de Francisco Morazán

En los establecimientos de salud visitados el levantamiento de la información se realizó mediante la aplicación de un instrumento de recopilación de datos diseñado con base en los indicadores de gestión por resultados¹², y las visitas de campo se realizaron durante los meses de marzo y abril de 2019. En cada visita se solicitó evidencia o respaldo impreso o digital de los datos solicitados. Durante las visitas, el equipo técnico además de recolectar la información contenida en el instrumento, realiza entrevistas no estructuradas al personal sanitario y administrativo de cada establecimiento, sobre todos los aspectos, institucionales o externos, que inciden en el desempeño de sus funciones, asimismo la observación del entorno se vuelve un elemento esencial en la construcción de este reporte; las personas brindan sus impresiones de forma voluntaria, espontánea y en calidad de confidencial, por lo cual los nombres y los cargos no son registrados.

Medición de la confiabilidad de las estadísticas de los resultados

En este capítulo se analiza la confiabilidad de los datos de los indicadores de la tasa de incidencia del dengue, cobertura de atenciones prenatales y cobertura de menores de cinco años atendidos en establecimientos de salud, a partir de una revisión de la normativa existente para los procesos de generación de datos, la verificación del cumplimiento del proceso y de la integridad del dato a lo largo de la cadena de generación y consolidación de reportes, por lo tanto no es 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.

Este informe forma parte de una serie de tres evaluaciones en las que el componente de confiabilidad de resultados ha estado presente analizando los mismos indicadores desde la línea de base 2013-2015, el informe 2016-2017 y ahora en el informe 2017. 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).

¹² Véase formulario en [Ficha de recolección GpR_Sesal.V1](#)

A continuación se describen las tres dimensiones que se evalúan para cada indicador, haciendo uso de herramientas y visitas de verificación del cumplimiento de determinados criterios, que permiten calcular una calificación con base en el porcentaje de criterios que sí se cumplen.

Análisis del protocolo

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 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.

Análisis de la práctica y aplicación del protocolo

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 verificación in situ. Dado que la práctica puede ser buena, aunque no esté protocolizada, esta es la razón por la que se evalúan los dos aspectos por separado. 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.

Instrumentos de evaluación

Para el análisis de la práctica se aplicó el mismo instrumento de evaluación¹³ diseñado en la línea de base 2016 y utilizado en el estudio 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 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.

¹³ [Instrumento de verificación elaborado en el Informe de la Línea de Base de la Secretaría de Salud 2015.](#)

Con el objetivo de recolectar información de indicadores seleccionados y constar *in situ* la realidad se efectuaron visitas de campo a establecimientos de salud (ES) seleccionados del segundo nivel, el Hospital Atlántida, en La Ceiba y el Hospital Enrique Aguilar Cerrato de la Esperanza, Intibucá. 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.

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

Cuando un ítem de la herramienta de verificación es comprobado, se le asigna el valor de un punto o 100% de cumplimiento del criterio; cuando era verificado, pero sin las normas establecidas en el protocolo, se le asignó 50% de cumplimiento; y en caso de no poder comprobar el criterio se le asignó una calificación de 0% de cumplimiento; de esta manera se obtuvo una calificación ponderada para cada nivel.

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 para cada nivel.

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, el factor de verificación (FV) de la siguiente manera:

$$FV = \frac{\text{Dato verificado por ASJ en el establecimiento de salud (ATA)}}{\text{Dato reportado en AT2R/TRANS por la SESAL}} \times 100$$

Por lo cual se entenderá que el factor verificación (FV) mide la exactitud de los datos 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). Si un FV es mayor al 100% indica que existe una sub-notificación de sus reportes estadísticos en los niveles subsiguientes (regional y central); y un FV inferior a 100% indica una sobre-notificación 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.

Transparencia y acceso a la información

Para la realización del estudio de los indicadores de confiabilidad de los resultados y gestión por resultados, se emitió solicitud formal a la institución el 5 de septiembre del año 2018 mediante Oficio ASJ. TI-SESAL No.10-2018 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; informes, boletines, comunicados y cualquier otro documento por medio del cual la institución reporta sus datos estadísticos y resultados. A dicho requerimiento se le dio seguimiento en múltiples ocasiones mediante visitas a la institución, correos electrónicos y llamadas al enlace.

Una vez recibida la información, se procedió a evaluar el acceso a la información como una medida de la transparencia. A continuación, se presenta el estado de la información solicitada a la SESAL para la presente evaluación correspondiente al período 2017.

Tabla 1 Cumplimiento en la entrega de información solicitada a la SESAL para evaluación de indicadores de confiabilidad y gestión por resultados

Criterio	Línea de base, año 2013-2015	Evaluación año 2016-2017	Evaluación 2017
Información entregada completa	96%	80%	60%
Información entregada incompleta	4%	20%	15%
Información no entregada	0%	0%	25%

Fuente: elaboración propia

A diferencia de los dos estudios anteriores, en este estudio 2017 se recibió el 75% de la información solicitada de la cual el 60% fue entregada completa, un 10% fue recibida de forma incompleta, y entre la información incompleta 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.

Evaluación de la confiabilidad de los resultados

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 2 Resultados Consolidados de Confiabilidad de Resultados, valores expresados en porcentajes

Descripción/indicador	Atenciones niños menores de 5 años	Atenciones a mujeres embarazadas	Incidencia de dengue	Calificación
Existencia de protocolos	90	90	90	90
Aplicación de protocolo	74	74	74	74
Integridad del dato	101	108	21	77
Evaluación del período 2017	89	92	63	81
Evaluación del período 2016-2017	92	94	90	92
Evaluación de la línea base período 2013-2015	80	75	78	78

Fuente: elaboración propia

Luego de consolidar los tres objetos de estudio, la calificación general para el eje de confiabilidad de resultados es de 81%, lo cual quiere decir que los datos generados por la SESAL son algo confiables según los resultados para el período 2017. No obstante, disminuyó su calificación en 11 puntos porcentuales con relación a la evaluación anterior y persiste una brecha que debe superar para lograr una confiabilidad del 100%.

En las dos evaluaciones anteriores se verificaron los mismos establecimientos de salud en la confiabilidad de los resultados¹⁴, por lo cual la muestra seleccionada para la evaluación del año 2017 fue de dos establecimientos situados en regiones del país no verificadas anteriormente: Hospital Regional Atlántida, de la Ceiba, departamento de Atlántida y el Hospital Enrique Aguilar Cerrato, en La Esperanza, departamento de Intibucá los cuales son representativos del segundo nivel de atención en salud; y se eligen con el propósito de verificar si la confiabilidad de los resultados de la Sesal evaluada en sus tres dimensiones se mantiene en otras regiones y que su protocolo de generación de estadísticas es difundido, aplicado y confiable.

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.

¹⁴ Hospital San Felipe, CIS Alonzo Suazo, Hospital Mario Catarino Rivas, Césamo Cornelio Moncada, Hospital del Sur, Césamo La Providencia

Tabla 3 Resultado del análisis de protocolo de generación de datos de la SESAL

Análisis del protocolo	Existencia del protocolo	Evaluación de la calidad del protocolo	Promedio del análisis del protocolo
Compendio de instrumentos e instructivos de estadística. Evaluación 2017	100%	80%	90%
Evaluación 2016-2017	100%	88%	94%
Línea de base 2013-2015	81%	NA	81%

Fuente: Generado por ASJ/TI.

A partir del informe de evaluación 2016-2017, el análisis del protocolo se compone de dos etapas: el estudio de existencia de protocolos y la verificación de calidad del protocolo. En la presente evaluación, al promediar la nota de la existencia de protocolo y el análisis de la calidad del protocolo, se encontró que la SESAL cumple con el 90% de los criterios establecidos por ASJ-TI, lo cual representa una disminución de su calificación de 4%, en comparación con la evaluación anterior del 94%.

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 instructivo 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.

Este protocolo está siendo implementado desde el año 2005, y continua vigente hasta el año 2017, siendo el mismo que se utilizaba cuando se realizó el estudio de línea de base 2016-2017. Actualmente aún no ha habido necesidad de actualizarlo, razón por la cual la calificación obtenida en la existencia de protocolo es del 100%.

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, denominado Hoja de Verificación de Calidad del Protocolo. Para la verificación se utilizó el mismo instrumento aplicado para el estudio del 2016-2017, se tomaron en cuenta los mismos criterios de medición de la calidad en el análisis del compendio de instrumentos e instructivos de estadística que utiliza la SESAL para generar sus indicadores, la hoja de verificación de calidad del protocolo con sus resultados puede consultarse en el anexo correspondiente al documento.

De los quince criterios tenidos en cuenta en este análisis, se encontró que el compendio de instrumentos e instructivos de estadística reúne 12 criterios, asimismo a diferencia de la evaluación en 2016-2017, este estudio muestra que el marco legal que ampara el protocolo es el Código Nacional de Salud vigente, además de la política nacional de salud y el plan nacional de salud 2014-2018; empero carece de descripción del proceso del análisis de los datos generados y 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 ni de la Unidad de Gestión de la Información (UGI) de los establecimientos de salud.

Hallazgo no 1. El protocolo no está oficializado

La oficialización de la normativa acerca de un proceso supone la normalización y regulación institucional que asegure que los involucrados en el proceso de producción de un servicio proceden a aplicar de forma obligatoria los procedimientos en forma homogénea. 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

1. 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.

Hallazgo no 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 para que las autoridades tomen decisiones respecto a la gestión que se encamine a la obtención de resultados y genera el impacto en la atención de la salud. De igual manera, el análisis de los indicadores no se incluye en el compendio de instrumentos, el cual no establece ni deja claro el rol de la Unidad de Gestión de la Información (UGI) para el análisis y divulgación de manera oficial los datos compilados.

Recomendación

1. 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.

Análisis de la aplicación del protocolo

En esta sección se analiza la aplicación del compendio de instrumentos en los establecimientos de salud (ES) seleccionados como muestra, el Hospital Regional Atlántida y el Hospital Enrique Aguilar Cerrato. También se analizó la aplicación del protocolo en la oficina de la Unidad de Estadística, que es la encargada de consolidar los TRANS y AT2R recibidos de las regiones de salud y de enviar el reporte al Departamento de Estadística del nivel central de la SESAL.

A continuación, en la Tabla 4 se detalla el porcentaje de aplicación del protocolo de la SESAL obtenido para la presente evaluación, resultado del análisis en los diferentes niveles de la generación del dato.

Tabla 4 Resultados del cumplimiento en el análisis de la práctica (datos expresados en porcentajes)

Verificación de la práctica	Porcentaje de cumplimiento de aplicación de protocolos
Porcentaje de cumplimiento, evaluación 2017	74
Porcentaje de cumplimiento, evaluación 2016-2017	89
Porcentaje de cumplimiento por nivel, evaluación 2013-2015	77

Fuente: elaboración propia ASJ

En general los ES mantienen un buen desempeño en 12 de los 17 aspectos verificados. En comparación con los resultados de la Línea de Base 2013-2015 (77%) y el de 2016-2017 (89%), el porcentaje alcanzado en la presente evaluación 2017 es el más bajo de los tres periodos evaluados, alcanzando un promedio de 74%. Entre las principales brechas a resolver se encuentran la falencia en el registro y llenado obligatorio de la información en los formatos estandarizados en los establecimientos de salud, el mecanismo de la divulgación de los datos en estos Hospitales, escasos o inexistentes sistemas de información o herramientas tecnológicas, espacios existentes para la participación ciudadana, entre otros.

En el anexo correspondiente a hojas de verificación se detalla un resumen de los criterios evaluados.

Hallazgo no 3. Persisten los cumplimientos a las instrucciones del llenado de ATA.

En los ES verificados es notable la existencia de protocolos apropiados, pero el principal problema al igual que en los establecimientos verificados en las evaluaciones anteriores, sigue siendo el mal llenado de los formatos de atenciones ambulatorias ATA por parte de los médicos. Esta recurrencia es histórica, desde la evaluación 2013-2015 y la segunda evaluación 2016-2017, evidenciándose en errores comunes a todos los establecimientos como: manchones, casillas incompletas, diagnósticos no especificados, inclusive

casillas vacías de datos y registros relevantes, afectando por ende los registros estadísticos del sistema de salud pública. Se mencionan limitantes en los formatos que están hechos reducidos espacios interlineados que dificultan escribir información, además el personal médico no maneja los códigos y nombres correctos de los diagnósticos. Hasta la fecha, aun la Secretaría de Salud no logra encontrar soluciones prácticas y eficaces que eliminen o reduzcan a mínima expresión estas faltas, más aun, no se ha logrado aplicar sanciones a los responsables, alentando con ello una mala práctica institucional en el proceso de atención y además no genera incentivos para detener las mismas.

Recomendaciones

1. Automatizar los registros que producen los procesos de atención ambulatoria y atención hospitalaria.
2. Establecer y aplicar acciones diarias de verificación de calidad aleatoria del llenado de las mismas,
3. Establecer sanciones administrativas para los casos de comprobado incumplimiento.

Hallazgo no 4. Subsanación tardía de los datos a procesar

Los tiempos de subsanación de inconsistencias dependen del tiempo que disponga el personal médico de atender al personal técnico que participa en el procesamiento de la información estadística. De acuerdo a los entrevistados, estos tiempos no están definidos. Se identifica que los tiempos para subsanar el dato entre el responsable del procesamiento de la información y el responsable directo del llenado (el médico) del ATA, son prolongados lo cual retarda la labor y resultados de la consolidación de la información.

La necesidad de subsanación de la información en procesos donde se generan productos es hasta cierto punto normal y debería ser parte del mismo proceso de ajustes a fin de obtener el dato final. No obstante, en el proceso de atención de salud, esta fase de subsanación al tiempo que son reiterativos, consumen tiempos prolongados y además no forman parte de una regulación que le permita accionar los dispositivos para atender estos asuntos. Esto se traduce en que el personal auxiliar técnico, está invirtiendo tiempos en la búsqueda del médico que está asistiendo pacientes, lo cual retrasa el proceso de obtención de la información. Esto se refleja en que la confiabilidad de datos siempre está siendo desafiada a superar estos problemas que se han convertido históricos.

Recomendación

1. Fortalecer el procedimiento de subsanación como parte del proceso normal de producción de estadística hospitalaria, a fin que se activen oportunamente los dispositivos, recursos humanos y materiales que deben apoyar ese paso importante para la consolidación de la información.

Hallazgo no 5. Registros médicos y procesamiento de datos estadístico son realizados manualmente

Al igual que en el informe 2016-2017, en el presente estudio, en los establecimientos visitados se verificó que el proceso de los registros y de los datos estadísticos son realizados de forma manual. El personal médico y de enfermería invierte casi un 50% del tiempo en proceso de atención del paciente, durante y después de la atención del paciente; por otro lado, tiene la presión de largas colas de pacientes, esperando atenderlos. En ese contexto, el médico disponiendo de un lápiz registra con mucha velocidad y poca precisión y claridad en forma manual información en al menos cuatro formatos en el consultorio datos relacionados al paciente y su patología, además de prescripciones y tratamientos que ha de indicar; esto provoca problemas por registros con escritura ilegible pues además los espacios de interlineado de los formularios son limitados con relación al tipo de información a escribir; aumentando el riesgo de que ocurran errores en la consolidación y confiabilidad del dato final. Esto es porque no existe un procesamiento automatizado, que reduzca todas estas imperfecciones, reduzca tiempos de espera y el médico dedique más tiempo al proceso de atención al paciente.

Lo anterior conlleva a dificultades de procesamiento de datos por personal de estadística; produciendo retrasos constantes en esta actividad elevando el tiempo de llenado de los formatos y procesamiento de registros, y por ende la información reportada contiene todas estas imperfecciones de confiabilidad. El efecto de esta situación abarca la lectura de recetas en la farmacia o servicios ambulatorios y hospitalización, que podría ocasionar retrasos también en la dispensación de medicamentos o lecturas incorrectas con repercusiones en la pronta rehabilitación del paciente.

En la mayoría de los casos, en ambos establecimientos, los registros pueden mostrar atenciones no registradas o bien, los registros muestran casos que pudieron haber sido sobre-registrados.

Recomendaciones

1. Realizar una supervisión diaria de la calidad del registro, llenado correcto de formularios con letra clara y subsanaciones oportunas al momento de detectar una inconsistencia o error.
2. Desarrollar un mecanismo que incluya sanciones administrativas a las personas que realizan mal esta tarea.
3. Diseñar e implementar el sistema de información de producción hospitalaria integrado al proceso de atención ambulatoria, de emergencia, hospitalización, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico con subsistemas de manejo de inventarios vinculado almacenes, farmacia, administración y presupuesto, en el que además los formatos de llenado obligatorio estén completamente en versión electrónica, con codificación estandarizada según normas, sean la base de ingreso de información en el sistema

Hallazgo no 6. Se carece al nivel del establecimiento hospitalario de mecanismos divulgación de la información de producción e indicadores hospitalarios.

La etapa de divulgación es importante para mostrar la situación de salud de Honduras, en sus diferentes dimensiones, tanto de oferta y producción de servicios, así como los resultados alcanzados en un periodo determinado. La divulgación puede realizarse en el nivel interno y externo. De acuerdo a lo verificado en los establecimientos visitados durante el año 2019, la práctica de difundir los resultados del período se realiza con ciertos niveles de retraso, por ejemplo, el Anuario Estadístico de Salud 2017 a la fecha de realización de las visitas para el presente informe no se ha completado después de casi año y medio de finalizado el período. Este documento es la publicación principal de la SESAL y es subido en el portal de transparencia de la institución y también en el portal de la Organización Panamericana de la Salud, (OPS). La divulgación a nivel interno, es muy escasa, o inexistente, propio de una cultura institucional con bajo nivel de desarrollo en el tema de rendición de cuentas, tanto en establecimientos gestionados centralizadamente, o bien, mediante convenios de gestión descentralizados. La importancia para dar a conocer periódicamente los resultados de la gestión, es para comprender hasta donde llega la dimensión de la producción hospitalaria, que despierte el interés en mejorar la gestión en función de los recursos que se disponen para aumentar la eficiencia, la eficacia, acceso y la cobertura y en consecuencia la calidad de los servicios de salud.

Recomendación

1. Fortalecer el mecanismo de divulgación de datos e información de la estadística hospitalaria de forma oportuna y confiable, tanto al interno de los establecimientos de salud, así como al externo, nivel regional y nacional, para que se mejore la gestión de los servicios de salud en aspectos de calidad, eficiencia, eficacia con beneficio a los usuarios más pobres.

3.3 Integridad del dato.

En la verificación in situ de este indicador el equipo de ASJ se trasladó a dos ES, el Hospital Regional Atlántida de la ciudad de La Ceiba ubicado en el Departamento de Atlántida y el Hospital Enrique Aguilar Cerrato en la ciudad de la Esperanza, Departamento de Intibucá. El ejercicio consistió en realizar un conteo de las atenciones ambulatorias (ATA) para tres meses distintos, revisando según los registros el número de las atenciones en niños menores de cinco años, atenciones prenatales y casos de dengue; que se atendieron en los ES. Estos datos se compararon con los datos para esos indicadores en el informe mensual de atenciones ambulatorias (AT2R) para las atenciones a menores de cinco años y atenciones a mujeres embarazadas; y el informe diario mensual de enfermedades de notificación obligatoria (TRANS) para los casos de dengue.

A continuación se muestran la calificación obtenida por la SESAL en integridad de los datos:

Tabla 5 Resultados del indicador integridad del dato, expresado en porcentajes

Porcentajes de cumplimiento en integridad del dato	Calificación obtenida en el factor de verificación
Evaluación 2017	82%
Evaluación 2016-2017	92%
Evaluación 2013-2015	76%

Fuente: elaboración propia

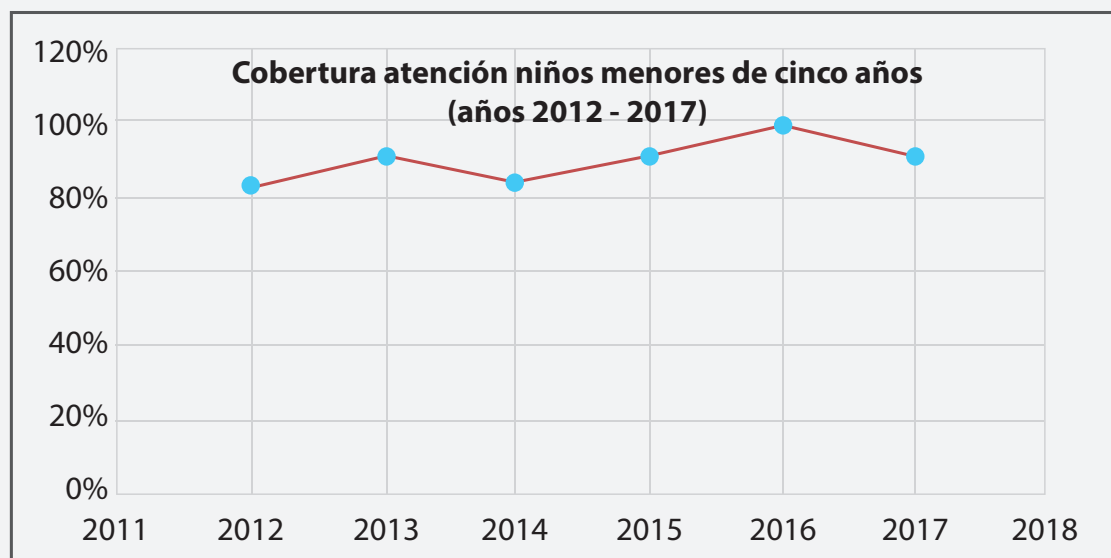
En términos generales, la calificación de la integridad del dato para la SESAL en el 2016-2017 fue de 92%, con una mejora en 16 puntos porcentuales respecto a su línea de base. En este estudio 2017, fue de 82% promedio, se redujo en 6 puntos porcentuales, respecto al estudio anterior precitado.

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 por primera vez se desarrolla en establecimientos de primer y segundo nivel de la Secretaría de Salud.

En la figura n.º 3 se visualiza la cobertura de atenciones a niños menores de cinco años en ES. Este indicador, según datos de la SESAL había venido en aumento hasta el año 2016 con una cobertura de 100%. No obstante, en el año 2017, esta tendencia se redujo a 91%.

Figura 3 Cobertura de atención de niños menores de 5 años, años 2012 al 2017



Fuente: construido con datos del Anuario Estadístico de la Sesal, año 2017

La revisión in situ desarrollada por ASJ del reporte AT2R de cada ES y el FV de este estudio, se detallan a continuación en la tabla n° 6:

Tabla 6 Detalle de la verificación en hospitales del registro de atenciones de niños entre 1 a 4 años según información llenada en los ATA

Establecimiento de Salud	Mes/Año verificado	Atenciones de niños entre 1-4 años (ATA)	Atenciones de menores entre 1-4 años reportados en AT2R	FV Evaluación 2017
Hospital Atlántida	Abril 2017	214	229	93%
	Agosto 2017	226	239	95%
	Diciembre	161	175	92%
Hospital Enrique Aguilar Cerrato	Abril 2017	165	129	127%
	Agosto 2017	254	228	111%
	Diciembre 2017	196	207	95%
Total		1216	1207	101%

Fuente: elaboración propia

Los resultados obtenidos del FV varían, entre el 93% de promedio en Hospital Atlántida, lo que significa una sub estimación de los ATA con respecto al AT2R, mientras que el Hospital Enrique Aguilar Cerrato muestra un promedio de 111%, que significa que registra más atenciones con respecto a lo reportado en el AT2R. Estas diferencias en los registros son debilidades históricas en los establecimientos de salud, explicados al menos por dos factores: poca o nula automatización de procesos de registros desde que se inicia el proceso de atención, ya que más del 90% del proceso se hace en forma manual por personal de enfermería y personal médico, además según estimaciones realizadas en hospitales, existe un número de atenciones que brinda el personal médico que no registra, (atenciones a amigos, personal de salud, compañeros de trabajo, entre otros) estiman que están pueden andar en aproximadamente un 10% y, por último, que las revisiones de los conteos por personal de Estadísticas se hacen en forma extemporánea, ya que es insuficiente el recurso humano que labora en esas unidades.

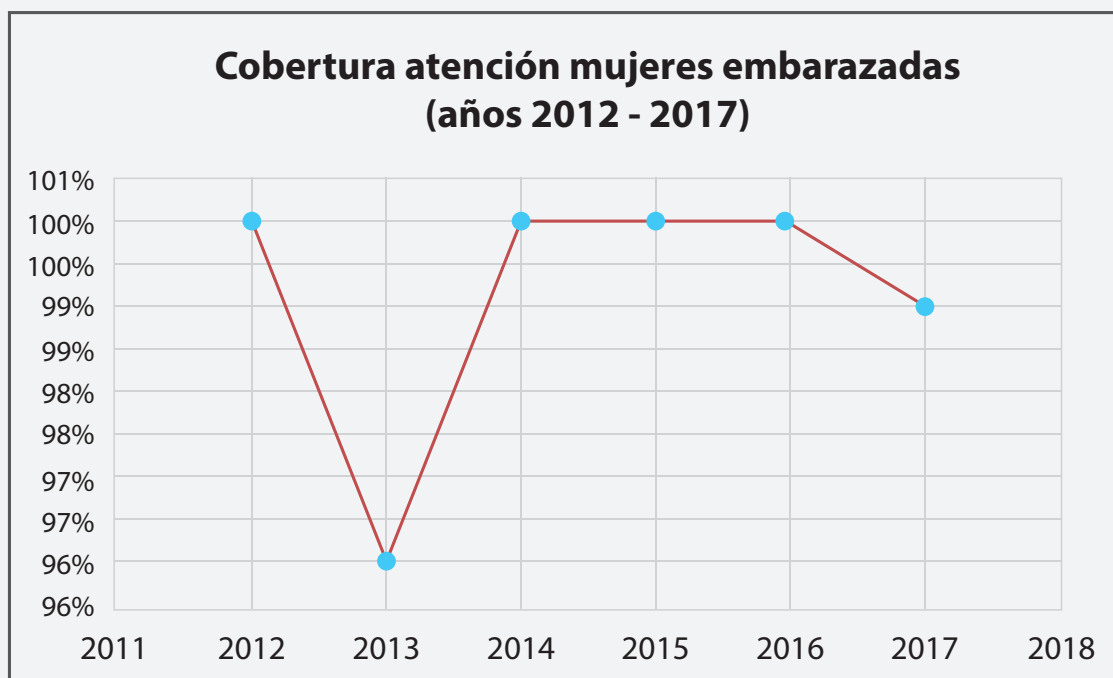
En el estudio 2016-2017 precedente se indicó que, este indicador mejoró en 14.3 puntos porcentuales respecto a la línea de base 2013-2015, en el presente estudio, la medición de este mismo indicador, realizado en muestras de distinto tipo, denota similares tendencias, mejorando en un 20 y 6 puntos porcentuales respectivamente. La calificación general de este indicador es de 101%, 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 99%, que se explica principalmente por los factores antes indicados, que incide en un porcentaje de error mínimo.

Atenciones prenatales

La SESAL en el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 afronta el reto de mejorar la salud materna, reduciendo la mortalidad, agrega situar la cobertura universal de salud y, añade promover la estrategia de atención primaria de salud. En suma, estos retos son fundamentales afrontarlos y resolverlos porque mejorarán la cobertura, acceso y la calidad en la atención de las embarazadas, que es lo que mide este indicador.

En la figura 5, de acuerdo a los datos oficiales en el Anuario Estadístico 2017, la cobertura de atenciones prenatales para el año 2017 anduvo en 99%, casi similar puntaje mostrado en 2016, que fue del 100%.

Figura 4 Cobertura atención de mujeres embarazadas



Fuente: Anuario Estadístico 2017, SESAL

Los resultados de la revisión in situ del reporte AT2R de cada ES y el FV de este estudio, se detallan a continuación:

Tabla 7 Detalle de la verificación en hospitales del registro de atenciones de mujeres embarazadas según información de ATA y AT2R

Establecimiento de Salud	Mes/Año verificado	Atenciones embarazo ATA	Atenciones embarazo reportados en AT2R	FV Evaluación 2017
Hospital Atlántida	Abril 2017	88	102	86%
	Agosto 2017	51	59	86%
	Diciembre	17	26	65%
Hospital Enrique Aguilar Cerrato	Abril 2017	272	92	295%
	Agosto 2017	563	572	98%
	Diciembre 2017	403	439	92%
Total		1394	1290	108%

Fuente: Anuario Estadístico 2017, SESAL

De acuerdo los registros constatados, los resultados obtenidos muestran que el Hospital Atlántida obtuvo un promedio FV de 79% de atenciones, una diferencia que marcaría la existencia un sub-registro de 21% en los ATA con respecto al AT2R. En contraste, en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato, el FV promedio es de 161%, una diferencia de 61% mayor en el AT2R con respecto al ATA, que indicaría la existencia de un sobre-registro en las atenciones anotadas. Pese que se hayan realizado mejoras en la organización de estos archivos de los expedientes, que facilita una ubicación más fácil de los mismos en el área de atención prenatal, por ejemplo y como se indica en el estudio 2016-2017 que los ATA se conservan por especialidad, persisten las causas que podrían explicar las deficiencias registrales, afectando considerablemente la calidad del dato e información; caligrafía poco legible y manchones en los diagnósticos por parte del médico, por ejemplo en la verificación realizada, al igual que en el estudio anterior, se solicitó asistencia del personal del ES para descifrar algunos diagnósticos poco legibles.

En general, la calificación de FV promedio de este indicador fue del 108%, es decir, un aumento de más de 32 puntos porcentuales respecto a la línea de base y 10 puntos porcentuales respecto al estudio 2016-2017. La integridad de la información es del 92%.

Incidencia del dengue

La meta No. 12 establecida en el documento Plan Nacional de Salud 2014-2018 establece diseñar e implementar un plan de atención integral para enfermedades transmisibles: dengue, que garantice la oportunidad de su tratamiento y mitigue su sufrimiento. En el informe de evaluación 2016-2017 se indica que el Sistema de monitoreo y evaluación de la gestión por resultados SIMEGpR (p. 94) registra el dengue como 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 y además se enfatiza que la disminución de la tasa de incidencia de dengue es una prioridad según el indicador 24 del Plan de Nación.

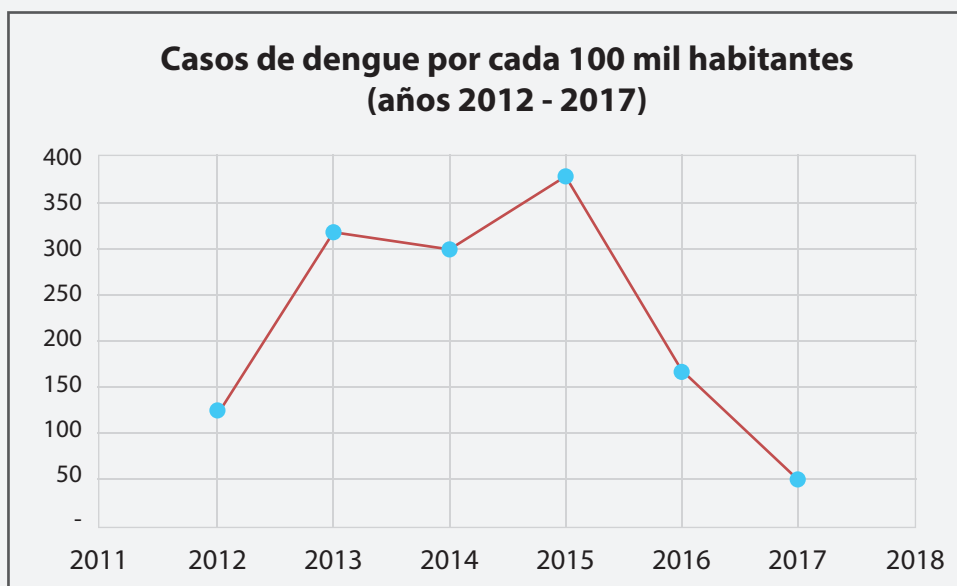
La tasa de incidencia de dengue expresa el número de casos nuevos confirmados por dengue registrados en establecimientos de la Secretaría de Salud del primer y segundo nivel de atención de un período determinado.

Por tal razón, ASJ/TI enfatizó en la selección de este indicador para realizar el estudio de integridad del dato.

En la figura que se muestra a continuación, se observa 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. En el 2017, cifras oficiales del Anuario Estadístico 2017 cuentan que hubo disminución a 48 casos por cada 100 mil habitantes, mostrando una visible reducción con respecto a los 207 casos reportados en el informe 2016-2017.

Como se observa, al igual que se encontró en el estudio anterior, hubo meses que arrojaron datos cero, lo que mostraría reducciones de los casos de dengue en los dos ES visitados.

Figura 5 Dengue tasa por cada 100 mil habitantes, años 2012 al 2017



Fuente: Anuario Estadístico 2017, SESAL

En concreto, solamente en el Hospital Atlántida se registraron casos de dengue, esto haría un promedio FV de 21%. En contraste, el estudio 2016-2017, mostraba un FV promedio de 86% y la línea de base 2013-2015 un promedio FV de 76%. De todas formas, los datos en los tres estudios muestran diferencias en los registros, que significan sub-registros o atenciones no registradas, que merecen la pena corregir, con acciones sostenidas que incluyan mejoras en la automatización de los procesos, controles diarios para subsanar los registros, y continuar con la mejora en el archivo y en la conservación de las ATA.

Resultado de los indicadores de gestión por resultados.

Área: Cobertura, acceso y oferta

El objetivo de esta área de estudio es evaluar la relación de los servicios que la institución brinda en relación a su demanda ya que el acceso a la salud constituye un derecho de los ciudadanos, que se convierte en una obligación para el Estado; que incluye la cobertura geográfica en términos del número de establecimientos de manera equitativa, con ubicación y distribución de conformidad con el uso y necesidades de la población.

Variable: oferta del servicio

En esta variable se presentan los indicadores relacionados a la disponibilidad y condiciones de los establecimientos de salud de la Sesal en todo el país; entendiéndose como Establecimiento de Salud todo local (ámbito físico) destinado a la provisión de servicios y asistencia a la salud, en régimen de internación o no internación, cualquiera sea su complejidad y su titularidad.

La OPS promueve ¹⁵ la cobertura universal de salud, que es la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población con disponibilidad de infraestructura y dotación de todos los recursos necesarios para que *todas* las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional de acuerdo con las necesidades en cada región. Y relativo a las limitaciones de la población, la OPS estima que para el año 2014 en la Región de las Américas el 21% de la población se vio disuadida de buscar atención debido a barreras geográficas; en Honduras, las instituciones o establecimientos de salud pública históricamente se han desarrollado en los mismos espacios geográficos del país, lo que supone limitaciones de acceso en algunas regiones.

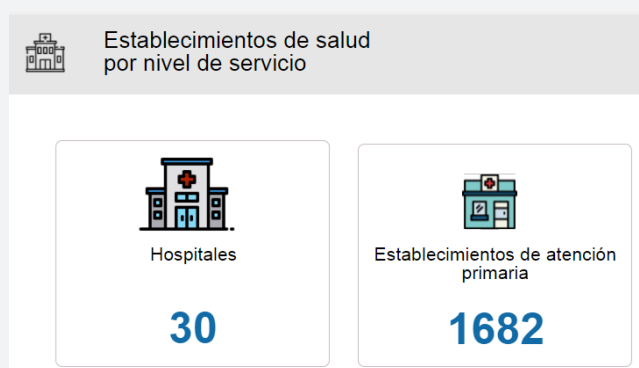
En el marco del Modelo Nacional de Salud, en el año 2016 entró en vigencia una categorización de establecimientos de salud que organiza la oferta en dos niveles de atención con los cuales la Sesal busca asegurar la atención a la población de manera integrada, continua y complementaria, estos niveles son: el Primer Nivel de Atención, donde se brindan las atenciones ambulatorias; y, el Segundo Nivel de Atención, el cual brinda las atenciones hospitalarias, y cuenta con los servicios de mayor complejidad de la red integral de servicios de salud. En correspondencia a esta categorización se presentan los resultados para el indicador de cobertura de los establecimientos de salud del país.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 (documento CD53/5, Rev. 2). Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27273&Itemid=270&lang=es

Variable: Oferta del servicio

Indicador: Establecimientos de salud por nivel de servicio; por departamento; tasa por cada 10,000 habitantes

Figura 6 Establecimientos de salud públicos, al año 2017



Fuente: construido con datos del Anuario Estadístico de la Sesal, año 2017

Tabla 8 Tipo y número de establecimientos de salud públicos, en el primer nivel de atención

Establecimiento del I Nivel (atención primaria):	
Centro Odontológico	14
Clínica Materno Infantil	73
CESAMO	461
Policlínico	2
CESAR	1,111
Laboratorio Regional	18
CLIPER	3
Total	1,682

Fuente: elaborado con datos del Anuario Estadístico de Sesal, año 2017

Tabla 9 Cantidad y tasa por diez mil habitantes de los establecimientos de salud públicos del primer nivel, disgregando los departamentos con mayor y menor tasa, en el año 2017

Estrato	Departamento	Tasa por 10,000 habitantes	Cantidad de centros del I nivel
<i>Más altos (con mayor cantidad de centros de primer nivel)</i>	Gracias a Dios	5.1	51
	Valle	4.2	77
	La Paz	3.4	74
	Olancho	3.2	182
	Choluteca	3	152
	Lempira	3	112
	Ocotepeque	3	48

<i>Más bajos (con menor cantidad de centros de primer nivel)</i>	Cortés	0.7	65
	Región Metropolitana SPS	0.58	34
	Región Metropolitana MDC	0.7	69
Nacional	1.83		

Fuente: elaborado con datos del Anuario Estadístico de Sesal, año 2017

Tabla 10 Tipo y número de establecimientos de salud públicos, en el segundo nivel de atención

Establecimientos del II NIVEL: 30 Hospitales					
Hospital de Área:	16	Hospital Nacional:	8	Hospital Regional:	6

Fuente: elaborado con datos del Anuario Estadístico de Sesal, año 2017

Tabla 11 Cantidad y tasa por diez mil habitantes de los establecimientos de salud públicos del segundo nivel, disgregando los departamentos de mayor y menor tasa y datos de comparación, año 2017

Estrato	Departamento	Tasa por 10,000 habitantes	Cantidad de centros del II nivel
Más altos (con mayor número de hospitales)	Islas de la Bahía	0.14	1
	Gracias a Dios	0.1	1
Más bajos (con menor número de hospitales)	Comayagua	0.018	1
	Cortés	0.01	1
Honduras (dato de todo el país)		0.33	
Cuba		53	
Argentina		47	
Chile		21	

Fuente: Cuadro construido con información del Anuario Estadístico 2017, segmento II y de la Memoria Institucional SESAL, 2017

La oferta de servicios de salud en segundo nivel cuenta con 30 hospitales: de alta especialidad, regionales y de área o locales; y 1,682 establecimientos de atención primaria que integran el primer nivel de atención. La cobertura de hospitales en Honduras por 10,000 habitantes es de 0.33, último lugar en Centroamérica, junto a Guatemala, y con relación a otros países de la región sobresalen Cuba está primer lugar, Argentina en segundo puesto y Chile en tercer lugar.

La mayoría de los edificios de los principales centros hospitalarios del sistema de salud hondureña fueron construidos según iban surgiendo necesidades sanitarias; la tabla 12 muestra información del año en que inicio el funcionamiento.

Tabla 12 Año de inicio de funcionamiento de los hospitales de Honduras

Nombre de Hospital	Año de Inicio	Años de funcionamiento
Hospital San Felipe	1,880	139
Facultad de Ciencias Medicas	1,882	137
Hospital Leonardo Martínez Valenzuela	1,900	119

<i>Hospital de Occidente</i>	1,905	114
<i>Hospital Atlántida</i>	1,918	101
<i>Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza</i>	1,924	95
<i>Hospital Escuela Universitario</i>	1,979	40
<i>Hospital Instituto Hondureño de Seguridad Social</i>	1,959	60
<i>Hospital Materno Infantil</i>	1,969	50
<i>Hospital Psiquiátrico Santa Rosita</i>	1,966	53
<i>Hospital Instituto Nacional el Tórax</i>	1,948	71
<i>Hospital Mario Catarino Rivas</i>	1,990	29

Fuente: Construido con información recuperada en https://es.wikipedia.org/wiki/Hospitales_de_Honduras; 29 de abril de 2019

Hallazgo no 7. Infraestructura hospitalaria y tecnología obsoleta

La Dirección de Vigilancia del Marco Normativo de la SESAL juega un rol importante para conocer el estado real de los establecimientos de salud, con el fin de detectar las brechas existentes para que un hospital reúna las normas de licenciamiento y estándares requeridos para su funcionamiento, elaborar planes de acción que incluyan inversiones para poner en condiciones de certificación las instalaciones físicas, los procesos y todos los elementos de un hospital. Pese a que se solicitó información a la SESAL acerca de estos trámites, la citada dirección envió insuficiente información, la misma no nos ha permitido conocer cuántos hospitales públicos a la fecha del estudio esta licenciados, planes de inversión para reestructuración de plantas físicas, entre otros.

Como se explicó anteriormente, en la mayoría de los establecimientos de salud, de atención primaria y hospitalaria, la situación de su infraestructura es deficiente y presenta grados de deterioro que en sí mismo representan una amenaza para la salud del personal y de los pacientes que lo frecuentan, presenta un diseño improvisado, carece de espacios o los mismos son muy reducidos, distribución de ambientes que no corresponde al flujo de atención de pacientes, todo lo anterior provoca serias dificultades en el proceso de atención de pacientes. Los recursos asignados para mantenimiento de la planta física en el 2017 es de L. 93.6 millones a nivel nacional, que representan 0% del presupuesto, esto explica la incapacidad para resolver los críticos problemas con la dotación de agua potable, carecen de inapropiados sistemas de saneamiento y agua potable, insalubres baños para aseo de pacientes y personal según lo expresado por empleados de los establecimientos durante las visitas, insuficiente dotación de energía eléctrica, espacios reducidos y hacinamiento en salas de hospitalización que conllevan contaminación cruzada.

Recomendaciones

1. Elaborar o profundizar la implementación de un plan de corto y mediano plazo para remodelación de los hospitales y centros de atención primaria, que responda a los requerimientos mínimos para el funcionamiento de acuerdo a las normas de licenciamiento vigentes en el país, y adecuado

para brindar servicios de calidad a la población., que incluya la implementación de un plan de disposición y tratamiento de residuos hospitalarios contemplando las normas de seguridad y buenas prácticas internacionales vigentes.

Variable: Cobertura del servicio

Indicador: Cantidad de camas hospitalarias en establecimientos de salud por cada 1,000 habitantes

La cantidad de camas hospitalarias se utiliza para indicar la disponibilidad de servicios para pacientes ingresados en el sistema sanitario con relación a la población que atiende, y es uno de los principales indicadores para evaluar la cobertura del sistema en términos de capacidad hospitalaria de atención. No obstante, la literatura investigada y proveniente de la OMS, no se encuentra un parámetro que describa el número de camas apropiado que sirva como comparador para los países. En este indicador de número de camas y otros, usualmente la OMS realiza cálculos y establece comparaciones por número de habitantes (10 o 100 mil habitantes), analizando que en unos países el número de camas respecto al número de habitantes es muy bajo respecto a número de camas por habitantes en otros países, incluso este análisis comparativo lo realiza entre países ingresos o rentas nacionales muy diferenciados. El motivo probable de esta indefinición es porque el número de camas per se depende de aspectos propios de un país, epidemiológicos, del modelo y tipología de atención (tratamientos preventivos y ambulatorios versus tratamientos hospitalarios), de la especialización del centro, entre otros, lo que a su vez determina que el hospital disponga de arquitectura funcional en unidades, áreas y sistemas, que hacen que tenga un diseño que determinara un modelo hospitalario de atención, por ende el número de camas.

Tabla 13 Camas hospitalarias en los establecimientos de salud públicos

Total nacional camas hospitalarias	4,882
Tasa camas hospitalarias por 1,000 habitantes	0.55
Tasa camas hospitalarias por 10,000 habitantes	5.5
Tasa de camas hospitalarias por 10,000 hab. Reportada por OMS para en la Región de las Américas	23

Fuente: elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de la Sesal del año 2017

La distribución de camas por hospital, y su correspondiente tasa se presenta a continuación:

Tabla 14 Distribución de camas por hospital público y tasa por cada mil habitantes

Hospital	Numero de Camas	Tasa por 1,000 habitantes
Hospitales Nacionales y Especialidades, total	2,577	
Bloque Médico Quirúrgico (ubicado en Hospital Escuela Universitario)	490	0.55
Bloque Materno Infantil	565	0.64

Hospital San Felipe	409	0.46
Hospital Mario Catarino Rivas	610	0.69
Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza	83	0.09
Instituto Cardiopulmonar	140	0.16
Hospital María de Especialidades Pediátricas	36	0.04
Hospital Psiquiátrico Santa Rosita	244	0.28
Hospital Regional, total	963	1.09
Hospital Santa Teresa, Comayagua	140	0.16
Hospital Regional del Sur	150	0.17
Hospital Atlántida	157	0.18
Hospital Occidente	260	0.29
Hospital San Francisco Juticalpa	129	0.15
Hospital Leonardo Martínez	127	0.14
Hospital Área, total	1,342	1.51
Hospital Gabriela Alvarado	138	0.16
Hospital El Progreso	122	0.14
Hospital Juan Manuel Gálvez (Gracias)	129	0.15
Hospital Enrique Aguilar Cerrato Esperanza	91	0.10
Hospital Santa Bárbara	87	0.10
Hospital San Isidro, Tocoa	85	0.10
Hospital Aníbal Murillo Escobar (Olanchito)	64	0.07
Hospital de Tela	92	0.10
Hospital Salvador Paredes (Trujillo)	52	0.06
Hospital Puerto Cortes	68	0.08
Hospital San Lorenzo (Valle)	79	0.09
Hospital de Roatán	42	0.05
Hospital Puerto Lempira	38	0.04
Hospital Hermano Pedro	56	0.06
Hospital La Paz	59	0.07
Hospital Manuel Subirana	68	0.08
Hospital San Marcos de Ocotepeque	72	0.08

Fuente: elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de la Sesal del año 2017

La tasa de camas por 10,000 habitantes al año 2017 era de 5.50 a nivel nacional, valor por debajo del promedio de la Región de las Américas que anda en 23 camas por 10,000 habitantes según la Organización Mundial de la Salud.¹⁶

Variable: Cobertura del servicio

16 Región de las Américas, se refiere grupos de países que abarca los de América Latina, según la publicación de Estadísticas Sanitarias Mundiales de la Organización Mundial de la Salud.

Indicador: Cantidad de servidores o personal sanitario de la Sesal, distribución por departamento. Tasa por cada 10,000 habitantes.

El recurso humano es un elemento imprescindible del sistema de salud, el personal sanitario está integrado principalmente por médicos y enfermeras, pero además incluye las parteras, farmacéuticos y trabajadores sanitarios de la comunidad, personal de gestión y auxiliar, administradores de los hospitales, trabajadores sociales, que dedican la totalidad o parte de su tiempo a mejorar la salud de la población. La OMS recomienda que los países deben contar con alrededor de 23 médicos por cada diez mil habitantes para brindar servicios esenciales de salud a la población.

A continuación se presentan los resultados para el indicador referente al personal sanitario o servidores de la salud, de la Sesal en sus diferentes agrupaciones:

Tabla 15 Número de personal sanitario de la Sesal y tasa por cada 10 mil habitantes, año 2017

Personal sanitario de la Sesal	Número de personal	Tasa por cada 10,000 habitantes Honduras	Tasa por cada 10,000 habitantes Región de las Américas
Médicos	2,546	2.8	20.8
Odontólogos	242	0.27	6.9
Personal de enfermería	7,251	8.3	50 (OMS)
Técnicos y administrativos	8,837	4.05	S/D
Total	18,876	21.2	S/D

Fuente: elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de la Sesal del año 2017, estadísticas OMS

Tabla 16 Distribución de servidores de salud por departamento, año 2017

Total personal sanitario Sesal			Médicos			Enfermeras			Técnicos y administrativos		
Estrato	Departamento	Tasa	Estrato	Departamento	Tasa	Estrato	Departamento	Tasa	Estrato	Departamento	Tasa
Más alto	Gracias a Dios	19.9	Más alto	Intibucá	5	Más alto	Intibucá	9	Más alto	El Paraíso	6.5
										Yoro	6
										SPS	5.7
										Intibucá	5.2
Rango entre 8-13	Valle	13.7	Rango entre 1-1.6	Cortés	1.6	Rango entre 4-6	Yoro	6	Rango entre 3-4	Cortés	4.4
	Choluteca	13		La Paz	1.4		El Paraíso	5		Santa Bárbara	4.3
	Copan	11		Yoro			Olancho	4.9		Copan	3.7
	M.D.C Metropolitana	10		El Paraíso	1.3		Lempira	4.7		Gracias a Dios	3.4
	Olancho	9		San Pedro Sula			La Paz	4.6			
	Ocatepeque	9		Olancho	1.1		Gracias a Dios	4.3		Olancho	3.1
	Comayagua	8.6		Copan	1		Santa Bárbara	4.1			

Más bajo	Santa Bárbara	4	Más bajo	Comayagua Francisco Morazán	0.3	Más bajo	M.D.C.	1.9	Más bajo	Comayagua	1.3
	Cortés	4								Islas de la Bahía	
	Colón	4					Nivel central	1.1		Ocotepeque	1
	SPS	3									
	Metropolitana										
Prome- dio	8		1.1			3.9			3.1		
			13.4% del total de SESAL			38% del total de SESAL					

Fuente: Cuadro construido con información del Anuario Estadístico 2017 y de la Memoria Institucional SESAL, 2017

A nivel nacional, este estudio encontró en el año 2017 que la tasa de médicos de la SESAL por cada 10,000 habitantes anda en 2.8 (OMS sitúa en 3.9 en año 2017), indicando un resultado muy por debajo de México 23.8, Costa Rica 28.9 (hasta año 2018), Panamá 15.6 y por debajo del promedio de la Región de las Américas que se calculaba en un 20.8 médicos por 10,000 habitantes. (Global Health Observatory, OMS). Es de notar que a nivel departamental esta tasa también está por debajo de este promedio regional. También en el año 2017 los odontólogos alcanzan una tasa de 0.27 por cada 10,000 habitantes, muy por debajo del promedio de la región de las Américas que es 6.9 odontólogos por 10,000 habitantes para el mismo año. En cuanto al personal de enfermería, la tasa anda en un 8.3, muy por debajo de lo que recomienda la OMS, 50 enfermeras por 10,000 habitantes. El personal médico representa un 13.4 % de todo el personal de la SESAL, mientras que el personal de enfermería un 38% del total de personal.

Según se observa en la cartera de servicios brindada y conversaciones sostenidas con personal médico y enfermería, que la oferta de servicios hospitalarios son las 24 horas, los 365 días al año. El personal de enfermería y el personal técnico de laboratorio, rayos X e imágenes, tienen roles establecidos para cubrir la atención en tres turnos de ocho horas para cubrir las 24 horas. Usualmente la distribución se realiza en forma balanceada en función de la demanda, aunque generalmente los primeros turnos llamados A (6am-2pm) y B (2pm-10pm) concentran la mayor cantidad de recursos. El personal médico general labora en tres jornadas diarias, los cuales deben atender hasta 36 pacientes por jornada de 6 horas. Al igual que las enfermeras son turnos cubiertos por roles, pero con la diferencia que la mayor concentración de recurso médico esta por la mañana.

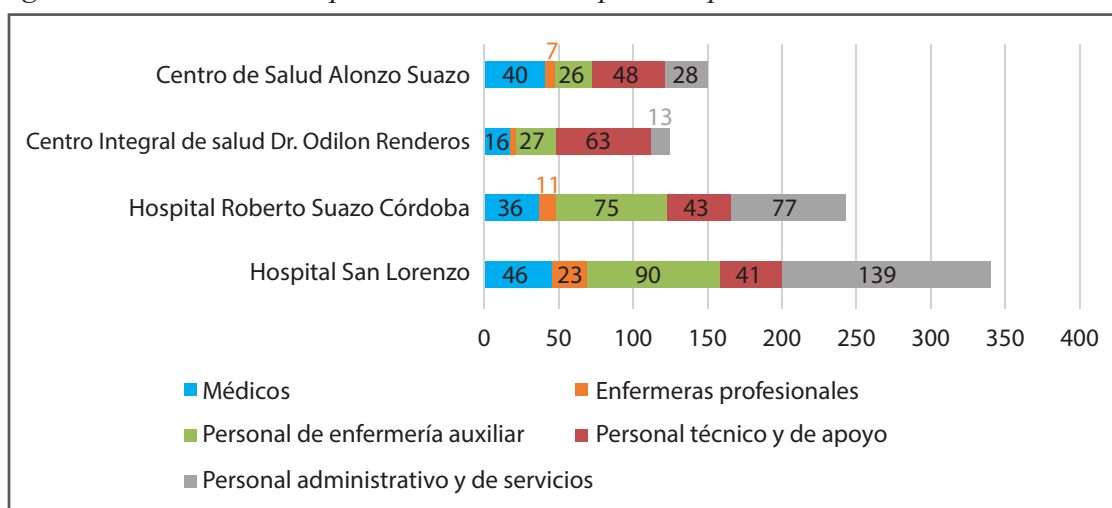
Los médicos especialistas por lo general tienen dos plazas, una llamada asistencial y otra de guardia. En la plaza asistencial la jornada dura también seis horas, estos recursos especialistas atienden por la mañana y a veces por la tarde, cubriendo hasta 16 pacientes por jornada. Según la norma vigente, (estatuto del médico empleado) el médico de guardia no deberá de exceder 12 horas diarias hasta 72 horas mensuales su jornada, esta atención es por llamado.

o Otro aspecto importante de resaltar es que de acuerdo a la Ley y Reglamento del Estatuto del Médico Empleado (Acuerdo 0891, mayo de 1986), cumplido el primer año, en el año siguiente, un médico puede ausentarse al menos 84 días hábiles al año, hasta casi cuatro meses, vacaciones (12 días), vacaciones profilácticas (12 días, descanso especial), licencia personal con goce de sueldo por motivo justificado (hasta 20 días laborales), por enfermedad común o cualquier otro tipo (hasta 20 días), asistencia a eventos científicos (hasta 20 días). Esto puede representar al Estado una erogación por médico por número de días de ausencias entre L.120,000 hasta L.148,000 anuales, sin incluir el sustituto que podría andar en esos mismos salarios. En el caso de un recurso de enfermería o técnicos al cumplir un año se puede ausentar como mínimo 27 días hábiles, que representan 1.22 meses, lo cual también impacta en el personal disponible para la atención y en el costo del recurso humano al contratarse personal temporal para cubrir esas plazas.

El personal administrativo de los establecimientos de salud visitados también refirió, en su mayoría, que el personal sanitario es insuficiente para la demanda, pero además la falta de profesionales ejerciendo en las plazas de algunas especialidades les ocasiona una mora en atenciones y en cirugías. El personal hizo saber que tienen plazas sin ocupar debido a que existen demandas por despido y en tanto el proceso no ha sido resuelto la Sesal no puede asignar otro profesional para el puesto, otras son las plazas de profesionales jubilados y trasladados a otros centros, cuyos puestos no han podido contratar por la falta de realización de concursos médicos en los últimos años. Ante esta situación los establecimientos remiten los pacientes al centro asistencial más cercano que cuente con los servicios que el paciente necesita, tal es el caso del Hospital Roberto Suazo Córdoba que no contaba con un dermatólogo en el momento de la visita, y en lo posible también se coordina el apoyo de médicos de otras especialidades que se desplazan para atender cirugías.

A continuación se presentan los datos obtenidos de número de personal sanitario en los establecimientos de salud visitados, siendo importante mencionar que esta información no incluye el Hospital San Felipe, puesto que no fue proporcionada:

Figura 7 Distribución de personal sanitario reportado por los establecimientos visitados



Fuente: elaboración propia con información recopilada de los centros de salud visitados

La tabla anterior muestra la distribución del personal de los establecimientos de salud visitados de acuerdo a su función, donde se podrá observar que el Hospital San Lorenzo, con gestión descentralizada, es quien mayor número de personal reporta entre los centros visitados, y además reporta que tienen una alta productividad en el número de consultas por médico y cero mora quirúrgica, debido al establecimiento de metas en las atenciones y supervisión del personal.

Hallazgo no 8. Persiste en la SESAL una débil planificación y gestión de recursos humanos

La gestión de los recursos humanos debe disponer de capacidad profesional y técnica, con independencia y jerarquía y con recursos suficiente para efectuar sus labores de administración y control.

En la práctica, la unidad de recursos humanos a nivel central posee una estructura operativa con poco personal lo que puede explicar su grado de fragilidad y jerarquía, para enfrentar y cumplir con su misión a nivel nacional.

En los informes de evaluación de la ASJ realizados por el eje de recursos humanos, se ha podido cotejar que la SESAL carece de la práctica de evaluación de desempeño, asimismo no existen procesos de capacitación y un plan estratégico para el desarrollo de personal y su correspondiente distribución. En consecuencia, esto demuestra la situación crítica en que se encuentra el sistema de salud en la gestión del personal, cuyos efectos pueden alcanzar la existencia de una enorme brecha no cubierta en número de recursos humanos, que provocan descoberturas en la atención médica y de enfermería, en los servicios de apoyo, que impacta en la mora quirúrgica y de atenciones.

Al respecto, pese que la SESAL no puso a disposición de ASJ la información de la mora quirúrgica solicitada, este estudio consultó otras fuentes de información constatando que los hospitales han estado obligados a tomar acciones como brigadas de cirugías (en horas y tiempos especiales) para reducir la mora, por ejemplo, en el año 2017 el Hospital Mario Catarino Rivas realizó 12,115 cirugías mayores, y cirugías menores a 18,956 pacientes¹⁷ trabajando incluso los fines de semana y en diferentes horarios, con lo cual dicho hospital aseguró haber reducido en 51% su mora quirúrgica apoyado también en la implementación de un sistema de información basado en el nuevo modelo de gestión hospitalaria¹⁸. Existen experiencias exitosas de reducción a 0% la mora como en el Hospital San Lorenzo, lograda mediante brigadas y turnos dobles (Portal SESAL, febrero de 2017) . Pese a ello, los registros de mora quirúrgica en los hospitales es una acción pendiente que deben realizar, lo cual se dificulta al no contar con sistemas de información integrales y actualizados para la gestión de pacientes para disponer de datos con mayor grado de confiabilidad.

17 Recuperado de <https://primiciahonduras.hn/hospital-mario-rivas-reduce-mora-quirurgica-50/> , el 20/09/2019.

18 Recuperado de <https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/k2/item/1491-en-un-51-disminuye-mora-quirurgica-en-el-hospital-mario-catarino-rivas>, el 20/09/2019

Recomendación

1. Fortalecer el área de recursos humanos, incrementando el personal sanitario asignado con alta profesionalización, reduciendo la alta rotación en la misma, que disponga de independencia y jerarquía, para que desarrolle una estrategia de recursos humanos y la ejecute, incluyendo un plan permanente de supervisión y evaluación al desempeño del recurso humano a nivel nacional.

Variable: cobertura del servicio

Indicador: número de atenciones en los establecimiento de salud

Este indicador expresa el acceso de la población a los servicios de salud por medio de la cobertura total de atenciones (nuevas y de control) brindadas por cualquier causa, en los establecimientos de salud de la Sesal. A medida que se brinda atención a la población se contribuye a disminuir su morbilidad y mortalidad, y a mejorar sus condiciones de salud.

Tabla 17 Atenciones brindadas en establecimientos de salud de la Sesal, año 2017

Atenciones	Número	Porcentaje del total
<i>Atenciones a la población en primer nivel</i>	7,417,315	71%
<i>Atenciones a la población en segundo nivel</i>	3,085,549	29%
<i>Consulta externa: 1,857,152 (60%)</i> <i>En emergencias: 1,228,307 (40%)</i>		
Total atenciones:	10,502,864	100%

Fuente: construido con datos del Anuario Estadístico de Sesal 2017

El 32% de las atenciones brindadas por la Sesal en 2017 fue a mujeres embarazadas (atenciones prenatales, partos y puerperio) y niños menores de 5 años.

Las atenciones brindadas en el primer nivel de atención de la Sesal representa el 71% de las atenciones, y para atender esta demanda la Sesal tiene asignado el 35% de sus médicos y el 41% de las enfermeras de la institución. En el segundo nivel, las atenciones en emergencias constituyen el 40% de los casos, lo cual indica que existe una alta carga de consultas que no son programadas y que deben ser abordadas diariamente; las atenciones en emergencia pueden derivar a hospitalizaciones o cirugías de emergencia que causan o empeoran los problemas de congestión en la capacidad hospitalaria del establecimiento.

Variable: Equidad e igualdad en el acceso a los servicios de salud**Indicador: Población con acceso a servicios de salud por nivel y departamento**

La OPS identifica el acceso universal de la salud como la ausencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, organizacionales y de género que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, y tengan una vida saludable que permita su desarrollo y bienestar; en ese sentido promueve que *todas* las personas y las comunidades tengan acceso a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, a así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura, que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad.

En el presente indicador se muestran los resultados de la Sesal con relación a la cobertura en atenciones y acceso a servicios de salud de la población en general con igualdad y equidad, y población identificada como vulnerable por situación de pobreza al encontrarse entre los 104 municipios más pobres del país, de la cual un porcentaje es atendido en los establecimientos que operan en el modelo de gestión descentralizada de los servicios de salud bajo un convenio de gestión por resultado, todo esto como parte del Plan Nacional de Salud en correspondencia a lo indicado en el Modelo Nacional de Salud que promueve una estrategia para la universalización del acceso a la salud.

Tabla 18 Población con acceso a los servicios de salud brindados por la Sesal, año 2017

Cobertura de la población adscrita	Gestión descentralizada: 1,500,000 h.
Cobertura total	2,4 millones
Numero de policlinicos funcionando en las ciudades más pobladas del país.	2
Porcentaje de los 104 municipios más pobres que cuentan con cobertura de servicios mediante la gestión descentralizada de los servicios de salud	32%
% de población de municipios más postergados que son atendidos con equipos de atención primaria.¹⁹	1.5/3.7= 40%
% de los servicios de salud integradas en redes de servicios de salud	100%
Establecimientos de primer y segundo nivel de salud abastecidos con medicamentos.	61%

¹⁹ Fuente INE, 2016

Número de hospitales funcionando bajo un convenio de gestión por resultado.

Hospital María de Especialidades Pediátricas, vigencia de 15 años, firmado octubre 2015.

Hospital de San Lorenzo vigencia 10 años, firmado 14 de febrero 2014,

Hospital Leonardo Martínez (brindando al 100% los servicios de manera gratuita),

Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula

Hospital Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, Hospital Enrique Aguilar Cerrato, Intibucá,

Hospital de Puerto Lempira (convenio público-público, SESAL-SEDENA),

Hospital San Juan (Psiquiátrico), San Pedro Sula, Hospital Católico Santo Hermano Pedro, Catacamas, Olancho

Fuente: Cuadro construido con información del Anuario Estadístico 2017 y de la Memoria Institucional SESAL, 2017

La información de la tabla anterior no tiene parámetros internacionales para comparar, el dato presenta los resultados del país para el año 2017 y el análisis solamente se describe como parte de los logros alcanzados en el marco de la ejecución del Plan Estratégico y Plan Nacional de Salud 2014-2018 SESAL. De acuerdo a la información analizada de estos informes, son notables los esfuerzos que la SESAL ha venido haciendo para focalizar la cobertura en la población más vulnerable, aunque no se determinó la metodología de cálculo utilizada siendo esto uno de los retos que enfrenta para determinar con exactitud la población beneficiaria de los servicios de salud público, lo cual pasa por conceptualizar ¿quién es la población más vulnerable?, y luego identificarla con miras a definir el sistema de aseguramiento público que se quiere alcanzar y las redes que estarán atendiendo estos estratos poblacionales.

Por último, de acuerdo a la SESAL, al año 2017 la población con cobertura de los servicios de salud de primer nivel con gestión descentralizada; asciende a 1,530,098 habitantes que representa un 25.47% para el período 2014-2017, con relación al año 2013 (Informe SESAL año 2017), y presentan una cobertura del 11% de los municipios del país y el 32 % de los municipios más pobres, atendidos por nueve establecimientos de salud.

Hallazgo no 9. No existe evidencia que la Sesal esté trabajando en determinar la población que se está beneficiando con los servicios que presta

Con respecto a este tema, este estudio encontró que el informe de logros y avances del Plan Nacional 2017 contiene acciones para avanzar en esta materia, pese a ello, no se incluye en el Plan Estratégico y en el mismo Plan Nacional, por lo que tampoco se logra establecer si existe un proceso encaminado a definir con certeza ¿a quienes está llegando los servicios de salud prestados por la Sesal?, el tipo y tamaño de la población, definir la población más vulnerable que debe atender con los recursos

disponibles, y luego saber quiénes son y su localización geográfica con miras a definir el sistema de aseguramiento público y organizar de esta forma las redes que estarán atendiendo estos estratos poblacionales.

Recomendación

1. Lograr con la participación de la sociedad civil se impulse y finalice el proceso en el corto plazo y mediano plazo de lo referente al marco conceptual y operativo del régimen de aseguramiento público que abarque la identificación clara de la población objeto de aseguramiento acompañada de los estudios estadísticos correspondientes, definir el conjunto de prestaciones, del financiamiento de los servicios, de la provisión de los servicios, del marco regulador y supervisor que regirá dicho régimen, entre otros.

Área eficiencia y eficacia

Los indicadores de esta área evalúan la efectividad de los servicios prestados por la Secretaría en términos de atenciones ambulatorias y hospitalarias en los diferentes niveles, dado los recursos con los que se disponen. Dichas atenciones comprenden los servicios de atenciones generales y especializadas, servicios de salud reproductiva, atención a la niñez, jóvenes, adultos en aspectos de inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades. El nivel de atención es un reflejo del grado de aprovechamiento de los recursos que cuentan. A su vez la eficacia es medida con tasas de mortalidad e incidencia de enfermedades.

Variable: productividad

Indicador: número de atenciones brindadas

Este indicador expresa el número de atenciones por cualquier causa, como un factor de incidencia en la mejora de la salud de la población que accede a los servicios. Las atenciones reportadas por la Sesal incluyen todas las que fueron realizadas en sus servicios en el primer y segundo nivel de atención, en sus establecimientos de todo el país:

Tabla 19 Atenciones por grupos de edad en establecimientos de la Sesal, año 2017

Atención por grupos de edad, año 2017										
< 1 año	%	1 a 4 años	%	5 a 14 años	%	15 a 49 años	%	50 y más años	%	Total
779,499	7	1,376,304	13	1,147,797	11	5,222,046	50	1,977,218	19	10,502,864

Fuente: Cuadro construido con información del Anuario Estadístico 2017 y de la Memoria Institucional SESAL, 2017

De acuerdo al número total de atenciones el promedio diario se estima en 28,775 atenciones a la población en todo el país, para el año 2017. El registro de las atenciones brindadas a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio tiene su importancia tras el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad materna y neonatal en la etapa de mayor vulnerabilidad en salud en la vida de una mujer, para lo cual se

busca el máximo acceso de atención sanitaria a las mujeres para realizar la evaluación de las necesidades individuales y asesoramiento sobre el embarazo y el parto, pruebas de detección y educación en autocuidados durante el embarazo, identificación de condiciones perjudiciales para la salud durante el embarazo, asistencia primaria y derivación de pacientes en caso necesario.

Tabla 20 Atenciones a mujeres embarazadas y planificación familiar, por nivel de atención de la Sesal

Nivel de Atención	Sub total Atenciones Maternas	Tipo de atenciones maternas						Planificación Familiar	
		Prenatal		Partos		Puerperio		No.	%
		No.	%	No.	%	No.	%		
<i>Hospital Nacional</i>	71,939	42,422	5	27,943	19	1,574	1	39,472	2
<i>Hospital Regional</i>	158,295	109,173	12	46,003	32	3,119	2	82,653	5
<i>Hospital De Área</i>	150,737	90,696	10	52,958	37	7,083	6	332,523	19
<i>Cesamo</i>	449,097	382,160	41			66,937	52	657,415	37
<i>Cesar</i>	287,271	246,500	27			40,771	32	563,155	32
<i>Clinica Materno Infantil</i>	72,585	47,992	5	16,818	12	7,775	6	81,003	5
<i>Policlínico</i>	5,850	4,597	0.50	306	0.21	947	1	2,998	0.17
<i>CLIPER</i>	293	288	0.03			5	0.00	78	0.00
Total	1,196,067	923,828	100	144,028	100	128,211	100	1,759,297	100

Fuente: Cuadro construido con información del Anuario Estadístico 2017, segmento II y Memoria Institucional 2017.

La atención de partos por personal de salud como uno de los factores para un parto feliz y reducir la mortalidad materno infantil, en la Región de las Américas es de 94%, en Honduras (80.6%) aun faltaría por captar un 14% de partos para igualar el promedio de la Región (The Global Health Observatory, OMS, año 2014-2017 inclusive) . La cobertura de atención posnatal (puerperio) en la región anda entre 58-95, el porcentaje en Honduras anda dentro del intervalo (88%) cerca del piso superior, ((The Global Health Observatory, OMS, año 2014-2017 inclusive). La atención prenatal captada entre 1-4 consultas en Honduras anduvo en un 77%, estando por debajo del promedio regional que es de 90.5% ((The Global Health Observatory, OMS, año 2014-2017 inclusive).

Indicador: porcentaje de ejecución de las atenciones

El porcentaje de ejecución de las atenciones muestra la eficacia del establecimiento de salud para ejecutar las atenciones a sus pacientes, expresado en la relación porcentual relativa al número de atenciones brindadas versus el número de atenciones programadas.

Tabla 21 Programación en atenciones de pacientes año 2017

Número de pacientes atendidos versus pacientes esperados por atender			
Niveles de atención	Ejecución	Programación	Porcentaje ejecución
I Nivel	10,553,591	14,743,404	71.5%
II Nivel	2,227,188	2,921,891	76.2%
Total	12,780,779	17,665,295	72.3%

Fuente: Cuadro construido con información del Anuario Estadístico 2017, segmento II y Memoria Institucional 2017.

El porcentaje de cumplimiento promedio de acuerdo a lo programado en las atenciones es 72% para el año 2017, es notable que, en ambos niveles, atención primaria y hospitalaria las tendencias son similares. Estos porcentajes podrían deberse a una sobre programación de la demanda, al efecto migratorio y desplazamiento de la población, a la cantidad de rechazos en atenciones debido a la ausencia del personal médico e insuficiencia de recursos.

La siguiente tabla muestra un análisis de las atenciones brindadas en el año 2017 y el número de médicos, siendo este el recurso más importante en el logro de las atenciones:

Tabla 22 Oferta de atenciones y déficit

Oferta de atenciones ambulatorias 2017						Área de Déficit		
Médicos especialistas	% oferta	Médicos generales	% oferta	Oferta Total	Atenciones logradas según SESAL	Déficit	Déficit atenciones ponderado médicos especialistas	Déficit atenciones ponderado médicos generales
6,399,180	44	8,100,080	56	14,499,260	10,502,864	3,996,396	1,758,414	2,237,982

Fuente: elaboración propia con datos del anuario estadístico de la Sesal del año 2017

El cálculo de la oferta de atenciones es el producto del número de médicos generales u especialistas, según corresponda por la cantidad de atenciones promedio que debe atender de acuerdo a la Ley del Estatuto del Médico Empleado

En el 2017 los déficits de atenciones ofertadas podrían ser mayores, debido a que, en estos datos, usualmente incluyen las atenciones de salud reproductiva que son atendidas generalmente por enfermeras profesionales y que representan un 16.7%. Este déficit podría estar atribuido a las ausencias del personal médico especialista y general, ya que normalmente estas ausencias no son sustituidas por otros médicos en su totalidad.

También, es resaltable el rol de los establecimientos de primer nivel en la atención postnatal o puerperio; especialmente para la población rural es muy beneficioso, ya que les reduce los costos de movilización y estadía que si asistieran a esta atención en un hospital en la ciudad donde gastarían más recursos. En la atención prenatal y puerperio, se puede ver el funcionamiento de la red de servicios, los roles diferenciados y complementarios de los establecimientos de salud en ambos niveles. Es de reconocer que el área materno infantil ha sido una de los focos principales en los servicios de salud, se refleja en los niveles de inversión que mayormente allí se invierten, los resultados son notables tanto en el funcionamiento de la red como reducción de la mortalidad materno infantil se ha ido controlando y reduciendo, en la que el programa de inmunización con el PAI ha jugado un rol esencial para lograrlo.

Hallazgo no 10. La programación de la SESAL se realiza en base a históricos anuales y no responde a diagnósticos o proyecciones basadas en el contexto económico, político y social actual del país.

En Salud Pública los procesos de planificación y programación deben ser dinámicos y basarse en diagnósticos que estén regularmente actualizados, debido a la importancia y el papel que desempeña en la programación de recursos anuales para estar preparados para atender la demanda. Uno de los diagnósticos comunes es el Análisis de Situación de salud según Condiciones de Vida (ASIS-CV) introducido por la Organización Panamericana de la Salud en los años 90, generalmente utilizado en los países de la región de las Américas. Uno de los retos que enfrenta la SESAL es darle valor a esta herramienta de diagnóstico, aprovechando la información que produce para trámites de planificación plurianual.

En la práctica, los limitantes recursos financieros y de personal investigador en el área de la salud y epidemiología podrían explicar las diferencias en la ejecución de las metas que en el año de estudio es casi un 20% con respecto a lo programado al no disponer de un estudio reciente que asegure una programación contextualizada y por lo tanto una adecuada programación del presupuesto y recursos en general. No obstante, se reconoce que también pueden existir factores de rechazo de pacientes por causas asociadas a ausencia del personal médico o concentración de recursos asignados por jornadas.

Recomendación

1. Promover la reactivación de los estudios ASIS-CV u otros similares, con actualizaciones periódicas, para obtener una programación de la demanda balanceada y equiparada a la realidad sanitaria del país, considerando los factores políticos, económicos, sociales y de seguridad.

Variable: Productividad**Indicador: número de egresos**

Este indicador expresa el número de egresos hospitalarios por cualquier causa, el cual proporciona información sobre la demanda de servicio de salud de la población y el acceso de las personas a ser atendidos en el nivel hospitalario para resolver sus problemas de salud de cualquier grado de complejidad.

Los datos registrados de los diagnósticos de egresos, además, proporcionan información básica sobre la mortalidad y morbilidad de la población. La Sesal reporta los siguientes datos de egresos hospitalarios para el año 2017:

Tabla 23 Egresos por nivel de atención de los establecimientos de la Sesal, en el año 2017

Establecimientos de salud	Número de egresos	Países de la OCDE ²⁰
I nivel de atención CMI	14,596	
Hospital Nacional	137,849	
Hospital Regional	105,959	
Hospital de Área	164,340	
Total II nivel de atención	408,148	
Egresos totales	422,744	
Tasa por cada mil habitantes	47.68	154 (promedio 36 países) Colombia: 33 México: 47 Costa Rica: 73

Fuente: elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de la Sesal del año 2017

Los egresos hospitalarios que reporta la Sesal tienen una variación de crecimiento interanual de 3% para el año 2017 con relación al 2016; aunque el crecimiento en el número de egresos hospitalarios está supeditado al número de camas hospitalarias y recursos disponibles para la atención. Más del 50% de hospitales del país son Hospitales de Área, lo cual explica que reporte el mayor número de egresos, pero además significa que en su mayoría las necesidades de atención en salud fueron atendidas en el centro hospitalario más cercano a los pacientes.

En Honduras la tasa de egresos por cada mil habitantes es significativamente menor que los egresos hospitalarios de los 36 países miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), pero presenta una tasa igual a la de México y superior a la de Colombia.

Indicador: producción hospitalaria

La tarea de atención de enfermos realizada por personal de salud, que a su vez utilizan equipo, instrumental, insumos y materiales de salud; absorbe más del 60% de los recursos del hospital, ahí radica la importancia de conocer, aunque de forma general sus resultados a través de los principales indicadores. La

²⁰ Panorama de la Salud 2019, indicadores de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)

cama determina la capacidad de hospitalización de un establecimiento y representa la unidad de costos que absorbe dicho porcentaje, allí confluyen, médicos, enfermeras, técnicos, servicios de hostelería, seguridad, además de los costos indirectos como servicios de energía, agua, entre otros.

La eficiencia del sistema de salud se mide en términos de aprovechamiento de los recursos de los que dispone para obtener la producción hospitalaria observada. La OMS²¹ identifica tres causas de ineficiencia en los servicios sanitarios que involucran directamente a los servicios hospitalarios: las admisiones hospitalarias, la duración de la estancia inadecuada y la subutilización de los recursos disponibles, por lo cual el análisis de los indicadores hospitalarios permite evaluar aspectos concretos de la eficiencia, y brindando información sobre los servicios que un hospital ofrece.

Tabla 24 Producción hospitalaria en establecimientos de la Sesal, año 2017

Indicadores	2017	Niveles de eficiencia óptima ²²
Número de Egresos Hospitalarios	408,148	
Total de Operaciones	135,977	
Días Estancia	1,632,592	
Días Camas Disponibles	1,786,310	
Promedio Días Estancia	4	4.3
Porcentaje Ocupacional	83%	80-85%
Giro de Cama	87	52
Intervalo de Sustitución	1	1
Camas hospitalarias por 1,000 habitantes	0.55	1

Fuente: Anuario Estadístico de la Sesal año 2017, Segmento II

Los servicios de salud hospitalarios de la SESAL para el año 2017, disponen de 4,882 camas en alrededor de 30 hospitales, representando una oferta de servicios al año de 1,781,930 días para estancia. Cada médico especialista atendió en promedio 302 pacientes hospitalizados, y posiblemente haya invertido en promedio tres horas por día estancia. A nivel de ocupación, el porcentaje (83%) promedio nacional muestra que la capacidad instalada está en la zona óptima de ocupación. Al constatar las estadísticas proporcionadas por el Hospital San Felipe, durante las visitas a establecimientos de salud, (235 camas) se observa que el porcentaje anda por debajo del promedio nacional 57%, en cambio el Hospital San Lorenzo (79 camas) reporta un 101% arriba del promedio. De acuerdo al entrevistado en el Hospital San Felipe, existen ciertas divergencias respecto al número de camas hospitalarias censables (reconocidas oficialmente) y las no censables (no reconocidas con camas por ejemplo las camillas) que también son utilizadas en el momento de calcular el indicador arriba indicado, además de la reducción en la demanda de los servicios

²¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Informe sobre la salud en el mundo, 2013

²² Moreno-Martínez, R., & Martínez-Cruz, R. A. (2015). Eficiencia hospitalaria medida por el aprovechamiento del recurso cama hospitalaria de segundo nivel de atención. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 53(5), 552-557.N

por parte de los usuarios. Un giro de cama superior a 52 indica que está existiendo una sobreutilización de este recurso lo cual es compatible con el hecho de que se tiene una baja tasa de camas por mil habitantes.

Hallazgo no 11. No hay evidencia en el Plan Nacional de Salud y en los establecimientos de salud, de que existan procesos para mejorar la gestión con análisis de la productividad hospitalaria

Los procesos de análisis para mejorar la gestión hospitalaria es un proceso multidisciplinario analítico para la toma de decisiones que se apoya en una metodología enfocada a vigilar los niveles de producción, productividad, eficiencia, eficacia y promueve la rendición de cuentas (“Metodología de gestión productiva de los servicios de salud - Introducción y generalidades”. OPS, Washington, DC, 2010)

El sistema de salud de Honduras dentro del Plan Nacional de Salud 2014-2018 carece de un enfoque de gestión en los establecimientos de salud que apoyen a los funcionarios del establecimiento de salud para la tomar decisiones basada en información concreta, con el objetivo fundamental de maximizar el uso de los recursos coadyuvando mejorar el acceso y la calidad de la atención. Diversos proyectos emprendidos desde el año 2000-2006, como PRIESS y PRS²³ y la Unidad Local de Apoyo Técnico, ULAT, programa financiado por la USAID 2008-2013, con consultorías de proceso y de expertos en gerencia hospitalaria, se dejaron sentadas las bases para el mejoramiento de la gestión hospitalaria basada en gestión por resultados, pero las administraciones siguientes abandonaron estos esfuerzos y por ende haciendo a un lado, los logros alcanzados en esos años. Un caso excepcional en toda esta cuestión constatado por el equipo de la ASJ es la experiencia del Hospital San Lorenzo, que retomó estos modelos siendo gestionados por algunos expertos traídos de la experiencia de PRIESS y ULAT, logrando un alto impacto en la gestión hospitalaria para la población de influencia a la cual sirven.

Recomendación

1. Establecer de forma permanente los comités de gestión que analicen el comportamiento mensual de los resultados de producción hospitalaria, morbilidad y mortalidad y se tomen decisiones para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos que se asignan en la prestación de los servicios de salud que brindan los establecimientos de salud de la SESAL.

23 PRIESS/BID, Programa Integral de Reforma del Sector Salud del Banco Interamericano de Desarrollo, PRS/BM Programa de Reforma del Sector Salud del Banco Mundial

Variable: uso y eficacia en la prestación de servicios**Indicador: tasa de mortalidad**

La tasa de mortalidad se analiza como un indicador del estado de la salud de una población, referente de la eficacia de los servicios de salud en la disminución de las muertes y la identificación de sus causas.

La reducción de la mortalidad materno-infantil es parte de metas de importancia internacional, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los Objetivos de Desarrollo Sustentable. Según la OPS el indicador de mortalidad infantil reconoce como factores determinantes las condiciones de vida materna y el acceso a la atención; en el caso de la mortalidad materna, los determinantes más importantes son la pobreza y la marginalidad social, el bajo nivel educativo, y el desconocimiento y la violación de los derechos sexuales y reproductivos. Ambos indicadores reflejan también la desarticulación y segmentación del sistema de salud, el déficit en la calidad de atención y las dificultades en la resolución de la emergencia obstétrica y perinatal. En la siguiente tabla se muestran los datos de mortalidad para el año 2017:

Tabla 25 Indicadores de mortalidad para el año 2017

Mortalidad	Tasa de mortalidad	Indicadores de referencia OPS ²⁴ al año 2017
Mortalidad general	4.48	Región Américas: 7.1 Istmo C.A.: 4.9
Razón de mortalidad materna por 100,000 nacido vivos (muertes en el embarazo, parto y puerperio)	73	Región Américas: 56.6 Istmo C.A.: 73.8 Meta ODS3 2030: 70
Tasa de mortalidad infantil por 1,000 nacido vivos	17	Región Américas: 12.3 Istmo C.A.: 18.2

Fuente: construido con datos del anuario estadístico de la Sesal del año 2017

La mortalidad general del país es menor a la que presenta la Región de las Américas y el Istmo Centroamericano, de igual manera la tasa de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos (n.v.) es también menor al compararse con los datos reportados en el Istmo Centroamericano y las Américas. El indicador 3 de los ODS acerca de la mortalidad infantil propone una meta al año 2030 de 12 niños por cada mil n.v. para la tasa de mortalidad neonatal, el respecto los datos de la OPS¹¹ indican que para el año 2017 Honduras presenta una tasa de 10 niños por cada mil n.v.

Sin embargo, en el indicador la mortalidad materna es superior a la que reporta la Región de las Américas y similar a la que se reporta en los países del Istmo Centroamericano y aún está por encima de la meta de ODS3.

24 Estadísticas Plataforma de Información en Salud para las Américas, recuperado de <https://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores/visualizacion.html>

Indicador: primeras diez causas de mortalidad hospitalaria

Este indicador presenta las primeras diez causas básicas de defunción en los hospitales de las Sesal, este resultado ayuda a evaluar el estado de la salud de la población con relación a las enfermedades de mayor mortalidad. El análisis de la prevalencia de la mortalidad a causa de algunas enfermedades en un período de tiempo ayuda a determinar si política pública debe ajustarse tanto en estrategia como en presupuesto para hacerle frente. Por ejemplo, cuando la mortalidad por las cardiopatías y la diabetes se dispara en pocos años, sería conveniente implementar programas para la promoción de estilos de vida y cambio de hábitos que ayuden a prevenir estas enfermedades, y hacer los ajustes en el presupuesto necesario para ofrecer tratamientos eficaces en el caso de otras enfermedades que lo requieran.

Tabla 26 Causas básicas de defunción general y de niños hasta 4 años de edad, del año 2017

No	Defunción general	Defunciones de menores de un año de edad	Defunciones de niños entre 1 y 4 años de edad
1	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	Neumonía, no especificada
2	Neumonía, no especificada	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
3	Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación	Malformación congénita del corazón, no especificada	Hidrocéfalo congénito, no especificado
4	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	Neumonía congénita, organismo no especificado	Malformación congénita del corazón, no especificada
5	Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones renales	Aspiración neonatal de meconio	Insuficiencia hepática, no especificada
6	Otras cirrosis del hígado y la no especificadas	Neumonía, no especificada	Defecto del tabique ventricular
7	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	Asfixia del nacimiento, no especificada	Encefalitis, mielitis y encefalomiелitis, no especificadas
8	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte	Espina bífida con hidrocéfalo, sin otra especificación
9	Malformación congénita del corazón, no especificada	Asfixia del nacimiento, severa	Estado asmático
10	Otras Enfermedades Cerebrovasculares Especificadas (Isquemia cerebral)	Diarrea Y Gastroenteritis De Presunto Origen Infeccioso	Leucemia Linfoblástica Aguda

Fuente: elaborado con datos del anuario estadístico de la Sesal, del año 2017

La identificación de las diez primeras causas de defunción hospitalaria en la Sesal, sitúa a las enfermedades de las vías respiratorias en el primer lugar. Al respecto la OMS expone que la mortalidad a causa de enfermedades respiratorias inferiores es la primer causa de muerte en los países de ingreso bajo y la tercera en los países de ingreso mediano bajo.

Variable: tasa de incidencia

Indicador: primeras diez causas de enfermedad

Con este indicador se busca reconocer las principales causas o enfermedades que afectan a las personas y que les motivan a solicitar atención en los establecimientos de salud. El reconocimiento de la morbilidad es del interés de las autoridades sanitarias para dar seguimiento al combate de enfermedades o causas recurrentes e identificar nuevas causas o brotes, y formular estrategias para disminuir su incidencia y prevalencia. Los datos reportados por la Sesal para este indicador se muestran a continuación:

Tabla 27 Principales causas de enfermedad, número y tasa por 1000 y 100,000 habitantes

Enfermedades	Grupos de edad				Total	Tasa por 1000 habitantes	Tasa por 100 mil habitantes
	< 1 año de edad	1 a 4 años de edad	5 a 14 años de edad	15 y más años de edad			
<i>Otras Faringe / Amigdalitis</i>	49,509	132,843	104,956	172,035	459,343	51.81	5,180.74
<i>Faringe Amigdalitis Estreptocócica</i>	13,155	78,875	81,363	121,661	295,054	33.28	3,327.80
<i>Diarrea</i>	41,227	92,698	25,878	50,269	210,072	23.69	2,369.32
<i>Bronquitis y Asma</i>	32,317	59,924	42,179	75,011	209,431	23.62	2,362.09
<i>Hipertensión Arterial</i>	0	3	550	126,512	127,065	14.33	433.11
<i>Diabetes</i>	0	4	340	66,736	67,080	7.57	756.57
<i>Neumonía / Bronco-neumonía</i>	17,223	23,278	3,706	8,079	52,286	5.90	589.71
<i>Varicela</i>	1,641	5,928	8,644	4,501	20,714	2.34	233.62
<i>Malaria Casos Sospechosos</i>	389	1,255	1,485	6,494	9,623	1.09	108.53
<i>Disentería</i>	1,459	3,163	1,099	2,228	7,949	0.90	89.65

Fuente: Cuadro construido con información del Anuario Estadístico 2017 y de la Memoria Institucional SESAL, 2017

La prevalencia de enfermedades de notificación obligatoria mostrada en el cuadro anterior, han estado bajo control y con reducciones importantes.

Tabla 28 Enfermedades de notificación obligatoria expresado en tasa por cada 100 mil habitantes

Nombre enfermedad	2014	2015	2016	2017	Región de las Américas ²⁵
<i>Dengue</i>	253	99.51	92.16	58.65	59.76 ²⁶
<i>Chikungunya</i>	ND	ND	182.13	6.05	Sin Datos
<i>Zika</i>	ND	ND	368.49	5.36	Sin Datos
<i>Malaria</i>	15.4	20.3	18	12.8	0
<i>Tuberculosis</i>	23	31	28	27	52
<i>VIH-SIDA</i>	0.4	0.4	0.4	0.4	0.30

Fuente: cuadro construido con información del Anuario Estadístico 2017 y de la Memoria Institucional SESAL, 2017

No obstante, estos esfuerzos no han sido suficientes, en este estudio se seleccionaron países de la región de las Américas utilizando datos de la OMS, y se pudo estimar que sus tasas aún están por encima de los promedios de la Región de las Américas a excepción de la tasa que se muestra de VIH/ SIDA que anda por encima del promedio de la región y es de un 0.30. La malaria en la región presenta una tasa de 0, la de Honduras anda en 12.8 Solamente en tuberculosis y el dengue, en la que se visualiza una tasa favorable con respecto al promedio 52 y 59.76 respectivamente, de la Región.

Tabla 29 Incidencia y Mortalidad Enfermedades PAI

Tasa de incidencia y de mortalidad general enfermedades Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).				
Enfermedades	Casos		Defunciones	
	No.	Tasa	No.	Tasa
Poliomielitis*	0	0	0	0
Difteria*	0	0	0	0
Sarampión*	0	0	0	0
Rubéola*	0	0	0	0
Tos ferina*	266	3.00	11	0.12
Tétanos no neonatal*	27	0.30	14	0.15
Tétanos neonatal**	0	0	0	0
Meningitis TB*	1	0.10	1	0

Fuente: Cuadro construido con información del Anuario Estadístico 2017 y de la Memoria Institucional SESAL, 2017

*Tasa por 100000 nacidos vivos

** Tasa por 1000 nacidos vivos

La tasa de incidencia de enfermedades bajo el programa PAI ha tenido resultados de alto beneficio para controlar y reducir la incidencia de casos de diversas enfermedades, contribuir al aumento de la esperanza de vida de la población y por ende la reducción de la tasa de mortalidad a lo largo de muchos años. Pese a ello aún se presentan casos altos de Tos Ferina, que actuando en los bebés es debido a que no se vacunaron o no completaron la dosis. Esta enfermedad a nivel mundial es de alta incidencia sobre todo en los países como Honduras, desarrollándose a inicios de verano o primavera. También la parotiditis (paperas) presenta una incidencia alta, se presenta a finales de invierno, aunque generalmente la vacuna

25 Estadísticas Plataforma de Información en Salud para las Américas, recuperado de <https://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores/visualizacion.html>

26 Recuperado de <https://www.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue/dengue-nacional/9-dengue-pais-ano.html>

inmuniza a los niños de por vida. El tétano neonatal, está relacionado con la atención del parto, en la que se usaron instrumentos con poca esterilización al momento de cortar el cordón umbilical.

Hallazgo no. 12. Las actividades de promoción y prevención disponen de insuficientes recursos logísticos para llevar a cabo la implementación de la estrategia y ejecución del plan en las comunidades.

De acuerdo a la carta de Ottawa, la promoción de la salud conlleva que la población disponga de los medios necesarios para “mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Siendo que la salud representa un activo social y personal, no concierne exclusivamente al sector sanitario per se, en ese sentido, el estudio encontró de acuerdo a los datos proporcionados por la SESAL, que aún persisten en niveles dramáticos en Honduras enfermedades por ejemplo, la diarrea y las infecciones de las vías respiratorias, solamente comparados con regiones del Sub Sahara en África, las queden estar asociadas a las condiciones de pobreza de las familias, pero también debido a la poca eficacia de las acciones e intervenciones de la SESAL en promoción y prevención que carecen de focalización, integralidad y coordinación multisectorial. Además, el abordaje de los problemas de salud requiere de intervenciones de diversos sectores e instituciones. Por ejemplo, la SESAL en la Memoria institucional 2017 reporta porcentaje de acciones logradas para prevenir y controlar el Chagas y Leishmaniasis, (48%), Malaria (73.6%) y vacunación del PAI (70%), pero no hay reportes si existen intervenciones para controlar la incidencia de diarrea e infecciones respiratorias agudas. La SESAL reporta en dicha publicación más 8 millones de intervenciones para la promoción y prevención de la salud, pero no se logra saber en qué temas fueron las intervenciones, lo que impide saber si estas responden combatir por medio de la prevención y promoción las principales causas de enfermedades.

Al respecto se requiere la profundización de acciones dirigidas a no solo prevenir la presencia de la enfermedad, a través de la disminución de los factores de riesgo, sino también a controlar su avance y reducir los efectos dado su desarrollo. Un elemento adicional es que en el presupuesto 2017, no se logra detectar la cuantía asignada para programas de promoción y prevención.

Recomendación

1. Profundizar y acelerar las acciones de promoción de la salud y prevención, de manera permanente y con carácter prioritario, de forma que se reduzca la proporción de atenciones curativas como resultado de que están cambiando los estilos de vida de la población. Esto incluye un aumento de acciones comunitarias preventivas y de promoción de la salud, mediante la asignación de mayores recursos.

Área de Gestión

La gestión de la Secretaría de Salud tiene implicaciones directas sobre la eficiencia y eficacia de sus servicios, es por ello que se evalúa el cumplimiento por medio de indicadores de planificación, el presupuesto y su ejecución, transparencia, control de sus funciones, así como la adopción de medidas ante posibles riesgos de corrupción.

Variable: gestión financiera

Indicador: gasto público en salud

La asignación presupuestaria que un país determina para el financiamiento de la salud pública denota la importancia y compromiso del Estado con la implementación de su política en materia de salud, para mejorar la cobertura y el acceso a los servicios de la población. Según la OPS los países que más han avanzado hacia la cobertura universal presentan un gasto público en salud de 6% o más del producto interno bruto (PIB) y este es el porcentaje que dicha organización establece como referencia para que los países avancen en la estrategia de promover la salud universal²⁷.

Tabla 30 Indicadores del gasto público en salud en el año 2017

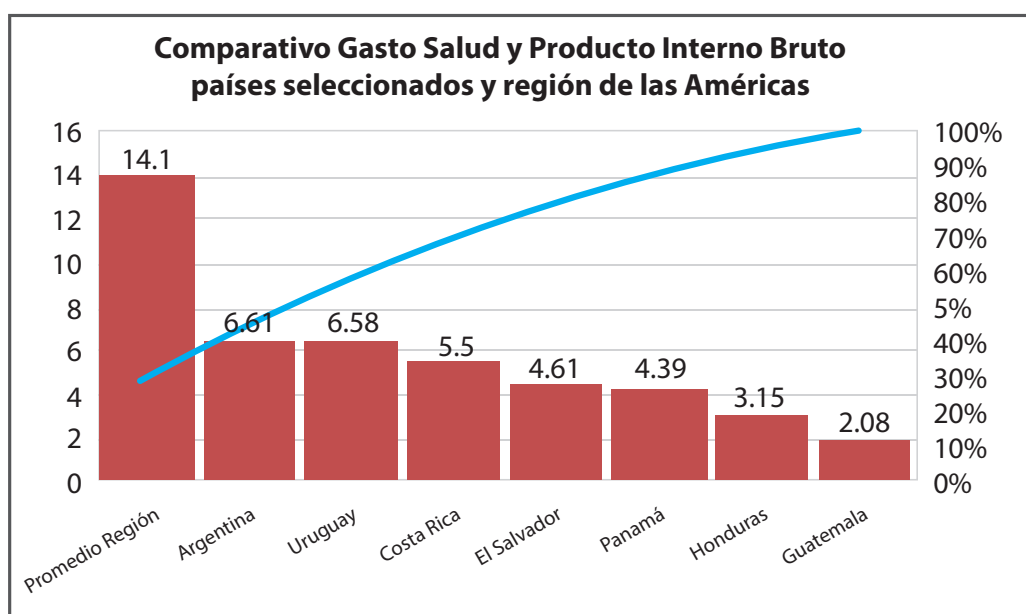
Indicador	Presupuesto SESAL en miles de millones	Presupuesto Nacional en miles de millones	%
<i>Presupuesto del sistema de salud con relación al presupuesto nacional</i>	L.13,8	L 238,4	5.7
	Presupuesto devengado	Gasto Nacional vigente	%
<i>Gasto del sistema de salud con relación al gasto nacional.</i>	L.13,7	L. 258,2	5.3
	Gasto total	PIB a precios de mercado	%
<i>Gasto en el sistema de salud del gobierno como porcentaje del PIB.</i>	L. 13,7	L.539,6	2.5%
	Gasto total	Población	Gasto per-cápita
<i>Gasto en salud per-cápita</i>	L.13.8 miles de millones	8,866,351	L. 1,556.40

Fuente: Cuadro construido con información del Anuario Estadístico 2017 y de la Memoria Institucional SESAL, 2017

De acuerdo a los datos analizados, el gasto total de salud como porcentaje del PIB en Honduras (2.5%) no se acerca al valor de referencia que OPS recomienda, siendo también muy inferior al promedio de la región de las Américas (14.1%), como se muestra en la siguiente gráfica:

Figura 8 Gasto público en salud como porcentaje del PIB en países de la Región de las Américas, año 2018

27 Organización Panamericana de la Salud. Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2018, recuperado en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34947>



Fuente. Construido con información de Monitoreo Gasto Público: Gasto de salud en América Latina, Observatorio del Gasto Público en Salud, CEDICE, año 2018, Venezuela

En cuanto a la inversión por persona en el año 2017 anduvo en aproximadamente en unos USD. 78.00 dólares, estando por debajo del promedio Centroamericano y del Caribe que fue aproximadamente de USD 392.00, del promedio mundial de USD 628.00 y muy inferior al de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE (USD 2,880.00).

Un estudio del Banco Mundial en relación a las fuentes de financiamiento del gasto resalta gran diferencia entre los países ricos y pobres en lo que se refiere a necesidades y gasto en salud. Por ejemplo, el contraste marcado entre que el 84% de la población mundial habita en países en desarrollo, afronta el 90% del peso de las enfermedades del total de la población mundial, tan solo el 20% del producto interno bruto (PIB) y el 12% del gasto total en salud del mundo, se asignan a este tema. El contraste se revela más cuando la población de altos ingresos per cápita cien veces más en salud que los países de bajos ingresos: pese al costo de vida en países de altos ingresos, la brecha es de casi 30 veces. Aún más, la situación es más dramática si considera que más del 50% del gasto en salud de los países pobres proviene de pagos de bolsillo de los usuarios. (Es decir más del 60% del gasto total) y en países con ingresos medios representa un 85% de gasto de bolsillo, (un 40% del gasto total).²⁸

La ejecución del presupuesto asignado a la Sesal en las diferentes categorías de gasto, se muestra en la siguiente tabla:

²⁸ Estudio del Financiamiento de la Salud, Banco Mundial, 2007

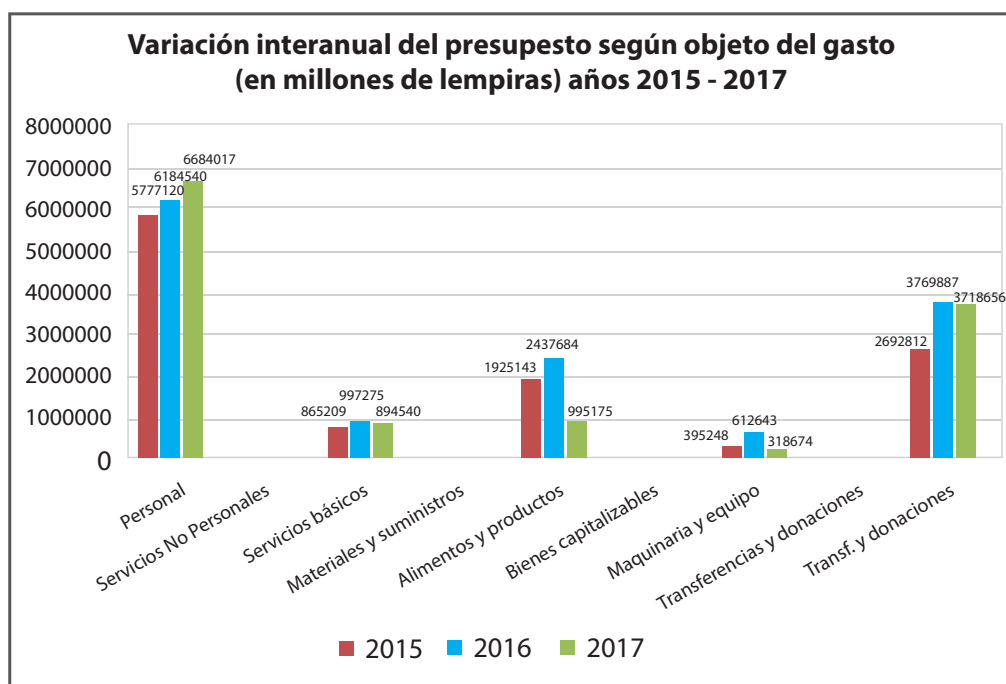
Figura 9 Ejecución presupuestaria de la Sesal por objeto de gasto, año 2017

Indicador	Objeto de Gasto					
	100	200	300	400	500	Total
	Sueldos y salarios	Servicios no Personales	Bienes de consumo e Insumos	Equipo y Maquinarias y Construcción	Transferencias	
	L. 6,6 miles de millones	L. 894.5 miles de millones	L. 995.1 miles de millones	L.318.6 miles de millones	L. 3,7 miles de millones	L. 12,5 miles de millones
Porcentaje del presupuesto de la Secretaría de Salud	48%	7.2%	16%	2.5%	26.8%	
Nivel de ejecución presupuestaria por categoría.	100%	98%	99%	98%	99%	100%
Gasto por medicamentos, materiales e insumos quirúrgicos			L.995,1 millones			

Fuente: SESAL y Secretaría de Finanzas de Honduras, año 2017

El 48% del presupuesto se destina a sueldos y salarios, un 16% se destina en la categoría de gasto a bienes de consumo e insumos de donde se adquieren los medicamentos, materiales e insumos para las atenciones: mientras que un 26.8 son transferidos hacia actividades de salud, desarrolladas por instituciones no gubernamentales prestadoras de servicios de salud bajo modelos de gestión descentralizadas y en otro caso pagos por la compra de medicamentos mediante fideicomiso, pero otras se desconocen si se refieren a actividades relacionadas al sector salud. El resto se asigna a servicios no personales y equipo de construcción.

Tabla 31 Variación interanual del presupuesto de las Sesal, según objeto de gasto, años 2015 al 2017



Fuente: SESAL y Secretaría de Finanzas de Honduras, año 2017

Hallazgo no 13. Se carece de línea estratégica para el fortalecimiento de la gestión por medio de la asignación, uso eficiente y eficaz de los recursos, con controles internos, para apoyar la calidad de la atención.

En el Plan Estratégico y el Plan Nacional de Salud 2014-2018 se contextualiza y se expone que el modelo de atención de salud se lleva a cabo con actividades de muy alto costo y poca efectividad, a su vez que tal inversión en salud pública está carente de un sistema que asegure la calidad de la atención y el uso racional de los recursos, que se asignan presupuestos apoyados en criterios históricos, aplicación de controles no vinculados a producción de calidad sino en servicios intermedios, centralización de la asignación y uso del presupuesto, financiamiento poco equitativo y cargándolo al gasto de bolsillo para acceder a los servicios de salud, pese a todo ello, no se visualiza en los planes antes señalados, acciones estratégicas que conduzcan a solucionar los problemas antes expuestos. Esto conduce a que el Estado desconozca en detalle a quienes está financiando y beneficiando con los servicios de salud ya que los informes solamente revelan cuantas atenciones, pero no revela, quienes las reciben, cuánto gasta según el tipo servicio final o servicio de apoyo que brinda, si está siendo eficiente y eficaz, si sus costos son menores que sus beneficios, si requiere mayor asignación presupuestaria, y productividad media de su recurso humano, entre otros.

Estudios revelan que entre mayor es el gasto del Estado en salud, mayor es el gasto en salud de la población (de bolsillo) que en promedio de acuerdo a la OMS en Honduras andaría en más de 60% promedio en el 2015 cada vez que una familia acude por un servicio de salud, siendo su mayor componente, el gasto en medicamentos, especialmente los que se denomina de tipo catastróficos. De acuerdo a la SESAL en el 2017 hubo un 61% de abastecimiento esenciales (cubren prioridades en la atención de salud) y no esenciales, el estudio de campo realizado por la ASJ en uno de los establecimientos de mayor referencia en el país, el Hospital San Felipe, encontró un abastecimiento promedio del 54%, que debería mejorarse considerando que ese mismo año patologías de orden crónica, como diabetes, hipertensión arterial, estuvieron entre las primeras 10 causas de atención.

Recomendaciones

1. Desarrollar un plan para la promoción del control interno institucional a todos los niveles, en los que la UPEG, los Comité de Control Interno desempeñen un rol de impulsores del control y seguimiento a las acciones en nivel central, nivel regional, hospitalario y atención primaria.
2. Diseñar e implementar en el mediano plazo una metodología de costos para determinar cuánto cuestan los servicios de salud de la SESAL.

Indicador: herramientas de gestión para el mejoramiento de la capacidad resolutive frente a la demanda.

A continuación se presentan las herramientas de gestión con que cuenta la Sesal para implementación de sus planes y estrategias:

Tabla 32 Herramientas de gestión de la Sesal

Herramientas de gestión de la Sesal
Plan Nacional de Salud 2014-2018
Plan estratégico 2014-2018
Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión por Resultados

Fuente: elaborado con información proporcionada por Sesal, memoria anual, Plan Nacional de Salud

Hallazgo no 14. Sistema de monitoreo y evaluación de la gestión limitado para apoyar los procesos de mejora continua, centralizado, limitado.

En forma general el sistema de monitoreo y evaluación de la gestión permite controlar y medir la gestión con el fin de mejorar con eficiencia y eficacia, la calidad de los productos y servicios,

El Plan Nacional de Salud de la SESAL señala que el objetivo de esta importante actividad de seguimiento y monitoreo es fortalecer la conducción y gerencia de las instituciones en la consecución de resultados institucionales y sectoriales vinculados al Plan de Gobierno²⁹.

²⁹ Plan Nacional de Salud 2014-2018

En función de lo anterior, este sistema de monitoreo y evaluación ha venido logrando acciones de seguimiento y monitoreo periódico a los datos, productos y resultados, los que son recolectados desde los establecimientos de salud hasta el nivel central, pasando por diversos filtros antes de llegar a la Unidad que maneja el dato final en la UPEG.

Pese a lo anterior, se encontró que el sistema tiene el reto de lograr un desempeño armonizado entre los niveles, estratégicos, operativo. Por ejemplo, el nivel operativo en los establecimientos de salud, nivel departamental, nivel central y la UPEG, hace uso de formatos muy generales de información de la producción que conlleva un análisis muy general y superficial, los tiempos prolongados en la presentación de la información entre niveles, llegando de forma muy desfasada el dato. Lo anterior ha conducido a generar una obsolescencia del sistema, que ha sido superado por las necesidades de información que un sistema de seguimiento y monitoreo de salud requiere, la desactualización alcanza la poca desagregación en niveles de información que permita, por ejemplo, establecer relaciones entre distintas variables para conocer las brechas, niveles de productividad, eficiencia y eficacia, entre otros, comentan que ellos saben que existen brechas en recursos humanos, pero no saben con certeza la cuantía de la brecha. Por ejemplo la máxima autoridad ejecutiva de la SESAL les solicita información cuánto cuesta un parto, pero carecen de un sistema de costos de producción para valorizar los servicios de salud. Otro efecto es que solamente realizan monitoreo de productos y resultados generales, no hacen monitoreo de productos intermedios.

La Unidad de Seguimiento carece de suficiente apoyo tecnológico y recursos humanos, (ocho técnicos y 3 del área informática), equipo de cómputo obsoleto desactualizado, sobrepasado en su capacidad para un sistema de salud complejo y heterogéneo. Según se constató durante la entrevista con técnicos de la UPEG, este equipo por ejemplo debe manejar en una computadora la plataforma presidencial del Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión por Resultados SIMEGPR, la plataforma Sistemas de Información Integrado de Administración y Finanzas SIAFI y el Sistema de Monitoreo y Evaluación SIME. Se observa que, los técnicos para cumplir con los trabajos diarios, deben regularmente cambiarse unos a otros hacia los computadores que mejor funcionan para realizar los trabajos. Otro ejemplo es que carecen de impresoras y fotocopadoras, ellos tienen que financiar de su bolsillo las reproducciones en servicios de fotocopias afuera de la SESAL.

Para efectuar las labores de planificación operativa, seguimiento y monitoreo a 20 regiones departamentales, 30 hospitales y más de 1,600 establecimientos de salud primaria y el nivel central, les asignan L. 500,000 anuales para movilización, lo que en promedio corresponde a menos de L. 300 por establecimiento de salud al año, lo cual es insuficiente para ejecutar las actividades.

Otro elemento que se encontró es que los cambios constantes en las máximas autoridades y funcionarios provocan la inevitable necesidad de invertir tiempo para el período de inducción acerca del sistema y el rol que deben desempeñar.

Recomendaciones

1. Fortalecer la Unidad de seguimiento, control y evaluación de la gestión, armonizando formatos que incluya más niveles desagregados de la información que facilite y mejore el análisis, herramientas y tiempos de entrega de información.
2. Fortalecer el presupuesto para logística, renovar los equipos informáticos, de impresión y reproducción que sirven para monitoreo y seguimiento en plataformas y presentación de informes, contar con sistemas de información integrados a nivel nacional, incremento de recursos humanos en esta área, para que pueda mejorarse el desempeño desde la planificación hasta el monitoreo y seguimiento del nivel operativo articulado con el nivel estratégico.

5. Conclusiones

1. Persisten problemas crónicos que durante décadas el sistema de salud ha venido padeciendo, los cuales son problemas asociados a una definición clara del sistema de salud, modelo de aseguramiento público estancada debido a una gestión basada en actividades en vez de resultados e impacto de sus servicios, estándares de servicio sin definirse, no se sabe quiénes son los beneficiarios, donde se localizan, análisis de costos y eficiencia de los establecimientos, procesos de reforma enfocados solamente en modelos de gestión descentralizado; la gestión de recursos humanos enfrenta problemas desde la planificación del recurso humano, procesos de selección, supervisión y evaluación del desempeño ligado a resultados, control en el uso de los recursos presupuestarios, obsolescencia de infraestructura hospitalaria y tecnológica y falta de mantenimiento y reposición retrasada de equipamiento de los establecimientos de salud, sistema de seguimiento y monitoreo con poco alcance.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

6. Recomendaciones generales

Profundizar y acelerar el diseño o implementación del modelo de aseguramiento público con identificación clara de los beneficiarios, su localización, qué aspectos financiará la SESAL con base en el desempeño de los establecimientos de salud; esto permitirá contar con una gestión basada en resultados e impacto de sus servicios con altos estándares de servicio alineado a los procesos de reforma, con cambios profundos en la gestión de recursos humanos desde la planificación, procesos de selección, supervisión y evaluación del desempeño ligado a resultados; el fortalecimiento y el control en el uso de los recursos presupuestarios; remodelación y reposición de la infraestructura hospitalaria y tecnológica con mantenimiento preventivo permanente; mantenimiento de los establecimientos de salud y el nivel central y regional; desarrollo de un sistema de información para la producción de los servicios de salud y reforzar el sistema de seguimiento y monitoreo con poco alcance.

7. Anexos

Anexo Evaluación de la calidad del protocolo

Tabla n.º 19. 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	80%	20%

Anexo Evaluación de la aplicación del protocolo

Tabla n.º. 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 respaldo 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.

Anexo Porcentaje de aplicación del protocolo de la SESAL en los diferentes niveles de la generación del dato.

Tabla N. 22. Resultados del cumplimiento de la práctica en los establecimientos de salud, datos expresados en porcentajes

Establecimiento de salud	Nivel local
Hospital Regional Atlántida	71
Hospital Enrique Aguilar Cerrato	76

Fuente: Elaborado por ASJ/TI

