GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

Plan Operativo de Emergencia (POE) Institucional

2026 - 2027

Secretaria de Salud

Tegucigalpa M.D.C. Agosto, 2026

Contenido

INTRODUCCIÓN 5
MARCO LEGAL 6
I. Diagnóstico técnico situacional 9
A. Diagnóstico de la demanda: Lista de Espera Quirúrgica y Mora Quirúrgica. 9
B. Diagnóstico de la Oferta: Cuantificación/Condición/Utilización 11
C. Nivel de abastecimiento real de medicamentos esenciales 15
D. Servicios de Hemodiálisis 15
II. Priorización territorial y hospitalaria 20
III. Cronograma de ejecución 25
IV. Presupuesto 26
V. Matriz de riesgos 28
VI. Sistema de monitoreo y evaluación 31
VII. Financiamiento del régimen excepcional 42

AUTORIDADES

Sr. Nasry Juan Asfura Zablah
Secretario de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Ángel Eduardo Midence Ochoa
Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. José Miguel Castillo Hurtado
Subsecretaría de Proyectos e Inversión

Dra. Freyja Villatoro Jácome
Directora de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión

Dra. Luz María Aguilar Chacón
Directora General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. Oscar Antonio Gómez Medina
Director General de Riesgos Poblacionales

Dra. Darlin Fuentes Fonseca
Director General de Vigilancia del Marco Normativo

Licda. María Angela Ayala Muños
Director General de Desarrollo del Recurso Humano en Salud

Dra. Elvia María Ardón
Directora General de Normalización

Dr. Homer Mejía
Jefe de la Unidad de Vigilancia de la Salud

Abg. Ibeth Albertina Benítez
Secretaria General

Licda. Claudia Valeriano
Gerente Administrativo

EQUIPO TÉCNICO CONDUCTOR

Dra. Dra. Freyja Villatoro
Directora de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión

Equipo Técnico UPEG

Dra. Diana Núñez Azzad
Lic. Alexander Morales
Lic. Auristela Vásquez
Ing. Jonathan Acosta
Abogada. Nivia Aguilar
Dra. Delmi Aguilar
Dr. Carlos Eduardo Flores
Dr. Jonatan Ochoa
Dra. Lyda Esther Núñez
Dra. Keydi Patricia Juárez
Ing. Adriana Fortín Talavera
Lic. Fredy Domínguez
Arq. Breisy Reyes

Instancias de Nivel Central

Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud
Departamento de Servicios de Segundo Nivel de Atención
Unidad Técnica de Gestión de Proyectos
Unidad Logística de Medicamentos e Insumos
Sub Gerencia de Recursos Humanos
Gerencia Administrativa

INTRODUCCIÓN

Con la declaración de estado de emergencia en el sector salud a nivel nacional se reconoce la situación crítica estructural que enfrenta el sistema sanitario nacional, identificando los principales problemas a ser abordados por la **Ley de Medidas Excepcionales para la Atención Prioritaria en Materia de Salud de la Población (Decreto 05-2026)del 6 de febrero y su reglamentación General del 16 de marzo (Acuerdos 996-A-2026) y su modificación (Acuerdo N.3391-2026) del 9 de junio del 2026,** como ser: La acumulación de mora quirúrgica, el desabastecimiento de medicamentos e insumos esenciales, la insuficiencia de recurso humano especializado, el deterioro de infraestructura Hospitalaria y limitaciones logísticas que afectan la continuidad y calidad de los servicios públicos de salud. Esta delimitación evita la expansión indebida de la emergencia hacia ámbitos no previstos por el legislador.

La declaratoria de emergencia constituye un instrumento jurídico excepcional, de naturaleza transitoria, cuyo propósito es habilitar mecanismos ágiles de gestión administrativa, financiera y operativa, orientados a proteger el derecho fundamental a la salud y a la vida de la población. De esta manera, se transforma la emergencia en una oportunidad de fortalecimiento estructural del sistema nacional de salud, evitando la normalización permanente de mecanismos extraordinarios.

En relación al problema de la mora quirúrgica, el Gobierno de la República de Honduras, a través de la Secretaría de Salud (SESAL), ha establecido priorizar entre otros, el mecanismo de fortalecimiento de la capacidad resolutiva de su red Hospitalaria para garantizar la continuidad y sostenibilidad de las capacidades resolutivas fortalecidas, y acciones extrainstitucionales.

El presente Plan Operativo de Emergencia POE, constituye el instrumento técnico rector del régimen excepcional y tendrá carácter obligatorio para todas las dependencias ejecutoras. El mismo tendrá carácter vinculante para todas las actuaciones realizadas bajo el régimen excepcional. Ninguna contracción, convenio, Fideicomiso, modificación presupuestaria o erogación podrá ejecutarse si no se encuentra previamente contemplada, directa o indirectamente en el POE y asociado a una meta verificable

MARCO LEGAL

El Fundamento para la elaboración del Plan Operativo de Emergencia (POE) está respaldado en dos niveles:

Marco normativo general

El mismo justifica y orienta por qué la SESAL está obligada a hacer un Plan Operativo de Emergencia (POE), este marco está constituido fundamentalmente por los siguientes referentes:

La Constitución de la República de Honduras, establece en su Art. 329 que el "Estado promueve el desarrollo económico y social, que estará sujeto a una planificación estratégica". La Ley regulará el sistema y proceso de planificación con la participación de los Poderes del Estado y las organizaciones políticas, económicas y sociales debidamente representadas" y "…el Estado con visión a mediano y largo plazo diseñará concertadamente con la sociedad hondureña una planificación contentiva de los objetivos precisos y los medios y mecanismos para alcanzarlos…".

Plan de Gobierno Juntos Vamos a Estar Bien 2026-2030, establece: Que Honduras se encuentra en un punto de inflexión histórico en su sistema de salud. La creciente demanda de atención, la limitada capacidad de respuesta y una red de establecimientos concentrados en establecimientos sin la capacidad resolutiva que el país requiere evidencian la necesidad de una transformación profunda y urgente.

Modelo Nacional de Salud, aprobado según Decreto Ejecutivo PCM 51-2017. Instrumento de carácter político y estratégico de la Secretaría de Salud, define los principios y los lineamientos para la transformación y desarrollo del SNS. El Modelo Nacional de Salud y sus Componentes, es el instrumento de carácter político y estratégico que representa la opción del modelo que Honduras se merece. Se refiere a los aspectos conceptuales, estratégicos, metodológicos e instrumentales que afectarán sustantivamente las posibilidades de organizar y administrar las Redes Prestadoras de Servicios de Salud satisfaciendo con la máxima eficacia, eficiencia, equidad y participación social, la entrega de

servicios de salud a la población hondureña, para lograr el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, consignado en la constitución de la República de Honduras.

Marco normativo específico en Salud

Este justifica los contenidos de la Planificación institucional de Emergencia y sus orientaciones. Siendo:

La Constitución de la República. En su Artículo 149, señala que es responsabilidad de la SESAL la coordinación de todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados mediante un plan nacional de salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados, cuya finalidad es alcanzar el completo bienestar físico y psicosocial de la población.

Código de Salud (1996). Desde el punto de vista legal, el Artículo 1[1], establece que "La salud considerada como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico, es un derecho inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación"[2]. En ese contexto el Artículo 3 señala que: "Le corresponde a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Púbica, la definición de la política nacional de salud, la normalización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud. En los niveles departamental y municipal actuará por medio de las jefaturas regionales y áreas sanitarias, respectivamente, bajo un racional principio de coordinación y descentralización administrativa"[3].

Ley de Medidas Excepcionales para la Atención Prioritaria en Materia de Salud de la Población, creada mediante Decreto Legislativo No**.** 05-2026 de fecha 02 de febrero de 2026, y publicada en el Diario Oficial la Gaceta No. 37,063 de fecha 06 de febrero de 2026,en la cual en su **ARTÍCULO 1.-** Se decreta ESTADO DE EMERGENCIA en el sector salud, a nivel nacional, ante la precariedad de atención integral de la salud de la población en general, la cual tendrá una vigencia de un (1) año, pudiendo prorrogarse por el Congreso Nacional a petición del Poder Ejecutivo. y **ARTÍCULO 2.-** La presente Ley tiene como

[1] Decreto 65-91, publicado en la Gaceta 26509 de agosto de 1991.
[2] Artículo 1 del Código de Salud. Decreto 65-91, de 27 de diciembre de 1996.
[3] Artículo Nº 3 del Código de Salud. Decreto 65-91, de 27 de diciembre de 1996.

objeto implementar medidas excepcionales, urgentes, temporales, públicas y transparentes, necesarias para atender la emergencia sanitaria y mejorar los sistemas de salud de la población hondureña, a través de acciones de simplificación administrativa mediante el establecimiento de procedimientos especiales y/o simplificados de contratación, así como la suscripción de fideicomisos, convenios especiales de prestación de servicios con entes públicos y la suscripción de contratos privados, nacionales o extranjeros y con organismos no gubernamentales, entre otros, con una amplia participación de sectores de la Sociedad Civil para lograr una efectiva veeduría social. **Artículo 10.-** Con el fin de fortalecer el principio Constitucional que la Salud es un bien público y por el carácter temporal del presente Decreto, se ordena a la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud iniciar de inmediato un proceso de planificación y ejecución que permita en el menor tiempo posible realizar todas las atenciones médicas en los establecimientos de salud pública de país, debiendo informar trimestralmente a la Comisión Ordinaria de Salud del Congreso Nacional los avances de esta disposición, los siguientes indicadores de resultados serán: El número de cirugías realizadas, el abastecimiento detallado por hospital y el tiempo promedio de espera.

Reglamento de la Ley de Medidas Excepcionales para la Atención Prioritaria en Materia de Salud de la Población, creado mediante **Acuerdo Ministerial No. 996-A-2026** de fecha 03 de marzo de 2026, publicado en el Diario Oficial la Gaceta No.37,095 de fecha 16 de marzo de 2026, el cual establece en su **Artículo 1.** Objeto. El presente Reglamento tiene por objeto desarrollar y operacionalizar las disposiciones de la Ley de Medidas Excepcionales para la Atención Prioritaria en Materia de Salud de la Población, estableciendo: 1. La delimitación del alcance material del régimen excepcional. 2. Las reglas de planificación, programación y priorización de intervenciones. 3. Los procedimientos administrativos y técnicos aplicables a la ejecución. 4. Las disposiciones financieras, presupuestarias y de administración de recursos. 5. Los mecanismos de control interno, control concurrente y fiscalización. 6. Los estándares mínimos de transparencia y publicidad activa reforzada. 7. El sistema de indicadores, monitoreo y evaluación periódica de resultados. 8. Las disposiciones de responsabilidad funcional y trazabilidad documental. En ningún caso este Reglamento podrá interpretarse como autorización para ampliar, modificar o exceder el alcance de la Ley, ni para crear competencias no previstas en el ordenamiento jurídico vigente.

Acuerdo Ministerial No. 3391-2026 de fecha 03 de junio de 2026, publicado en el Diario Oficial la Gaceta No.37,163 de fecha 09 de junio de 2026, mediante el cual se Acuerda: Modificar el Capítulo I (Disposiciones Generales) específicamente el Artículo 2 y 3; Capítulo II (Planificación y Programación) el Artículo 1, 2, 3, 4 y 5; Capítulo III en lo que se refiere a su denominación y los Artículos 2, 7, 8 y 10; Capítulo IV (Control Concurrente y Fiscalización) específicamente el Artículo 1; Capítulo VI (Indicadores y Evaluación) su Artículo 2; Capítulo VII (Del Fideicomiso) específicamente el Artículo 1 y 2; Capítulo IX, específicamente el Artículo 3 del **Acuerdo No. 996-A-2026 de fecha 03 de marzo del 2026 y publicado en el Diario Oficial "La Gaceta" en fecha 16 de marzo del 2026 según Registro No. 37,095** contenidos en el **Reglamento de la Ley de Medidas Excepcionales para la Atención Prioritaria en Materia de Salud de la Población**.

I. Diagnóstico técnico situacional

A. Diagnóstico de la demanda: Lista de Espera Quirúrgica y Mora Quirúrgica.

El análisis de la Demanda se basó en la **Lista de Espera Quirúrgica (LEQ)**, la cual es cuantificada por cada Hospital, y la **mora quirúrgica** que se define como aquellos procedimientos que superan los 90 días de espera desde su diagnóstico.

Para identificar lo anterior se realizó el análisis en los 26 Hospitales dónde se localiza físicamente el mayor volumen de pacientes desatendidos:

El Hospital Escuela es el centro con mayor presión asistencial del país, con 2,135 pacientes en lista, de los cuales 1,798 están en mora. Esto significa que el 37% de toda la mora quirúrgica nacional se concentra en este único Hospital.

En cuanto al Hospital San Felipe reportan 1,792 pacientes con una mora exacta del 50% (896 casos). Seguidamente, el Hospital Mario Catarino Rivas cuenta con 1,173 pacientes y una mora del 62% (727 casos).

El Hospital del Sur presenta una situación preocupante con 882 pacientes y un 58% de mora (515 casos).

En contraste, los Hospitales de San Lorenzo, Hospital San Isidro y Hospital Salvador Paredes destacan por reportar cero **(0) casos en mora**, logrando resolver toda su demanda dentro de los 90 días reglamentarios.

En conclusión, de los **10,118 pacientes en Lista de Espera Quirúrgica**, se evidencia que la mora quirúrgica es un problema de alta concentración:

1. **Concentración Hospitalaria:** Solo tres Hospitales (Escuela, San Felipe y Mario Catarino Rivas) acumulan el **70% de la mora nacional** (3,421 de los 4,844 casos en mora).

2. **Necesidad de Medidas Excepcionales:** La severidad del 48% de mora global valida la activación del cuarto Bloque de Planificación (Contratación Extra institucional), especialmente para servicios como Urología y Cardiología, donde la red pública está desbordada. **Ver tabla 1**

Tabla 1.Situación de la Lista de Espera Quirúrgica (LQ) y Mora Quirúrgica (MQ) por Hospital de la Red de Hospitales Públicos, Secretaría de Salud, n = 26 Hospitales, mayo de 2026.

Nº	Hospital	Cantidad lista espera quirúrgica (LEQ) total	Cantidad de mora quirúrgica (espera mayor 90 días) total
1	Hospital Escuela	2,135	1,798
2	Hospital San Felipe	1,792	896
3	Hospital Mario Catarino Rivas	1,173	727
4	Hospital del Sur	882	515
5	Hospital Leonardo Martínez	400	116
6	Hospital San Lorenzo	338	0
7	Hospital Santa Teresa	338	16
8	Hospital Occidente	302	54
9	Hospital de Tela	299	86
10	Hospital San Marcos de Ocotepeque	296	118
11	Hospital Gabriela Alvarado	266	110
12	Hospital Enrique Aguilar Cerrato	257	28
13	Hospital Juan Manuel Gálvez	248	2
14	Hospital San Francisco	198	15
15	Hospital Aníbal Murillo Escobar	175	39
16	Instituto Nacional Cardio Pulmonar	170	144
17	Hospital Santa Bárbara	137	39
18	Hospital Puerto Cortés	127	16

19	Hospital Atlántida	120	25
20	Hospital El Progreso	100	14
21	Hospital Roberto Suazo Córdova	86	26
22	Hospital Puerto Lempira	70	25
23	Hospital Manuel de Jesús Subirana	69	3
24	Hospital Roatán	58	32
25	Hospital San Isidro	41	0
26	Hospital Salvador Paredes	41	0
Total		**10,118**	**4,844**

Fuente: Datos consolidados POE Unidades ejecutoras 26 Hospitales, Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud, Departamento de Servicios de Segundo Nivel de Atención, SESAL, 25 de mayo 2026.

B. Diagnóstico de la Oferta: Cuantificación/Condición/Utilización

Para realizar el análisis de la Oferta se estableció una distinción crítica entre:

Quirófano habilitado: es el quirófano que cumple todos los parámetros en relación con el espacio físico/infraestructura y equipamiento.

Quirófano funcionando: quirófano habilitado que cuente con los recursos humanos, los insumos/medicamentos y el instrumental quirúrgico necesario tanto en cantidad como en calidad para producir, en este caso, cirugías. Esto es el aspecto relevante de lo que entenderíamos como quirófano funcionando: es aquel que, además de estar habilitado, está produciendo.

El análisis de la oferta institucional constituye la base técnica indispensable para determinar la capacidad de respuesta de la red Hospitalaria frente a la mora quirúrgica acumulada. Este diagnóstico se fundamenta en una distinción técnica esencial: un **quirófano habilitado** es aquel que cumple exclusivamente con los parámetros de infraestructura y equipo normados; por el contrario, un **quirófano funcionando** es aquel que, además de estar habilitado, dispone efectivamente del recurso humano especializado, insumos, medicamentos e instrumental necesarios para producir cirugías.

Bajo esta premisa, el diagnóstico evalúa la oferta en tres dimensiones críticas: la cuantificación de la infraestructura física, la condición operativa de las salas (identificando la capacidad inactiva recuperable) y la eficiencia de utilización, medida a través de la turnicidad diaria y semanal en los 26 Hospitales de la red nacional.

Análisis de Cuantificación y Condición.

La red analizada cuenta con un total de **141 quirófanos**. El análisis de su condición técnica revela una brecha de inactividad global del **34%** (48 salas de quirófanos fuera de servicio).

La capacidad operativa es del 66%, es decir, 93 quirófanos funcionan regularmente, sosteniendo la producción actual. Mientras que la capacidad recuperable (12%) que representan 17 quirófanos están "Habilitados - No Funcionando" debido a déficit de personal, insumos o mantenimiento menor. Este grupo representa la oportunidad de fortalecimiento institucional inmediato. La capacidad inhabilitada **(22%), que corresponde a 31 quirófanos, presenta** deterioro estructural o tecnológico total, impidiendo su uso seguro.

Hallazgos por Nivel Hospitalario

Los Hospitales de Especialidades poseen la mayor dotación (63 quirófanos), pero enfrentan desafíos críticos de mantenimiento. Es notable que el Hospital Escuela tiene 11 de sus 29 quirófanos inhabilitados. En cuanto a los Hospitales Básicos ellos Cuentan con 46 quirófanos en total, de las cuales 12 están habilitadas, pero no funcionan, lo que indica que el problema principal en este nivel es la falta de recursos (personal/insumos) y no solo la infraestructura. Los Hospitales Generales muestran mayor estabilidad con 21 de sus 29 salas operativas. **Ver Tabla No 2.**

Tabla 2*.Capacidad resolutiva de los quirófanos en la Red de Hospitales Públicos, Secretaría de Salud, n = 26 Hospitales, mayo de 2026*

No.	Nombre Hospital	Capacidad instalada de quirófanos	Condición		
			Habilitados		Inhabilitados
			Funcionando	No Funcionando	
	HOSPITALES BÁSICOS				
1	**Roatán**	2	1	1	0
2	**San Marcos de Ocotepeque**	2	2	0	0
3	**Puerto Lempira**	3	2	0	1
4	**Salvador Paredes**	6	3	2	1
5	**Aníbal Murillo Escobar**	2	1	1	0
6	**Roberto Suazo Córdova**	3	2	1	0
7	**Manuel de Jesús Subirana**	2	1	1	0
8	**Tela**	3	1	1	1
9	**Santa Bárbara**	4	2	1	1

10	**Puerto Cortés**	3	2	0	1
11	**Enrique Aguilar Cerrato**	4	2	0	2
12	**San Lorenzo**	3	2	1	0
13	**Gabriela Alvarado**	3	1	1	1
14	**Juan Manuel Gálvez**	6	2	2	2
	Subtotal	**46**	**24**	**12**	**10**
HOSPITALES GENERALES					
1	**San Isidro**	2	1	1	0
2	**San Francisco**	3	3	0	0
3	**El Progreso**	5	2	0	3
4	**Santa Teresa**	4	3	0	1
5	**Atlántida**	6	4	1	1
6	**Del Sur**	4	3	0	1
7	**Occidente**	5	5	0	0
	Subtotal	**29**	**21**	**2**	**6**
	HOSPITALES DE ESPECIALIDADES				
1	**Leonardo Martínez Valenzuela**	11	9	1	1
2	**San Felipe**	11	9	0	2
3	**Mario Catarino Rivas**	12	10	2	0
4	**Escuela**	29	18	0	11
	Subtotal	**63**	**46**	**3**	**14**
	INSTITUTO				
1	**Instituto Nacional Cardiopulmonar**	3	2	0	1
	TOTAL	**141**	**93**	**17**	**31**

Fuente: Datos consolidados POE Unidades ejecutoras 26 Hospitales, Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión, Área de Planificación SESAL, 25 de mayo de 2026.

Utilización de quirófanos semanal

Los Hospitales Básicos presentan el nivel más bajo de eficiencia semanal en un 46 %. Esto indica que sus quirófanos permanecen inactivos la mayor parte de la semana, no solo por turnos, sino por días completos, debido principalmente a la falta de recursos críticos como insumos y personal.

En cuanto a los Hospitales de Especialidades (54%), muestran una gestión semanal inconsistente, Por ejemplo, el Hospital Escuela mantiene una utilización del 77%, mientras que el Mario Catarino Rivas cae a un 36% de eficiencia semanal, lo que agrava la mora quirúrgica en la zona norte. Hospitales Generales se mantienen como el nivel con mejor

aprovechamiento semanal de un 62%, destacando nuevamente Hospital del Sur y El Progreso con un 100% de utilización de su cronograma.

Tabla 3*.Porcentaje de utilización semanal por quirófano habilitado para cirugías electivas por turno, Red de Hospitales Públicos, Secretaría de Salud, n = 26 hospitales, mayo de 2026.*

			Días utilizados		
No.	Hospital	Qx Habilitados para cirugías electivas	Turno A	Turno B	% UTILIZACIÓN SEMANAL (Dos turnos)
	HOSPITALES BASICOS				
1	Roatán	2	5	5	50%
2	San Marcos de Ocotepeque	1	5	0	50%
3	Puerto Lempira	2	10	5	75%
4	Salvador Paredes	3	5	3	27%
5	Aníbal Murillo Escobar	2	5	5	50%
6	Roberto Suazo Córdova	2	5	0	25%
7	Manuel de Jesús Subirana	2	5	0	25%
8	Tela	2	5	0	25%
9	Santa Bárbara	2	10	5	75%
10	Puerto Cortés	2	10	5	75%
11	Enrique Aguilar Cerrato	1	5	0	50%
12	San Lorenzo	3	10	10	67%
13	Gabriela Alvarado	2	5	1	30%
14	Juan Manuel Gálvez	3	5	5	33%
	Subtotal	**29**	**90**	**44**	**46%**
	HOSPITALES GENERALES				
1	San Isidro	2	4	3	35%
2	San Francisco	2	10	5	75%
3	El Progreso	1	5	5	100%
4	Santa Teresa	3	13	4	57%
5	Atlántida	3	5	0	17%
6	Del Sur	3	15	15	100%
7	Occidente	3	15	6	70%
	Subtotal	**17**	**67**	**38**	**62%**
	HOSPITALES DE				
1	Leonardo Martínez Valenzuela	9	20	0	22%
2	San Felipe	9	45	15	67%
3	Mario Catarino Rivas	8	22	7	36%
4	Escuela	13	65	35	77%
	Subtotal	**39**	**152**	**57**	**54%**
	INSTITUTO				
1	Instituto Nacional Cardiopulmona	2	10	0	50%
	TOTAL	**87**	**319**	**139**	**53%**

Fuente: Datos consolidados POE Unidades ejecutoras 26 Hospitales, Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión, Área de Planificación SESAL, 25 de mayo de 2026

El diagnóstico cualitativo revela que la subutilización no es un problema de falta de espacio físico en todos los casos, sino un desplazamiento de la capacidad por causas gestionables. La concentración de la producción en el Turno A y la baja actividad en el Turno B obedecen principalmente a la brecha de recurso humano especializado y en el abastecimiento de insumos y medicamentos.

Esta subutilización de los quirófanos habilitados confirma que existe un margen de mejora institucional mediante la optimización de turnos y la reactivación de salas "No Funcionantes", lo cual constituye el eje central de la propuesta de reducción de mora quirúrgica para el segundo semestre de 2026.

C. Nivel de abastecimiento real de medicamentos esenciales

En el marco de la Ley de medidas excepcionales es fundamental plantear que el nivel de abastecimiento actual de medicamentos es de un 75% a nivel hospitalario, en cuanto al abastecimiento de las regiones de salud, estas funcionan como almacén de distribución.

Realizar esta medición en las regiones no garantiza el abastecimiento de los establecimientos de primer nivel de atención, en vista de que estos últimos no cuentan con un sistema de información digital que permita obtener información de los inventarios.

Con el objetivo de obtener un abastecimiento real del 95%, se debe realizar la adquisición inmediata de los medicamentos restantes que se encuentran en cero existencias del Listado Nacional de Medicamentos Esenciales (LNME) amparados en el Decreto de Emergencia No.05-2026 y a la vez realizar las gestiones necesarias para la distribución, considerando que actualmente el ANMI no cuenta con una logística eficiente para cumplir con el proceso de abastecimiento y dar cumplimiento a las metas programadas.

Por lo anterior debe de realizarse las adquisiciones a través de los mecanismos establecidos por la SESAL mientras se lleva a cabo el proceso de Fideicomiso, tal como se ha establecido en el decreto en mención. En relación a los insumos y material médicos quirúrgicos no se cuenta con una lista base ni un sistema de información que registre la necesidad real; por lo que actualmente solo se están realizando estimaciones por nivel de atención.

D. Servicios de Hemodiálisis

La hemodiálisis es un tratamiento que utiliza una máquina y un filtro especial, denominado dializador, para limpiar la sangre. Entre sus principales funciones se encuentran:

- Eliminar sustancias de desecho y toxinas acumuladas en la sangre.
- Retirar el exceso de líquidos del organismo.
- Contribuir al equilibrio de minerales como el potasio, sodio y calcio.
- Ayudar al control de la presión arterial.
- Sustituir parcialmente la función de los riñones cuando estos ya no pueden cumplirla adecuadamente.

La diálisis peritoneal utiliza el peritoneo, una membrana que recubre el interior del abdomen, como un filtro natural. Para realizar este tratamiento, se introduce una solución especial en la cavidad abdominal mediante un catéter. Esta solución permite eliminar los productos de desecho y el exceso de líquidos del organismo.

Actualmente, a nivel nacional se cuenta con 23 clínicas, según los datos correspondientes al mes de julio, donde se brinda atención a un total de 5,141 pacientes con enfermedad renal que requieren terapia de reemplazo renal.
De este total, 114 pacientes reciben tratamiento de Diálisis Peritoneal Y 1 en Diálisis Peritoneal Automatizada paciente que tiene un costo de 164 Lempiras por ciclo, mientras que 5,026 pacientes reciben tratamiento de Hemodiálisis con un costo de 1512 por sesión. Estos servicios son proporcionados por dos empresas prestadoras de servicios, que tienen a su cargo la atención y tratamiento de los pacientes.
Estos datos reflejan la importancia de garantizar la disponibilidad, continuidad y calidad de los servicios de diálisis, debido al elevado número de pacientes que dependen de estas terapias para mantener su salud y calidad de vida.
Se cuenta con tres Hospitales de Referencia: **Hospital Escuela, Hospital Nacional Mario Catarino Rivas y Hospital General de Atlántida**.
Todo paciente diagnosticado con enfermedad renal, una vez estabilizado y dado de alta, debe realizar el **Proceso de Regionalización**, mediante el cual es registrado en la base de datos de la **Unidad Especial de Prevención a Pacientes Renales** y posteriormente referido a la Clínica de Diálisis Según su Domicilio.

Los pacientes en **Hemodiálisis** reciben tratamiento **tres veces por semana** en las clínicas asignadas. En **Diálisis Peritoneal**, el paciente se realiza **cuatro recambios diarios en su domicilio** y acude **una vez al mes** para recibir los insumos necesarios para Realizar su tratamiento.

Tabla 4.*Pacientes renales en todas las clínicas a nivel nacional actualizado al mes de agosto del 2026. Unidad especial de prevención de pacientes Renales.*

PACIENTES RENALES A NIVEL NACIONAL	
CLINICA	**NUMERO DE PACIENTES**
Clínica de San Pedro Sula Benque	677
Clínica de San Pedro Sula Peritoneal Benque	90
Clínica de Choloma	248
Clínica de Santa Bárbara	137
Clínica de Tela	110
Clínica de la Entrada Copan	187
Clínica de Tocoa	191
Clínica de La Ceiba	213
Clínica de Choluteca	585
Clínica de Roatán	42
Clínica de San Lorenzo	202
Clínica de Siguatepeque	351
Clínica de Nacaome	328
Clínica de El Progreso	308
Clínica de Juticalpa	155
Clínica de Catacamas	87
Clínica de Tegucigalpa Diálisis de Honduras	376
Clínica de Nefrocentro Hacienda	552
Clínica de Nefrocentro Hacienda Peritoneal	24
Clínica de Ocotepeque	95
Clínica de Olanchito	85
Clínica de Danlí	97
Diálisis Peritoneal Automatizada Hospital Escuela	1
TOTAL, DE PACIENTES	**5141**

Fuente: Datos proporcionados por la Unidad especial de prevención de pacientes Renales.

Tabla 5*.Estimación presupuestaria tratamientos de hemodiálisis, ciclos peritoneales ambulatorios y automatizados año 2026.*

ESTIMACION PRESUPUESTARIA TRATAMIENTOS DE HEMODIALISIS,CICLOS PERITONEALES AMBULATORIOS Y AUTOMATIZADOS AÑO 2026																	
No.	MODALIDAD HEMODIALISIS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO (ESTIMADO 1%)	SEPTIEMBRE (ESTIMADO 1%)	OCTUBRE (ESTIMADO 1%)	NOVIEMBRE (ESTIMADO 1%)	DICIEMBRE (ESTIMADO 1%)	TOTAL	PROYECCION AÑO 2026 (ESTIMADO 15%)	COSTO ANUAL DE TRATAMIENTOS	VALOR A PAGAR (L.1512.00)
1	SAN PEDRO SULA	8,476	7,730	8,359	8,395	8595	8,639	8,919	9008	9,098	9,189	9,281	9,374	105,064	120,823	1,512	182,684,974.25
2	EL PROGRESO	3,426	3,204	3,579	3,590	3,654	3,687	3,878	3,917	3,956	3,996	4,035	4,076	44,998	51,747	1,512	78,241,678.04
3	LA CEIBA	2,477	2,399	2,669	2,590	2,631	2,641	2,750	2,778	2,805	2,833	2,862	2,890	32,325	37,174	1,512	56,206,782.01
4	TOCOA	2,190	2,084	2,291	2,304	2,298	2,359	2,454	2,479	2,503	2,528	2,554	2,579	28,623	32,917	1,512	49,769,750.57
5	ROATAN	530	480	523	532	523	524	555	561	566	572	578	583	6,526	7,505	1,512	11,348,049.30
6	LA ENTRADA, COPAN	2,229	2,123	2,307	2,287	2,317	2,310	2,462	2,487	2,511	2,537	2,562	2,588	28,719	33,027	1,512	49,937,051.16
7	TELA	1,331	1,242	1,365	1,341	1,351	1,354	1,350	1,364	1,377	1,391	1,405	1,419	16,289	18,733	1,512	28,323,696.31
8	SANTA BARBARA	1,547	1,436	1,580	1,557	1,595	1,598	1,670	1,687	1,704	1,721	1,738	1,755	19,587	22,525	1,512	34,057,641.12
9	HOSPITAL ATLANTIDA	71	38	62	51	49	40	90	91	92	93	94	95	865	994	1,512	1,503,507.94
10	CHOLOMA	2,857	2,701	2,882	3,046	2,995	3,075	3,105	3,136	3,167	3,199	3,231	3,263	36,658	42,157	1,512	63,740,942.16
11	TEGUCIGALPA COMAYAGUELA	4,261	4,044	4,550	4,444	4,412	4,499	4,636	4,682	4,729	4,776	4,824	4,872	54,731	62,940	1,512	95,165,813.87
12	CHOLUTECA	6,903	6,505	7,034	6,951	7,078	7,058	7,316	7,389	7,463	7,538	7,613	7,689	86,537	99,518	1,512	150,470,782.82
13	NACAOME	3,947	3,682	3,887	3,791	3,859	3,830	3,797	3,897	3,936	3,975	4,015	4,055	46,671	53,672	1,512	81,152,340.72
14	SAN LORENZO	2,600	2,311	2,549	2,554	2,517	2,625	2,681	2,708	2,735	2,762	2,790	2,818	31,650	36,397	1,512	55,032,241.67
15	JUTICALPA	1,718	1,615	1,777	1,733	1,706	1,667	1,798	1,816	1,834	1,852	1,871	1,890	21,277	24,469	1,512	36,997,009.37
16	SIGUATEPEQUE	4,335	4,034	4,265	4,411	4,385	4,440	4,609	4,655	4,702	4,749	4,796	4,844	54,225	62,358	1,512	94,285,799.53
17	CATACAMAS	1,092	1,014	1,131	1,118	1,161	1,190	1,190	1,202	1,214	1,226	1,238	1,251	14,027	16,131	1,512	24,389,970.11
18	DANLI	0	0	0	401	939	1,061	1,129	1,140	1,152	1,163	1,175	1,187	9,347	10,749	1,512	16,251,911.55
	TOTAL TRATAMIENTOS	49,990	46,642	50,810	51,096	52,065	52,597	54,389	54,995	55,545	56,100	56,661	57,228	638,118	733,836		
	TOTAL LEMPIRAS	75,584,880.00	70,522,704.00	##########	77,257,152.00	##########	79,526,664.00	82,236,168.00	##########	83,983,796.42	84,823,634.38	85,671,870.72	86,528,589.43	964,834,732.63	1,109,559,942.53		1,109,559,942.53
	MODALIDAD DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO (ESTIMADO 1%)	SEPTIEMBRE (ESTIMADO 1%)	OCTUBRE (ESTIMADO 1%)	NOVIEMBRE (ESTIMADO 1%)	DICIEMBRE (ESTIMADO 1%)	TOTAL	PROYECCION AÑO 2026 (ESTIMADO 15%)	COSTO ANUAL DE TRATAMIENTOS	VALOR A PAGAR (L.164.00)
1	SAN PEDRO SULA	8,978	7,866	9,901	9,214	10,071	6,557	9,384	9,478	9,573	9,668	9,765	9,863	110,318	126,865	164	20,805,882.26
4	LA ENTREDA, COPAN	0	0	0	0	27	108	4	4	4	4	4	4	160	184	164	30,102.08
	MODALIDAD DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO (ESTIMADO 1%)	SEPTIEMBRE (ESTIMADO 1%)	OCTUBRE (ESTIMADO 1%)	NOVIEMBRE (ESTIMADO 1%)	DICIEMBRE (ESTIMADO 1%)	TOTAL	PROYECCION AÑO 2026 (ESTIMADO 15%)	COSTO ANUAL DE TRATAMIENTOS	VALOR A PAGAR (L.164.00)
	TOTAL CICLOS	8,978	7,866	9,901	9,214	10,098	6,665	9,388	9,482	9,577	9,672	9,769	9,867	110,477	127,049		
	TOTAL LEMPIRAS	1,472,392.00	1,290,024.00	1,623,764.00	1,511,096.00	1,656,072.00	1,093,060.00	1,539,632.00	1,555,028.32	1,570,578.60	1,586,284.39	1,602,147.23	1,618,168.71	18,118,247.25	20,835,984.34		20,805,882.26

Fuente: Datos proporcionados por la Unidad especial de prevención de pacientes Renales.

Ante la problemática que enfrentan los servicios de salud, se ha diseñado la estrategia de las Unidades Médicas de Atención Comunitaria, esta iniciativa se fundamenta en el despliegue de unidades móviles de alta tecnología, concebidas para acercar una oferta médica integral e itinerante a municipios rurales y poblaciones con marcadas barreras de acceso.

La cartera de servicios contemplada para las Unidades Médicas, incluye consulta médica general, preclínica, laboratorio clínico, diagnóstico por imágenes (Rayos X, ultrasonidos, mamografías), electrocardiogramas y farmacia, entre otros. El objetivo central de esta intervención es fortalecer la capacidad de respuesta territorial de la Secretaría de Salud (SESAL), mediante la descongestión de los centros hospitalarios de referencia y la reducción de inequidades en la atención médica, optimizando el tiempo y los costos asociados al traslado de pacientes.

En conclusión, esta estrategia ha sido concebida y estructurada como un mecanismo complementario para robustecer el abordaje de la problemática planteada en la Ley y

Reglamento de Medidas Excepcionales para la Atención Prioritaria en Materia de Salud de la Población. Su implementación permitirá sumar capacidades operativas críticas para el cumplimiento de los fines previstos en dicho marco normativo, garantizando una respuesta más ágil y eficaz en la resolución de las necesidades de salud de la población priorizada. La Productividad estimada a brindar a la población por cada unidad aproximadamente es de 64 atenciones diarias.

Para asegurar la trazabilidad técnica y el cumplimiento de las metas del Plan Operativo de Emergencia vinculado a LA LEY DE MEDIDAS EXCEPCIONALES PARA LA ATENCIÓN PRIORITARIA EN MATERIA DE SALUD DE LA POBLACIÓN, los indicadores oficiales se articulan directamente con las prioridades de gestión del sector salud:

Tabla 6*.Indicadores oficiales con las prioridades de gestión del sector salud.*

Estratégica Institucional	Indicador	Línea Base	Meta
1. Reducción de la mora quirúrgica	**1. Porcentaje de reducción de mora quirúrgica.**	**61%** Mora quirúrgica	Reducción al **20%** de la mora acumulada.
	2. Número de quirófanos reactivados	**70** quirófanos funcionando	Reactivación y habilitación de **13 quirófanos** a nivel nacional.
	3. Número de procedimientos realizados	**2,997**cirugías electivas en mora	Realización de **2397** cirugías electivas de mora
2. Garantizar la disponibilidad y la cobertura de medicamentos	**3. Nivel de abastecimiento de medicamentos esenciales**	**75%** de abastecimiento de medicamentos.	Abastecimiento permanente del 95**%** de medicamentos esenciales.
	4. Tiempo promedio de entrega (logística)	Más de **90** días de tiempo de entrega de medicamentos.	Reducción del tiempo de entrega de medicamentos a **30** días.
	5. Tiempo promedio de dispensación de medicamentos	Más de **60 minutos**	Tiempo de dispensación **20 minutos** por usuario.
3. Mejora y ampliación de la infraestructura sanitaria	**6. Ejecución presupuestaria vinculada**	Presupuesto insuficiente.	**95%** de ejecución financiera programada.
4. Mejora de la calidad y del acceso a servicios como eje de la prevención	**8. Nivel de satisfacción usuaria**	**No se cuentan con Datos.**	Calificación de satisfacción ≥ **80%** en encuestas de salida.

II. Priorización territorial y hospitalaria

Para efectos de la presente propuesta, y de acuerdo con la definición operativa establecida por Secretaría de Salud, del universo inicial de 29 hospitales con servicios quirúrgicos se consideran 26 establecimientos para el ejercicio de priorización. Se excluyeron del ejercicio de priorización el **Centro Hondureño para el Niño Quemado (CEHNIQ), el Hospital María de Especialidades Pediátricas y el Hospital Santo Hermano Pedro**, conforme a la delimitación institucional establecida por la autoridad de la Secretaría de Salud para el análisis, por ser de su modalidad de gestión descentralizada y de transferencias.

La exclusión de estos establecimientos **no implica ausencia de actividad quirúrgica, lista de espera o necesidad asistencial**, sino que responde a la definición del universo específico de establecimientos objeto de la presente estrategia de priorización para reducción de mora quirúrgica. Por esta razón, las cifras utilizadas para la priorización difieren de los totales nacionales presentados en el Boletín de mayo. En los 26 establecimientos objeto de análisis se identifican:

- 10,005 pacientes en lista de espera quirúrgica.
- 4,910 pacientes en mora quirúrgica.

Según los datos de Boletín Institucional estas cifras constituyen el universo específico sobre el cual se desarrolla la presente propuesta de priorización.

Metodología de priorización territorial y hospitalaria

La metodología propuesta responde a los cuatro criterios establecidos en el Acuerdo No. 3391-2026:

Riesgo sanitario: considera la condición clínica y prioridad de los pacientes registrados en la lista de espera, con el propósito de reconocer situaciones en las cuales la demora pueda representar mayor afectación sanitaria.

Volumen de demanda acumulada: considera principalmente la magnitud de la lista de espera y la cantidad de pacientes que han superado los 90 días, utilizando la mora quirúrgica como indicador central de necesidad acumulada.

Capacidad instalada subutilizada: identifica capacidad quirúrgica existente susceptible de ser operativizada en el corto plazo, particularmente quirófanos habilitados cuya utilización se encuentra limitada por disponibilidad de recursos humanos, medicamentos, insumos, instrumental u otros requerimientos operativos.

Impacto poblacional: incorpora la dimensión territorial de la intervención, considerando la población potencialmente beneficiaria y la relevancia del establecimiento dentro de la red hospitalaria y de su ámbito territorial.

Enfoque en dos etapas

Para facilitar la toma de decisiones, la aplicación de estos criterios se plantea mediante un proceso secuencial.

Primera etapa: factibilidad de intervención.

Se utiliza la capacidad instalada subutilizada para identificar establecimientos en los cuales existe posibilidad de incrementar la producción quirúrgica en el corto plazo, sin condicionar inicialmente la intervención a obras mayores de infraestructura.

Segunda etapa: priorización sanitaria y territorial.

Dentro de los establecimientos considerados factibles se valoran conjuntamente el riesgo sanitario, la magnitud de la mora y el impacto poblacional, permitiendo establecer diferentes niveles de prioridad

Factibilidad operativa para intervención inmediata

El análisis de capacidad instalada identificó 15 hospitales con factibilidad de intervención inmediata, al disponer de quirófanos susceptibles de ser operativizados en el corto plazo mediante el fortalecimiento de recursos humanos, medicamentos, insumos e instrumental quirúrgico, sin requerir inicialmente intervenciones mayores de infraestructura. Este enfoque coincide con el criterio establecido en el documento técnico de intervención de quirófanos.

El análisis permitió identificar 17 quirófanos habilitados no funcionando susceptibles de intervención en los 14 establecimientos priorizados, y 5 quirófanos habilitados funcionando

susceptibles de intervención en el Hospital Escuela para incrementar turnos, siendo en total 22 quirófanos en 15 hospitales, tal como se demuestra en tabla 7.

***Tabla** 7.Resumen de la intervención inmediata propuesta.*

Indicador	Resultado
Establecimientos priorizados para intervención inmediata	15 hospitales
Quirófanos susceptibles de intervención	22
Quirófanos identificados en 14 hospitales	17
Quirófanos definidos para Hospital Escuela	5
Pacientes en lista de espera	5,512
Pacientes en mora quirúrgica (>90 días)	2,997
Participación en la mora de los 26 hospitales analizados	61%

Los **15 hospitales de intervención inmediata** concentran **5,512 pacientes en lista de espera y 2,997 en mora (61%)**. Los **11 hospitales restantes**, considerados para intervención complementaria o segunda fase, concentran **4,493 pacientes en espera y 1,913 en mora (39%)**.

Priorización de los establecimientos de intervención inmediata

Los 15 establecimientos identificados para intervención inmediata corresponden a diferentes categorías hospitalarias y territorios del país.

Hospitales de especialidades: Hospital Escuela, Hospital Mario Catarino Rivas y Hospital Leonardo Martínez.

Hospitales generales: Hospital General de Atlántida y Hospital General San Isidro.

Hospitales básicos: Hospital de Roatán, Salvador Paredes, Aníbal Murillo Escobar, Roberto Suazo Córdova, Manuel de Jesús Subirana, Hospital Básico de Tela, Hospital Santa Bárbara, Hospital San Lorenzo, Hospital Gabriela Alvarado y Hospital Juan Manuel Gálvez. Dentro de este grupo existe una marcada concentración de la mora.

El **Hospital Escuela registra 1,798 pacientes en mora**, mientras el **Hospital Mario Catarino Rivas registra 727**. En conjunto, ambos establecimientos concentran **2,525 de los 2,997 pacientes en mora de los 15 hospitales**, equivalente aproximadamente al **84%**. Para el Hospital Escuela, definido adicionalmente cinco quirófanos para intervención,

Enfoque territorial

La priorización propuesta reconoce que la distribución de la mora quirúrgica no es homogénea en el territorio nacional.

Los establecimientos seleccionados permiten intervenir diferentes departamentos, incluyendo **Francisco Morazán, Cortés, Atlántida, El Paraíso, Yoro, Santa Bárbara, Islas de la Bahía, La Paz, Lempira, Valle y Colón**.

Establecimientos para intervención segunda fase.

La identificación de 15 hospitales con mayor factibilidad operativa no implica que los 11 establecimientos restantes presenten baja necesidad sanitaria.

Estos hospitales concentran 1,913 pacientes en mora, equivalentes al 39% de la mora del universo analizado. Dentro de este grupo destacan especialmente:

- **Hospital San Felipe:** 910 pacientes en mora.
- **Hospital del Sur:** 605 pacientes en mora.
- **Instituto Nacional Cardiopulmonar:** 145 pacientes en mora.
- **Hospital San Marcos de Ocotepeque:** 105 pacientes en mora.

Los datos del boletín institucional confirman la elevada carga de mora de estos establecimientos.

Particularmente, **Hospital San Felipe y Hospital del Sur concentran conjuntamente 1,515 pacientes en mora**, equivalentes aproximadamente al **79% de la mora correspondiente al grupo de segunda fase**.

Por tanto, su ubicación fuera de la intervención inmediata **no debe interpretarse como una menor prioridad sanitaria**, sino como una diferencia en las condiciones actuales de factibilidad operativa, por lo que deberán mantenerse bajo seguimiento institucional, fortaleciendo la gestión que permitan mejorar su capacidad resolutiva.

III. Cronograma de ejecución

N.	Hitos	línea base	Fecha de cumplimiento												Responsable
			Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	
1	Reducción de la mora quirúrgica a un 20%	61%	61%	51%	47%	42%	40%	33%	27%	20%	18%	15%	12%	10%	Departamentos de Segundo Nivel de Atención
2	17 quirófanos habilitados y funcionando para la reducción de la mora quirúrgica.	17		9	8										Departamentos de Segundo Nivel de Atención
3	2397 cirugías electivas de la mora quirúrgica realizadas.	2,997.00	2997	2614	2,231.00	1848	1,465	1,082	699	316	300	280	180	60	Departamentos de Segundo Nivel de Atención
4	95% de abastecimiento de medicamentos esenciales	75%	80%	85%	90%	90%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	Unidad Logística de Medicamento e Insumos
5	Reducción de un 30% del tiempo desde la emisión de la orden hasta la recepción de productos e insumos	90 días	75 días	70 días	50 días	40 días	30 días	30 días	30 días	30 días	30 días	30 días	30 días	30 días	Unidad Logística de Medicamento e Insumos
6	Reducción del 33% del tiempo transcurrido entre la dispensación y la receta	60 min	50 min.	40 min.	30 min.	30 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	Unidad Logística de Medicamento e Insumos
7	80% de satisfacción de usuarios en la realización de las cirugías electivas de la mora quirúrgica	N/A					80%			80%			80%		Unidad de Gestión de la Calidad
8	95% de ejecución presupuestada vinculada al POE	N/A	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	Gerencia Administrativa

IV. Presupuesto

- **Fuente de financiamiento.**

Fuente de financiamiento.	11 - Tesoro Nacional / L. 800,000.00 26 – MDRI / L. 500,000.00

- **Clasificador presupuestario.**

OBJETOS DEL GASTO
22100-Alquileres de edificios, viviendas y locales
24120-Servicios de Hemodiálisis
25100-Servicios de Transporte
25200-Servicio de Almacenamiento
31110-Productos Alimenticios y Bebidas (Alimentos para Pacientes
35210-Productos Farmacéuticos y Medicinales Varios
35260-Oxígeno Médico
39530-Material Médico y Quirúrgico
42410-Equipo Médico Sanitário Hospitalários e Instrumental
69360-Reducción Mora Quirúrgica y Abastecimiento de Medicamentos

- **Tipo de intervención.**

Tipo de intervención.	Intervención de emergencia sanitaria, orientada a reducir la mora quirúrgica, garantizar el abastecimiento de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos, fortalecer la capacidad resolutiva hospitalaria, atender necesidades sanitarias prioritarias y recuperar infraestructura crítica.

- **Unidad ejecutora responsable.**

Unidad Ejecutora responsable ante la secretaria de Finanzas	UE 53: Gerencia Administrativa

- Identificación expresa de las intervenciones o gastos que serán ejecutados a través de fideicomisos u otros mecanismos excepcionales, con la correspondiente justificación técnica y operativa que sustente la elección de dicho mecanismo frente a las modalidades ordinarias de ejecución presupuestaria, liderado y aprobado por comité Técnico.

OBJETO DE GASTO	GASTOS QUE SERAN EJECUTADOS A TRAVES DEL FIDEICOMISO
35210-Productos Farmacéuticos y Medicinales Varios	Medicamento Esenciales para pacientes Ambulatorios y Hospitalizados.
39530-Material Médico y Quirúrgico	Insumos Médicos para garantizar los procedimientos y Cirugías críticas a nuestros pacientes
69360-Reducción Mora Quirúrgica y Abastecimiento de Medicamentos	*Recursos destinados a financiar procedimientos quirúrgicos pendientes, garantizando la reducción del atraso en intervenciones médicas y mejorando la atención hospitalaria. * Fondos para conformar y equipar brigadas de salud que atiendan emergencias y necesidades inmediatas en comunidades vulnerables garantizando acceso a los servicios de salud prioritarios. *Inversión en mantenimiento de infraestructura hospitalaria y centros de atención primaria, asegurando condiciones adecuadas para la prestación de servicios médicos.

V. Matriz de riesgos

N.º	Tipo de riesgo	Riesgo identificado	Causas principales	Consecuencias	Probabilidad (1-5)	Impacto (1-5)	Nivel de riesgo	Acción de respuesta	Responsable	Indicador
1	FINANCIERO	Insuficiencia o retraso de recursos financieros para realizar cirugías programadas o electivas	Falta de presupuesto para el pago de proveedores; falta de recursos(humano, material y financiero)	Incremento en la lista de espera quirúrgica	5	5	25	Implementación del Plan Operativo de Emergencia	SGRRHH ULMIE GA DGRISS FIDEICOMISO HOSPITALES	Porcentaje de reducción de mora quirúrgica
2	ADMINISTRATIVO	Priorización inadecuada de pacientes en mora quirúrgica	Falta de aplicación de los lineamientos(condiciones médicas) para la priorización de cirugías	1. Al no ser operados a tiempo de forma electiva, los pacientes se complican y entran al hospital por emergencias 2. Acumulación de los días de espera del paciente para ser intervenido quirúrgicamente	4	4	16	Sustituir registros manuales por sistemas de información integrados que generen alertas automáticas según el tiempo máximo de espera aceptable	UGI DGRISS HOSPITALES	
3	FINANCIERO	Baja ejecución presupuestaria de las acciones destinadas a reducir la mora	Programación inadecuada; procesos de adquisición fracasados	Retaso en los procesos administrativos y operativos para la reducción de la mora	5	5	25	Simplificar los procedimientos administrativos para agilizar las compras y pagos a proveedores	GA HOSPITALES	
4	LOGISTICO	Desabastecimiento de medicamentos, insumos o material médico-quirúrgico	Falta de una adecuada planificación Falta de disponibilidad presupuestaria	1. Aumento crítico de la LEQ por cancelaciones de cirugías al no contar con los insumos y medicamentos necesarios; 2. Adquisición de insumos a última hora con precios inflados en el mercado local para resolver la emergencia diaria	4	4	16	1. Usar software con alertas automáticas de "punto de reorden" y stock de seguridad mínimo basado en el consumo histórico real. 2. Implementar el Plan Operativo de la Emergencia POE	UGI DGRISS HOSPITALES	
5	LOGISTICO	Retraso en la habilitación, mantenimiento o equipamiento de quirófanos	Falta de recurso necesarios (humanos, materiales y financieros)	Aumento en la lista de espera quirúrgica	5	5	25	Implementación de la planificación operativa para la emergencia POE	SGRRHH ULMIE GA DGRISS FIDEICOMISO HOSPITALES	Número de quirófanos reactivados

N.º	Tipo de riesgo	Riesgo identificado	Causas principales	Consecuencias	Probabilidad (1-5)	Impacto (1-5)	Nivel de riesgo	Acción de respuesta	Responsable	Indicador
6	LOGISTICO	Falta de personal, equipos o apoyo diagnóstico	Déficit de personal capacitado, ausentismo o distribución inadecuada	Disminución de capacidad quirúrgica	5	5	25	1. Coberturas 24/7 de los RRHH especializados 2. Implementación del POE	RRHH y Admón.. De los hospitales GA	Número de procedimientos realizados
7	ADMINISTRATIVO	Lista de espera desactualizada o falta de seguimiento de pacientes	1. Registros manuales y sistemas no integrados. 2. LEQ no centralizada en la admisión de pacientes	1. Subregistro de pacientes en LEQ. 2. Dificultad para conocer la mora real.	5	5	25	1. Entrega de agendas médicas al Departamento de Gestión de Pacientes. 2. Sustituir registros manuales por sistemas de información integrados que generen alertas automáticas según el tiempo máximo de espera aceptable	Director de los hospitales. Departamento de Gestión de Pacientes. UGI DGRISS	
8	FINANCIERO	Incremento de costos de insumos, servicios o mantenimiento quirúrgico	Presupuesto limitado Incremento de demanda	Adquisición de insumos a última hora con precios inflados en el mercado local para resolver la emergencia diaria	5	5	25	Implementación de la planificación operativa para la emergencia	SGRRHH ULMIE GA DGRISS FIDEICOMISO HOSPITALES	
9	FINANCIERO	Retrasos en pagos a proveedores	Procesos administrativos o financieros demorados.	Retraso en la entrega de medicamentos e insumos; suspensión de procedimientos. Desabastecimiento de medicamentos e insumos quirúrgicos	4	4	16	Seguimiento de órdenes de compra y pagos; coordinación entre áreas.	Gerencia Administrativa	Nivel de abastecimiento de medicamentos esenciales
10	LOGISTICO	Incumplimiento por parte del proveedor	Retrasos por causas de escases de medicamentos y productos o materias primas por parte de los fabricantes. Retrasos en la logística de los fabricantes y proveedores para ingreso al país.	Almacenes desabastecidos de medicamento, insumos y material medico quirúrgico que genera baja dispensación en la red de servicios.	3	5	15	Monitoreo de inventarios; niveles mínimos de existencia; compras de emergencia y sanciones legales que correspondan de acuerdo a ley.	Gerencia Administrativa	Tiempo promedio de entrega (logística)

N.º	Tipo de riesgo	Riesgo identificado	Causas principales	Consecuencias	Probabilidad (1-5)	Impacto (1-5)	Nivel de riesgo	Acción de respuesta	Responsable	Indicador
11	LOGISTICO	Aumento del tiempo promedio en la dispensación de medicamentos	Falta de inventarios en las farmacias Insuficiente personal para la dispensación.	Insatisfacción de la población por el tiempo alto de espera en farmacia	5	5	25	Estudio de tiempos y movimientos para la implementación de medidas correctivas	ULMIE	Tiempo promedio de dispensación de medicamentos
12	ADMINISTRATIVO	Mala percepción de calidad en los servicios quirúrgicos	tiempo de espera mayor de 90 días	acumulación o aumento en la mora quirúrgica	5	3	15	Encuestas de satisfacción del paciente como eje de mejora continua de los servicios de salud	UGC	Nivel de satisfacción usuaria
13	ADMINISTRATIVO	Cancelación y reprogramación frecuente de cirugías	Falta de insumos, personal, equipos o preparación	Incremento de la mora quirúrgica	5	4	20	Implementar un sistema de programación, confirmación y seguimiento preoperatorio que permita verificar la existencia de insumos, personal y equipos	UGC	
14	LOGISTICO	Fallas o falta de disponibilidad de equipos médico-quirúrgicos	Mantenimiento insuficiente, obsolescencia o falta de repuestos	Reducción de quirófanos disponibles	4	5	20	Establecer un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médico-quirúrgicos. Contratación de RRHH especializados para fortalecer todos los sistemas de mantenimiento de equipo e infraestructura en los hospitales.	UTGP DGRISS RRHH Hospitales	Número de quirófanos reactivados
15	LOGISTICO	Limitaciones de infraestructura y capacidad instalada	Capacidad insuficiente de circuito quirúrgico: quirófanos, camas recuperación, UCI, intermedios, CEYE, lavandería. Tratamiento de agua inadecuado	1. Acumulación de pacientes en la LEQ 2. Mayor días de espera	4	5	20	1. Optimizar la programación y utilización de quirófanos, camas y áreas de recuperación principalmente en el turno B 2. Remodelación del circuito quirúrgico 3. Sustitución de hospitales en franco deterioro	UTGP DGRISS RRHH Hospitales	Número de quirófanos reactivados

VI. Sistema de monitoreo y evaluación

Sistema de Indicadores Obligatorios, reporte y validación.

La Secretaría de Salud, implementa un **Sistema de Indicadores del Estado de Emergencia en Salud**, con reporte mensual obligatorio, orientado a medir resultados sanitarios, desempeño operativo y coherencia del gasto con metas del Plan Operativo de Emergencia (POE).

Sistema de monitoreo y evaluación								
Indicador	**Definición del indicador**	**Formula de calculo**	**Línea Base**	**Meta**	**Fuente**	**Responsable**	**Método de validación**	**Periodicidad**
1.Porcentaje de reducción de mora quirúrgica	Variación porcentual de pacientes o procedimientos en mora respecto de la línea base (este indicador refleja la reducción porcentual de pacientes que se encuentran con 90 o más días de espera para que se realice su cirugía programada (electiva) del total) Aquí incluye las cirugías realizadas por los Hospitales Institucionales y los hospitales privados.	**Numerador:** Número de pacientes con espera de 90 o más días: Corresponde al total de pacientes que esperan para una cirugía electiva y acumulan un tiempo de espera igual o superior a 90 días desde la fecha de inclusión a la LEQ. **Denominador:** Total de pacientes en espera incluidos en la LEQ: Corresponde al número total de pacientes atendidos en la consulta externa e incluida en la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) y que esperan por la realización de una cirugía electiva en el periodo a medir. Constante: 100	Mora quirúrgica 61%	Reducción de la mora al **20%**.	Boletín de la Situación de Espera y Mora Quirúrgica.	Departamento De Servicios De Segundo Nivel De Atención	Número de pacientes con espera de 90 o más días/ Total de pacientes en espera incluidos en la LEQ en el periodo a medir * 100. Fuente primaria: Lista de Espera Quirúrgica generada por los hospitales públicos. Fuente secundaria: Matriz de espera y cálculo de días de espera quirúrgica generada por el DSSNA.	Mensual

Sistema de monitoreo y evaluación								
Indicador	**Definición del indicador**	**Formula de calculo**	**Línea Base**	**Meta**	**Fuente**	**Responsable**	**Método de validación**	**Periodicidad**
2. Número de quirófanos reactivados	Quirófanos Reactivados (Habilitado) que pasan de estado "inhabilitado" a "operativo" con evidencia de uso efectivo. Criterios mínimos "reactivación": mantenimiento concluido + dotación mínima + personal asignado +registro de al menos un procedimiento.	Número de quirófanos reactivados (habilitados) en la red pública: Corresponde al total de quirófanos que cumplen con los requisitos normativos, técnicos y operativos para la realización segura y continúa de procedimientos quirúrgicos en los hospitales de la red pública. Con registro de al menos un procedimiento quirúrgico.	70 quirófanos funcionando	Reactivación y habilitación de 13 quirófanos a nivel nacional.	Matriz de quirófanos habilitados del DSSNA POE (línea base)	Departamento de Servicios de Salud de Segundo Nivel de Atención.	Registros administrativos, del número de quirófanos reactivados (habilitados) en el periodo a medir.	Semestral
3. Número de procedimientos realizados	Número de procedimientos quirúrgicos de la mora (cirugías electivas) efectivamente realizados bajo el régimen excepcional, incluyendo convenios con prestadores. Aquí incluye las cirugías realizadas por los Hospitales Institucionales y los hospitales privados.	Número procedimientos realizados (Cirugías electivas): Corresponde al total de procedimientos quirúrgicos electivos de la mora ejecutada en la red hospitalaria durante un período determinado, registrados en la Lista de espera Quirúrgica (LEQ).	2997 cirugías en mora	2397 cirugías realizadas de las que se presenta n en mora.	Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) Matriz de espera y cálculo de días de espera y mora quirúrgica.	Departamento de Servicios de Salud de Segundo Nivel de Atención.	Registros administrativos, Departamento de Servicios de Salud de Segundo Nivel de Atención	Trimestral

Sistema de monitoreo y evaluación								
Indicador	**Definición del indicador**	**Formula de calculo**	**Línea Base**	**Meta**	**Fuente**	**Responsable**	**Método de validación**	**Periodicidad**
4. Nivel de abastecimiento de medicamentos esenciales	Porcentaje de Medicamentos con existencia disponible. En el marco de la Ley de medidas excepcionales es relevante porque permite medir el nivel de abastecimiento de medicamentos y proporciona información clave para monitorear el cumplimiento del abastecimiento de medicamentos y apoyar la planificación, distribución y control del suministro a nivel nacional.	Número de ítems de medicamentos esenciales que cuentan con disponibilidad durante el periodo evaluado: Corresponde a la cantidad de medicamentos esenciales que, durante el periodo evaluado, se encuentran disponibles para su dispensación en los establecimientos de salud. Total, de Ítems de medicamentos esenciales programados o evaluados en el mismo periodo: corresponde al total de medicamentos esenciales programados por los establecimientos de salud, para el periodo de evaluación. Constante: 100	75%	95%	SALMI (reportes de inventarios de los almacenes de los establecimientos de salud),	Unidad Logística de Medicamentos e Insumos	Numero de medicamentos que cuentan con disponibilidad durante el periodo evaluado que es de 30 días entre el Total de Ítems de medicamentos esenciales programados o evaluados en el mismo periodo.	Trimestral
5. Tiempo promedio de entrega (logística)	Tiempo promedio desde adjudicación/ orden de compra hasta recepción conforme al listado básico de medicamentos. Se considera la Adjudicación desde el tiempo de la firma del contrato o la	Numerador: Tiempo transcurrido desde la emisión de la orden de compra hasta la recepción conforme por cada producto Denominador: Total de órdenes de compra El indicador mide el tiempo promedio total del proceso logístico de abastecimiento de	120 días	90 días	Órdenes de compra por Fideicomiso Registro de recepción de ANMI	Unidad Logística de Medicamentos e Insumos	La ULMI (SESAL), a través del ANMI, es el responsable de generar, notificar y monitorear el indicador.	Mensual

Sistema de monitoreo y evaluación								
Indicador	**Definición del indicador**	**Formula de calculo**	**Línea Base**	**Meta**	**Fuente**	**Responsable**	**Método de validación**	**Periodicidad**
	orden de compra hasta la recepción en el Almacén Central de Medicamentos, Insumos, en aproximadamente 90 días en la primera entrega.	medicamentos. Considerando el tiempo transcurrido desde la emisión de la orden de compra y la recepción conforme de los medicamentos, la suma de esos días se divide entre el total de órdenes de compra recibidas en el periodo evaluado.						
6. Tiempo promedio de dispensación de medicamentos.	Tiempo promedio desde la recepción y validación de la receta por Farmacia, hasta dispensación de medicamentos al paciente.	-Numerador: cálculo del tiempo transcurrido entre dispensación y la recepción de la receta. Denominador: Total de prescripciones dispensadas. La unidad de medida deben ser minutos u horas en el caso de procesos más largos.	60 minutos	20 minutos	La hora de recepción y validación de la receta debe de registrase de forma manual en la receta y posteriormente en un formato Excel de igual manera se registraría el tiempo de dispensación de medicamentos.	Unidad Logística de Medicamentos e Insumos	El personal farmacéutico o encargados del registro y monitoreo del proceso de dispensación de medicamentos en cada farmacia. La existencia de registros manuales o inconsistencias en la captura de los datos puede afectar la confiabilidad y comparabilidad de los resultados debido que actualmente el Sistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI), no cuenta con la función para medir el tiempo.	Trimestral

Sistema de monitoreo y evaluación								
Indicador	**Definición del indicador**	**Formula de calculo**	**Línea Base**	**Meta**	**Fuente**	**Responsable**	**Método de validación**	**Periodicidad**
7. Ejecución presupuestaria vinculada	Ejecución presupuestaria vinculada a POE, este es el presupuesto identificado a ser ejecutado por el fideicomiso, dicho Presupuesto que esta desagregado, detalla Fuente de financiamiento, Clasificador presupuestario, Tipo de intervención, Unidad ejecutora responsable todo según las instrucciones de reglamento de ley de medidas excepcionales con modificaciones. Este indicador medirá su avance según año fiscal del fideicomiso ya que está supeditado a los desembolsos realizados por la Secretaría de salud.	Numerador: Monto ejecutado del presupuesto del POE: Suma total de los fondos desembolsados/pagados formalmente por el fideicomiso/unidad ejecutora para las intervenciones del POE en el período correspondiente. Denominador: Monto total del presupuesto programado del POE: Presupuesto asignado e identificado en la planificación del POE para ser ejecutado en el mismo período, desagregado por fuente y objeto del gasto.	N/A	95%	Informes consolidados de ejecución presupuestaria y financiera del Fideicomiso / Banco Administrador. Reportes del Sistema de Gestión Financiera (SIAFI) Informes de liquidación e historial de desembolsos de la Gerencia Administrativa.	Gerencia Administrativa. Departamento de Ejecución de Presupuesto.	• Las metas es acumulativa un 8% mensual o según la programación de flujo de caja aprobada por el Fideicomiso/SESAL. • La ejecución presupuestaria se reconocerá oficialmente una vez validada por los comprobantes de pago emitidos por la entidad fiduciaria y conciliada con la Gerencia Administrativa. • Toda modificación al presupuesto del POE que altere la programación inicial requerirá la reprogramación justificada del indicador.	Trimestral

Sistema de monitoreo y evaluación								
Indicador	**Definición del indicador**	**Formula de calculo**	**Línea Base**	**Meta**	**Fuente**	**Responsable**	**Método de validación**	**Periodicidad**
8. Nivel de satisfacción usuaria.	Este indicador indica el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a la realización de la cirugía durante la atención en los servicios quirúrgicos. La satisfacción del usuario en la resolución quirúrgica mide si la atención de salud cumple con las expectativas del paciente. En general, se registran índices de 80 a 90%, aunque la percepción varía según el área, el trato del personal y los tiempos de espera. Este indicador será realizado a través del fideicomiso (servicios privados)	Numerador: Número de usuarios que estuvieron satisfechos con la atención recibida en la resolución quirúrgica (atención, calidad de información, tiempo de espera) Denominador: Total usuarios entrevistados en el hospital en el periodo evaluado. Constante: Multiplicada por 100.	N/A No tenemos datos	80%	Fuente No 1: Encuesta de Satisfacción al usuario	La Unidad de Gestión de Calidad a Nivel Central: Validara la Calidad del dato generado por cada Hospital, la oportunidad de carga en el Portal y elaboración del análisis de los resultados.	La Unidad de Atención al Cliente de cada Hospital de la Red Hospitalaria a nivel Nacional: Recolectara, Consolidara la Información y cargara el dato en Portal de Emergencia de la SESAL. La Unidad de Gestión de Calidad a Nivel Central: Validara la Calidad del dato generado por cada Hospital, la oportunidad de carga en el Portal y elaboración del análisis de los resultados.	Semestral

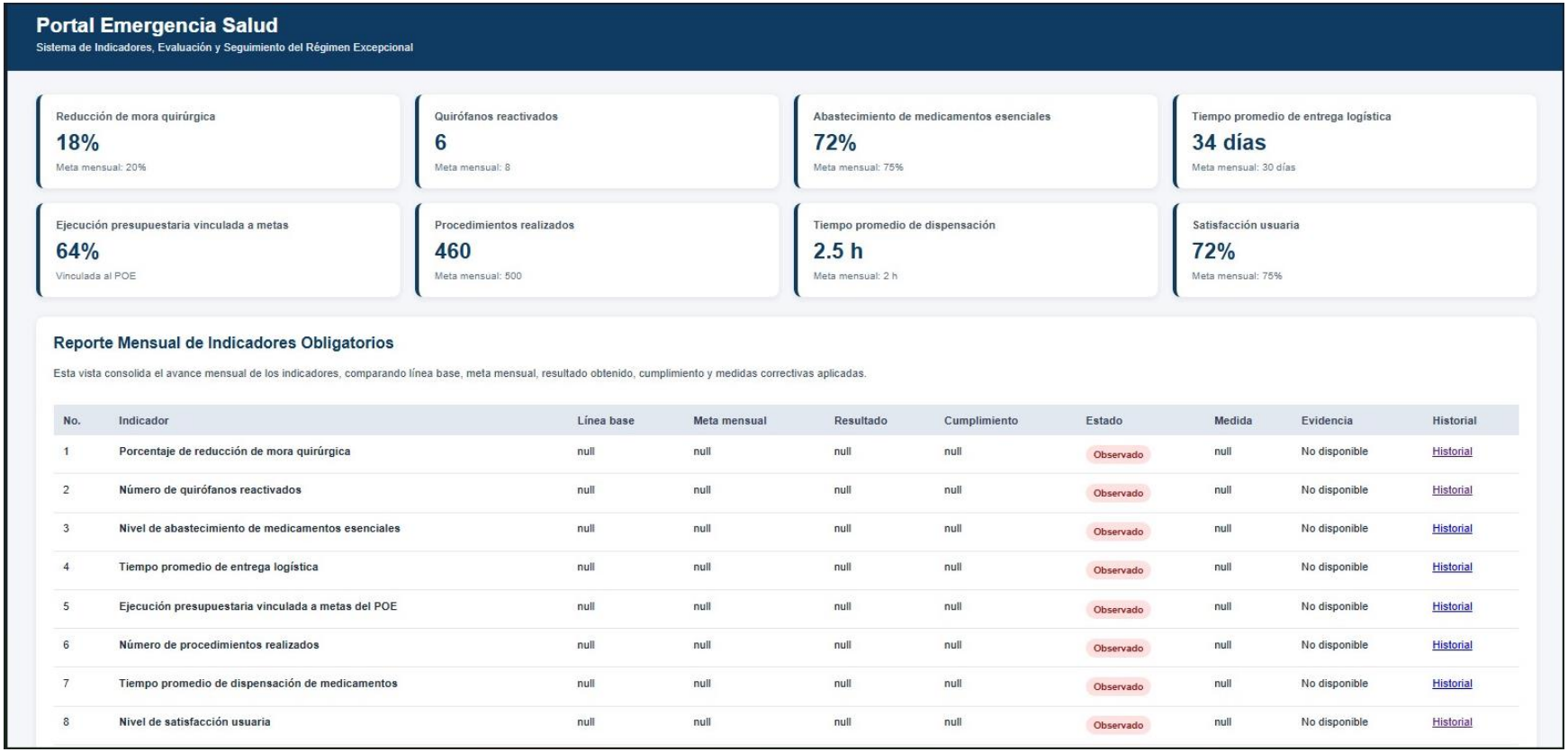
Los reportes mensuales deberán publicarse dentro de los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente, en:

1. Portal institucional de SESAL.





2. Portal “Emergencia Salud”.



Portal Emergencia Salud

Sistema de Indicadores, Evaluación y Seguimiento del Régimen Excepcional

Reducción de mora quirúrgica 18% Meta mensual: 20%	Quirófanos reactivados 6 Meta mensual: 8	Abastecimiento de medicamentos esenciales 72% Meta mensual: 75%	Tiempo promedio de entrega logística 34 días Meta mensual: 30 días
Ejecución presupuestaria vinculada a metas 64% Vinculada al POE	Procedimientos realizados 460 Meta mensual: 500	Tiempo promedio de dispensación 2.5 h Meta mensual: 2 h	Satisfacción usuaria 72% Meta mensual: 75%

Reporte Mensual de Indicadores Obligatorios

Esta vista consolida el avance mensual de los indicadores, comparando línea base, meta mensual, resultado obtenido, cumplimiento y medidas correctivas aplicadas.

No.	Indicador	Línea base	Meta mensual	Resultado	Cumplimiento	Estado	Medida	Evidencia	Historial
1	Porcentaje de reducción de mora quirúrgica	null	null	null	null	Observado	null	No disponible	Historial
2	Número de quirófanos reactivados	null	null	null	null	Observado	null	No disponible	Historial
3	Nivel de abastecimiento de medicamentos esenciales	null	null	null	null	Observado	null	No disponible	Historial
4	Tiempo promedio de entrega logística	null	null	null	null	Observado	null	No disponible	Historial
5	Ejecución presupuestaria vinculada a metas del POE	null	null	null	null	Observado	null	No disponible	Historial
6	Número de procedimientos realizados	null	null	null	null	Observado	null	No disponible	Historial
7	Tiempo promedio de dispensación de medicamentos	null	null	null	null	Observado	null	No disponible	Historial
8	Nivel de satisfacción usuaria	null	null	null	null	Observado	null	No disponible	Historial

La publicación deberá incluir: Series de tiempo, comparación con línea base, variaciones por establecimiento y un apartado de “desviaciones y medidas correctivas”.

Validación y control de calidad de datos.

El sistema de indicadores deberá contar con validación mínima en tres niveles:

1. Validación técnica operativa: Realizada por la unidad responsable del servicio (hospital/región).

2. Validación institucional central: Realizada por la unidad de monitoreo/planeación designada por SESAL.

3. Validación de control: Disponible para revisión por Auditoría Interna y TSC en control concurrente.

Cualquier corrección posterior a la publicación deberá:

• Quedar registrada (versionamiento),

• Motivarse técnicamente,

• y publicarse como fe de erratas.

Uso obligatorio para decisiones.

Los indicadores serán insumo obligatorio para:

1. Reorientación del POE.

2. Priorización de nuevas contrataciones.

3. Suspensión de medidas ineficaces.

4. Ajustes de logística y abastecimiento.

5. Evaluación de proveedores y prestadores.

6. Rendición de cuentas ante veeduría social.

7. Informes al Congreso Nacional.

8. Sustento de prórroga.

Contenido mínimo del informe.

El informe deberá contener, como mínimo, los siguientes ocho (8) apartados:

1. Resumen ejecutivo de resultados, con comparación línea base vs situación actual.

2. Análisis por indicador, incluyendo metas alcanzadas, brechas y explicación técnica.

3. Ejecución financiera detallada, por fuente de financiamiento, rubro y unidad ejecutora.

4. Coherencia físico-financiera, demostrando relación entre gasto y resultados.

5. Estado de contratación y proveedores, incluyendo desempeño y penalidades aplicadas

6. Hallazgos de control concurrente y auditoría interna, con estado de recomendaciones y medidas correctivas.

7. Riesgos remanentes y justificación de necesidad, demostrando que sin prórroga se comprometería continuidad del servicio esencial.

8. Plan de trabajo para el período de prórroga, con metas ajustadas y cronograma.

VII. Financiamiento del régimen excepcional

Especificando el monto total máximo de recursos públicos a ser ejecutados durante la vigencia de la emergencia, desagregado por fuente de financiamiento y diferenciado entre ejecución presupuestaria ordinaria y ejecución mediante fideicomiso.

- Equipos de Respuesta Rápida para intervención de salud en comunidades: L 300, 000,000.00
- Línea de mantenimiento y Reparación de Edificios y Locales (23100) L 100, 000,000.00.
- Reducción de mora quirúrgica: L 400, 000,000.00

OBJETO DEL GASTO	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PROPOSITO	MONTO	MODO DE EJECUCION
35210-Productos Farmacéuticos y Medicinales Varios	26 – MDRI	Medicamento Esenciales para pacientes Ambulatorios y Hospitalizados.	L 200,000,000.00	Fideicomiso
39530-Material Médico y Quirúrgico	26 – MDRI	Insumos Médicos para garantizar los procedimientos y Cirugías críticas a nuestros pacientes	L 300,000,000.00	Fideicomiso
69360-Reducción Mora Quirúrgica y Abastecimiento de medicamentos	11- TESORO NACIONAL	1. Mora Quirúrgica	L 400,000,000.00	Fideicomiso
		2.Equipos de Respuesta Rápida para Intervención de Salud en Comunidades	L 300,000,000.00	Fideicomiso
		3. Mantenimiento y Reparación de Edificios y Locales (Establecimientos de Salud)	L 100,000,000.00	Fideicomiso
		TOTAL	**L 800,000,000.00**	