



GAVI Alliance

Annual Progress Report **2012**

Submitted by

The Government of
Honduras

Reporting on year: **2012**

Requesting for support year: **2014**

Date of submission: **5/14/2013 6:45:46 PM**

Deadline for submission: 9/24/2013

Please submit the APR **2012** using the online platform <https://AppsPortal.gavialliance.org/PDExtranet>

Enquiries to: apr@gavialliance.org or representatives of a GAVI Alliance partner. The documents can be shared with GAVI Alliance partners, collaborators and general public. The APR and attachments must be submitted in English, French, Spanish, or Russian.

Note: *You are encouraged to use previous APRs and approved Proposals for GAVI support as reference documents. The electronic copy of the previous APRs and approved proposals for GAVI support are available at <http://www.gavialliance.org/country/>*

The GAVI Secretariat is unable to return submitted documents and attachments to countries. Unless otherwise specified, documents will be shared with the GAVI Alliance partners and the general public.

**GAVI ALLIANCE
GRANT TERMS AND CONDITIONS**

FUNDING USED SOLELY FOR APPROVED PROGRAMMES

The applicant country ("Country") confirms that all funding provided by the GAVI Alliance will be used and applied for the sole purpose of fulfilling the programme(s) described in the Country's application. Any significant change from the approved programme(s) must be reviewed and approved in advance by the GAVI Alliance. All funding decisions for the application are made at the discretion of the GAVI Alliance Board and are subject to the Independent Review Committee (IRC) and its processes and the availability of funds.

AMENDMENT TO THE APPLICATION

The Country will notify the GAVI Alliance in its Annual Progress Report (APR) if it wishes to propose any change to the programme(s) description in its application. The GAVI Alliance will document any change approved by the GAVI Alliance, and the Country's application will be amended.

RETURN OF FUNDS

The Country agrees to reimburse to the GAVI Alliance all funding amounts that are not used for the programme(s) described in its application. The country's reimbursement must be in US dollars and be provided, unless otherwise decided by the GAVI Alliance, within sixty (60) days after the Country receives the GAVI Alliance's request for a reimbursement and be paid to the account or accounts as directed by the GAVI Alliance.

SUSPENSION/ TERMINATION

The GAVI Alliance may suspend all or part of its funding to the Country if it has reason to suspect that funds have been used for purpose other than for the programmes described in the Country's application, or any GAVI Alliance-approved amendment to the application. The GAVI Alliance retains the right to terminate its support to the Country for the programmes described in its application if a misuse of GAVI Alliance funds is confirmed.

ANTICORRUPTION

The Country confirms that funds provided by the GAVI Alliance shall not be offered by the Country to any third person, nor will the Country seek in connection with its application any gift, payment or benefit directly or indirectly that could be construed as an illegal or corrupt practice.

AUDITS AND RECORDS

The Country will conduct annual financial audits, and share these with the GAVI Alliance, as requested. The GAVI Alliance reserves the right, on its own or through an agent, to perform audits or other financial management assessment to ensure the accountability of funds disbursed to the Country.

The Country will maintain accurate accounting records documenting how GAVI Alliance funds are used. The Country will maintain its accounting records in accordance with its government-approved accounting standards for at least three years after the date of last disbursement of GAVI Alliance funds. If there is any claims of misuse of funds, Country will maintain such records until the audit findings are final. The Country agrees not to assert any documentary privilege against the GAVI Alliance in connection with any audit.

CONFIRMATION OF LEGAL VALIDITY

The Country and the signatories for the Country confirm that its application, and APR, are accurate and correct and form legally binding obligations on the Country, under the Country's law, to perform the programmes described in its application, as amended, if applicable, in the APR.

CONFIRMATION OF COMPLIANCE WITH THE GAVI ALLIANCE TRANSPARANCY AND ACCOUNTABILITY POLICY

The Country confirms that it is familiar with the GAVI Alliance Transparency and Accountability Policy (TAP) and complies with the requirements therein.

USE OF COMMERCIAL BANK ACCOUNTS

The Country is responsible for undertaking the necessary due diligence on all commercial banks used to manage GAVI cash-based support. The Country confirms that it will take all responsibility for replenishing GAVI cash support lost due to bank insolvency, fraud or any other unforeseen event.

ARBITRATION

Any dispute between the Country and the GAVI Alliance arising out of or relating to its application that is not settled amicably within a reasonable period of time, will be submitted to arbitration at the request of either the GAVI Alliance or the Country. The arbitration will be conducted in accordance with the then-current UNCITRAL Arbitration Rules. The parties agree to be bound by the arbitration award, as the final adjudication of any such dispute. The place of arbitration will be Geneva, Switzerland. The languages of the arbitration will be English or French.

For any dispute for which the amount at issue is US\$ 100,000 or less, there will be one arbitrator appointed by the GAVI Alliance. For any dispute for which the amount at issue is greater than US \$100,000 there will be three arbitrators appointed as follows: The GAVI Alliance and the Country will each appoint one arbitrator, and the two arbitrators so appointed will jointly appoint a third arbitrator who shall be the chairperson.

The GAVI Alliance will not be liable to the country for any claim or loss relating to the programmes described in the application, including without limitation, any financial loss, reliance claims, any harm to property, or personal injury or death. Country is solely responsible for all aspects of managing and implementing the programmes described in its application.

By filling this APR the country will inform GAVI about:

Accomplishments using GAVI resources in the past year

Important problems that were encountered and how the country has tried to overcome them

Meeting accountability needs concerning the use of GAVI disbursed funding and in-country arrangements with development partners

Requesting more funds that had been approved in previous application for ISS/NVS/HSS, but have not yet been released

How GAVI can make the APR more user-friendly while meeting GAVI's principles to be accountable and transparent.

1. Application Specification

Reporting on year: **2012**

Requesting for support year: **2014**

1.1. NVS & INS support

Type of Support	Current Vaccine	Preferred presentation	Active until
Routine New Vaccines Support	Pneumococcal (PCV13), 1 dose(s) per vial, LIQUID	Pneumococcal (PCV13), 1 dose(s) per vial, LIQUID	2015
Routine New Vaccines Support	Rotavirus, 2 -dose schedule	Rotavirus, 2 -dose schedule	2015
INS			

DTP-HepB-Hib (Pentavalent) vaccine: Based on current country preferences the vaccine is available through UNICEF in fully liquid 1 and 10 dose vial presentations and in a 2 dose-2 vials liquid/lyophilised formulation, to be used in a three-dose schedule. Other presentations are also WHO pre-qualified, and a full list can be viewed on the [WHO website](#), but availability would need to be confirmed specifically.

1.2. Programme extension

No NVS support eligible to extension this year

1.3. ISS, HSS, CSO support

Type of Support	Reporting fund utilisation in 2012	Request for Approval of	Eligible For 2012 ISS reward
VIG	No	No	N/A
COS	No	No	N/A
ISS	No	next tranche: N/A	N/A
HSS	Yes	next tranche of HSS Grant N/A	N/A
CSO Type A	No	Not applicable N/A	N/A
CSO Type B	No	CSO Type B extension per GAVI Board Decision in July 2012: N/A	N/A
HSFP	No	N/A	N/A

VIG: Vaccine Introduction Grant; COS: Campaign Operational Support

1.4. Previous Monitoring IRC Report

APR Monitoring IRC Report for year **2011** is available [here](#).

2. Signatures

2.1. Government Signatures Page for all GAVI Support (ISS, INS, NVS, HSS, CSO)

By signing this page, the Government of **Honduras** hereby attests the validity of the information provided in the report, including all attachments, annexes, financial statements and/or audit reports. The Government further confirms that vaccines, supplies, and funding were used in accordance with the GAVI Alliance Standard Grant Terms and Conditions as stated in this Annual Progress Report (APR).

For the Government of **Honduras**

Please note that this APR will not be reviewed or approved by the Independent Review Committee (IRC) without the signatures of both the Minister of Health & Minister Finance or their delegated authority.

Minister of Health (or delegated authority)		Minister of Finance (or delegated authority)	
Name	Roxana Patricia Araujo	Name	Wilfredo Cerrato
Date		Date	
Signature		Signature	

This report has been compiled by (these persons may be contacted in case the GAVI Secretariat has queries on this document):

Full name	Position	Telephone	Email
Ida Berenice Molina	Jefe Programa Ampliado de Inmunizaciones	(504) 2221-3901 al 03	paihonduras@yahoo.com
Lourdes Otilia Mendoza	Médico Programa Ampliado de Inmunizaciones	(504) 2221-3901 al 03	paihonduras@yahoo.com
Alma Fabiola Morales	Consultora FCH/OPS/OMS	(504) 2221-6991	moraleaf@hon.ops-oms.org
Lesbia Altamirano	Consultor Nacional Salud Integral a la Niñez e Inmunizaciones	(504) 2221-6991	altamiranol@hon.ops-oms.org
Claudia Castillo	Especialista de Alianzas y Apoyo a la Gestión FCH-IM OPS/OMS	1 (202) 9743504	castilcl@paho.org
Janethe Aguilar Montano	Coordinadora Técnica de FSS-GAVI-UPEG	(504) 2238-0976	janethe_aguilar@yahoo.com
Mariela Alvarado Mendoza	Asistente Técnico de FSS-GAVI	(504) 2238-0976	emalle@yahoo.com
Mario Cruz Peñate	FSS-GAVI/OPS/OMS WDC	1 (202) 9743504	cruzmari@paho.org
Arturo Toro Aguirre	Asistente Administrativo	(504) 2238-0976	arturotoro87@hotmail.com

2.2. ICC signatures page

If the country is reporting on Immunisation Services (ISS), Injection Safety (INS) and/or New and Under-Used Vaccines (NVS) supports

In some countries, HSCC and ICC committees are merged. Please fill-in each section where information is appropriate and upload in the attached documents section the signatures twice, one for HSCC signatures and one for ICC signatures

The GAVI Alliance Transparency and Accountability Policy (TAP) is an integral part of GAVI Alliance monitoring of country performance. By signing this form the ICC members confirm that the funds received from the GAVI Alliance have been used for purposes stated within the approved application and managed in a transparent manner, in accordance with government rules and regulations for financial management.

2.2.1. ICC report endorsement

We, the undersigned members of the immunisation Inter-Agency Coordinating Committee (ICC), endorse this report. Signature of endorsement of this document does not imply any financial (or legal) commitment on the part of the partner agency or individual.

Name/Title	Agency/Organization	Signature	Date
Gina Watson /Representante	OPS/OMS		
Cristian Munduati / Representante	UNICEF		
Gustavo Avila / Oficial de Salud	USAID		
Marco Antonio Suazo/Director	Project HOPE		
Fernando Tomé Abarca/Presidente vitalicio	Instituto Interamericano del Niño		

ICC may wish to send informal comments to: apr@gavialliance.org

All comments will be treated confidentially

Comments from Partners:

Comments from the Regional Working Group:

2.3. HSCC signatures page

We, the undersigned members of the National Health Sector Coordinating Committee (HSCC), Honduras , endorse this report on the Health Systems Strengthening Programme. Signature of endorsement of this document does not imply any financial (or legal) commitment on the part of the partner agency or individual.

The GAVI Alliance Transparency and Accountability Policy is an integral part of GAVI Alliance monitoring of country performance. By signing this form the HSCC members confirm that the funds received from the GAVI Alliance have been used for purposes stated within the approved application and managed in a transparent manner, in accordance with government rules and regulations for financial management. Furthermore, the HSCC confirms that the content of this report has been based upon accurate and verifiable financial reporting.

Name/Title	Agency/Organization	Signature	Date
Gina Watson, Representante	OPS/OMS		
Yolany Batres, Subsecretaria de Redes de Servicios	Secretaría de Salud		

Sandra Pinel, Directora de Redes de Servicios	Secretaría de Salud		
María del Socorro Interiano, Directora UPEG	Secretaría de Salud		
Elmer Mayes, Presidente	Colegio Médico		
Mario Zelaya, Director Médico Nacional	Instituto Hondureño de Seguridad Social		
Hugo Rodríguez, Jefe de Servicios	Instituto Hondureño de Seguridad Social		
Reina Rivera, Presidenta	Colegio de Enfermeras		
Felicito Avila, Secretario de Estado	Secretaría del Trabajo		
Delmer Nazar, Medicina de Trabajo	Secretaría del Trabajo		
Bessy Patricia Mejía, Presidenta	Colegio de Odontólogos		
Narda de Nazar, Presidenta	Colegio de Farmacéuticos		

HSCC may wish to send informal comments to: apr@gavialliance.org

All comments will be treated confidentially

Comments from Partners:

Comments from the Regional Working Group:

2.4. Signatures Page for GAVI Alliance CSO Support (Type A & B)

Honduras is not reporting on CSO (Type A & B) fund utilisation in 2013

3. Table of Contents

This APR reports on *Honduras's* activities between January – December 2012 and specifies the requests for the period of January – December 2014

Sections

[1. Application Specification](#)

[1.1. NVS & INS support](#)

[1.2. Programme extension](#)

[1.3. ISS, HSS, CSO support](#)

[1.4. Previous Monitoring IRC Report](#)

[2. Signatures](#)

[2.1. Government Signatures Page for all GAVI Support \(ISS, INS, NVS, HSS, CSO\)](#)

[2.2. ICC signatures page](#)

[2.2.1. ICC report endorsement](#)

[2.3. HSCC signatures page](#)

[2.4. Signatures Page for GAVI Alliance CSO Support \(Type A & B\)](#)

[3. Table of Contents](#)

[4. Baseline & annual targets](#)

[5. General Programme Management Component](#)

[5.1. Updated baseline and annual targets](#)

[5.2. Immunisation achievements in 2012](#)

[5.3. Monitoring the Implementation of GAVI Gender Policy](#)

[5.4. Data assessments](#)

[5.5. Overall Expenditures and Financing for Immunisation](#)

[5.6. Financial Management](#)

[5.7. Interagency Coordinating Committee \(ICC\)](#)

[5.8. Priority actions in 2013 to 2014](#)

[5.9. Progress of transition plan for injection safety](#)

[6. Immunisation Services Support \(ISS\)](#)

[6.1. Report on the use of ISS funds in 2012](#)

[6.2. Detailed expenditure of ISS funds during the 2012 calendar year](#)

[6.3. Request for ISS reward](#)

[7. New and Under-used Vaccines Support \(NVS\)](#)

[7.1. Receipt of new & under-used vaccines for 2012 vaccine programme](#)

[7.2. Introduction of a New Vaccine in 2012](#)

[7.3. New Vaccine Introduction Grant lump sums 2012](#)

[7.3.1. Financial Management Reporting](#)

[7.3.2. Programmatic Reporting](#)

[7.4. Report on country co-financing in 2012](#)

[7.5. Vaccine Management \(EVSM/VMA/EVM\)](#)

[7.6. Monitoring GAVI Support for Preventive Campaigns in 2012](#)

[7.7. Change of vaccine presentation](#)

[7.8. Renewal of multi-year vaccines support for those countries whose current support is ending in 2013](#)

[7.9. Request for continued support for vaccines for 2014 vaccination programme](#)

- [7.11. Calculation of requirements](#)
- [8. Injection Safety Support \(INS\)](#)
- [9. Health Systems Strengthening Support \(HSS\)](#)
 - [9.1. Report on the use of HSS funds in 2012 and request of a new tranche](#)
 - [9.2. Progress on HSS activities in the 2012 fiscal year](#)
 - [9.3. General overview of targets achieved](#)
 - [9.4. Programme implementation in 2012](#)
 - [9.5. Planned HSS activities for 2013](#)
 - [9.6. Planned HSS activities for 2014](#)
 - [9.7. Revised indicators in case of reprogramming](#)
 - [9.8. Other sources of funding for HSS](#)
 - [9.9. Reporting on the HSS grant](#)
- [10. Strengthened Involvement of Civil Society Organisations \(CSOs\) : Type A and Type B](#)
 - [10.1. TYPE A: Support to strengthen coordination and representation of CSOs](#)
 - [10.2. TYPE B: Support for CSOs to help implement the GAVI HSS proposal or cMYP](#)
- [11. Comments from ICC/HSCC Chairs](#)
- [12. Annexes](#)
 - [12.1. Annex 1 – Terms of reference ISS](#)
 - [12.2. Annex 2 – Example income & expenditure ISS](#)
 - [12.3. Annex 3 – Terms of reference HSS](#)
 - [12.4. Annex 4 – Example income & expenditure HSS](#)
 - [12.5. Annex 5 – Terms of reference CSO](#)
 - [12.6. Annex 6 – Example income & expenditure CSO](#)
- [13. Attachments](#)

4. Baseline & annual targets

Countries are encouraged to aim for realistic and appropriate wastage rates informed by an analysis of their own wastage data. In the absence of country-specific data, countries may use indicative maximum wastage values as shown on the **Wastage Rate Table** available in the guidelines. Please note the benchmark wastage rate for 10ds pentavalent which is available.

Number	Achievements as per JRF		Targets (preferred presentation)					
	2012		2013		2014		2015	
	Original approved target according to Decision Letter	Reported	Original approved target according to Decision Letter	Current estimation	Previous estimates in 2012	Current estimation	Previous estimates in 2012	Current estimation
Total births	220,060	220,060	220,983	220,983	221,718	221,718	222,256	222,256
Total infants' deaths	5,061	5,061	5,082	5,082	5,099	5,099	5,111	5,111
Total surviving infants	214999	214,999	215,901	215,901	216,619	216,619	217,145	217,145
Total pregnant women	258,894	258,894	259,980	259,980	260,845	260,845	261,478	261,478
Number of infants vaccinated (to be vaccinated) with BCG	209,057	195,725	214,354	214,354	215,066	215,066	215,588	215,588
BCG coverage	95 %	89 %	97 %	97 %	97 %	97 %	97 %	97 %
Number of infants vaccinated (to be vaccinated) with OPV3	197,799	193,836	205,106	205,106	205,788	205,788	206,288	206,288
OPV3 coverage	92 %	90 %	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %
Number of infants vaccinated (to be vaccinated) with DTP1	204,249	194,278	211,583	211,583	212,287	212,287	212,802	212,802
Number of infants vaccinated (to be vaccinated) with DTP3	197,799	194,088	205,106	205,106	205,788	205,788	206,288	206,288
DTP3 coverage	92 %	90 %	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %
Wastage[1] rate in base-year and planned thereafter (%) for DTP	5	0	5	5	5	5	5	5
Wastage[1] factor in base-year and planned thereafter for DTP	1.05	1.00	1.05	1.05	1.05	1.05	1.05	1.05
Number of infants vaccinated (to be vaccinated) with 1 dose of Pneumococcal (PCV13)	188,061	193,979	211,583	211,583	212,287	212,287	212,802	212,802
Number of infants vaccinated (to be vaccinated) with 3 dose of Pneumococcal (PCV13)	188,061	193,703	211,583	205,106	205,788	205,788	206,288	206,288
Pneumococcal (PCV13) coverage	92 %	90 %	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %
Wastage[1] rate in base-year and planned thereafter (%)	0	0	0	5	5	5	5	5
Wastage[1] factor in base-year and planned thereafter (%)	1.05	1	1.05	1.05	1.05	1.05	1.05	1.05
Maximum wastage rate value for Pneumococcal (PCV13), 1 dose(s) per vial, LIQUID	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Number of infants vaccinated (to be vaccinated) with 1 dose of Rotavirus	188,061	192,087	211,583	211,583	212,287	212,287	212,802	212,802

Number	Achievements as per JRF		Targets (preferred presentation)					
	2012		2013		2014		2015	
	Original approved target according to Decision Letter	Reported	Original approved target according to Decision Letter	Current estimation	Previous estimates in 2012	Current estimation	Previous estimates in 2012	Current estimation
Number of infants vaccinated (to be vaccinated) with 2 dose of Rotavirus	188,061	191,347	211,583	205,106	205,788	205,788	206,288	206,288
Rotavirus coverage	92 %	89 %	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %
Wastage[1] rate in base-year and planned thereafter (%)	0	4	0	5	5	5	5	5
Wastage[1] factor in base-year and planned thereafter (%)	1.05	1.04	1.05	1.05	1.05	1.05	1.05	1.05
Maximum wastage rate value for Rotavirus, 2-dose schedule	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Number of infants vaccinated (to be vaccinated) with 1st dose of Measles	197,799	191,493	205,106	205,106	205,788	205,788	206,288	206,288
Measles coverage	92 %	89 %	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %
Pregnant women vaccinated with TT+	37,970	61,445	38,997	38,997	39,127	39,127	39,222	39,222
TT+ coverage	15 %	24 %	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %
Vit A supplement to mothers within 6 weeks from delivery	142,392	123,566	142,989	154,688	143,465	166,289	143,813	177,804
Vit A supplement to infants after 6 months	182,749	176,214	183,586	176,786	184,126	177,374	184,573	177,805
Annual DTP Drop out rate [(DTP1 – DTP3) / DTP1] x 100	3 %	0 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %

** Number of infants vaccinated out of total surviving infants

*** Indicate total number of children vaccinated with either DTP alone or combined

**** Number of pregnant women vaccinated with TT+ out of total pregnant women

1 The formula to calculate a vaccine wastage rate (in percentage): $[(A - B) / A] \times 100$. Whereby: A = the number of doses distributed for use according to the supply records with correction for stock balance at the end of the supply period; B = the number of vaccinations with the same vaccine in the same period.

5. General Programme Management Component

5.1. Updated baseline and annual targets

Note: Fill in the table in section 4 Baseline and Annual Targets before you continue

The numbers for 2012 must be consistent with those that the country reported in the **WHO/UNICEF Joint Reporting Form (JRF) for 2012**. The numbers for 2013 - 2015 in [Table 4 Baseline and Annual Targets](#) should be consistent with those that the country provided to GAVI in previous APR or in new application for GAVI support or in cMYP.

In fields below, please provide justification and reasons for those numbers that in this APR are different from the referenced ones:

- Justification for any changes in **births**

No se ha modificado el número de nacimientos, ya que se está a la espera de las nuevas proyecciones de población del censo nacional de población y vivienda de Honduras 2013.

- Justification for any changes in **surviving infants**

No se ha modificado el número de lactantes sobrevivientes, ya que se está a la espera de los datos de la tasa de mortalidad infantil del censo nacional de población y vivienda de Honduras 2013.

- Justification for any changes in targets by vaccine. **Please note that targets in excess of 10% of previous years' achievements will need to be justified.**

No se ha realizado ningún cambio en las metas de cada una de las vacunas.

En el caso de la vitamina "A", se han definido metas para el período 2013-2015 para madres dentro de las 6 semanas posteriores al parto y lactantes a partir de los 6 meses (de 6-11 meses).

Las meta original aprobada por GAVI conforme a la carta de decisión para el año 2012 para terceras dosis de neumococo y segundas de Rotavirus deben revisarse y ajustarse, ya que colocan la misma meta de primeras dosis.

- Justification for any changes in **wastage by vaccine**

No se ha modificado la tasa de desperdicio para ninguna de las vacunas.

Para el año 2012, en el numeral 4. "Bases y metas anuales", en la columna de informadas para la tasa de pérdida de la vacuna DPT el porcentaje correcto es 0.09% , en el cuadro aparece cero (0) ya que la plataforma no acepta posiciones decimales; al igual para la vacuna contra el neumococo la tasa de pérdida correcta es 0.14%, en el cuadro aparece cero (0) por lo antes expuesto.

5.2. Immunisation achievements in 2012

5.2.1. Please comment on the achievements of immunisation programme against targets (as stated in last year APR), the key major activities conducted and the challenges faced in 2012 and how these were addressed:

Logros del programa de inmunización en comparación con las metas:

En el año 2012 se alcanzaron coberturas de vacunación en la población menor de un año, para las vacunas BCG 89%, Sabin 88%, DPT-HepB-Hib 88%, Rotavirus 87% y Neumococo 88% y de 93% para la vacuna SRP en la población de 12 a 23 meses de edad, no lográndose la meta establecida en el informe de progreso del año 2011 para las diferentes vacunas, asociado con énfasis a problemas de sobrestimación del denominador oficial de población menor de un año que brinda el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Principales actividades realizadas:

- Monitoreo y análisis mensual de coberturas de vacunación en todos los niveles: local, municipal, departamental y nacional, para la toma de decisiones oportunas.
- Ejecución de jornada nacional de vacunación y campaña de seguimiento contra sarampión y rubéola entre los meses de abril a julio de 2012, donde se aprovechó para la búsqueda de población no vacunada para todas las vacunas según esquema nacional.
- Intervención de 72 municipios en riesgo en ocho regiones sanitarias priorizadas: 60 municipios por coberturas inferiores al 95% para DPT-HepB-Hib y 12 municipios de alta concentración de población, con apoyo financiero de OPS/OMS/CIDA. La selección de los municipios se basó en indicadores de cobertura para DPT-HepB-Hib, SRP, silencio epidemiológico para la notificación de casos sospechosos de parálisis flácida aguda (PFA), sarampión/rubéola y concentración de población menor de un año de edad. Entre las principales actividades realizadas se destacan la caracterización de los municipios, análisis de la situación, formulación de planes por cada municipio a intervenir por equipos locales, municipales, con acompañamiento regional y ejecución de actividades programadas: operativos, monitoreos rápidos de coberturas, supervisión entre otras.
- Ejecución de una reunión anual de evaluación del PAI con los responsables del PAI a nivel regional para analizar las coberturas de vacunación y calidad de los datos. Por problemas financieros no se invitaron a los epidemiólogos y jefes regionales.
- Se continuó implementación del programa de manejo y control de inventarios de vacunas, jeringas y cajas de seguridad (VSSM), implementándose en 8 regiones sanitarias, lográndose su funcionamiento en 18/20 regiones.
- Control de calidad de los datos de vacunación en las 20 regiones sanitarias, a través de la supervisión.

Dificultades encontradas y abordaje:

El no logro de las metas establecidas está asociada a dificultades, algunas de competencia de la institución y otras que no son competencia institucional, que se constituyen en barreras. A continuación se enuncian las principales, es importante resaltar que la mayoría no difieren de las citadas en el informe de progreso 2011.

- Sobrestimación del denominador menor de un año en 16/20 regiones sanitarias, lo que generó que más del 80% de los municipios se clasificaran como de riesgo por coberturas inferiores al 95% para DPT-HepB-Hib: por lo que para priorizar su intervención se establecieron además de los criterios ya definidos, la realización de monitoreos rápidos de cobertura en el programa de rutina para verificación de coberturas.
- Limitado financiamiento institucional para combustible para la vacunación extramuros en el programa de rutina y en zonas de difícil acceso geográfico: a través de la coordinación con gobiernos municipales y ONG se priorizaron localidades de difícil acceso para vacunación y por fondos de fortalecimiento de los servicios de salud se apoyó intervención en 46 municipios a través de la entrega de paquete básico de servicios de salud.
- Inseguridad ciudadana, que limita el acceso de la población a los servicios de vacunación y de los trabajadores de la salud a los barrios, colonias, con énfasis en las cabeceras municipales para la vacunación extramuros en el programa de rutina a aquellas familias que por diferentes razones no acceden a demandar los servicios de vacunación: cada unidad de salud ha identificado los barrios y colonias de mayor inseguridad, denominadas "zonas calientes" e identificado estrategias particulares para proteger a la población, a través de negociación con líderes de "maras", patronatos, ya que no se puede ingresar a estas zonas con militares, como antes se hacía.
- Limitada supervisión de los niveles regionales a los municipales y de los municipales al local por falta de financiamiento, logística de transporte, combustible: a través de fondos OPS/OMS/CIDA se apoyó con financiamiento la supervisión del nivel central al regional y del regional al municipal.
- Unidades de salud cerradas por períodos prolongados por vacaciones regulares y profilácticas del personal, lo que general que las unidades de salud rurales permanezcan cerradas por un promedio de tres meses cada año y no se cuenta con personal para cubrir este período: Se realizaron operativos de vacunación con personal de unidades de salud cercana para proteger a la población. Además, un número de 85 Auxiliares de Enfermería fueron contratadas por fondos GAVI-FSS para apoyar 89 unidades de salud cerradas.

5.2.2. If targets were not reached, please comment on reasons for not reaching the targets:

De acuerdo a análisis realizados de las coberturas de vacunación alcanzadas en el año 2012, se identificaron varias razones, siendo las principales:

- Sobrestimación del denominador de población menor de un año, en el año 2007 el INE realizó revisión y ajustes a la población menor de un año y de 1 a 4 años, sin embargo las coberturas alcanzadas para todas las vacunas superaron el 100% desde el año 2010, denotando problemas de subestimación de la población ajustada por el INE en el año 2007. Con base a lo anterior el Departamento de Estadística de la Secretaría de Salud (SESAL), instancia responsable de los datos de población, en consulta con el INE se tomó la decisión de no continuar utilizando estimaciones ajustadas de población menor de un año y utilizar las proyecciones oficiales para el año 2012, en espera de los datos oficiales del nuevo censo de población y vivienda 2013.
- Disminución en la captación de la población objetivo, para el año 2012 se aplicaron 194,278 primeras dosis de vacuna DPT-HepB-Hib, disminuyendo en 2,717 dosis en comparación a las dosis aplicadas en el año 2011 (196,995 primeras dosis), asociado a disminución de las actividades extramuros en el programa de rutina por problemas de inseguridad ciudadana para los trabajadores de la salud en barrios, colonias, aldeas y caserío, limitada logística de transporte, falta de combustible y de recursos humanos vacunadores.
- Falta de financiamiento para implementación de estrategia de comunicación para el programa de rutina, ya que únicamente se dispone de financiamiento para informar y educar a la población durante jornadas o campañas de vacunación.

5.3. Monitoring the Implementation of GAVI Gender Policy

5.3.1. At any point in the past five years, were sex-disaggregated data on DTP3 coverage available in your country from administrative data sources and/or surveys? **yes, available**

If yes, please report the latest data available and the year that it is from.

Data Source	Reference Year for Estimate	DTP3 Coverage Estimate	
		Boys	Girls
Encuesta Nacional de Salud ENDESA	2011 (datos aún no publicados)		

5.3.2. How have any discrepancies in reaching boys versus girls been addressed programmatically?

Datos no oficiales aún no publicados.

5.3.3. If no sex-disaggregated data are available at the moment, do you plan in the future to collect sex-disaggregated coverage estimates? **Yes**

5.3.4. How have any gender-related barriers to accessing and delivering immunisation services (eg, mothers not being empowered to access services, the sex of service providers, etc) been addressed programmatically? (For more information on gender-related barriers, please see GAVI's factsheet on gender and immunisation, which can be found on <http://www.gavialliance.org/about/mission/gender/>)

En Honduras el acceso a los servicios de vacunación es universal, independiente del género y no se considera que existan barreras a nivel de la población y de los servicios de salud para la oferta y demanda de los servicios de vacunación relacionadas con el género. Esta afirmación podrá ser validada con los resultados oficiales de la ENDESA 2011.

5.4. Data assessments

5.4.1. Please comment on any discrepancies between immunisation coverage data from different sources (for example, if survey data indicate coverage levels that are different than those measured through the administrative data system, or if the WHO/UNICEF Estimate of National Immunisation Coverage and the official country estimate are different)

En el año 2011 se realizó la ENDESA que midió niveles de coberturas de vacunación en la población de 12-59 meses, cuyos datos oficiales aún no están disponibles.

La última ENDESA realizada en el año 2005-2006 y de la cual se dispone de información de cobertura de vacunación, actualmente no resulta relevante realizar comparación con las coberturas administrativas.

Con relación a las estimaciones de la OMS/UNICEF, han coincidido con los datos administrativos hasta 2010, para 2011 la estimación para terceras dosis de DPT en menores de un año de OMS/UNICEF es de 98%, inferior a los datos oficiales del país que superaron el 100% (105%). Para 2012 se podrá realizar comparación en julio 2013, ya que aún no se dispone de las mismas.

* Please note that the WHO UNICEF estimates for 2012 will only be available in July 2013 and can have retrospective changes on the time series.

5.4.2. Have any assessments of administrative data systems been conducted from 2011 to the present? **Yes**
If Yes, please describe the assessment(s) and when they took place.

Durante el período 2011-2012 se han realizado evaluaciones nacionales de la calidad de los datos de vacunación, conducida por el departamento de Estadística de la Secretaría de Salud.

En el año 2011 se realizó evaluación de la calidad de los datos de vacunación en 4 de 20 regiones: La Paz, Copán, Intibucá y Valle, las cuales fueron seleccionadas por que reportaban tasas de deserción negativa para la vacuna DPT-HepB-Hib en menores de un año, utilizando la metodología de la OMS de evaluación de calidad de datos.

En las cuatro regiones de salud en que se llevó a cabo la evaluación de la calidad de los datos de vacunación, se evaluaron 16 unidades de salud, encontrando entre los principales hallazgos:

- Exactitud del 95% para primeras de pentavalente y 93% para terceras de pentavalente.
- Se encontró inconsistencia entre el registro diario VAC1 y el formulario consolidado mensual VAC2 en 3 de las 4 regiones evaluadas.
- Se comprobó integridad de los reportes en todos los niveles.

En el año 2012 por problemas financieros no se realizó evaluación de la calidad de los datos de vacunación con la metodología de la OMS, sin embargo debido a que se identificó en el tercer trimestre del año inconsistencia en la mayoría de las regiones entre primeras y terceras dosis de DPT-HepB-Hib y que no existía el financiamiento y la capacidad logística para visitar todas las regiones, se realizó reunión nacional con las responsables del programa de las 20 regiones en el mes de noviembre donde se brindaron lineamientos elaborados por el departamento de Estadística para la revisión de todos los datos de vacunación del año 2012.

5.4.3. Please describe any major activities undertaken to improve administrative data systems from 2010 to the present.

Desde el año 2008, posterior a la evaluación internacional de la calidad de los datos del PAI de Honduras, realizada por la OPS/OMS se han continuado realizando de manera sostenida actividades para mejorar la calidad de los datos. Las principales actividades realizadas durante el período 2010-2012 son:

- Evaluación de la calidad de los datos de vacunación utilizando la metodología de la OMS en las regiones priorizadas, en 2010 se evaluaron 4 de 20 regiones y en 2011 también.
- Incorporación en la guía nacional de supervisión del PAI, el control de calidad de los datos de vacunación, que permite comparar diferentes fuentes a nivel local: Listado de Vigilancia Integral de Niños (LINVI), formulario de registro diario de vacunación (VAC1) y formulario mensual de vacunación (VAC2).
- Supervisión del funcionamiento del Sistema de Información de Vacunación (SIVAC) del nivel central (departamento de Estadística) a regiones priorizadas.
- Dotación de equipo de informática a los departamentos de Estadísticas de las 20 regiones sanitarias con apoyo financiero de GAVI-FSS en el año 2011.

5.4.4. Please describe any plans that are in place, or will be put into place, to make further improvements to administrative data systems.

En el marco del plan de acción quinquenal del PAI 2011-2015, en el año 2011 se formuló proyecto para el diseño e implementación del sistema nominal de vacunación (SINOVA) en tres fases a ser ejecutadas durante el período 2011-2014, para lo cual se han movilizado recursos de asistencia técnica y financiera de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo Internacional (AECID) y OPS/OMS.

Avances

- En el año 2011 con apoyo de la OPS se definieron los requerimientos para el diseño del sistema.
- En el año 2012 se diseñó y validó el sistema nominal de vacunación.
- En noviembre de 2012 se implementó primera fase del proyecto a nivel central (departamento de Estadística) y en dos regiones sanitarias pilotos (Francisco Morazán y Comayagua), las cuales fueron dotadas de equipo, papelería, capacitación de los recursos del nivel regional, municipal y local.
- Monitoreo semanal/mensual al funcionamiento del sistema bajo la responsabilidad del departamento de Estadística.
- Reuniones mensuales de seguimiento al sistema con la participación del departamento de Estadística del nivel central, PAI y OPS/OMS.

5.5. Overall Expenditures and Financing for Immunisation

The purpose of **Table 5.5a** is to guide GAVI understanding of the broad trends in immunisation programme expenditures and financial flows. Please fill the table using US\$.

Exchange rate used	1 US\$ = 19.07	Enter the rate only; Please do not enter local currency name
---------------------------	----------------	--

Table 5.5a: Overall Expenditure and Financing for Immunisation from all sources (Government and donors) in US\$

Expenditure by category	Expenditure Year 2012	Source of funding						
		Country	GAVI	UNICEF	WHO	USAID	Project HOPE	ONG:CM MB, NCC
Traditional Vaccines*	8,742,800	8,742,800	0	0	0	0	0	0
New and underused Vaccines**	9,041,758	901,175	5,043,483	0	0	0	1,725,600	1,371,500
Injection supplies (both AD syringes and syringes other than ADs)	364,217	323,700	40,517	0	0	0	0	0
Cold Chain equipment	554,300	523,800	27,400	0	0	0	3,100	0
Personnel	564,700	564,700	0	0	0	0	0	0
Other routine recurrent costs	2,472,270	1,982,500	203,570	5,000	255,400	15,500	5,300	5,000
Other Capital Costs	48,600	10,900	0	0	33,900	0	3,800	0
Campaigns costs	914,600	831,200	0	0	43,800	0	10,100	29,500
En la categoría del gastos de "vacunas nuevas e infrautilizadas" se incluye vacuna Neumococo de polisacáridos y VPH donadas por ONG.		0	0	0	0	0	0	0
Total Expenditures for Immunisation	22,703,245							
Total Government Health		13,880,775	5,314,970	5,000	333,100	15,500	1,747,900	1,406,000

* Traditional vaccines: BCG, DTP, OPV (or IPV), Measles 1st dose (or the combined MR, MMR), TT. Some countries will also include HepB and Hib vaccines in this row, if these vaccines were introduced without GAVI support.

5.5.1. If there are no government funding allocated to traditional vaccines, please state the reasons and plans for the expected sources of funding for 2013 and 2014

En el marco del cumplimiento de la Ley de vacunas, la Secretaría de Salud firma convenio anual de suministro de vacunas, jeringas, cajas de seguridad y equipo de cadena de frío, con la OPS para su adquisición a través del Fondo Rotatorio, lo que permite asegurar la asignación anual de fondos del presupuesto de ingresos y egresos de la República para la compra de las vacunas tradicionales y el co-pago correspondiente para las nuevas vacunas Rotavirus y Neumococo conjugada de acuerdo al compromiso de país ante la GAVI.

Para el período 2013-2014 y en adelante el Gobierno de la República continuará asignando en el presupuesto nacional de la Secretaría de Salud el fondo requerido para asegurar las vacunas tradicionales y nuevas.

5.6. Financial Management

5.6.1. Has a GAVI Financial Management Assessment (FMA) been conducted prior to, or during the 2012 calendar year? **No, not implemented at all**

If Yes, briefly describe progress against requirements and conditions which were agreed in any Aide Memoire concluded between GAVI and the country in the table below:

Action plan from Aide Mémoire	Implemented?

If the above table shows the action plan from Aide Memoire has been fully or partially implemented, briefly state exactly what has been implemented

No aplica.

If none has been implemented, briefly state below why those requirements and conditions were not met.

No aplica.

5.7. Interagency Coordinating Committee (ICC)

How many times did the ICC meet in 2012? **1**

Please attach the minutes (**Document nº 4**) from the ICC meeting in 2013 endorsing this report.

List the key concerns or recommendations, if any, made by the ICC on sections [5.1 Updated baseline and annual targets](#) to [5.5 Overall Expenditures and Financing for Immunisation](#)

Con relación a las reuniones del CCI durante el año 2012 únicamente se realizó una reunión, debido a que la segunda se suspendió por cambio de Ministro de Salud y no fue posible reprogramarla. A continuación se resumen consideraciones y recomendaciones:

Consideraciones

- Los logros alcanzados por PAI también son el resultado de los aliados de la Cooperación Externa. Las partidas presupuestarias para el PAI se han blindado y no se pueden disponer para otras actividades diferentes a las planificadas por el Programa. El Estado de Honduras de forma ascendente está inyectando presupuesto para la vacunación.
- En el plan de acción del PAI la Cruz Roja Canadiense plantea que se ha omitido la cooperación que realizan en el tema del niño, en el que se incluye el PAI.
- El Estado de Honduras ha incrementado su presupuesto para la compra de las vacunas, de hecho es uno de los países que realiza el pago por adelantado para garantizar las vacunas. La OPS/OMS reconoce que no es posible pensar que el país está graduado y dejarlo, para la Directora Mirtha Roses, es una prioridad la inmunización.
- Toda la cooperación externa es reportada mensualmente a SEPLAN y Secretaría de Finanzas, es un requerimiento por ley, los balances financieros se realizan conforme lo programado y la reprogramación se basa en evidencia.
- Con relación a la integración de otros actores, en la presupuestación del plan anual están incorporadas otras fuentes nacionales, como el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Empresa Privada y las Corporaciones Municipales.

Recomendaciones:

- Continuar abogacía, para que Anteproyecto de Ley de Vacunas que fue presentado en el Congreso Nacional sea aprobado. Este proyecto garantizará el financiamiento para las actividades de responsabilidad estatal, también será primordial difundirlo y vigilar su cumplimiento.
- Solicitar a los cooperantes incorporar en los procesos al PAI desde la planeación de cada proyecto y así se podrá visualizar el apoyo financiero, para incorporarlo en el plan anual.
- La OPS/OMS reconoce la aprobación de la Ley para dar sostenibilidad a todos los esfuerzos de vacunación, pero la movilización de recursos es tarea de todos e invita a todos los cooperantes a realizar abogacía ante el Congreso Nacional para lograr su aprobación.

Are any Civil Society Organisations members of the ICC? **Yes**

If **Yes**, which ones?

List CSO member organisations:
Colegio Médico de Honduras
Asociación de Municipios de Honduras
Asociación Pediátrica Hondureña
Cruz Roja Americana
Consejo Consultivo Nacional de Inmunizaciones
Colegio de Enfermeras de Honduras
Plan Internacional
Save The Children
Project HOPE

Catholic Medical Mission Board (CMMB)
Federación de Organizaciones Privadas de Desarrollo (FOPRIDEH)
World Relief
Iglesia de los Santos de la Últimos Días

5.8. Priority actions in 2013 to 2014

What are the country's main objectives and priority actions for its EPI programme for 2013 to 2014

Objetivos

El principal objetivo del PAI es disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunas en la población general, con énfasis en la menor de cinco años de edad y grupos en riesgo a través de la vacunación; para mantener la certificación de la erradicación de la poliomielitis, eliminación del Sarampión, Rubéola, Síndrome de Rubéola Congénita y el Tétanos Neonatal; control de formas graves de tuberculosis infantil, Tos ferina, Difteria, Parotiditis, Hepatitis B, enfermedades invasivas por Hib, diarrea por Rotavirus, enfermedades invasivas provocadas por neumococo (meningitis, neumonía y septicemias entre otras) e Influenza.

Entre los principales objetivos específicos para el período 2013-2014 se destacan:

1. Promover la oferta y demanda espontánea de los servicios de vacunación en forma consciente a nivel de los trabajadores de la salud y población beneficiaria en el contexto de la estrategia de municipios y comunidades saludables, a través del proceso de promoción de la salud en PAI.
2. Dotar a la red de servicios de las 20 regiones sanitarias de vacunas, jeringas, materiales, cajas de eliminación, papelería y equipo para la ejecución de actividades de vacunación, vigilancia epidemiológica e inyecciones seguras.
3. Alcanzar cobertura nacional de vacunación en la población objetivo superior al 90% con todas las vacunas.
4. Intervenir el 20% (60) de los municipios en riesgo, de mayor concentración de población, hasta que logren coberturas superiores al 95% para terceras dosis de vacuna Pentavalente en menores de un año, con base a caracterización.
5. Mantener el funcionamiento en verde más del 90% del equipo de la red de frío en todos los niveles de la red en las 20 regiones sanitarias para garantizar el almacenamiento y conservación seguro de las vacunas según normas del PAI.
6. Garantizar la aplicación segura de vacunas inyectables a la población objetivo del PAI, implementando normas de bioseguridad, para proteger al trabajador de la salud, población y medio ambiente.
7. Implementar el sistema nominal de vacunación, en su segunda fase en siete regiones sanitarias priorizadas para la segunda fase.
8. Mantener vigilancia epidemiológica activa de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) en proceso de erradicación, eliminación y control, a través de una respuesta eficiente y oportuna de acuerdo a la enfermedad que se trate, en cumplimiento de los indicadores de vigilancia epidemiológica internacionales y de las normas de vigilancia epidemiológica de PAI.
9. Mantener monitoreo, supervisión y evaluación sistemática del PAI en todos los componentes en todos los niveles, para asegurar el cumplimiento de las metas y objetivos establecidos.

Acciones prioritarias

- Gestión ante las autoridades políticas y de la comisión de salud del Congreso para la aprobación por el Soberano Congreso Nacional de la República de “La Ley de Vacunas de la República de Honduras”, para incorporar en la misma la responsabilidad del gobierno en la asignación de presupuesto para el

funcionamiento del programa.

- Incorporación en planes municipales y locales de salud, las principales actividades del plan de acción de salud/PAI regional.
- Formulación de planes de intervención en 60 municipios en riesgo por coberturas inferiores al 95% para Pentavalente, alta concentración de población y silencio epidemiológico en la notificación de casos.
- Presentación ante autoridades políticas y cooperantes del plan nacional de introducción de la vacuna del Virus del papiloma Humano (VPH).
- Funcionamiento, ampliación y revisión de reglamento del Consejo Consultivo Nacional de Inmunizaciones (CCNI).
- Mantenimiento de la coordinación con escuelas formadoras de recursos de salud y FCM en el tema PAI en el nivel nacional y regional.
- Συνσνβιλιζαχι Γν δε γοβιερνοσ μυνιχιπαλεσ δε μυνιχιπιουσ εν ριεσγο σοβρε ελ τεμα ΠΑΙ.
- Fortalecer la coordinación local con Gobiernos municipales a través de la AMHON para el apoyo a las actividades prioritarias del PAI en planes de desarrollo municipal, con énfasis en municipios en riesgo y en unidades de salud con modelos descentralizados de salud.
- Mejoramiento del funcionamiento de los almacenes de biológicos regionales
- Capacitación en normas actualizadas del PAI a personal de salud de regiones sanitarias pendientes, utilizando diferentes modalidades, que no representen requerimiento financiero.
- Implementación de plan nacional de promoción de la salud en PAI 2012-2015 a nivel regional y municipal incorporando a la sociedad civil organizada y líderes comunitarios en la autogestión de recursos en el marco de la política del sector salud, documentando y sistematizando las acciones.
- Supervisión del PAI en todos los componentes incluyendo jornadas y campañas en todos los niveles, asegurando por lo menos una supervisión a cada región sanitaria y municipio.
- Monitoreo y análisis mensual de indicadores trazadores (coberturas de vacunación, deserción, cadena de frío en todos los niveles y semanal de indicadores de vigilancia epidemiológica de las PFA, Sarampión, Rubéola y SRC a nivel regional y central.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica activa de las EPV en proceso de control, eliminación y erradicación a nivel ambulatorio y hospitalario (capacitación, supervisión, funcionamiento de las UDA) en todos los niveles.
- Apoyar el funcionamiento de la vigilancia centinela hospitalaria de gastroenteritis por Rotavirus, Meningitis y Neumonías Bacterianas en menores de cinco años e Influenza.
- Fortalecimiento del diagnóstico de laboratorio de las EPV a nivel central y regional.
- Sistematización de la búsqueda activa institucional de las EPV a nivel municipal.
- Ampliar implementación de sistema nominal de vacunación del PAI a nivel de siete regiones priorizadas para segunda fase.
- Evaluación semestral del PAI en todos los componentes en todos los niveles

5.9. Progress of transition plan for injection safety

For all countries, please report on progress of transition plan for injection safety

Please report what types of syringes are used and the funding sources of Injection Safety material in 2012

Vaccine	Types of syringe used in 2012 routine EPI	Funding sources of 2012
BCG	Desechable 1cc con aguja 26 X 3/8	Gobierno
Measles	Autodesactible 0.5cc con aguja 25 X5/8	Gobierno
TT	Autodesactible 0.5cc con aguja 22 X 1 1/2	Gobierno
DTP-containing vaccine	Autodesactible 0.5cc con aguja 23 X 1	Gobierno
Neumococo	Autodesactible 0.5cc con aguja 23 X 1	Gobierno y GAVI
Hepatitis B pediátrica	Autodesactible 0.5cc con aguja 23 X 1	Gobierno
Hepatitis B adulto	Desechable 1cc con aguja 22 X 1 1/2	Gobierno
Fiebre Amarilla	Autodesactible 0.5cc con aguja 25 X5/8	Gobierno
Influenza	Autodesactible 0.5cc con aguja 22 X 1 1/2	Gobierno

Does the country have an injection safety policy/plan? **Yes**

If Yes: Have you encountered any obstacles during the implementation of this injection safety policy/plan?

If No: When will the country develop the injection safety policy/plan? (Please report in box below)

Desde el año 2003 se formuló plan nacional de inyecciones seguras del PAI, en el contexto de la política de inyección segura. En el año 2008 se estableció marco legal mediante acuerdo No. 07 del 28 de febrero de 2008 sobre reglamento para el manejo de los desechos peligrosos generados en los establecimientos de salud.

Entre los principales obstáculos se destacan:

1. Incumplimiento de reglamento en la red de servicios públicos, seguridad social y sector privado en lo relacionado a la disposición final de los objetos cortopunzantes
2. Limitada socialización del reglamento
3. No disponibilidad de oferta en el Fondo Rotatorio de jeringa autodesactible para aplicación de vacuna BCG calibrada en 0.05cc

Please explain in 2012 how sharps waste is being disposed of, problems encountered, etc.

En el año 2012 los objetos cortopunzantes generados en los servicios de vacunación, en cumplimiento a las normas del PAI se eliminaron de la siguiente manera:

1. Eliminación de las jeringas con aguja usadas en cajas de seguridad en el 100% de las unidades de salud
2. Destrucción de agujas de jeringas utilizadas en destructores portátiles eléctricos en los establecimientos de salud urbanos y posterior eliminación de la jeringa en cajas de seguridad.
3. Disposición final de cajas de seguridad llenas en fosas de seguridad o mediante entierro en establecimientos de salud rurales

Los principales problemas encontrados:

1. En las zonas urbanas las cajas de seguridad se disponen en el basurero municipal por falta de incineradores y/o rellenos sanitarios. Sin embargo, ya se han logrado avances en una de las regiones sanitarias de mayor concentración poblacional (departamento de Cortés), donde las cajas son incineradas de manera segura.

6. Immunisation Services Support (ISS)

6.1. Report on the use of ISS funds in 2012

Honduras is not reporting on Immunisation Services Support (ISS) fund utilisation in 2012

6.2. Detailed expenditure of ISS funds during the 2012 calendar year

Honduras is not reporting on Immunisation Services Support (ISS) fund utilisation in 2012

6.3. Request for ISS reward

Request for ISS reward achievement in Honduras is not applicable for 2012

7. New and Under-used Vaccines Support (NVS)

7.1. Receipt of new & under-used vaccines for 2012 vaccine programme

7.1.1. Did you receive the approved amount of vaccine doses for 2012 Immunisation Programme that GAVI communicated to you in its Decision Letter (DL)? Fill-in table below

Table 7.1: Vaccines received for 2012 vaccinations against approvals for 2012

	[A]	[B]		
Vaccine type	Total doses for 2012 in Decision Letter	Total doses received by 31 December 2012	Total doses of postponed deliveries in 2012	Did the country experience any stockouts at any level in 2012?
Pneumococcal (PCV13)	606,126	691,200	0	No
Rotavirus	404,084	454,200	0	No

**Please also include any deliveries from the previous year received against this Decision Letter*

If values in [A] and [B] are different, specify:

- What are the main problems encountered? (Lower vaccine utilisation than anticipated due to delayed new vaccine introduction or lower coverage? Delay in shipments? Stock-outs? Excessive stocks? Problems with cold chain? Doses discarded because VVM changed colour or because of the expiry date? ...)

Vacuna contra Neumococo (PCV13):

Para ésta vacuna el país recibió dos cartas de decisión: la primera fue la referencia GAVI/11/231/rl de fecha 4 de noviembre de 2011, en la cual se aprobó envío de 606,200 dosis para el año 2012 y la segunda la referencia GAVI/12/097/lm/sk de fecha 6 de agosto de 2012 en la cual se aprobó envío de 652,300 dosis.

Las razones del incremento están asociadas a solicitud presentada por el país en informe de progreso 2011 y clarificaciones enviadas, por modificaciones en el denominador oficial de menores de un año y agotamiento de stock de reserva, para lo cual GAVI aprobó envío adicional de 46,174 dosis.

En resumen se recibieron 691,200 dosis, detallándose a continuación:

Compras año 2010: se recibieron 4,500 dosis pendientes de envío del copago del país

Compras año 2011. se recibieron 34,200 dosis pendientes de envío del copago del país

Compras año 2012: se recibieron 652,500, de las cuales 505,800 correspondieron al copago de GAVI y 146,700 al copago del país

Vacuna contra Rotavirus

De acuerdo a la carta de referencia GAVI/11/231/rl de fecha 4 de noviembre de 2011, enviada por el Director General, prestación de programa se aprobó envío de 404,200 dosis de vacuna Rotavirus para el año 2012, existiendo diferencia de 50,000 dosis, a continuación se presenta la razón de dicha diferencia:

- El país, considerando que la vacuna de Rotavirus se introdujo en el año 2009 y que en el año 2010 se agotó la reserva estratégica debido a la sub estimación del denominador de menores de un año y no se solicitó compensación a GAVI; por lo que en el año 2011 se solicitó en informe de progreso complemento de 21,120 dosis del año 2011 y 47,298 dosis para el año 2012, lo cual no fue aprobado por GAVI, por lo que las autoridades nacionales, a fin de evitar desabastecimiento nacional adquirieron en el mes de diciembre del año 2012 con fondos nacionales 50,000 dosis adicionales para incrementar el stock de reserva nacional.

Nota: Para ambas vacunas no hubo desabastecimiento en ningún nivel del sistema de salud (el cuadro 7.1, no acepta en la cuarta columna ésta información).

- What actions have you taken to improve the vaccine management, e.g. such as adjusting the plan for vaccine shipments? (in the country and with UNICEF Supply Division)

GAVI would also appreciate feedback from countries on feasibility and interest of selecting and being shipped multiple Pentavalent vaccine presentations (1 dose and 10 dose vials) so as to optimise wastage, coverage and cost.

Para mejorar la gestión de las vacunas se han realizado diversas acciones:

- Implementación de control de manejo de inventarios de vacunas (VSSM) a nivel central y en 18/20 regiones sanitarias con apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS:
- Ajustar propuesta de plan de envíos del UNICEF durante el año, a fin de asegurar distribución nacional de manera trimestral.
- Ajuste trimestral de distribución de vacunas a almacenes regionales de acuerdo a existencias

Comentario general

- El PAI ha asegurado que a nivel de las regiones sanitarias existe un stock de reserva de las vacunas tradicionales, sin embargo con las vacunas nuevas no ha sido posible.

If **Yes** for any vaccine in **Table 7.1**, please describe the duration, reason and impact of stock-out, including if the stock-out was at the central, regional, district or at lower facility level.

Dada las acciones oportunas tomadas, y al apoyo brindado por la OPS/OMS, no se presentó durante el año 2012 desabastecimiento de las nuevas vacunas: Rotavirus y Neumococo conjugada en ningún nivel.

7.2. Introduction of a New Vaccine in 2012

7.2.1. If you have been approved by GAVI to introduce a new vaccine in 2012, please refer to the vaccine introduction plan in the proposal approved and report on achievements:

Pneumococcal (PCV13), 1 dose(s) per vial, LIQUID		
Phased introduction	No	
Nationwide introduction	No	
The time and scale of introduction was as planned in the proposal? If No, Why ?	No	En Honduras la vacuna neumococo conjugada 13 valente se introdujo en el año 2011. Por lo tanto no aplica el llenado de esta sección.

Rotavirus, 1 dose(s) per vial, ORAL		
Phased introduction	No	
Nationwide introduction	No	
The time and scale of introduction was as planned in the proposal? If No, Why ?	No	En Honduras la vacuna rotavirus se introdujo en el año 2009. Por lo tanto no aplica el llenado de esta sección.

7.2.2. When is the Post Introduction Evaluation (PIE) planned? **March 2013**

If your country conducted a PIE in the past two years, please attach relevant reports and provide a summary on the status of implementation of the recommendations following the PIE. (Document N° 9)

La Secretaría de Salud de Honduras introdujo al esquema nacional de vacunación la vacuna neumococo conjugada en el mes de abril del año 2011, realizándose en el mes de febrero de 2012, evaluación nacional con participación de Jefes regionales, epidemiólogos y coordinadoras del PAI de las regiones sanitarias. En el documento No. 9 se presenta los resultados de la reunión de evaluación de la introducción de la vacuna Neumococo conjugada, así como los avances en el cumplimiento de los compromisos establecidos.

Nota: En la sección 7.2.2 se reporta la fecha de marzo 2013 en que se realizó evaluación nacional del programa, donde se incluye la vacuna neumococo conjugada y no corresponde a una evaluación de la introducción.

7.2.3. Adverse Event Following Immunization (AEFI)

Is there a national dedicated vaccine pharmacovigilance capacity? **Yes**

Is there a national AEFI expert review committee? **Yes**

Does the country have an institutional development plan for vaccine safety? **Yes**

Is the country sharing its vaccine safety data with other countries? **Yes**

Is the country sharing its vaccine safety data with other countries? **Yes**

Does your country have a risk communication strategy with preparedness plans to address vaccine crises? **Yes**

7.2.4. Surveillance

Does your country conduct sentinel surveillance for:

a. rotavirus diarrhea? **Yes**

b. pediatric bacterial meningitis or pneumococcal or meningococcal disease? **Yes**

Does your country conduct special studies around:

a. rotavirus diarrhea? **No**

b. pediatric bacterial meningitis or pneumococcal or meningococcal disease? **No**

If so, does the National Immunization Technical Advisory Group (NITAG) or the Inter-Agency Coordinating Committee (ICC) regularly review the sentinel surveillance and special studies data to provide recommendations on the data generated and how to further improve data quality? **Yes**

Do you plan to use these sentinel surveillance and/or special studies data to monitor and evaluate the impact of vaccine introduction and use? **Yes**

Please describe the results of surveillance/special studies and inputs of the NITAG/ICC:

Diarreas por Rotavirus

En el año 2005 se implementó en el país el sistema de vigilancia de las gastroenteritis por Rotavirus bajo la modalidad de sitios centinelas ubicados en seis hospitales y que fue ampliada a dos nuevos sitios en 2011. Además se estableció diagnóstico concurrente con otros agentes patógenos como bacterias y parásitos.

Durante el período 2008-2012 se ha captado un promedio de 3494 casos sospechosos por año, procesando un promedio de 1,906 muestras anualmente.

En el 2011 a través de 8 sitios centinelas se detectaron 3213 casos sospechosos de diarrea por Rotavirus, de los cuales a 2200 casos (68%) se les llenó ficha y se les tomó muestra de heces, confirmándose 537 casos, para una positividad del 24% y con un porcentaje de eficiencia en la vigilancia de 68% comparado con una positividad de 30% y un porcentaje de eficiencia de 54% en el 2010.

A la semana epidemiológica No. 52 de 2012 se detectaron 2973 casos sospechosos de diarrea por Rotavirus, de los cuales a 1777 casos (60%) se les llenó ficha y se les tomó muestra de heces, confirmándose 422 casos, para una positividad del 24% y con un porcentaje de eficiencia en la vigilancia de 60%, observándose que se mantienen descenso en la positividad y en la eficiencia de la vigilancia.

En relación al estado vacunal de los casos continúan problemas con el llenado de este dato en la ficha, lo que no permite conocer el verdadero estado vacunal de los casos confirmados; en 2011 el 41% se registran como no vacunados y 26% sin información y en 2012 el 27% se registran como no vacunados y 34% sin información.

Desde el inicio de la vigilancia, se han enviado muestras al CDC de Atlanta, para su genotipificación, identificándose que las cepas más frecuentes en el período 2005-2007 fueron G2P (4) con un 52% y G2 no tipeable con 12%. Durante el período comprendido Page 27 / 65 entre 2007 – 2008 la cepa más frecuente aislada fue G1P (8), en 2010 el genotipo más frecuentemente aislado fue G9P (4) seguido de G1,3P (8).

Durante el 2011 se analizaron un total de 50 muestras positivas para Rotavirus representativas de cada sitio centinela, obteniéndose un 100% de concordancia con los resultados obtenidos en el Laboratorio de Virología con la técnica de ELISA.

De los genotipos identificados la combinación más frecuente fue la de G9P (4) con 50%, seguido del genotipo G3P(8) 40%, G3P(4,8) 6%, G10P(4) 2% y G12P(8) 2%.

En el año 2012 no se enviaron muestras al CDC para tipificación, por falta de financiamiento para su envío.

En general, durante el período 2008 a 2012 la eficiencia de la operatividad de los sitios centinela ha variado de un 50% a 60% y la positividad de 41% a 24%.

Vigilancia centinela de Meningitis y neumonías bacterianas

Desde el año 1999 el Hospital Escuela se constituyó como el único sitio centinela responsable de la vigilancia epidemiológica de la Neumonías y Meningitis Bacterianas y es a partir del año 2011 que se incorpora a esta vigilancia como nuevos sitios centinela al IHSS de Tegucigalpa y San Pedro Sula.

Meningitis bacteriana

En el año 2011 a través de la vigilancia centinela de meningitis bacteriana del Hospital Escuela y dos hospitales del IHSS: Tegucigalpa y San Pedro Sula, se notificaron 96 casos sospechosos de meningitis, a 77 casos solamente se les llenó ficha epidemiológica y se les tomó muestra de LCR, clasificándose como probables 31 casos, confirmándose 3 casos, 2 por Streptococcus pneumoniae y 1 por otras bacterias. De acuerdo a la vigilancia de laboratorio durante el 2011 se aisló 2 Streptococcus pneumoniae para meningitis, uno en un niño menor de 12 meses y otro en un niño de 24-59 meses. De los 31 casos probables de meningitis solamente se confirmó 1 caso por otras bacterias.

A la semana epidemiológica No.52 de 2012 se notificaron 64 casos sospechosos de meningitis, a 51 casos solamente se les llenó ficha epidemiológica y se les tomó muestra de LCR, Page 28 / 65 clasificándose como probables 15 casos, confirmándose 5 casos, 2 por Streptococcus pneumoniae, 1 por Haemophilus influenzae tipo no B y 2 por otras bacterias.

Neumonías bacterianas

Desde el año 2000 se implementó la vigilancia centinela de neumonías bacterianas en un hospital nacional, el Hospital Escuela, la cual se ha mantenido durante el período 2007 a 2012.

Durante el 2011 la vigilancia centinela del HE e IHSS/Teg/SPS notificó 1,303 casos sospechosos de neumonía bacteriana, de estos al 49 % (635 casos) se les tomó rayos X y se les llenó ficha epidemiológica, clasificándose como probables 604 casos y de los cuales solamente a 373 se les tomó muestra de sangre para hemocultivo, a ningún caso se le tomó muestra de líquido pleural, confirmándose 73 casos, no se registró ningún caso positivo por Hib ni Streptococcus pneumoniae, los 73 casos se confirmaron por otras bacterias, falleciendo 55 casos, 38 de los cuales eran menor de 12 meses de edad.

A la semana epidemiológica 52 de 2012 se notificaron un total de 1349 casos sospechosos de neumonía bacteriana, de estos 75 % (1010 casos) se les tomó rayos X y se les llenó ficha epidemiológica, clasificándose como probables 882 casos y de los cuales solamente a 538 se les tomó muestra de sangre para hemocultivo, solamente a un caso se le tomó muestra de líquido pleural, confirmándose 74 casos, no se registró ningún caso positivo por Hib ni Streptococcus pneumoniae, los 74 casos se confirmaron por otras bacterias, falleciendo 89 casos, 71 de los cuales eran menor de 12 meses de edad.

7.3. New Vaccine Introduction Grant lump sums 2012

7.3.1. Financial Management Reporting

	Amount US\$	Amount local currency
Funds received during 2012 (A)	0	0
Remaining funds (carry over) from 2011 (B)	18,516	354,575
Total funds available in 2012 (C=A+B)	18,516	354,575
Total Expenditures in 2012 (D)	18,516	354,575
Balance carried over to 2013 (E=C-D)	0	0

Detailed expenditure of New Vaccines Introduction Grant funds during the 2012 calendar year

Please attach a detailed financial statement for the use of New Vaccines Introduction Grant funds in the 2012 calendar year (Document No 10,11) . Terms of reference for this financial statement are available in **Annexe 1** Financial statements should be signed by the Finance Manager of the EPI Program and and the EPI Manager, or by the Permanent Secretary of Ministry of Health

7.3.2. Programmatic Reporting

Please report on major activities that have been undertaken in relation to the introduction of a new vaccine, using the GAVI New Vaccine Introduction Grant

Del total de la subvención asignada para la introducción de la vacuna neumococo por US\$ 100,000, se finalizó a diciembre de 2011 con un saldo de S 18,515.65, los cuales se ejecutaron en el año 2012, realizándose las siguientes actividades:

1. Reunión nacional de evaluación de la introducción de la vacuna neumococo al esquema nacional de vacunación realizada en el mes de febrero de 2012, con participación de las 20 responsables regionales del PAI, departamento de Estadística y con cooperantes (\$ 13,496.32).
2. Impresión de formularios de registro de dosis aplicadas, formularios de monitoreos rápidos de cobertura de vacunación, adquisición de mapas, afiches y fichas de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación (\$5,019.33).

Please describe any problem encountered and solutions in the implementation of the planned activities

Los problemas presentados durante la ejecución de la actividad, estuvieron relacionados con el limitado financiamiento para la ejecución de la reunión nacional de evaluación, ya que limitó la participación de otros recursos técnicos claves, como educadores de regiones sanitarias, así como técnicos de otros programas de salud, que estuvieron involucrados a través de un trabajo interprogramático con el PAI en el proceso de introducción de la vacuna.

Please describe the activities that will be undertaken with any remaining balance of funds for 2013 onwards

No existe saldo remanente para 2013.

7.4. Report on country co-financing in 2012

Table 7.4 : Five questions on country co-financing

	Q.1: What were the actual co-financed amounts and doses in 2012?	
Co-Financed Payments	Total Amount in US\$	Total Amount in Doses
Awarded Vaccine #1: Pneumococcal (PCV13), 1 dose(s) per vial, LIQUID	512,719	146,500
Awarded Vaccine #2: Rotavirus, 1 dose(s) per vial, ORAL	440,500	119,900
	Q.2: Which were the amounts of funding for country co-financing in reporting year 2012 from the following sources?	
Government	889,621.00	
Donor	0.00	

Other	0.00	
	Q.3: Did you procure related injections supplies for the co-financing vaccines? What were the amounts in US\$ and supplies?	
Co-Financed Payments	Total Amount in US\$	Total Amount in Doses
Awarded Vaccine #1: <i>Pneumococcal (PCV13), 1 dose(s) per vial, LIQUID</i>	35,281	144,100
Awarded Vaccine #2: <i>Rotavirus, 1 dose(s) per vial, ORAL</i>	5,956	3,725
	Q.4: When do you intend to transfer funds for co-financing in 2014 and what is the expected source of this funding	
Schedule of Co-Financing Payments	Proposed Payment Date for 2014	Source of funding
Awarded Vaccine #1: <i>Pneumococcal (PCV13), 1 dose(s) per vial, LIQUID</i>	April	Gobierno
Awarded Vaccine #2: <i>Rotavirus, 1 dose(s) per vial, ORAL</i>	April	Gobierno
	Q.5: Please state any Technical Assistance needs for developing financial sustainability strategies, mobilising funding for immunization, including for co-financing	
	<p>- La Ley para la adquisición de vacunas a través del Fondo Rotatorio de la OPS y la firma de un convenio anual entre la Secretaría de Salud y la OPS garantizan la sostenibilidad para la adquisición de las vacunas, jeringas y cajas de seguridad.</p> <p>- La existencia de un plan multianual y planes de acción anuales ajustados de acuerdo a metas, avances y compromisos nacionales e internacionales, son un instrumento fundamental para la negociación y gestión de recursos.</p> <p>- El funcionamiento del Comité de Cooperación Interagencial en Salud (CCIS) continúa siendo una instancia de movilización de recursos adicionales para el funcionamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones.</p> <p>- Se dispone de un anteproyecto de Ley de Vacunas de la República de Honduras, que considera el financiamiento para el funcionamiento del programa en diferentes componentes, el cual fue elaborado y concertado a nivel nacional con diferentes instancias, con apoyo financiero de la AECID. El apoyo requerido de los miembros del Comité de Cooperación Interagencial en Salud (CCIS) es abogacía ante autoridades políticas y poder legislativo para su aprobación.</p>	

If the country is in default, please describe and explain the steps the country is planning to take to meet its co-financing requirements. For more information, please see the GAVI Alliance Default Policy: <http://www.gavialliance.org/about/governance/programme-policies/co-financing/>

No aplica.

Is support from GAVI, in form of new and under-used vaccines and injection supplies, reported in the national health sector budget? **No**

7.5. Vaccine Management (EVSM/VMA/EVM)

Please note that Effective Vaccine Store Management (EVSM) and Vaccine Management Assessment(VMA) tools have been replaced by an integrated Effective Vaccine Management (EVM) tool. The information on EVM tool can be found at http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/logistics/en/index6.html

It is mandatory for the countries to conduct an EVM prior to an application for introduction of a new vaccine. This assessment concludes with an Improvement Plan including activities and timelines whose progress report is reported with annual report. The EVM assessment is valid for a period of three years.

When was the latest Effective Vaccine Management (EVM) or an alternative assessment (EVSM/VMA) carried out? **November 2011**

Please attach:

- (a) EVM assessment (**Document No 12**)
- (b) Improvement plan after EVM (**Document No 13**)
- (c) Progress report on the activities implemented during the year and status of implementation of recommendations from the Improvement Plan (**Document No 14**)

Progress report on EVM/VMA/EVSM Improvement Plan' is a mandatory requirement

Are there any changes in the Improvement plan, with reasons? **Yes**

If yes, provide details

Entre las principales acciones realizadas en el año 2012 al plan de mejoras se destacan:

1. Se amplió al 90% el proceso de implementación del VSSM para el control de inventario de vacunas, jeringas y cajas de seguridad.
2. Se realizaron gestiones para climatizar a 6 de 9 almacenes de biológicos, inicialmente se habían programado 2 almacenes.

When is the next Effective Vaccine Management (EVM) assessment planned? **August 2013**

7.6. Monitoring GAVI Support for Preventive Campaigns in 2012

Honduras does not report on NVS Preventive campaign

7.7. Change of vaccine presentation

Honduras does not require to change any of the vaccine presentation(s) for future years.

7.8. Renewal of multi-year vaccines support for those countries whose current support is ending in 2013

Renewal of multi-year vaccines support for Honduras is not available in 2013

7.9. Request for continued support for vaccines for 2014 vaccination programme

In order to request NVS support for 2014 vaccination do the following

Confirm here below that your request for 2014 vaccines support is as per [7.11 Calculation of requirements](#)
Yes

If you don't confirm, please explain

No aplica.

7.11. Calculation of requirements

Table 7.11.1: Specifications for **Pneumococcal (PCV13), 1 dose(s) per vial, LIQUID**

ID	Source		2012	2013	2014	2015	TOTAL	
	Number of surviving infants	Table 4	#	214,999	215,901	216,619	217,145	864,664
	Number of children to be vaccinated with the first dose	Table 4	#	193,979	211,583	212,287	212,802	830,651
	Number of children to be vaccinated with the third dose	Table 4	#	193,703	205,106	205,788	206,288	810,885
	Immunisation coverage with the third dose	Table 4	%	90.09 %	95.00 %	95.00 %	95.00 %	
	Number of doses per child	Parameter	#	3	3	3	3	
	Estimated vaccine wastage factor	Table 4	#	1.00	1.05	1.05	1.05	
	Vaccine stock on 31st December 2012 * (see explanation footnote)		#	92,411				
	Vaccine stock on 1 January 2013 ** (see explanation footnote)		#	92,411				
	Number of doses per vial	Parameter	#		1	1	1	
	AD syringes required	Parameter	#		Yes	Yes	Yes	
	Reconstitution syringes required	Parameter	#		No	No	No	
	Safety boxes required	Parameter	#		Yes	Yes	Yes	
g	Vaccine price per dose	Table 7.10.1	\$		3.50	3.50	3.50	
cc	Country co-financing per dose	Co-financing table	\$		1.50	2.17	2.84	
ca	AD syringe price per unit	Table 7.10.1	\$		0.0465	0.0465	0.0465	
cr	Reconstitution syringe price per unit	Table 7.10.1	\$		0	0	0	
cs	Safety box price per unit	Table 7.10.1	\$		0.5800	0.5800	0.5800	
fv	Freight cost as % of vaccines value	Table 7.10.2	%		6.00 %	6.00 %	6.00 %	
fd	Freight cost as % of devices value	Parameter	%		0.00 %	0.00 %	0.00 %	

* Vaccine stock on 31st December 2012: Countries are asked to report their total closing stock as of 31st December of the reporting year.

** Countries are requested to provide their opening stock for 1st January 2013; if there is a difference between the stock on 31st December 2012 and 1st January 2013, please explain why in the box below.

De acuerdo a reporte de existencia del sistema de control de inventario de vacunas (VSSM por sus siglas en inglés) al 31 de diciembre se finalizó el año con una existencia de vacuna neumococo de 92,411 dosis y se abrió al 1 de enero de 2013 con la misma cantidad, no existiendo diferencias.

Co-financing tables for **Pneumococcal (PCV13), 1 dose(s) per vial, LIQUID**

Co-financing group	Graduating	2012	2013	2014	2015
Minimum co-financing		0.84	1.50	2.17	2.84
Recommended co-financing as per APR 2011				2.17	2.84
Your co-financing		0.84	1.50	2.17	2.84

Table 7.11.2: Estimated GAVI support and country co-financing (**GAVI support**)

		2013	2014	2015
Number of vaccine doses	#	414,900	284,400	165,400
Number of AD syringes	#	438,100	299,900	174,400
Number of re-constitution syringes	#	0	0	0
Number of safety boxes	#	4,875	3,350	1,950
Total value to be co-financed by GAVI	\$	1,562,500	1,071,000	623,000

Table 7.11.3: Estimated GAVI support and country co-financing (Country support)

		2013	2014	2015
Number of vaccine doses	#	274,700	386,700	507,200
Number of AD syringes	#	290,000	407,800	534,800
Number of re-constitution syringes	#	0	0	0
Number of safety boxes	#	3,225	4,550	5,950
Total value to be co-financed by the Country <sup>[1]</sup>	\$	1,034,500	1,456,500	1,910,000

Table 7.11.4: Calculation of requirements for Pneumococcal (PCV13), 1 dose(s) per vial, LIQUID (part 1)

	Formula	2012	2013		
		Total	Total	Government	GAVI
A Country co-finance	V	0.00 %	39.83 %		
B Number of children to be vaccinated with the first dose	Table 5.2.1	193,979	211,583	84,276	127,307
C Number of doses per child	Vaccine parameter (schedule)	3	3		
D Number of doses needed	B X C	581,937	634,749	252,828	381,921
E Estimated vaccine wastage factor	Table 4	1.00	1.05		
F Number of doses needed including wastage	D X E	581,937	666,487	265,469	401,018
G Vaccines buffer stock	(F – F of previous year) * 0.25		21,138	8,420	12,718
H Stock on 1 January 2013	Table 7.11.1	92,411			
I Total vaccine doses needed	F + G – H		689,425	274,606	414,819
J Number of doses per vial	Vaccine Parameter		1		
K Number of AD syringes (+ 10% wastage) needed	(D + G – H) * 1.11		728,035	289,985	438,050
L Reconstitution syringes (+ 10% wastage) needed	I / J * 1.11		0	0	0
M Total of safety boxes (+ 10% of extra need) needed	(K + L) / 100 * 1.11		8,082	3,220	4,862
N Cost of vaccines needed	I x vaccine price per dose (g)		2,412,988	961,119	1,451,869
O Cost of AD syringes needed	K x AD syringe price per unit (ca)		33,854	13,485	20,369
P Cost of reconstitution syringes needed	L x reconstitution price per unit (cr)		0	0	0
Q Cost of safety boxes needed	M x safety box price per unit (cs)		4,688	1,868	2,820
R Freight cost for vaccines needed	N x freight cost as of % of vaccines value (fv)		144,780	57,668	87,112
S Freight cost for devices needed	(O+P+Q) x freight cost as % of devices value (fd)		0	0	0
T Total fund needed	(N+O+P+Q+R+S)		2,596,310	1,034,138	1,562,172
U Total country co-financing	I x country co-financing per dose (cc)		1,034,138		
V Country co-financing % of GAVI supported proportion	U / T		39.83 %		

Table 7.11.4: Calculation of requirements for Pneumococcal (PCV13), 1 dose(s) per vial, LIQUID (part 2)

	Formula	2014			2015			
		Total	Government	GAVI	Total	Government	GAVI	
A	Country co-finance	V	57.62 %			75.42 %		
B	Number of children to be vaccinated with the first dose	<i>Table 5.2.1</i>	212,287	122,328	89,959	212,802	160,486	52,316
C	Number of doses per child	<i>Vaccine parameter (schedule)</i>	3			3		
D	Number of doses needed	$B \times C$	636,861	366,983	269,878	638,406	481,456	156,950
E	Estimated vaccine wastage factor	<i>Table 4</i>	1.05			1.05		
F	Number of doses needed including wastage	$D \times E$	668,705	385,333	283,372	670,327	505,529	164,798
G	Vaccines buffer stock	$(F - F \text{ of previous year}) \times 0.25$	555	320	235	406	307	99
H	Stock on 1 January 2013	<i>Table 7.11.1</i>						
I	Total vaccine doses needed	$F + G - H$	671,060	386,690	284,370	672,533	507,193	165,340
J	Number of doses per vial	<i>Vaccine Parameter</i>	1			1		
K	Number of AD syringes (+ 10% wastage) needed	$(D + G - H) \times 1.11$	707,532	407,706	299,826	709,082	534,756	174,326
L	Reconstitution syringes (+ 10% wastage) needed	$I / J \times 1.11$	0	0	0	0	0	0
M	Total of safety boxes (+ 10% of extra need) needed	$(K + L) / 100 \times 1.11$	7,854	4,526	3,328	7,871	5,936	1,935
N	Cost of vaccines needed	$I \times \text{vaccine price per dose (g)}$	2,348,710	1,353,412	995,298	2,353,866	1,775,174	578,692
O	Cost of AD syringes needed	$K \times \text{AD syringe price per unit (ca)}$	2,348,710	18,959	13,942	2,353,866	24,867	8,106
P	Cost of reconstitution syringes needed	$L \times \text{reconstitution price per unit (cr)}$	0	0	0	0	0	0
Q	Cost of safety boxes needed	$M \times \text{safety box price per unit (cs)}$	4,556	2,626	1,930	4,566	3,444	1,122
R	Freight cost for vaccines needed	$N \times \text{freight cost as of \% of vaccines value (fv)}$	140,923	81,205	59,718	141,232	106,511	34,721
S	Freight cost for devices needed	$(O+P+Q) \times \text{freight cost as \% of devices value (fd)}$	0	0	0	0	0	0
T	Total fund needed	$(N+O+P+Q+R+S)$	2,527,090	1,456,201	1,070,889	2,532,637	1,909,994	622,643
U	Total country co-financing	$I \times \text{country co-financing per dose (cc)}$	1,456,201			1,909,994		
V	Country co-financing % of GAVI supported proportion	U / T	57.62 %			75.42 %		

Table 7.11.4: Calculation of requirements for (part 3)

		Formula
A	Country co-finance	V
B	Number of children to be vaccinated with the first dose	Table 5.2.1
C	Number of doses per child	Vaccine parameter (schedule)
D	Number of doses needed	$B \times C$
E	Estimated vaccine wastage factor	Table 4
F	Number of doses needed including wastage	$D \times E$
G	Vaccines buffer stock	$(F - F \text{ of previous year}) \times 0.25$
H	Stock on 1 January 2013	Table 7.11.1
I	Total vaccine doses needed	$F + G - H$
J	Number of doses per vial	Vaccine Parameter
K	Number of AD syringes (+ 10% wastage) needed	$(D + G - H) \times 1.11$
L	Reconstitution syringes (+ 10% wastage) needed	$I / J \times 1.11$
M	Total of safety boxes (+ 10% of extra need) needed	$(K + L) / 100 \times 1.11$
N	Cost of vaccines needed	$I \times \text{vaccine price per dose (g)}$
O	Cost of AD syringes needed	$K \times \text{AD syringe price per unit (ca)}$
P	Cost of reconstitution syringes needed	$L \times \text{reconstitution price per unit (cr)}$
Q	Cost of safety boxes needed	$M \times \text{safety box price per unit (cs)}$
R	Freight cost for vaccines needed	$N \times \text{freight cost as of \% of vaccines value (fv)}$
S	Freight cost for devices needed	$(O+P+Q) \times \text{freight cost as \% of devices value (fd)}$
T	Total fund needed	$(N+O+P+Q+R+S)$
U	Total country co-financing	$I \times \text{country co-financing per dose (cc)}$
V	Country co-financing % of GAVI supported proportion	U / T

Table 7.11.1: Specifications for Rotavirus, 1 dose(s) per vial, ORAL

ID	Source		2012	2013	2014	2015	TOTAL	
	Number of surviving infants	Table 4	#	214,999	215,901	216,619	217,145	864,664
	Number of children to be vaccinated with the first dose	Table 4	#	192,087	211,583	212,287	212,802	828,759
	Number of children to be vaccinated with the second dose	Table 4	#	191,347	205,106	205,788	206,288	808,529
	Immunisation coverage with the second dose	Table 4	%	89.00 %	95.00 %	95.00 %	95.00 %	
	Number of doses per child	Parameter	#	2	2	2	2	
	Estimated vaccine wastage factor	Table 4	#	1.04	1.05	1.05	1.05	
	Vaccine stock on 31st December 2012 * (see explanation footnote)		#	141,099				
	Vaccine stock on 1 January 2013 ** (see explanation footnote)		#	141,099				
	Number of doses per vial	Parameter	#		1	1	1	
	AD syringes required	Parameter	#		No	No	No	
	Reconstitution syringes required	Parameter	#		No	No	No	
	Safety boxes required	Parameter	#		No	No	No	
g	Vaccine price per dose	Table 7.10.1	\$		2.55	2.55	2.55	
cc	Country co-financing per dose	Co-financing table	\$		1.02	1.53	2.04	
ca	AD syringe price per unit	Table 7.10.1	\$		0.0465	0.0465	0.0465	
cr	Reconstitution syringe price per unit	Table 7.10.1	\$		0	0	0	
cs	Safety box price per unit	Table 7.10.1	\$		0.5800	0.5800	0.5800	
fv	Freight cost as % of vaccines value	Table 7.10.2	%		5.00 %	5.00 %	5.00 %	
fd	Freight cost as % of devices value	Parameter	%		0.00 %	0.00 %	0.00 %	

* Vaccine stock on 31st December 2012: Countries are asked to report their total closing stock as of 31st December of the reporting year.

** Countries are requested to provide their opening stock for 1st January 2013; if there is a difference between the stock on 31st December 2012 and 1st January 2013, please explain why in the box below.

De acuerdo al reporte sistema de control de inventario de vacunas (VSSM por sus siglas en inglés) al 31 de diciembre de 2012 se finalizó el año con una existencia de 141,099 dosis de vacuna contra Rotavirus; y se abrió el 1 de enero de 2013 con la misma cantidad, no existiendo diferencias. Es importante destacar que el país adquirió con fondos nacionales 50,000 dosis de ésta vacuna.

Co-financing tables for Rotavirus, 1 dose(s) per vial, ORAL

Co-financing group	Graduating	2012	2013	2014	2015
Minimum co-financing		0.51	1.02	1.53	2.04
Recommended co-financing as per APR 2011				1.53	2.04
Your co-financing		0.51	1.02	1.53	2.04

Table 7.11.2: Estimated GAVI support and country co-financing (GAVI support)

		2013	2014	2015
Number of vaccine doses	#	283,000	191,900	106,900
Number of AD syringes	#	0	0	0
Number of re-constitution syringes	#	0	0	0
Total value to be co-financed by GAVI	\$	758,000	514,000	286,500

Table 7.11.3: Estimated GAVI support and country co-financing (Country support)

		2013	2014	2015
Number of vaccine doses	#	174,200	255,900	341,900
Number of AD syringes	#	0	0	0
Number of re-constitution syringes	#	0	0	0
Total value to be co-financed by the Country ^[1]	\$	466,500	685,000	915,500

Table 7.11.4: Calculation of requirements for Rotavirus, 1 dose(s) per vial, ORAL (part 1)

		Formula	2012	2013		
			Total	Total	Government	GAVI
A	Country co-finance	V	0.00 %	38.10 %		
B	Number of children to be vaccinated with the first dose	Table 5.2.1	192,087	211,583	80,604	130,979
C	Number of doses per child	Vaccine parameter (schedule)	2	2		
D	Number of doses needed	B X C	384,174	423,166	161,207	261,959
E	Estimated vaccine wastage factor	Table 4	1.04	1.05		
F	Number of doses needed including wastage	D X E	399,541	444,325	169,267	275,058
G	Vaccines buffer stock	(F – F of previous year) * 0.25		11,196	4,266	6,930
H	Stock on 1 January 2013	Table 7.11.1	141,099			
I	Total vaccine doses needed	F + G – H		457,021	174,104	282,917
J	Number of doses per vial	Vaccine Parameter		1		
K	Number of AD syringes (+ 10% wastage) needed	(D + G – H) * 1.11		0	0	0
L	Reconstitution syringes (+ 10% wastage) needed	I / J * 1.11		0	0	0
M	Total of safety boxes (+ 10% of extra need) needed	(K + L) / 100 * 1.11				
N	Cost of vaccines needed	I x vaccine price per dose (g)		1,165,404	443,964	721,440
O	Cost of AD syringes needed	K x AD syringe price per unit (ca)		0	0	0
P	Cost of reconstitution syringes needed	L x reconstitution price per unit (cr)		0	0	0
Q	Cost of safety boxes needed	M x safety box price per unit (cs)		0	0	0
R	Freight cost for vaccines needed	N x freight cost as of % of vaccines value (fv)		58,271	22,199	36,072
S	Freight cost for devices needed	(O+P+Q) x freight cost as % of devices value (fd)		0	0	0
T	Total fund needed	(N+O+P+Q+R+S)		1,223,675	466,162	757,513
U	Total country co-financing	I x country co-financing per dose (cc)		466,162		
V	Country co-financing % of GAVI supported proportion	U / T		38.10 %		

Table 7.11.4: Calculation of requirements for **Rotavirus, 1 dose(s) per vial, ORAL** (part 2)

	Formula	2014			2015			
		Total	Government	GAVI	Total	Government	GAVI	
A	Country co-finance	V	57.14 %			76.19 %		
B	Number of children to be vaccinated with the first dose	<i>Table 5.2.1</i>	212,287	121,307	90,980	212,802	162,135	50,667
C	Number of doses per child	<i>Vaccine parameter (schedule)</i>	2			2		
D	Number of doses needed	$B \times C$	424,574	242,614	181,960	425,604	324,270	101,334
E	Estimated vaccine wastage factor	<i>Table 4</i>	1.05			1.05		
F	Number of doses needed including wastage	$D \times E$	445,803	254,745	191,058	446,885	340,484	106,401
G	Vaccines buffer stock	$(F - F \text{ of previous year}) \times 0.25$	370	212	158	271	207	64
H	Stock on 1 January 2013	<i>Table 7.11.1</i>						
I	Total vaccine doses needed	$F + G - H$	447,673	255,813	191,860	448,656	341,834	106,822
J	Number of doses per vial	<i>Vaccine Parameter</i>	1			1		
K	Number of AD syringes (+ 10% wastage) needed	$(D + G - H) \times 1.11$	0	0	0	0	0	0
L	Reconstitution syringes (+ 10% wastage) needed	$I / J \times 1.11$	0	0	0	0	0	0
M	Total of safety boxes (+ 10% of extra need) needed	$(K + L) / 100 \times 1.11$						
N	Cost of vaccines needed	$I \times \text{vaccine price per dose (g)}$	1,141,567	652,324	489,243	1,144,073	871,675	272,398
O	Cost of AD syringes needed	$K \times \text{AD syringe price per unit (ca)}$	1,141,567	0	0	1,144,073	0	0
P	Cost of reconstitution syringes needed	$L \times \text{reconstitution price per unit (cr)}$	0	0	0	0	0	0
Q	Cost of safety boxes needed	$M \times \text{safety box price per unit (cs)}$	0	0	0	0	0	0
R	Freight cost for vaccines needed	$N \times \text{freight cost as of \% of vaccines value (fv)}$	57,079	32,617	24,462	57,204	43,585	13,619
S	Freight cost for devices needed	$(O+P+Q) \times \text{freight cost as \% of devices value (fd)}$	0	0	0	0	0	0
T	Total fund needed	$(N+O+P+Q+R+S)$	1,198,646	684,941	513,705	1,201,277	915,259	286,018
U	Total country co-financing	$I \times \text{country co-financing per dose (cc)}$	684,940			915,259		
V	Country co-financing % of GAVI supported proportion	U / T	57.14 %			76.19 %		

Table 7.11.4: Calculation of requirements for (part 3)

		Formula
A	Country co-finance	V
B	Number of children to be vaccinated with the first dose	Table 5.2.1
C	Number of doses per child	Vaccine parameter (schedule)
D	Number of doses needed	$B \times C$
E	Estimated vaccine wastage factor	Table 4
F	Number of doses needed including wastage	$D \times E$
G	Vaccines buffer stock	$(F - F \text{ of previous year}) \times 0.25$
H	Stock on 1 January 2013	Table 7.11.1
I	Total vaccine doses needed	$F + G - H$
J	Number of doses per vial	Vaccine Parameter
K	Number of AD syringes (+ 10% wastage) needed	$(D + G - H) \times 1.11$
L	Reconstitution syringes (+ 10% wastage) needed	$I / J \times 1.11$
M	Total of safety boxes (+ 10% of extra need) needed	$(K + L) / 100 \times 1.11$
N	Cost of vaccines needed	$I \times \text{vaccine price per dose (g)}$
O	Cost of AD syringes needed	$K \times \text{AD syringe price per unit (ca)}$
P	Cost of reconstitution syringes needed	$L \times \text{reconstitution price per unit (cr)}$
Q	Cost of safety boxes needed	$M \times \text{safety box price per unit (cs)}$
R	Freight cost for vaccines needed	$N \times \text{freight cost as of \% of vaccines value (fv)}$
S	Freight cost for devices needed	$(O+P+Q) \times \text{freight cost as \% of devices value (fd)}$
T	Total fund needed	$(N+O+P+Q+R+S)$
U	Total country co-financing	$I \times \text{country co-financing per dose (cc)}$
V	Country co-financing % of GAVI supported proportion	U / T

8. Injection Safety Support (INS)

This window of support is no longer available

9. Health Systems Strengthening Support (HSS)

Instructions for reporting on HSS funds received

1. Please complete this section only if your country **was approved for and received HSS funds before or during January to December 2012**. All countries are expected to report on:

- a. Progress achieved in 2012
- b. HSS implementation during January – April 2013 (interim reporting)
- c. Plans for 2014
- d. Proposed changes to approved activities and budget (see No. 4 below)

For countries that received HSS funds within the last 3 months of 2012, or experienced other delays that limited implementation in 2012, this section can be used as an inception report to comment on start up activities.

2. In order to better align HSS support reporting to country processes, for countries of which the 2012 fiscal year starts in January 2012 and ends in December 2012, HSS reports should be received by the GAVI Alliance before **15th May 2013**. For other countries, HSS reports should be received by the GAVI Alliance approximately six months after the end of country fiscal year, e.g., if the country fiscal year ends in March 2013, the HSS reports are expected by GAVI Alliance by September 2013.

3. Please use your approved proposal as reference to fill in this Annual Progress Report. Please fill in this reporting template thoroughly and accurately and use additional space as necessary.

4. If you are proposing changes to approved objectives, activities and budget (reprogramming) please request the reprogramming guidelines by contacting your Country Responsible Officer at GAVI or by emailing gavihss@gavialliance.org.

5. If you are requesting a new tranche of funding, please make this clear in [Section 9.1.2](#).

6. Please ensure that, **prior to its submission to the GAVI Alliance Secretariat, this report has been endorsed by the relevant country coordination mechanisms** (HSCC or equivalent) [as provided for on the signature page](#) in terms of its accuracy and validity of facts, figures and sources used.

7. Please attach all required [supporting documents](#). These include:

- a. Minutes of all the HSCC meetings held in 2012
- b. Minutes of the HSCC meeting in 2013 that endorses the submission of this report
- c. Latest Health Sector Review Report
- d. Financial statement for the use of HSS funds in the 2012 calendar year
- e. External audit report for HSS funds during the most recent fiscal year (if available)

8. The GAVI Alliance Independent Review Committee (IRC) reviews all Annual Progress Reports. In addition to the information listed above, the IRC requires the following information to be included in this section in order to approve further tranches of HSS funding:

- a. Reporting on agreed indicators, as outlined in the approved M&E framework, proposal and approval letter;
- b. Demonstration of (with tangible evidence) strong links between activities, output, outcome and impact indicators;
- c. Outline of technical support that may be required to either support the implementation or monitoring of the GAVI HSS investment in the coming year

9. Inaccurate, incomplete or unsubstantiated reporting may lead the IRC to either send the APR back to your country for clarifications (which may cause delays in the release of further HSS funds), to recommend against the release of further HSS funds or only approve part of the next tranche of HSS funds.

9.1. Report on the use of HSS funds in 2012 and request of a new tranche

Please provide data sources for all data used in this report.

9.1.1. Report on the use of HSS funds in 2012

Please complete [Table 9.1.3.a](#) and [9.1.3.b](#) (as per APR) for each year of your country's approved multi-year HSS programme and both in US\$ and local currency

Please note: If you are requesting a new tranche of funding, please make sure you fill in the last row of Table 9.1.3.a and 9.1.3.b.

9.1.2. Please indicate if you are requesting a new tranche of funding **No**

If yes, please indicate the amount of funding requested: US\$

These funds should be sufficient to carry out HSS grant implementation through December 2014.

9.1.3. Is GAVI's HSS support reported on the national health sector budget? **Not selected**

NB: Country will fill both \$ and local currency tables. This enables consistency check for TAP.

Table 9.1.3a (US)\$

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Original annual budgets (as per the originally approved HSS proposal)	0	607000	1004639	574000	349000	0
Revised annual budgets (if revised by previous Annual Progress Reviews)	0	0	452807	1086792	1126089	762234
Total funds received from GAVI during the calendar year (A)	0	607000	0	1004500	574000	349000
Remaining funds (carry over) from previous year (B)	0	0	452807	82292	858343	662372
Total Funds available during the calendar year (C=A+B)	0	607000	452807	1086792	1432343	1011372
Total expenditure during the calendar year (D)	0	154193	370515	228450	769971	473141
Balance carried forward to next calendar year (E=C-D)	0	452807	82292	858343	662372	538231
Amount of funding requested for future calendar year(s) [please ensure you complete this row if you are requesting a new tranche]	0					

	2013	2014	2015	2016
Original annual budgets (as per the originally approved HSS proposal)	0	0	0	0
Revised annual budgets (if revised by previous Annual Progress Reviews)	522428	15803	0	0
Total funds received from GAVI during the calendar year (A)	0	0	0	0
Remaining funds (carry over) from previous year (B)	0	0	0	0
Total Funds available during the calendar year (C=A+B)	0	0	0	0
Total expenditure during the calendar year (D)	0	0	0	0
Balance carried forward to next calendar year (E=C-D)	0	0	0	0
Amount of funding requested for future calendar year(s) [please ensure you complete this row if you are requesting a new tranche]				

Table 9.1.3b (Local currency)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Original annual budgets (as per the originally approved HSS proposal)	0	11545140	19108234	10917480	6637980	0
Revised annual budgets (if revised by previous Annual Progress Reviews)	0	0	8612398	20670788	21418222	14497688
Total funds received from GAVI during the calendar year (A)	0	11545140	0	19105590	10917480	6969530
Remaining funds (carry over) from previous year (B)	0	0	8612398	1565198	16325675	12598312
Total Funds available during the calendar year (C=A+B)	0	11545140	8612398	20670788	27243155	19567842
Total expenditure during the calendar year (D)	0	2932742	7047200	4345113	14644843	9448621
Balance carried forward to next calendar year (E=C-D)	0	8612398	1565198	16325675	12598312	10119221
Amount of funding requested for future calendar year(s) [please ensure you complete this row if you are requesting a new tranche]						

	2013	2014	2015	2016
Original annual budgets (as per the originally approved HSS proposal)	0	0	0	0
Revised annual budgets (if revised by previous Annual Progress Reviews)	10432896	315579	0	0
Total funds received from GAVI during the calendar year (A)	0	0	0	0
Remaining funds (carry over) from previous year (B)	0	0	0	0
Total Funds available during the calendar year (C=A+B)	0	0	0	0
Total expenditure during the calendar year (D)	0	0	0	0
Balance carried forward to next calendar year (E=C-D)	0	0	0	0
Amount of funding requested for future calendar year(s) [please ensure you complete this row if you are requesting a new tranche]				

Report of Exchange Rate Fluctuation

Please indicate in the table [Table 9.3.c](#) below the exchange rate used for each calendar year at opening and closing.

[Table 9.1.3.c](#)

Exchange Rate	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Opening on 1 January	0	18.9	18.9	18.9	18.9	19.07
Closing on 31 December	0	18.9	18.9	18.9	19.02	19.92

Detailed expenditure of HSS funds during the 2012 calendar year

Please attach a detailed financial statement for the use of HSS funds during the 2012 calendar year (*Terms of reference for this financial statement are attached in the online APR Annexes*). Financial statements should be signed by the Chief Accountant or by the Permanent Secretary of Ministry of Health. **(Document Number: 19)**

If any expenditures for the January April 2013 period are reported in Tables 9.1.3a and 9.1.3b, a separate, detailed financial statement for the use of these HSS funds must also be attached **(Document Number: 20)**

Financial management of HSS funds

Briefly describe the financial management arrangements and process used for your HSS funds. Notify whether HSS funds have been included in national health sector plans and budgets. Report also on any problems that have been encountered involving the use of HSS funds, such as delays in availability of funds for programme use.

Please include details on: the type of bank account(s) used (commercial versus government accounts); how budgets are approved; how funds are channelled to the sub-national levels; financial reporting arrangements at both the sub-national and national levels; and the overall role of the HSCC in this process.

Los fondos de donación y de contraparte nacional son administrados y adjudicados por OPS/OMS Honduras a las diferentes unidades ejecutoras de FSS/GAVI, a través de Cartas de Acuerdo, previa presentación de un Plan operativo de ejecución técnica y financiera.

Sobre la adjudicación de fondos:

- La adjudicación es a través de Cartas de Acuerdo y de solicitud de Cursos y Seminarios. Cuando los montos son menores a \$25,000.00, se adjudican directamente en Honduras, cuando el monto sobrepasa este límite, es necesaria la aprobación por OPS/OMS Washington.
- Cada una de las nueve Regiones de Salud, como unidades ejecutoras, presentan solicitud de fondos firmada por el Jefe Regional a OPS/OMS, ya que este trámite se desarrolla en forma desconcentrada.
- La Unidad Coordinadora Central/UPEG solicita Cartas de Acuerdo y Cursos y Seminarios a través de solicitudes firmadas por la Sra. Ministra de Salud y es gerenciada por la Directora de la UPEG/SESAL
- Los fondos adjudicados son administrados a través de Cuentas bancarias de Cheques en la Banca Privada y Nacional, dependiendo de la ubicación geográfica de la unidad ejecutora. Los cheques son firmados por el Jefe Regional y el Administrador de la Unidad y son canalizados hacia los equipos de salud en los municipios priorizados para la realización de las actividades planificadas
- En la Unidad Coordinadora Central los cheques son firmados por la Señora Ministra y la Gerente Administrativa de la Secretaría de Salud, todos los trámites administrativos y técnicos son realizados por el equipo de FSS/GAVI/UPEG.
- Las compras de material médico-quirúrgico y tiraje de papelería se hace a través de solicitudes técnicas a OPS/OMS y ellos realizan las compras y ordenan el tiraje de los documentos.

Sobre la rendición de cuentas:

- Una vez ejecutados los fondos de acuerdo al plan previo, cada unidad ejecutora presenta la liquidación de fondos adjudicados, de acuerdo a los lineamientos del "Manual para la ejecución de los fondos de la iniciativa FSS/GAVI y presentación de rendición de cuentas", que incluye el informe técnico y el informe financiero del periodo informado.
- Este informe se envía con un oficio a la UCC/FSS-GAVI/UPEG para su revisión y aprobación.
- Luego la UCC/FSS-GAVI/UPEG lo envía a la Unidad de Cuentas Especiales de la Gerencia Administrativa de la SESAL, quien a su vez lo revisa y aprueba.
- Una vez revisado y aprobado por ambas instancias, se envía mediante oficio de la Dirección de la UPEG/SESAL a la administración de OPS/OMS, para su aprobación y recibo oficial (Documento No. 21B). Esto se constituye en una auditoria secuencial de la liquidación, tanto técnica como financieramente.
- **No se adjudican nuevos fondos si la liquidación presentada no cumple los requisitos establecidos de responder al plan previo, de acuerdo a los objetivos de la Iniciativa FSS/GAVI, al manejo transparente de fondos y al cumplimiento de las normas administrativas del Manual y de OPS/OMS.**

Los fondos de fortalecimiento de servicios de salud no son notificados en el presupuesto nacional por su gestión desconcentrada a través de la OPS/OMS, pero si son notificados los logros en los informes anuales de la Secretaría de Salud.

El Consejo Nacional de Salud (CONSALUD) no ha participado en el monitoreo de la iniciativa FSS-GAVI, ya que por decisiones del nivel político no fue convocado en el 2012 para dicho propósito; sin embargo el 8 de mayo de 2013, los miembros de CONSALUD asistieron a la presentación y aprobación del Informe de Progreso Anual 2012, presentado ante los socios de la Iniciativa y del PAI.

Has an external audit been conducted? No

External audit reports for HSS programmes are due to the GAVI Secretariat six months following the close of your governments fiscal year. If an external audit report is available during your governments most recent fiscal year, this must also be attached (Document Number: 21)

9.2. Progress on HSS activities in the 2012 fiscal year

Please report on major activities conducted to strengthen immunisation using HSS funds in Table 9.2. It is very important to be precise about the extent of progress and use the M&E framework in your original application and approval letter.

Please provide the following information for each planned activity:

- The percentage of activity completed where applicable
- An explanation about progress achieved and constraints, if any
- The source of information/data if relevant.

Table 9.2: HSS activities in the 2012 reporting year

Major Activities (insert as many rows as necessary)	Planned Activity for 2012	Percentage of Activity completed (annual) (where applicable)	Source of information/data (if relevant)
A. Capacitación en desarrollo gerencial a equipos			
A.1 Capacitación gerencial a equipo	A.1 Capacitar a los equipos departamentales y municipales en aspectos técnicos y gerenciales	100	Informes Técnicos de los talleres y listados de asistencia.
A.2 Integración de los planes materno infantil	A.2 Brindar apoyo técnico y financiero al proceso de formulación de planes de salud materno infantil a nivel local y su incorporación al Plan de Desarrollo Municipal para garantizar su implementación.	85	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud
A.3 Capacitación en el uso de los datos	A.3 Contribuir a la adecuación del subsistema de información en salud Materno Infantil y Capacitación en el manejo, análisis y uso de los datos.	0	Informes Técnicos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI).
B. Entrega de paquete básico de servicios de salud			
B.2 Contratación de personal de salud	B.2 Contratación de personal para cubrir US cerradas por diversos motivos, previa programación	100	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud
B.3 Programación de entrega de paquete básico	B.3 Priorización, planificación y programación de las localidades por US a nivel municipal para la entrega del PBSS, con la participación de la comunidad y Gobiernos Municipales	100	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud
B.4 Implementación de instrumentos de vigilancia	B.4 Retomar la implementación y seguimiento en la aplicación y utilización de los instrumentos LINVI, LISEM y LISMEF como instrumentos locales de vigilancia en la atención de la salud infantil	100	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud
B.5 Entrega del paquete básico de servicios	B.5 Entrega del PBSS a las localidades priorizadas (291), de acuerdo a programación local	81	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud
B.6 Ejecución de jornadas municipales de salud	B.6 Ejecución anual de Jornadas Municipales de salud materno infantil para la búsqueda de población susceptible (embarazadas, recién nacidos, crecimiento, desarrollo y vacunación), con incorporación de los Gobiernos Locales.	100	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud

C. Extender la estrategia de AINC			
C.2 Capacitación de líderes en AINC	C.2 Reclutamiento, selección y capacitación de líderes en las comunidades priorizadas para la implementación de AIN-C.	100	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud. Nota: Las Regiones Metropolitanas de San Pedro Sula y el Distrito Central implementan AIEPI en lugar de AIN-C.
C.3 Seguimiento de la estrategia AINC	C.3 Seguimiento de la estrategia de AIN-C y su funcionamiento.	97	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud.
D. Extender la estrategia de AIEPI			
D.2 Capacitación del personal en AIEPI	D.2 Capacitación del personal de atención directa de las en las US priorizadas para AIEPI	50	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud
D.3 Seguimiento de la estrategia AIEPI	D.3 Seguimiento de la estrategia de AIEPI y su funcionamiento en las regiones Metropolitanas de Salud	100	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud
E. Dotar con equipo básico para la atención			
E.1 Dotación de Equipo básico para la atención	E.1 Adquisición, distribución e instalación de equipo básico de APS materno infantil en las US de los municipios priorizados	100	Actas de Entrega del Departamento de Bienes Nacionales de la Secretaría de Salud.
E.3 Fortalecimiento de la red de frío	E.3 Apoyo al fortalecimiento de la red de frío a nivel nacional para la introducción de nuevas vacunas.	100	Informes técnicos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI).
E.4 Mantenimiento de equipo básico y vehículos	E.4 Formulación e implementación del plan de mantenimiento de equipo básico y unidades móviles de atención materna e infantil.	100	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud
F. Fortalecer la monitoria, supervisión y evaluación			
F.2 Formulación del plan anual de supervisión	F.2 Formulación del plan anual departamental y municipal de monitoreo, supervisión y evaluación de la atención materno infantil institucional y comunitaria.	100	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud
F.3 Visitas de supervisión y monitoreo	F.3 Realización de supervisión y monitoreo, cada tres meses del departamento al municipio o del municipio a la US y a la comunidad	46	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud
F.4 Evaluación departamental y municipal de metas	F.4 Evaluación departamental y municipal de las metas del plan materno infantil en los municipios priorizados con la participación de técnicos normativos y Gobiernos Municipales	100	Informe del equipo de salud Municipal de las Regiones de Salud
G. Gastos de apoyo			
G.1 Costos administrativos	G.1 Costos Administrativos	9	Informe de la Unidad Coordinadora Central
G.2 Gastos de seguimiento y evaluación	G.2 Gastos de apoyo seguimiento y evaluación	100	Contratos laborales de la Unidad Coordinadora Central de FSS-GAVI

G.3 Apoyo técnico	G.3 Apoyo Técnico	100	Contratos laborales de la Unidad Coordinadora Central de FSS-GAVI
-------------------	-------------------	-----	---

9.2.1 For each objective and activity (i.e. Objective 1, Activity 1.1, Activity 1.2, etc.), explain the progress achieved and relevant constraints (e.g. evaluations, HSCC meetings).

Major Activities (insert as many rows as necessary)	Explain progress achieved and relevant constraints
<p>A. Capacitación gerencial a los equipos de salud</p>	<p>Durante el año 2012 se continuó en coordinación con la Secretaría de Planificación (SEPLAN) y la Cooperación de USAID para el desarrollo del proceso de planificación estratégica como una herramienta para la gerencia de las unidades ejecutoras del nivel intermedio y las unidades del nivel central.</p> <p>En el marco de los lineamientos de la SEPLAN fue preparado el Plan Estratégico Institucional (PEI) y el anteproyecto POA/Presupuesto 2013 de la Secretaría de Salud, certificándose ambos en el mes de julio de 2012.</p> <p>El PEI está enfocado en ocho objetivos estratégicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a)Conducir en todas sus fases el Sistema Nacional de Salud hacia la integración y pluralidad. b)Mejorar la seguridad y calidad de los bienes y servicios que recibe la población para incidir en el riesgo de enfermar y morir de los usuarios. c)Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población. d)Mejorar las condiciones de la mujer en edad reproductiva. e)Mejorar las condiciones de salud del menor de cinco años. f)Mejorar el control de enfermedades vectoriales priorizadas. g)Mejorar el control de enfermedades infecciosas priorizadas h)Implementar intervenciones por ciclo de vida para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población. <p>Se realizó un acompañamiento técnico a los equipos de las unidades ejecutoras para la socialización del Plan Estratégico Institucional, de la nueva estructura presupuestaria y los lineamientos de reprogramación presupuestaria del Anteproyecto POA/Presupuesto 2013, elementos esenciales para el impulso del proceso de elaboración de los planes estratégicos por unidad. En el acompañamiento se logró capacitar a un total de 135 personas.</p> <p>Se desarrolló un taller de capacitación en conducción gerencial para el personal de la Región Metropolitana del Distrito Central, donde se capacitaron 26 personas.</p>

<p>B. Incorporar el plan de salud al plan municipal</p>	<p>El 85% (39/46 municipios priorizados) han logrado incorporar el plan de salud al plan de desarrollo municipal, coordinando actividades como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jornadas de Vacunación 2. Contratación de personal de salud 3. Entrega de paquetes básico de servicios de salud y desarrollo de jornadas de salud 4. Prevención de enfermedades vectoriales como Dengue y Malaria e infectocontagiosas como la tuberculosis. 5. Movilización de pacientes como embarazadas y menores de 5 años. <p>Los municipios de Distrito Central, La Ceiba, Tela, Ojos de Agua, Minas de Oro, Villanueva y Puerto Cortés, realizaron su plan de salud pero no lograron incorporarlo al plan de desarrollo municipal, debido a las siguientes limitantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Debilidad gerencial de los Directores Municipales para desarrollar el proceso de concertación con los Gobiernos Municipales. b) Poca conciencia por parte de los Alcaldes sobre la responsabilidad y compromiso que tienen con la resolución de la problemática de salud de su población. c) En el caso del Distrito Central y La Ceiba los gobiernos municipales cuentan con su propia red de servicios de salud lo que conlleva a una mínima coordinación interinstitucional. d) La presencia de política vernácula y sectaria en las Corporaciones Municipales.
<p>C. Capacitación en el uso y análisis de los datos</p>	<p>En el 2012 no se realizaron actividades debido a que el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) no había iniciado con el Sistema Nominal de Vacunación (SINOVA). Fue hasta el primer trimestre de 2013 que inició la ejecución de la primera fase.</p>
<p>E. Contratación de personal para cubrir US cerrada</p>	<p>Se contrataron 85 Auxiliares de Enfermería que cubrieron temporalmente 89 Unidades de Salud con el propósito que se mantuvieran brindando servicios de salud.</p> <p>Se benefició al 72% de los municipios priorizados (33/46) con la contratación de Auxiliares de Enfermería. Las Regiones de Salud priorizan la ubicación del recurso humano de acuerdo a criterios como el acceso geográfico a los servicios de salud, población y el perfil epidemiológico.</p> <p>Con la contratación de este recurso en las unidades de salud beneficiadas se logró dar continuidad a la atención materna e infantil de primer nivel en especial a acciones como la vacunación, operativos de búsqueda de susceptibles, entregas de paquete básico y otras actividades que inciden directamente en mantener las coberturas de vacunación de acuerdo a la metas establecidas.</p>
<p>F. Programación de entrega de Paquete Básico</p>	<p>Las Regiones de Salud (9/9) programaron visitas para la entrega del Paquete Básico de Servicios de Salud en 291 localidades priorizadas, coordinando con los actores clave como: gobiernos municipales, patronatos y voluntarios de salud.</p>

G. Implementación de instrumentos de vigilancia	<p>Se ha logrado un gran avance en la implementación de los instrumentos de vigilancia local en las unidades de salud priorizadas, ya que se ha retomado el registro, actualización y seguimiento de los listados en especial de los LINVI y LISEM a través de la supervisión continua.</p> <p>Los equipos del nivel local realizan una vigilancia activa de la población susceptible o pendiente de vacuna, a las referencias de las mujeres embarazadas y la prescripción de métodos de planificación familiar.</p> <p>A través de la inversión de los fondos en esta actividad se realizó la impresión de los instrumentos de vigilancia local: LINVI para las 20 Regiones de Salud.</p> <p>Entre las limitantes encontradas en esta actividad:</p> <ol style="list-style-type: none">1.Limitado recurso humano.2.Dificultad con los listados de mujeres en edad fértil debido LISMEF.3.Alta concentración poblacional y la movilidad de la misma.
--	---

H. Entrega de paquete básico en comunidades

Se programaron 1164 visitas a las comunidades priorizadas y se realizaron 942 que corresponde a un 81% de cumplimiento.

El detalle de acuerdo a la meta de 4 visitas por comunidad:

- a)El 60% (176/291) recibió el PBSS cuatro veces al año.
- b)El 13% (39/291) recibió tres visitas al año.
- c)El 19% (54/291) recibió dos vistas año.
- d)El 5% (13/291) recibió una vez el PBSS en el año.
- e)El 3% (9/291) no recibió ninguna visita.

Logros Alcanzados mediante la Entrega del Paquete Básico:

- 1.Vacunación de niños, adolescentes, embarazadas y adultos mayores pendientes para iniciar y completar el esquema de vacunación.
- 2.Aumento en la captación de embarazadas, puérperas y mujeres en edad fértil.
- 3.Incremento de coberturas en lo métodos de planificación familiar.
- 4.Se ha mejorado el acceso a las pruebas diagnósticas como pruebas rápidas para la detección de VIH-SIDA en embarazadas y citologías en mujeres en edad fértil.
- 5.Impulso de acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades vectoriales y transmisibles como malaria, dengue, tuberculosis, infecciones de trasmisión sexual (ITS y VIH).
- 6.Atención a las familias en riesgo en las comunidades seleccionadas.
- 7.Organización de los voluntarios de salud.

Entre las limitantes para alcanzar el 100% de los PBSS se encuentran:

- a)Débil capacidad gerencial y organizativa de los equipos del nivel local.
- b)Asignación tardía de los fondos, las Regiones de Salud aproximadamente tres meses en el año no poseen fondos debido al tiempo en que tardan en presentar las rendiciones de cuenta y la asignación de nuevos fondos por parte de la OPS/OMS.
- c)Insuficiente logística en los municipios para garantizar las entregas del paquete básico, tales como: medicamentos e insumos requeridos y transporte para el personal de salud.
- d)Acceso vial a las comunidades. En las épocas lluviosas se dificulta llegar hasta la localidad priorizada.
- e)Algunos municipios poseen un número reducido de recursos humanos para la atención directa por lo que limita las salidas de este personal, con el propósito de no cerrar el centro de salud.
- f)Paros laborales del personal de salud.
- g)Delincuencia e inseguridad ciudadana.
- h)Prolongación de la Jornada Nacional de Vacunación y campaña de seguimiento contra el sarampión.
- i)La Región Metropolitana del Distrito Central solo recibió fondos para realizar dos entregas de Paquete Básico de Servicios de Salud, debido a políticas administrativas de la OPS/OMS. La RMDC fue objeto de la suspensión de fondos en junio de 2012, debido a la política de retención del 10% de los fondos asignados bajo la figura de carta de acuerdo. Esta política consiste en que la OPS/OMS adelanta un 90% del monto aprobado y el 10% restante, la unidad ejecutora debe liquidarlo antes de recibirlo y posteriormente la OPS/OMS realiza un reintegro del mismo. La RMDC no contaba con una solvencia económica que le permitiera realizar actividades sin desembolsos previos, por lo que le impidió presentar el informe final que es un requisito para la asignación de nuevos fondos. Esta situación fue solventada logrando que la OPS/OMS haga excepción de aplicar dicha política con los fondos donados por GAVI en Honduras; pero el proceso para asignar nuevamente fondos a la RMDC en la OPS/OMS se alargó y fue efectivo hasta enero de 2013.

<p>I. Ejecución de jornadas municipales de salud</p>	<p>Se realizaron 94 jornadas municipales de salud beneficiando al 91% (42/46) de los municipios priorizados. Dichas jornadas de salud se realizaron en coordinación con los gobiernos locales, ONG y voluntarios de salud.</p> <p>En estas jornadas de salud se impulsaron atenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Búsqueda de población susceptible: menores de 5 años, mujeres embarazadas y puérperas. 2. Vacunación de menores de 5 años, adolescentes y embarazadas. 3. Consejerías y charlas educativas sobre nutrición, salud sexual y reproductiva, salud oral, violencia familiar. 4. Promoción del control prenatal en las mujeres embarazadas y métodos de planificación familiar 5. Controles prenatales, toma de citologías y pruebas rápidas de VIH, de glucosa y de presión arterial. 6. Eliminación de criaderos de zancudos y abatización de pilas (Campaña contra el Dengue). 7. Elaboración de murales educativos.
<p>J. Capacitación de líderes para implementar AINC</p>	<p>Se capacitó a 373 líderes de 133 comunidades priorizadas para impulsar la Estrategia de AIN-C.</p> <p>En apoyo a esta actividad con fondos de contraparte nacional se realizó la impresión de manuales y láminas para la capacitación de monitoras, así mismo de la papelería de registro necesaria como: informe comunitario, grafica de indicadores de seguimiento, boleta de estudio de línea de base, listado de niños y niñas, registro de atención al niño enfermo y hojas de referencia.</p> <p>Este personal voluntario es un medio para concienciar a las madres y familiares sobre la importancia del control de crecimiento y desarrollo, de completar el esquema de vacunación y de acudir oportunamente a los servicios de salud cuando los menores están en riesgo.</p> <p>Entre las limitantes encontradas en el desarrollo de esta actividad se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deserción de las monitoras voluntarias. 2. Deterioro de las básculas. 3. No hay incentivos para las monitoras. 4. Poca disponibilidad de fondos para realizar reforzamientos en forma continua y la apertura nuevos grupos. 5. Delincuencia e inseguridad
<p>K. Seguimiento de la estrategia AINC</p>	<p>Se han priorizado 224 comunidades para la implementación de la estrategia de AIN-C en los municipios seleccionados y de las cuales 218 (97%) están implementando la estrategia.</p> <p>El seguimiento a los grupos de monitoras mediante el acompañamiento de la Auxiliar de Enfermería ha contribuido a mejorar su implementación.</p> <p>A través de la implementación de esta estrategia se ha logrado disminuir el número de niños con peso inadecuado, captación de recién nacidos, embarazadas, puérperas, vacunación de los niños pendientes, referencias oportunas de niños enfermos con infecciones respiratorias o cuadros diarreicos, promoción de lactancia materna y de una adecuada nutrición.</p>

<p>L. Capacitación del personal en la estrategia AIEP</p>	<p>Las Regiones Metropolitanas del Distrito Central y la de San Pedro Sula, de acuerdo al plan son las únicas que reciben fondos para impulsar la estrategia de AIEPI.</p> <p>En el 2012, se realizó un taller donde se capacitaron 21 personas entre ellas: médicos, enfermeras y auxiliares en enfermería. Con fondos de contra parte nacional se realizó impresión de manuales para la capacitación del recurso humano, gráficos para la vigilancia de diarrea y neumonía, historia clínica del niño y de la niña, hojas de registro.</p> <p>Entre las limitantes para el desarrollo de esta actividad: 1.La Región Metropolitana del Distrito Central (RMDC) no recibió fondos en el 2012 para ejecutar esta actividad, debido a lo explicado anteriormente. 2.Disminución de los fondos para realizar talleres de reforzamiento.</p>
<p>M. Seguimiento de la estrategia AIEPI</p>	<p>Las Regiones Metropolitanas reportan que mediante monitorías periódicas y supervisiones capacitantes se ha dado seguimiento a la implementación de la Estrategia AIEPI en 28 unidades de salud priorizadas.</p> <p>Metodología de seguimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de monitorias trimestrales en la revisión de expedientes clínicos. • Supervisión capacitante de instrumentos o informes generados por la US mensualmente. • Reuniones periódicas de los Jefes Regionales y Técnicos del Nivel Regional con el personal involucrado para mejorar la estrategia, mediante la colocación de instrumentos en las diferentes US. • Observación directa de los ambientes como sala de TRO y PAI. • Indicadores de Calidad • Reuniones sistemáticas del Comité Regional de mortalidad <p>Cabe mencionar que los indicadores utilizados para medir el cumplimiento son indicadores de calidad y con un ítem que no cumplan su valor es "0".</p> <p>Limitantes para la implementación de la Estrategia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Resistencia del personal médico para aplicar la norma de AIEPI. 2.Debilidad gerencial para deducir responsabilidad al personal que no cumple con la norma de AIEPI. 3.Rotación de los médicos en servicio social que no están capacitados. 4.Movilidad del recurso humano ya capacitado.
<p>N. Adquisición y distribución de equipo básico</p>	<p>Se realizó la adquisición del equipo para la atención primaria materno e infantil, beneficiando a 144 Unidades de Salud, de 46 municipios priorizados de las Regiones de Salud beneficiarias. Esta inversión contribuirá a mejorar la calidad de la atención materna e infantil. Documento No. 27 ver cuadro de entrega de equipo básico a las Regiones de Salud.</p> <p>Se logró comprar todo el equipo básico solicitado por las unidades de salud a precios más bajos con economía de escala, por la compra directa de la OPS/OMS. Los fondos remanentes de esta actividad serán programados en el año 2013.</p> <p>Con fondos de contraparte nacional se financió la logística necesaria para su almacenaje y entrega del equipo básico a las Regiones de Salud.</p>

<p>P. Fortalecimiento de la red de frío nacional</p>	<p>Para el fortalecimiento de la red de frío se realizaron las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Giras de seguimiento a la Región de Yoro, Comayagua, Cortés y Francisco Morazán. 2. Capacitación a los técnicos de la red de frío de Atlántida. 3. Realización de dos giras para la Región de Ocotepeque para la instalación de la planta eléctrica y generador de energía e interruptor de transferencia automática en la cámara fría del almacén de biológicos. Documento No. 24 Contrato de instalación 4. Conexión del almacén de biológicos de la Región de Ocotepeque al fluido eléctrico. 5. Compra de repuestos para la cadena de frío a nivel nacional (lámparas fluorescentes, relays, termostatos, motores ventilados, monitores trifásicos, filtros deshidratadores, válvula para carga de refrigerante, tymers, punta de cautín, aceite penetrante, limpia contactos, bomba para segregar combustible, láminas de fibra.)
<p>Q. Implementar el plan de mantenimiento de equipo</p>	<p>El 100% (9/9) ejecutaron los fondos programados. En el marco de esta actividad se desarrollaron las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reparación de equipo básico para la atención primaria. 2. Sostentamiento de la red de frío y compra de repuestos. 3. Mantenimiento de la flota vehicular donada por FSS-GAVI y propia de la Región de Salud.
<p>S. Formulación del plan de monitoria y supervisión</p>	<p>Las nueve Regiones de Salud seleccionadas realizan un plan de monitoria trimestral de acuerdo a los lineamientos de la Política de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna e Infantil (RAMNI). También concretan un plan de supervisión a las Unidades de Salud, este plan puede ser mensual, trimestral o semestral según la modalidad de gerencia de cada equipo regional.</p>
<p>T. Visitas de supervisión y monitoreo trimestral</p>	<p>El 46% (73/157) de las Unidades de salud (US) programadas fueron supervisadas cuatro veces al año, el 16% (25/157) tres vistas, 21% (34/157) dos vistas y 14% (23/157) una visita y el 1%(2/157) no recibió ninguna visita.</p> <p>Las Unidades de Salud Mediante esta actividad se ha logrado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar el cumplimiento de las normas de atención a la mujer embarazada y del menor de cinco años. 2. Empoderamiento de los recursos humanos de los procesos impulsados en el programa materno-infantil por ejemplo: seguimiento a los controles prenatales a través de los LISEM, llenado completo historia clínica perinatal, registro y manejo de los menores de cinco años con la implementación del AEPI, mejoramiento del subsistema de información del componente de planificación familiar, mejor registro e investigación de las muertes maternas e infantiles y otros. 3. Identificación de incumplimiento en la aplicación de normas de los recursos de nuevo ingreso. 4. Capacitación a los recursos humanos en el llenado de formatos, construcción de indicadores y en normas de atención. 5. Implementación de los listados de vigilancia local: LINVI, LISEM Y LISMEF. 6. Programación de metas por programa. 7. Monitoreo del uso del kardex. <p>Entre las limitantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Reducido recurso humano disponible para cada visita por coincidencia de otras actividades, talleres convocados por nivel central, vacaciones y otros. b) Débil capacidad de logística para movilizar a los equipos a las unidades de salud. c) Inseguridad y delincuencia d) Paros laborales del personal de salud
<p>U. Evaluación departamental y municipal de la meta</p>	<p>El 100% (46/46) de los municipios priorizados realizaron una evaluación en cada semestre. Algunas Regiones de Salud realizan las evaluaciones del nivel local e intermedio de forma conjunta evaluando a la vez las metas por cada programa.</p>

V. Costos administrativos	Con los fondos programados se apoyó al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para la compra de combustible para el traslado de biológicos de las Regiones de Salud a los municipios, visitas de soporte técnico a los almacenes de biológicos y el complemento para el pago de salario del personal técnico de la Unidad Coordinadora Central.
W. Gastos de apoyo, seguimiento y evaluación	Con el financiamiento de esta actividad se logra la contratación del Asistente Administrativo y un Auxiliar de Administración para dar seguimiento a la implementación y ejecución financiera de FSS-GAVI en las diez unidades ejecutoras desde el mes de enero a diciembre 2012.
X. Apoyo técnico	Con el financiamiento de esta actividad se logra la contratación del Asistente Técnico para dar seguimiento a la implementación y ejecución técnica de FSS-GAVI desde el mes de enero a diciembre 2012.

9.2.2 Explain why any activities have not been implemented, or have been modified, with references.

La actividad A.3 Capacitación en el uso y análisis de los datos, no fue ejecutada en el 2012 debido a que los fondos se programaron para apoyar al Programa Ampliado de Inmunización (PAI), en el inicio de la implementación del piloto del Sistema Nominal de Vacunación (SINOVA) en las Regiones de Comayagua y Francisco Morazán.

Se programó para visitas de seguimiento y supervisión de los técnicos del PAI y del Área de Sistema de Información (SIS) a las Regiones de Salud antes mencionadas. Esta actividad fue programada para el primer semestre del 2013, debido a retrasos para financiar la adquisición de equipo y otras actividades previas.

9.2.3 If GAVI HSS grant has been utilised to provide national health human resources incentives, how has the GAVI HSS grant been contributing to the implementation of national Human Resource policy or guidelines?

Siendo el propósito principal de la Iniciativa de Fortalecimientos de Servicios de Salud fortalecer la atención Primaria de Salud Renovada, con énfasis en los servicios integrales de Promoción y Prevención, a través del Objetivo número uno de esta iniciativa:

- Se planteó en el año 2012, el Programa de capacitación en el Proceso Nacional de Planificación Estratégica, con énfasis en el enunciado de la Política de RRHH de desarrollar capacidades y conocimientos en los empleados de salud de todo nivel de la Secretaria de salud.

Este Programa de capacitación está siendo desarrollado desde el mes de Febrero 2013.

- Taller de Capacitación Gerencial a la Región de Salud Metropolitana de Tegucigalpa, en articulación con USAID, a los equipos de las 12 Unidades de salud de la Región.
- Talleres de capacitación a las 20 regiones de salud y 28 Hospitales del país en la Planificación/Presupuestación de fondos nacionales del anteproyecto de presupuesto año 2013, con Personal de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG) y Gerencia Administrativa de SESAL.

9.3. General overview of targets achieved

Please complete **Table 9.3** for each indicator and objective outlined in the original approved proposal and decision letter. Please use the baseline values and targets for 2011 from your original HSS proposal.

Table 9.3: Progress on targets achieved

Name of Objective or Indicator (Insert as many rows as necessary)	Baseline		Agreed target till end of support in original HSS application	2012 Target	2008	2009	2010	2011	2012	Data Source	Explanation if any targets were not achieved
	Baseline value	Baseline source/date									

A. Desarrollar la capacidad gerencial de equipos											
A.1 % municipios con planes integrados	42	Informes Municipales de las Regiones de Salud (2010)	80% de los municipios que tienen incorporadas las actividades de RAMNI en los planes de desarrollo integral del municipio.	90%	ND	ND	72%	87%	85%	Informe del equipo de salud municipal de las regiones de salud	Meta programada: 90% La meta no fue alcanzada en 7/46 municipios priorizados, debido a que los Gobiernos Locales de dichos municipios están renuentes a la coordinación de actividades. Un factor que pudo influir negativamente fue la polarización de la población debido a la celebración de las elecciones internas para los candidatos presidenciables.
A.2 Número de recursos capacitados en gerencia	Nos se estableció	No aplica	300 personas capacitadas en desarrollo gerencial	No hay meta establecida para esta actividad por año	ND	ND	132 personas	63 personas	161 personas	Informes técnicos de la Unidad Coordinadora Central de FSS/GAVI/UPEG	Meta programada: 300 personas A la fecha se ha superado la meta esperada con 356 personas capacitadas, debido a que se complementó con fondos de contraparte nacional el presupuesto necesario
A.3 % de recursos capacitados en el uso de datos	en la propuesta	No aplica	100% (141 recursos de las Unidades de Estadística de las Regiones de Salud priorizadas)	100% (141/141)	ND	ND	45% (63/141)	88% (126/141)	No se realizó esta actividad		A la fecha se ha superado la meta esperada con 189 personas capacitadas, debido a que se complementó con fondos de contraparte nacional el presupuesto necesario. Para el 2012 se programaron fondos para capacitar a los recursos que impulsarían el SINOVA, esta actividad fue pospuesta para el primer semestre de 2013

<p>B.1 % de comunidades con cuatro PBSS</p>	<p>0</p>	<p>Informe de municipios y departamentos 2007</p>	<p>100% de las comunidades con cuatro visitas de Paquete Básico de Servicios de Salud en el año</p>	<p>100%</p>	<p>0%</p>	<p>21%</p>	<p>49%</p>	<p>64%</p>	<p>60%</p>	<p>Informe de municipios y departamentos</p>	<p>Meta programada: 100% de las comunidades.</p> <p>Únicamente en 176/291 comunidades se logró visitar 4 veces, debido a las siguientes limitantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debilidad gerencial - Reducida capacidad logística - Poco personal y multiplicidad de funciones - Prolongación de la jornada nacional de vacunación. <p>El detalle de acuerdo a la meta de 4 visitas por comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El 60% (176/291) recibió el PBSS cuatro veces al año. b) El 13% (39/291) recibió tres visitas al año. c) El 19% (54/291) recibió dos vistas año. d) El 4% (13/291) recibió una vez el PBSS en el año. e) El 3% (9/291) no recibió ninguna visita.
--	----------	---	---	-------------	-----------	------------	------------	------------	------------	--	---

<p>B. 2 % de embarazadas con 4 controles prenatales</p>	<p>0</p>	<p>Instrumento de vigilancia LISEM 2010</p>	<p>90% de las mujeres embarazadas con cuatro controles prenatales</p>	<p>90%</p>	<p>41%</p>	<p>48%</p>	<p>54%</p>	<p>55%</p>	<p>58%</p>	<p>Instrumento de vigilancia LISEM</p>	<p>Meta programada: 90%</p> <p>Este indicador en relación al dato del 2011 tuvo un aumento de 3 puntos porcentuales.</p> <p>Este dato también se comparó con la concentración de controles prenatales registrado por el Sistema de Información (SIS) de la SESAL, se concluye que las mujeres embarazadas tienen un promedio de 3.10 controles prenatales en los municipios priorizados. El 48%(22/46) tienen una concentración de 4 controles prenatales y el 46% (21/46) tienen 3 controles y el 6% (3/46) solo dos controles, que corresponden a los municipios del Distrito Central, La Ceiba y Puerto Cortés. Se considera que este indicador no se ha alcanzado debido a que la captación de embarazadas todavía no es posible antes de las 12 semanas y otro aspecto es que las mujeres embarazadas no acudan de acuerdo a cita.</p>
--	----------	---	---	------------	------------	------------	------------	------------	------------	--	---

B.3 % de unidades de salud prestando servicios	0	Informe de municipios y jefaturas regionales 2010	80% de las unidades de salud ofertando servicios en forma continua durante al año	100%	74%	87%	92%	90%	80%	Informes de municipios y jefaturas regionales	Meta programada: 100% No se logró alcanzar la meta debido al recorte de personal por contrato que es pagado con fondos nacionales y la reducción de fondos para este rubro en el Presupuesto 2012 de fondos de donación
C. Extender la estrategia de AINC											
C.1 % de comunidades implementando AINC	142 comunidades	Informe mensual de las monitoras 2010	224 comunidades priorizadas implementando la estrategia de Atención Integral al Niño en la Comunidad (AINC)	224 comunidades	ND	ND	63% (142/224 comunidades)	82% (183/224 comunidades)	97% (218/224 comunidades)	Resumen mensual de actividades comunitarias AINC	Meta programada: 224 comunidades. Se logró aumentar 35 comunidades en el 2012, debido al apoyo de materiales didácticos financiados por los fondos de contraparte nacional y el apoyo con insumos de parte del Programa de Atención del Niño (PAIN).
C.2 % de niños con control de crecimiento	75	AT-2R (ATA 2010)	80% de niños con control de crecimiento y desarrollo	80%	20%	59%	75%	87%	81%	AT-2R (ATA)	Meta programada: 80%

<p>C.3 % de unidades de salud que cumplen con AIEPI</p>	<p>50</p>	<p>Expedientes clínicos, hojas de registros de atención AIEPI -2010</p>	<p>En la propuesta de FSS no se estableció meta para este indicador.</p>	<p>100% de las unidades de salud de las Regiones Metropolitanas</p>	<p>ND</p>	<p>60%</p>	<p>63%</p>	<p>44%</p>	<p>59%</p>	<p>Informe de monitoria RAMNI e informe de municipios y jefaturas regionales</p>	<p>Meta programada: 100%</p> <p>No se ha logrado alcanzar esta meta debido a que el personal de salud no es constante en el registro de la atención brindada en el expediente, siendo este la fuente primaria del dato. Otro factor identificado es la resistencia del personal médico para aplicar la norma.</p> <p>Así mismo que el indicador se construye mediante una lista de chequeo y si no posee uno de los ítems el indicador es cero.</p>
<p>C.4 % de unidades de salud con espacios para TRO</p>	<p>60</p>	<p>Lista de chequeo 2010</p>	<p>En la propuesta de FSS no se estableció meta para este indicador.</p>	<p>100%</p>	<p>ND</p>	<p>60%</p>	<p>100%</p>	<p>92%</p>	<p>84%</p>	<p>Informe de monitoria RAMNI e informes de municipios y direcciones departamentales</p>	<p>Meta programada: 100%</p> <p>Esta meta no fue alcanzada debido a que algunas de las unidades de salud no cuentan con un espacio específico para la TRO porque sus instalaciones son reducidas, sin embargo todas las unidades cuentan con los insumos necesarios y en el momento que es indicado a los pacientes el personal de salud proveen todo lo requerido para la TRO.</p>
<p>D. Dotar con equipo básico para servicios de salud</p>											

D.1 % de unidades de salud dotadas con equipo	No se estableció en la propuesta	Actas de entrega	112 unidades de salud, dotadas con equipo básico para la prestación de servicios de salud materno infantil	112 unidades	ND	ND	ND	ND	128% (144/112 unidades de salud)	Inventario de bienes nacionales	Meta programada: 112 Unidades de Salud Se logró beneficiar a 32 unidades de salud más de las esperadas, ya que en proceso de adquisición la OPS/OMS obtuvo mejores precios lo que permitió comprar todos los insumos solicitados.
E. Fortalecer la monitoria, supervisión y evaluación											
E.1 % de unidades de salud supervisadas 4 veces	0	Informes municipales y departamentales 2010	80% de unidades de salud supervisadas cuatro veces al año	100%	26%	39%	43%	53% (110/208)	46% (73/157)	Informes de los municipios y de la jefaturas departamentales	Meta programada: 100% El 46% (73/157) de las Unidades de salud (US) programadas de acuerdo al plan de supervisión concertado fueron supervisadas cuatro veces al año. La meta no ha sido alcanzada debido a la débil capacidad logística para desplazarse trimestralmente a cada una de las unidades de salud. Así mismo la reducción del personal por contrato incidió en las salidas para supervisar.
E.2 % de municipios con 2 evaluaciones al año	72	Informes municipales y departamentales 2010	90% de los municipios realizando 2 evaluaciones al año	100%	0%	34%	72%	90%	100%	Informes de los municipios y de la jefaturas departamentales	

F. Cobertura Nacional de tercera dosis Pentavalente	87	SIVAC	95% de cobertura nacional de tercera dosis de pentavalente	95%	93%	98%	101%	105%	92%	SIVAC	<p>Meta programada: 95%</p> <p>Este dato corresponde a las coberturas de los 46 municipios priorizados con FSS-GAVI.</p> <p>La cobertura nacional es de 88%, no fue alcanzada la meta programada debido a algunos factores como la sobre estimación de la población de los niños menores de 1 año según las Proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE).</p>
G. % de municipios con cobertura de 3penta > 80%	32	SIVAC	80% de los municipios beneficiados con cobertura de terceras dosis de pentavalente mayor del 95%	90%	80%	96%	91%	100%	93% (43/46)	SIVAC	<p>Este dato corresponde a las coberturas de los 46 municipios priorizados con FSS-GAVI.</p>
H. Cobertura con SRP en población de 12 a 23 mesesl. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años	91	SIVAC	95% de cobertura de SRP en población de 12 -23 meses	95%	95%	100%	101%	107%	91%	SIVAC	<p>Meta programada: 95%</p> <p>Este dato corresponde a las coberturas de los 46 municipios priorizados con FSS-GAVI.</p> <p>La cobertura nacional es de 93%, no fue alcanzada debido a algunos factores como la sobre estimación de la población de los niños menores de 1 año según las Proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE).</p>

I. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años	26 x 1000 NV	ENDESA	20 X 1000 nacidos vivos	No se estableció meta anual para este indicador	805 (número absoluto de muertes en 104 municipios priorizados)	1,684 (número absoluto de muertes en 104 municipios priorizados)	566 (número absoluto de muertes en 46 municipios priorizados)	726 (número absoluto de muertes en 46 municipios priorizados)	1,761 (número absoluto de muertes en 46 municipios priorizados)	Dirección General de Vigilancia de la Salud	En el año 2010-2012 se realizó la investigación de la Razón de Mortalidad Materna y tasa de mortalidad infantil, que evidenció un registro en las muertes en menores de 5 años. Se espera el informe de la Encuesta Nacional de Salud 2012 para corroborar los datos de mortalidad
J. Tasa de mortalidad de mortalidad infantil	23 X 1000 NV	ENDESA	19 X 1000 nacidos vivos	No se estableció meta anual para este indicador	859 (número absoluto de muertes en 104 municipios priorizados)	2,269 (número absoluto de muertes en 104 municipios priorizados)	516 (número absoluto de muertes en 46 municipios priorizados)	653 (número absoluto de muertes en 46 municipios priorizados)	1,625 (número absoluto de muertes en 46 municipios priorizados)	Dirección General de Vigilancia de la Salud	En el año 2010-2012 se realizó la investigación de la Razón de Mortalidad Materna y tasa de mortalidad infantil, que evidenció un registro en las muertes en menores de 5 años. Se espera el informe de la Encuesta Nacional de Salud 2012 para corroborar los datos de mortalidad
K. Tasa de mortalidad materna	108 X 100000 NV	ENDESA	82 X 100000 nacidos vivos	No se estableció meta anual para este indicador	49 (número absoluto de muertes en 104 municipios priorizados)	20 (número absoluto de muertes en 104 municipios priorizados)	21 (número absoluto de muertes en 46 municipios priorizados)	74 X 100000 NV	74 X 100000 NV	Dirección General de Vigilancia de la Salud	Dato resultante del realizó la investigación de la Razón de Mortalidad Materna Año 2011-2012

9.4. Programme implementation in 2012

9.4.1. Please provide a narrative on major accomplishments in 2012, especially impacts on health service programmes, and how the HSS funds benefited the immunisation programme

El año 2012 se continuó con el buen desempeño, igual que en años anteriores, continuamos con el apoyo al 100% de la Dirección de la UPEG, que ejerce la gerencia de la Iniciativa FSS/GAVI, del equipo Técnico de apoyo a la iniciativa, conformado por las diferentes contrapartes técnicas de la SESAL y OPS/OMS. <?xml:namespace prefix = o ns = "urn:schemas-microsoft-com:office:office" />

El apoyo eficiente y oportuno en el aspecto administrativo financiero por parte de OPS/OMS/Honduras

Principales logros:

- Haber mantenido aperturadas 89 Unidades de Salud, todo el año, lo que lleva a la entrega de servicios de salud en forma continua a las poblaciones beneficiadas.
- El apoyo al PAI a través de los equipos de salud local en el mantenimiento de las coberturas de vacunación, con control local a través del instrumento de vigilancia: listado de niños con vigilancia Integral (LINVI), que es llevado por cada Unidad de Salud y por localidad.
- Apoyo directo de la Unidad Coordinadora Central de FSS/GAVI al PAI a través de la asignación presupuestaria de fondos de donación de GAVI para la realización de actividades como visitas de apoyo a Regiones de Salud para mantenimiento de cadena de frío, compra de repuestos, suministros combustible y otros.
- Sostenimiento de las coberturas de atención integral materna-infantil, a través de las Estrategias de Extensión de Cobertura de entrega de paquete básico de salud a comunidades postergadas (EPBS), Atención Integral al Niño en la Comunidad (AIN-C) y la Atención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en las Unidades de salud.
- Sostenimiento de la Estrategia de Garantía de la Calidad de la atención a través de las capacitaciones dirigidas, de la monitoria y evaluación y de la Supervisión a los niveles locales.
- Seguimiento sistemático al cumplimiento de los objetivos y actividades de la iniciativa a través de la Monitoria, supervisión y evaluación desde la Unidad Coordinadora Central de FSS/GAVI (UCC) a las Regiones de Salud.
- Mantener la realización de las actividades en los niveles locales a pesar de no contar con los fondos de contraparte nacional, pero si se dio el apoyo constante financiero y logístico por los Gerentes de las Regiones de Salud.

Logro de OPS/OMS Honduras de la asignación del 100% de fondos a la Unidades ejecutoras a partir de Septiembre 2012

9.4.2. Please describe problems encountered and solutions found or proposed to improve future performance of HSS funds.

Algunos de los factores negativos que incidieron en el desempeño de la Iniciativa FSS/GAVI en los diferentes niveles de la Secretaría de salud:<?xml:namespace prefix = o ns = "urn:schemas-microsoft-com:office:office" />

- La cada vez más creciente, violencia en todas las ciudades del país y los “territorios Ocupados” por grupos como “Maras” y/o asociaciones ilegales, en donde es necesario pedir permiso para entrar y realizar las acciones de salud,
- Recorte del personal de contrato en las Regiones de Salud.
- El cambio del 100% de los administradores de las Regiones de Salud en el último trimestre del año, con el consiguiente retraso por el cambio de firma en la cuenta de cheques de las Regiones de Salud.
- Cambio de algunos encargados de fondos de la iniciativa FSS/GAVI, con el retraso en el manejo de las cuentas y asignaciones de fondos para el desarrollo de las actividades.
- Retraso de un mes en el cambio de firmas de la cuenta de la Unidad Coordinadora Central
- Afectación en la agilización de disponibilidad de fondos por las unidades ejecutoras por la retención del 10% de los fondos asignados a través de Carta de Acuerdo, en el primer semestre del año, por disposiciones administrativas de OPS/OMS/WDC, creando tensión en equipos locales debido al atraso de pago de salarios a las Auxiliares de enfermería, pago de viáticos en la entrega del PBSS, no acceso a combustible ni a compra de insumos.
- En el año 2012 no se contó con la contraparte financiera del Gobierno por el déficit fiscal del país.

Soluciones encontradas:

- En el caso de la violencia es una situación fuera del dominio de la Secretaría de Salud y se ha solventado en parte por los equipos locales con alianzas estratégicas con los Gobiernos Municipales, las autoridades policiales locales y con líderes de los grupos ilegales.
- Para el recorte del personal de contrato no fue posible encontrar una solución ya que se tenía la limitante de la no disponibilidad del presupuesto de los fondos nacionales. Con los fondos de donación FSS-GAVI se contrataron Auxiliares de Enfermería en algunas unidades de salud prioritarias.
- Los cambios de personal administrativo, que son empleados de confianza, su remoción es potestad de las Autoridades Superiores de la SESAL
- El cambio de los encargados de fondos fue solventado con una capacitación al nuevo personal, es de recordar que la Iniciativa FSS/GAVI cuenta con un “Manual para la Ejecución de los Fondos de FSS/GAVI y la Presentación de Rendición de Cuentas”, Actualizado en Octubre 2012.
- La retención del 10% de los fondos de las Cartas de Acuerdo a las Regiones de salud fue solventado por OPS/OMS Honduras en el mes de Septiembre 2012

En relación a la contraparte de fondos nacionales del país, se ha negociado su entrega en este año 2013, en tres cuotas, hasta completar el total negociado, por lo que será reprogramado en el Plan de ejecución 2013.

9.4.3. Please describe the exact arrangements at different levels for monitoring and evaluating GAVI funded HSS activities.

La evaluación y el seguimiento se realiza de acuerdo al documento de la Iniciativa de Fortalecimiento de Servicios de salud (FSS/GAVI), en su página 43, se establece el proceso de seguimiento y evaluación en los tres niveles de la Secretaría de Salud:<?xml:namespace prefix = o ns = "urn:schemas-microsoft-com:office:office" />

1. **Nivel nacional:** responsable directo del monitoreo y evaluación de la ejecución técnica y financiera de la iniciativa, a través de la UCC/FSS/GAVI, que tiene su sede en la UPEG/SESAL en estrecha relación con el PAI. Desde este nivel se evalúa y supervisa la ejecución de los planes operativos de cada una de las Regiones de salud. La evaluación se realiza una vez al año con el análisis de indicadores planteados y el seguimiento de cumplimiento de los objetivos y actividades, en el mes de enero del año siguiente y esta evaluación es base para la elaboración de este informe.
2. **Nivel intermedio,** constituido en Honduras por las Regiones de Salud, que son las unidades ejecutoras de la Iniciativa FSS/GAVI, para el año 2012, nueve de 20 Regiones del país, que a través de sus equipos técnicos, realizó las monitorias y evaluaciones en periodos de tiempo más cortos y hacia el nivel local (46 municipios priorizados).

Nivel local: que en su nivel realizó las monitorias mensuales de la ejecución de actividades en las localidades priorizadas. Esta monitoria es realizada por el equipo de salud municipal acompañado por el equipo regional.

9.4.4. Please outline to what extent the M&E is integrated with country systems (such as, for example, annual sector reviews). Please describe ways in which reporting on GAVI HSS funds can be more organization with existing reporting systems in your country. This could include using the relevant indicators agreed in the sector-wide approach in place of GAVI indicators.

- El planteamiento de la iniciativa FSS/GAVI está alineada con la política de Estado de Plan de Nación y Visión de País al año 2038 y con las Prioridades del Plan de Salud de la Secretaría de Salud 2010-2014: Atención Integral y de calidad Materna e Infantil y la Promoción y la Prevención en Salud, basada en la APS-R y cumplimos con los indicadores trazadores de impacto de dicha política. <?xml:namespace prefix = o ns = "urn:schemas-microsoft-com:office:office" />
- En la evaluación anual de la Secretaría de Salud existe dentro del capítulo de Fondos de Cooperación Externa, el informe de ejecución y logros de la Iniciativa FSS/GAVI.

Se presenta un informe de ejecución de fondos con su respectivo informe técnico a la Gerencia Administrativa de la Secretaría de Salud y al Comité Técnico de Apoyo integrado por Programa Ampliado de Inmunización, Departamento Integral a la Familia, Departamento de Cooperación Externa, la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG) y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.

9.4.5. Please specify the participation of key stakeholders in the implementation of the HSS proposal (including the EPI Programme and Civil Society Organisations). This should include organisation type, name and implementation function.

NO APLICA

9.4.6. Please describe the participation of Civil Society Organisations in the implementation of the HSS proposal. Please provide names of organisations, type of activities and funding provided to these organisations from the HSS funding.

NO APLICA

9.4.7. Please describe the management of HSS funds and include the following:

- Whether the management of HSS funds has been effective
- Constraints to internal fund disbursement, if any
- Actions taken to address any issues and to improve management
- Any changes to management processes in the coming year

Fondos de Donación:

- El proceso de gestión de los fondos de donación se estancó en el periodo del primer semestre, debido a la política administrativa de OPS/OMS sobre el manejo del 10% del monto total de las Cartas de Acuerdo solicitadas por las unidades ejecutoras, esta disposición establecía que este 10% debía ser liquidado completamente antes de ser adjudicado. Lo anterior implicaba el llenado y firma de planillas, presentación de facturas y otros documentos de liquidación que sin haber hecho el pago correspondiente, el personal de salud no firma, ni los proveedores dan facturas originales.
- Luego de una reunión de concertación con OPS/OMS/Honduras y envió de un oficio por el Señor Ministro de Salud a la Sra. Directora de OPS/OMS/WDC, solicitando la excepcionalidad para Honduras en este paso administrativo, logrando que dicho paso fuera omitido y se entregara el 100% de los fondos a las Regiones de Salud y se presentaran las liquidaciones al término de la ejecución del Plan de Actividades.
- Asignación de fondos en un promedio de dos a tres meses a las unidades ejecutoras que en sus Cartas de Acuerdo sobrepasan los \$ 25,000.00, que necesitan aprobación de OPS/OMS/WDC.
- Asignación de fondos en un promedio de tres meses a todas las unidades ejecutoras por tramites administrativos de OPS/OMS/Honduras.
- En la búsqueda de la mejoría de la gestión de los fondos se realizaron reuniones de discusión y consenso con el equipo Técnico de Apoyo a FSS/GAVI, contraparte de OPS/OMS (Sistemas de Salud) y las reuniones continuas con las unidades ejecutoras por parte de la Unidad Coordinadora Central de FSS/GAVI.

Fondos de Contraparte Nacional

- En el convenio original Honduras-Alianza GAVI, los fondos de contraparte nacional, se establecen en un 10% de los fondos de donación, siendo un gran logro de la UCC/UPEG, el que a través de negociación con la Gerencia Administrativa de la SESAL, se hayan establecido cantidades incrementales de fondos en cada Presupuesto Nacional Anual a partir del año 2010, hasta completar en el año 2012 un porcentaje de 21%.
- Estos fondos son administrados y adjudicados bajo la figura de Convenio Secretaria de Salud-OPS/OMS, según las normas y procedimientos de OPS
- Los fondos de contraparte nacional son para apoyar y fortalecer el desarrollo de los cinco objetivos de la Iniciativa FSS/GAVI, según el convenio original Honduras/Alianza GAVI.

No consideramos que para el año 2013 haya cambios en los procesos de gestión, sino actividades de fortalecimiento de lo logrado.

9.5. Planned HSS activities for 2013

Please use **Table 9.5** to provide information on progress on activities in 2013. If you are proposing changes to your activities and budget in 2013 please explain these changes in the table below and provide explanations for these changes.

Table 9.5: Planned activities for 2013

Major Activities (insert as many rows as necessary)	Planned Activity for 2013	Original budget for 2013 (as approved in the HSS proposal or as adjusted during past annual progress reviews)	2013 actual expenditure (as at April 2013)	Revised activity (if relevant)	Explanation for proposed changes to activities or budget (if relevant)	Revised budget for 2013 (if relevant)
A. Capacitación en desarrollo gerencial a equipos						

A. Capacitación en desarrollo gerencial a equipos	A.1 Capacitar a los equipos departamentales y municipales en aspectos técnicos y gerenciales.	35000	35000	0	0	35000
A.2 Integración de los planes materno infantil	A.2 Brindar apoyo técnico y financiero al proceso de formulación de planes de salud materna infantil a nivel local y su incorporación al Plan de Desarrollo Municipal para garantizar su implementación	0	263	+2747	Saldo remanente del año 2012	2747
A.3 Capacitación en el uso de los datos	A.3 Contribuir a la adecuación del subsistema de información en salud Materno Infantil y Capacitación en el manejo, análisis y uso de los datos.	0	3890	+4000	Saldo remanente del año 2012	4000
B. Entrega de paquete básico de servicios de salud						
B.2 Contratación de personal de salud	B.2 Contratación de personal para cubrir US cerradas por diversos motivos, previa programación	40152	6585	+7650	Presupuesto original 2013 más el saldo remanente del año 2012	47802
B.3 Programación de entrega de paquete básico	B.3 Priorización, planificación y programación de las localidades por US a nivel municipal para la entrega del PBSS, con la participación de la comunidad y Gobiernos Municipales	0	393	+1087	Saldo remanente del año 2012	1087

B.4 Implementación de instrumentos de vigilancia	B.4 Retomar la implementación y seguimiento en la aplicación y utilización de los instrumentos LINVI, LISEM y LISMEF como instrumentos locales de vigilancia en la atención de la salud infantil	0	3609	+4991	Saldo remanente del año 2012	4991
B.5 Entrega del paquete básico de servicios	B.5 Entrega del PBSS a las localidades priorizadas (288), de acuerdo a programación local	60879	3609	+11444	Presupuesto original 2013 más el saldo remanente del año 2012	72323
B.6 Ejecución de jornadas municipales de salud	B.6 Ejecución anual de Jornadas Municipales de salud materno infantil para la búsqueda de población susceptible (embarazadas, recién nacidos, crecimiento, desarrollo y vacunación), con incorporación de los Gobiernos Locales.	20000	670	+2284	Presupuesto original 2013 más el saldo remanente del año 2012	22284
C. Extender la estrategia de AINC						
C.2 Capacitación de líderes en AINC	C.2 Reclutamiento, selección y capacitación de líderes en las comunidades priorizadas para la implementación de AIN-C.	24029	6964	+990	Presupuesto original 2013 más el saldo remanente del año 2012	25019
C.3 Seguimiento de la estrategia AINC	C.3 Seguimiento de la estrategia de AIN-C y su funcionamiento.	0	1090	+3168	Saldo remanente del año 2012	3168
D. Extender la estrategia de AIEPI						
D.2 Capacitación del personal en AIEPI	D.2 Capacitación del personal de atención directa de las en las US priorizadas para AIEPI	0	0	+2187	Saldo remanente del año 2012	2187

D.3 Seguimiento de la estrategia AIEPI	D.3 Seguimiento de la estrategia de AIEPI y su funcionamie nto en las regiones metropolitanas de salud	0	0	+16	Saldo remanente del año 2012	16
E. Dotar con equipo básico para la atención						
E.1 Dotación de Equipo básico para la atención	E.1 Adquisición, distribución e instalación de equipo básico de APS materno infantil en las US de los municipios priorizados	0	0	+187560	Saldo remanente del año 2012	187560
E.3 Fortalecimient o de la red de frío	E.3 Apoyo al fortalecimiento de la red de frío a nivel nacional para la introducción de nuevas vacunas mediante la instalación de tres cámaras frías en Ocotepeque, Cortés y Francisco Morazán.	0	0	0	0	0
E.4 Mantenimiento de equipo básico y vehículos	E.4 Formulación e implementació n del plan de mantenimiento de equipo básico y unidades móviles de atención materna e infantil.	0	1387	+4972	Saldo remanente del año 2012	4972
F. Fortalecer la monitoria, supervisión y evaluación						
F.1 Adecuación de instrumentos de supervisión	F.1 Revisión, adecuación e implantación de instrumentos y metodología estandarizada de monitoreo, supervisión y evaluación de la atención MI.	0	0	0	0	0
F.2 Formulación del plan anual de supervisión	F.2 Formulación del plan anual departamental y municipal de monitoreo, supervisión y evaluación de la atención materno infantil institucional y comunitaria.	0	444	+563	Saldo remanente del año 2012	563

F.3 Visitas de supervisión y monitoreo	F.3 Realización de supervisión y monitoreo, cada tres meses del departamento al municipio o del municipio a la US y a la comunidad	48159	7173	+7114	Presupuesto original 2013 más el saldo remanente del año 2012	55273
F.4 Evaluación departamental y municipal de metas	F.4 Evaluación departamental y municipal de las metas del plan materno infantil. en los municipios priorizados con la participación de técnicos normativos y Gobiernos Municipales	21057	9505	+3370	Presupuesto original para el 2013 es de \$19,173 de los cuales se consideraron \$ 15,802.63 del presupuesto del 2013 para la realización de las actividades del primer semestre del año 2014, correspondiente al cierre de la Iniciativa FSS-GAVI y comprende las siguientes actividades: 1. Reunión de evaluación anual de la FSS-GAVI para preparar el Informe de Progreso Anual del año 2013. 2. La reunión con el CCIS-CONSALUD para la presentación y entrega del informe final de la Iniciativa FSS-GAVI.	24427
G. Gastos de apoyo						
G.1 Costos administrativos	G.1 Costos Administrativos	0	6309	+28314	Saldo remanente del año 2012	28314
G.2 Gastos de seguimiento y evaluación	G.2 Gastos de apoyo seguimiento y evaluación	0	0	+695	Saldo remanente del año 2012	695
G.3 Apoyo técnico	G.3 Apoyo Técnico	0	0	0	0	0
		249276	86891			522428

9.6. Planned HSS activities for 2014

Please use **Table 9.6** to outline planned activities for 2014. If you are proposing changes to your activities and budget please explain these changes in the table below and provide explanations for each change so that the IRC can recommend for approval the revised budget and activities.

Please note that if the change in budget is greater than 15% of the approved allocation for the specific activity in that financial year, these proposed changes must be submitted for IRC approval with the evidence for requested changes

Table 9.6: Planned HSS Activities for 2014

Major Activities (insert as many rows as necessary)	Planned Activity for 2014	Original budget for 2014 (as approved in the HSS proposal or as adjusted during past annual progress reviews)	Revised activity (if relevant)	Explanation for proposed changes to activities or budget (if relevant)	Revised budget for 2014 (if relevant)
---	---------------------------	---	--------------------------------	--	---------------------------------------

F.4 Evaluación departamental y municipal de metas	F.4 Evaluación departamental y municipal de las metas del plan materno infantil. en los municipios priorizados con la participación de técnicos normativos y Gobiernos Municipales	15803	15803	Este monto corresponde a \$ 15,802.63 del presupuesto del 2013 para la realización de las actividades del primer semestre del año 2014, correspondiente al cierre de la Iniciativa FSS-GAVI y comprende las siguientes actividades: 1.Reunión de evaluación anual de la FSS-GAVI para preparar el Informe de Progreso Anual del año 2013. 2.La reunión con el CCIS-CONSALUD para la presentación y entrega del informe final de la Iniciativa FSS-GAVI.	15803
G. Gastos de apoyo					
G.1 Costos administrativos	G.1 Costos Administrativos	0	0	Los gastos de apoyo el cierre de la Iniciativa FSS-GAVI de acuerdo al Convenio Bilateral Honduras- Alianza GAVI en 2014, serán financiados con fondos de la contraparte nacional.	
G.2 Gastos de seguimiento y evaluación	G.2 Gastos de apoyo seguimiento y evaluación	0	0	Los gastos de apoyo el cierre de la Iniciativa FSS-GAVI de acuerdo al Convenio Bilateral Honduras- Alianza GAVI en 2014, serán financiados con fondos de la contraparte nacional.	
G.3 Apoyo técnico	G.3 Apoyo Técnico	0	0	Los gastos de apoyo el cierre de la Iniciativa FSS-GAVI de acuerdo al Convenio Bilateral Honduras- Alianza GAVI en 2014, serán financiados con fondos de la contraparte nacional.	
		15803			

9.7. Revised indicators in case of reprogramming

Countries planning to submit reprogramming requests may do so any time of the year. Please request the reprogramming guidelines by contacting your Country Responsible Officer at GAVI or by emailing gavihss@gavialliance.org

9.8. Other sources of funding for HSS

If other donors are contributing to the achievement of the country's objectives as outlined in the GAVI HSS proposal, please outline the amount and links to inputs being reported on:

Table 9.8: Sources of HSS funds in your country

Donor	Amount in US\$	Duration of support	Type of activities funded
NO APLICA			

9.8.1. Is GAVI's HSS support reported on the national health sector budget? **No**

9.9. Reporting on the HSS grant

9.9.1. Please list the **main** sources of information used in this HSS report and outline the following:

- How information was validated at country level prior to its submission to the GAVI Alliance.
- Any important issues raised in terms of accuracy or validity of information (especially financial information and the values of indicators) and how these were dealt with or resolved.

Table 9.9: Data sources

Data sources used in this report	How information was validated	Problems experienced, if any
----------------------------------	-------------------------------	------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Informes de las Regiones de Salud, puntuales o a través de las liquidaciones de cada Carta de Acuerdo. • Informes de los equipos de salud municipales de los municipios priorizados • Informes de la Unidad Coordinadora Central FSS-GAVI/UPEG • Informes Financieros de la OPS/OMS. • Informe oficial de Resultados de Actualización de la Razón de Mortalidad Materna en Honduras, año 2010-2012 • Informe de Coberturas de PAI 2012. • Informe de Atenciones Prenatales por departamento y Municipios 2012, Área de Sistema de Información (SIS). 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión de evaluación con los equipos coordinadores de FSS-GAVI en cada una de las nueve Regiones de Salud en visitas de supervisión. • Evaluación general cada año con todos los equipos de la regiones de salud con el acompañamiento del Equipo Técnico de Apoyo que está conformado por las Unidades Técnico Normativas (UTN): Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Programa de Atención Integral al Niño (PAIN), Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM). • Verificación de la consistencia de los datos con los informes oficiales de la Dirección de Vigilancia de la Salud y del Área de Sistema de Información de la Secretaría de salud • Presentación del IPA ya finalizado al Comité de Cooperación Internacional de Salud (CCIS) y al Consejo nacional de salud (CONSALUD) 	<p>Oportunidad de entrega de la información por parte de los equipos de salud.</p>
--	--	--

9.9.2. Please describe any difficulties experienced in putting this report together that you would like the GAVI Alliance and IRC to be aware of. This information will be used to improve the reporting process.

El formulario es amigable y conocido, la dificultad está en el momento de subir a la plataforma el Informe elaborado.

9.9.3. How many times did the Health Sector Coordinating Committee (HSCC) meet in 2012?2

Please attach:

1. The minutes from the HSCC meetings in 2013 endorsing this report (**Document Number: 6**)
2. The latest Health Sector Review report (**Document Number: 22**)

10. Strengthened Involvement of Civil Society Organisations (CSOs) : Type A and Type B

10.1. TYPE A: Support to strengthen coordination and representation of CSOs

Honduras **has NOT received GAVI TYPE A CSO support**

Honduras is not reporting on GAVI TYPE A CSO support for 2012

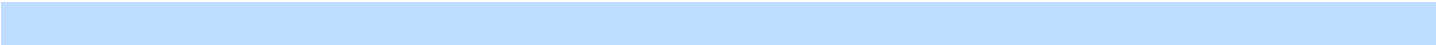
10.2. TYPE B: Support for CSOs to help implement the GAVI HSS proposal or cMYP

Honduras **has NOT received GAVI TYPE B CSO support**

Honduras is not reporting on GAVI TYPE B CSO support for 2012

11. Comments from ICC/HSCC Chairs

Please provide any comments that you may wish to bring to the attention of the monitoring IRC in the course of this review and any information you may wish to share in relation to challenges you have experienced during the year under review. These could be in addition to the approved minutes, which should be included in the attachments



12. Annexes

12.1. Annex 1 – Terms of reference ISS

TERMS OF REFERENCE:

FINANCIAL STATEMENTS **FOR IMMUNISATION SERVICES SUPPORT (ISS) AND NEW VACCINE INTRODUCTION GRANTS**

- I. All countries that have received ISS /new vaccine introduction grants during the 2012 calendar year, or had balances of funding remaining from previously disbursed ISS/new vaccine introduction grants in 2012, are required to submit financial statements for these programmes as part of their Annual Progress Reports.
- II. Financial statements should be compiled based upon countries' own national standards for accounting, thus GAVI will not provide a single template to countries with pre-determined cost categories.
- III. **At a minimum**, GAVI requires a simple statement of income and expenditure for activity during the 2012 calendar year, to be comprised of points (a) through (f), below. A sample basic statement of income and expenditure is provided on the next page.
- a. Funds carried forward from the 2011 calendar year (opening balance as of 1 January 2012)
 - b. Income received from GAVI during 2012
 - c. Other income received during 2012 (interest, fees, etc)
 - d. Total expenditure during the calendar year
 - e. Closing balance as of 31 December 2012
 - f. A detailed analysis of expenditures during 2012, based on ***your government's own system of economic classification***. This analysis should summarise total annual expenditure for the year by your government's own system of economic classification, and relevant cost categories, for example: wages & salaries. If possible, please report on the budget for each category at the beginning of the calendar year, actual expenditure during the calendar year, and the balance remaining for each cost category as of 31 December 2012 (referred to as the "variance").
- IV. Financial statements should be compiled in local currency, with an indication of the USD exchange rate applied. Countries should provide additional explanation of how and why a particular rate of exchange has been applied, and any supplementary notes that may help the GAVI Alliance in its review of the financial statements.
- V. Financial statements need not have been audited/certified prior to their submission to GAVI. However, it is understood that these statements should be subjected to scrutiny during each country's external audit for the 2012 financial year. Audits for ISS are due to the GAVI Secretariat 6 months following the close of each country's financial year.

12.2. Annex 2 – Example income & expenditure ISS

MINIMUM REQUIREMENTS FOR ISS AND VACCINE INTRODUCTION GRANT FINANCIAL STATEMENTS

1

An example statement of income & expenditure

Summary of income and expenditure – GAVI ISS		
	Local currency (CFA)	Value in USD *
Balance brought forward from 2011 (balance as of 31Decembre 2011)	25,392,830	53,000
Summary of income received during 2012		
Income received from GAVI	57,493,200	120,000
Income from interest	7,665,760	16,000
Other income (fees)	179,666	375
Total Income	38,987,576	81,375
Total expenditure during 2012	30,592,132	63,852
Balance as of 31 December 2012 (balance carried forward to 2013)	60,139,325	125,523

* Indicate the exchange rate at opening 01.01.2012, the exchange rate at closing 31.12.2012, and also indicate the exchange rate used for the conversion of local currency to US\$ in these financial statements.

Detailed analysis of expenditure by economic classification ** – GAVI ISS						
	Budget in CFA	Budget in USD	Actual in CFA	Actual in USD	Variance in CFA	Variance in USD
Salary expenditure						
Wedges & salaries	2,000,000	4,174	0	0	2,000,000	4,174
Per diem payments	9,000,000	18,785	6,150,000	12,836	2,850,000	5,949
Non-salary expenditure						
Training	13,000,000	27,134	12,650,000	26,403	350,000	731
Fuel	3,000,000	6,262	4,000,000	8,349	-1,000,000	-2,087
Maintenance & overheads	2,500,000	5,218	1,000,000	2,087	1,500,000	3,131
Other expenditures						
Vehicles	12,500,000	26,090	6,792,132	14,177	5,707,868	11,913
TOTALS FOR 2012	42,000,000	87,663	30,592,132	63,852	11,407,868	23,811

** Expenditure categories are indicative and only included for demonstration purpose. Each implementing government should provide statements in accordance with its own system for economic classification.

12.3. Annex 3 – Terms of reference HSS

TERMS OF REFERENCE:

FINANCIAL STATEMENTS FOR **HEALTH SYSTEMS STRENGTHENING (HSS)**

I. All countries that have received HSS grants during the 2012 calendar year, or had balances of funding remaining from previously disbursed HSS grants in 2012, are required to submit financial statements for these programmes as part of their Annual Progress Reports.

II. Financial statements should be compiled based upon countries' own national standards for accounting, thus GAVI will not provide a single template to countries with pre-determined cost categories.

III. At a minimum, GAVI requires a simple statement of income and expenditure for activity during the 2012 calendar year, to be comprised of points (a) through (f), below. A sample basic statement of income and expenditure is provided on the next page.

a. Funds carried forward from the 2011 calendar year (opening balance as of 1 January 2012)

b. Income received from GAVI during 2012

c. Other income received during 2012 (interest, fees, etc)

d. Total expenditure during the calendar year

e. Closing balance as of 31 December 2012

f. A detailed analysis of expenditures during 2012, based on your government's own system of economic classification. This analysis should summarise total annual expenditure for each HSS objective and activity, per your government's originally approved HSS proposal, with further breakdown by cost category (for example: wages & salaries). Cost categories used should be based upon your government's own system for economic classification. Please report the budget for each objective, activity and cost category at the beginning of the calendar year, the actual expenditure during the calendar year, and the balance remaining for each objective, activity and cost category as of 31 December 2012 (referred to as the "variance").

IV. Financial statements should be compiled in local currency, with an indication of the USD exchange rate applied. Countries should provide additional explanation of how and why a particular rate of exchange has been applied, and any supplementary notes that may help the GAVI Alliance in its review of the financial statements.

V. Financial statements need not have been audited/certified prior to their submission to GAVI. However, it is understood that these statements should be subjected to scrutiny during each country's external audit for the 2012 financial year. Audits for HSS are due to the GAVI Secretariat 6 months following the close of each country's financial year.

12.4. Annex 4 – Example income & expenditure HSS

MINIMUM REQUIREMENTS FOR HSS FINANCIAL STATEMENTS:

An example statement of income & expenditure

Summary of income and expenditure – GAVI HSS		
	Local currency (CFA)	Value in USD *
Balance brought forward from 2011 (balance as of 31Decembre 2011)	25,392,830	53,000
Summary of income received during 2012		
Income received from GAVI	57,493,200	120,000
Income from interest	7,665,760	16,000
Other income (fees)	179,666	375
Total Income	38,987,576	81,375
Total expenditure during 2012	30,592,132	63,852
Balance as of 31 December 2012 (balance carried forward to 2013)	60,139,325	125,523

* Indicate the exchange rate at opening 01.01.2012, the exchange rate at closing 31.12.2012, and also indicate the exchange rate used for the conversion of local currency to US\$ in these financial statements.

Detailed analysis of expenditure by economic classification ** - GAVI HSS						
	Budget in CFA	Budget in USD	Actual in CFA	Actual in USD	Variance in CFA	Variance in USD
Salary expenditure						
Wedges & salaries	2,000,000	4,174	0	0	2,000,000	4,174
Per diem payments	9,000,000	18,785	6,150,000	12,836	2,850,000	5,949
Non-salary expenditure						
Training	13,000,000	27,134	12,650,000	26,403	350,000	731
Fuel	3,000,000	6,262	4,000,000	8,349	-1,000,000	-2,087
Maintenance & overheads	2,500,000	5,218	1,000,000	2,087	1,500,000	3,131
Other expenditures						
Vehicles	12,500,000	26,090	6,792,132	14,177	5,707,868	11,913
TOTALS FOR 2012	42,000,000	87,663	30,592,132	63,852	11,407,868	23,811

** Expenditure categories are indicative and only included for demonstration purpose. Each implementing government should provide statements in accordance with its own system for economic classification.

12.5. Annex 5 – Terms of reference CSO

TERMS OF REFERENCE:

FINANCIAL STATEMENTS FOR **CIVIL SOCIETY ORGANISATION (CSO)** TYPE B

- I. All countries that have received CSO 'Type B' grants during the 2012 calendar year, or had balances of funding remaining from previously disbursed CSO 'Type B' grants in 2012, are required to submit financial statements for these programmes as part of their Annual Progress Reports.
- II. Financial statements should be compiled based upon countries' own national standards for accounting, thus GAVI will not provide a single template to countries with pre-determined cost categories.
- III. At a minimum, GAVI requires a simple statement of income and expenditure for activity during the 2012 calendar year, to be comprised of points (a) through (f), below. A sample basic statement of income and expenditure is provided on page 3 of this annex.
- a. Funds carried forward from the 2011 calendar year (opening balance as of 1 January 2012)
 - b. Income received from GAVI during 2012
 - c. Other income received during 2012 (interest, fees, etc)
 - d. Total expenditure during the calendar year
 - e. Closing balance as of 31 December 2012
 - f. A detailed analysis of expenditures during 2012, based on your government's own system of economic classification. This analysis should summarise total annual expenditure by each civil society partner, per your government's originally approved CSO 'Type B' proposal, with further breakdown by cost category (for example: wages & salaries). Cost categories used should be based upon your government's own system for economic classification. Please report the budget for each objective, activity and cost category at the beginning of the calendar year, the actual expenditure during the calendar year, and the balance remaining for each objective, activity and cost category as of 31 December 2012 (referred to as the "variance").
- IV. Financial statements should be compiled in local currency, with an indication of the USD exchange rate applied. Countries should provide additional explanation of how and why a particular rate of exchange has been applied, and any supplementary notes that may help the GAVI Alliance in its review of the financial statements.
- V. Financial statements need not have been audited/certified prior to their submission to GAVI. However, it is understood that these statements should be subjected to scrutiny during each country's external audit for the 2012 financial year. Audits for CSO 'Type B' are due to the GAVI Secretariat 6 months following the close of each country's financial year.

12.6. Annex 6 – Example income & expenditure CSO

MINIMUM REQUIREMENTS FOR CSO 'Type B' FINANCIAL STATEMENTS

An example statement of income & expenditure

Summary of income and expenditure – GAVI CSO		
	Local currency (CFA)	Value in USD *
Balance brought forward from 2011 (balance as of 31Decembre 2011)	25,392,830	53,000
Summary of income received during 2012		
Income received from GAVI	57,493,200	120,000
Income from interest	7,665,760	16,000
Other income (fees)	179,666	375
Total Income	38,987,576	81,375
Total expenditure during 2012	30,592,132	63,852
Balance as of 31 December 2012 (balance carried forward to 2013)	60,139,325	125,523

* Indicate the exchange rate at opening 01.01.2012, the exchange rate at closing 31.12.2012, and also indicate the exchange rate used for the conversion of local currency to US\$ in these financial statements.

Detailed analysis of expenditure by economic classification ** - GAVI CSO						
	Budget in CFA	Budget in USD	Actual in CFA	Actual in USD	Variance in CFA	Variance in USD
Salary expenditure						
Wedges & salaries	2,000,000	4,174	0	0	2,000,000	4,174
Per diem payments	9,000,000	18,785	6,150,000	12,836	2,850,000	5,949
Non-salary expenditure						
Training	13,000,000	27,134	12,650,000	26,403	350,000	731
Fuel	3,000,000	6,262	4,000,000	8,349	-1,000,000	-2,087
Maintenance & overheads	2,500,000	5,218	1,000,000	2,087	1,500,000	3,131
Other expenditures						
Vehicles	12,500,000	26,090	6,792,132	14,177	5,707,868	11,913
TOTALS FOR 2012	42,000,000	87,663	30,592,132	63,852	11,407,868	23,811

** Expenditure categories are indicative and only included for demonstration purpose. Each implementing government should provide statements in accordance with its own system for economic classification.

13. Attachments

Document Number	Document	Section	Mandatory	File
1	Signature of Minister of Health (or delegated authority)	2.1		Documento No. 1 Firma de Ministra de Salud.docx File desc: Firma de la Ministra de Salud Date/time: 5/14/2013 6:11:50 PM Size: 804346
2	Signature of Minister of Finance (or delegated authority)	2.1		Documento No. 2 Firma de Ministro de Finanzas.docx File desc: Firma del Ministro de Finanzas Date/time: 5/14/2013 6:11:50 PM Size: 804346
3	Signatures of members of ICC	2.2		Documento No. 3 Firmas del CCI.docx File desc: Firma del informe por los miembros del CCI en la reunión del 8 de mayo de 2013 Date/time: 5/8/2013 5:41:48 PM Size: 866531
4	Minutes of ICC meeting in 2013 endorsing the APR 2012	5.7		Documento No. 4 Acta No. 2 de reunión CCI.pdf File desc: Acta de reunión firmada por miembros de la CCIS el 8 de mayo de 2013 Date/time: 5/10/2013 10:54:00 AM Size: 491930
5	Signatures of members of HSCC	2.3		Documento No. 5 Firmas de CONSALUD.docx File desc: Firma del informes por los miembros del Consejo Nacional de Salud en la reunión del 8 de mayo de 2013 Date/time: 5/8/2013 5:46:22 PM Size: 970210
6	Minutes of HSCC meeting in 2013 endorsing the APR 2012	9.9.3		Documento No. 6 Acta No. 2 de reunión CONSALUD.pdf File desc: Acta de reunión firmada por miembros de la CONSALUD el 8 de mayo de 2013 Date/time: 5/10/2013 10:55:26 AM Size: 491930
9	Post Introduction Evaluation Report	7.2.2		Documento No. 9. Informe de evaluación de Neumococo 13.pdf File desc: El documento contiene un resumen de los resultados de la evaluación nacional post introducción de la vacuna Neumococo y avances en recomendaciones. Date/time: 5/10/2013 10:57:59 AM Size: 207537
10	Financial statement for NVS introduction grant (Fiscal year 2012) signed by the Chief Accountant or Permanent Secretary in the Ministry of Health	7.3.1		Documento No. 10. Estado financiero de la subvención NVS 2012.docx File desc:

				Date/time: 4/30/2013 5:10:45 PM Size: 4638869
11	External audit report for NVS introduction grant (Fiscal year 2012) if total expenditures in 2012 is greater than US\$ 250,000	7.3.1	✓	Documento No. 11. Reporte de auditoria externa NVS.pdf File desc: No aplica para Honduras Date/time: 5/14/2013 5:27:58 PM Size: 2756
12	Latest EVSM/VMA/EVM report	7.5	✓	Documento No. 12. INFORME EVALUACION VSSM HND.pdf File desc: Informe de evaluación alternativa al EVM. Date/time: 5/10/2013 11:00:47 AM Size: 568070
13	Latest EVSM/VMA/EVM improvement plan	7.5	✓	Documento No. 13. Plan mejoras VSSM y cadena de frio 2012.pdf File desc: Date/time: 5/10/2013 11:02:09 AM Size: 38012
14	EVSM/VMA/EVM improvement plan implementation status	7.5	✓	Documento No. 14. Avances del plan mejoras VSSM y cadena de frio 2012.pdf File desc: Date/time: 5/10/2013 11:03:01 AM Size: 19454
15	External audit report for operational costs of preventive campaigns (Fiscal Year 2012) if total expenditures in 2012 is greater than US\$ 250,000	7.6.3	✗	Documento No. 15. Reporte de auditoria externa para campañas.pdf File desc: No aplica para Honduras Date/time: 5/14/2013 5:28:15 PM Size: 2756
19	Financial statement for HSS grant (Fiscal year 2012) signed by the Chief Accountant or Permanent Secretary in the Ministry of Health	9.1.3	✗	Documento No. 19 Informe Financiero FSS-GAVI 2012.pdf File desc: Date/time: 5/10/2013 11:03:57 AM Size: 713946
20	Financial statement for HSS grant for January-April 2013 signed by the Chief Accountant or Permanent Secretary in the Ministry of Health	9.1.3	✗	Documento No. 20 Estado Financiero para el Reporte Anual 2013.pdf File desc: Date/time: 5/9/2013 1:34:38 PM Size: 317399
				Documento No. 21A Auditoría Externa 2012 de la OPSOMS.pdf

21	External audit report for HSS grant (Fiscal Year 2012)	9.1.3	X	File desc: Auditoría externa realizada a la Organización Panamericana de Salud OPS/OMS. La OPS/OMS es el administrador oficial de los fondos para el fortalecimiento de los servicios de salud Date/time: 5/9/2013 1:41:24 PM Size: 1714402
22	HSS Health Sector review report	9.9.3	X	Documento No. 22 Informe de Logros de la Secretaría de Salud.pdf File desc: Date/time: 5/9/2013 1:36:10 PM Size: 5297085
26	Bank statements for each cash programme or consolidated bank statements for all existing cash programmes if funds are comingled in the same bank account, showing the opening and closing balance for year 2012 on (i) 1st January 2012 and (ii) 31st December 2012	0	✓	Documento No. 26 Estado de Cuenta Bancarios.pdf File desc: Date/time: 5/14/2013 6:45:15 PM Size: 707207