



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

UNIDAD DE PLANEAMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN (UPEG)
Tegucigalpa, M. D. C, Honduras C.A.
Teléfono: 2220-55 22 / Fax 2238-1210

Oficio No. 054-UPEG-2016

Tegucigalpa, M.D.C., 02 de febrero, 2016

Abogado
Isaac Gallegos
Director Unidad de Transparencia SESAL
Su Oficina.

Estimado Abogado Gallegos:

En respuesta a su Oficio No.06-UT-2015, adjunto le remito la documentación siguiente:

- 1.- PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL (PEI) AÑO 2016**
- 2.- MEMORIA ANUAL INSTITUCIONAL AÑO 2015**

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,

Janeth Aguilar Montano
Dra. Janeth Aguilar Montano
Directora de UPEG



cc. Archivo
*ro





GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

2014 - 2018



SECRETARÍA DE SALUD

UNIDAD DE PLANEAMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN (UPEG)

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

2014-2018

Diciembre, 2014

Autoridades

Edna Yolani Batres

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Francis Rafael Contreras

Subsecretario de Regulación

Sandra Maribel Pinel

Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Silvia Yolanda Nazar

Directora General de Normalización

Glady Paz Díaz

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Carmen Sevilla Hernández

Directora General de Desarrollo de Recursos Humanos

Billy Rolando González

Director General de Redes Integradas de Servicios de salud

Janethe Aguilar Montano

Directora de la Unidad de Planeamiento y
Evaluación de la Gestión

Cristina Díaz Tabora

Secretaria General

Merlín Edgardo Cárcamo

Gerente Administrativo

EQUIPO TÉCNICO CONDUCTOR

Dra. Janethe Aguilar Montano

Directora de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión

Equipo Técnico de la UPEG

Dra. Norma Bejarano

Dra. Ángela Flores

Dra. Mariela Alvarado

Licda. Daysi Barahona

Licda. Nidia Gómez

Dra. Jenny Meza

Abgda. Sara Álvarez

Dr. Carlos Eduardo Flores

Licda. Dilcia Durón

Dr. Lenin Quesada

Licda. Auristela Vásquez

Licda. Dinora Suyapa Alvarado

Licda. María de Jesús Ortiz

Dr. Osmin Padilla

ASISTENCIA TÉCNICA

Proyecto ULAT/USAID

Dra. Ana Lucila Estrada

Dra. Elena Sánchez

Presentación



La salud es uno de los componentes fundamentales del capital humano, por ello, es preciso impulsar una transformación profunda del Sistema Nacional de Salud basada en la realidad y condiciones del país. Se han alcanzado importantes logros en salud, no obstante, somos conscientes que aún se requieren cambios ante los enormes desafíos que tenemos que afrontar.

El Plan Nacional de Salud 2014-2018, aprobado recientemente, fruto del esfuerzo de diversos actores internos y externos de la Secretaría de Salud y cuyas propuestas descansan en los mandatos del gobierno, del sector y de la institución, señala de forma precisa el camino que el país tiene que recorrer para reducir las desigualdades e inequidades de salud y mejorar la calidad de vida de la población. El fomento de la salud debe tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social.

Este Plan Estratégico Institucional 2014-2018 recoge los objetivos y metas del Plan Nacional de Salud 2014-2018 y los transforma en acciones que se requieren ejecutar en el plano operativo con el concurso de todas las Unidades. Establece las prioridades y focaliza y prioriza los problemas y territorios que requieren mayor atención. Plantea entre sus retos, situar la cobertura universal de salud como prioridad fundamental para disminuir las desigualdades en salud y la estrategia de atención primaria promoviendo hábitos de vida saludables.

La realidad de la situación económica nos obliga a mejorar nuestras prácticas para ser más eficientes y transparentes en la utilización de los escasos recursos, ser más eficaces en el uso de la tecnología médica y humanizar la atención a nuestro pueblo, así como dar respuesta a sus necesidades.

Este es nuestro propósito, esta es nuestra misión y es nuestro compromiso.

Dra. Edna Yolani Batres
Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Índice

I. CONTEXTO GENERAL	8
II. ANTECEDENTES	9
2.1 MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL	9
2.1.1 <i>Marco normativo general</i>	<i>9</i>
2.1.2 <i>Marco normativo específico en salud</i>	<i>14</i>
2.2 EXPERIENCIAS PREVIAS EN PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.....	17
2.3 METODOLOGÍA	18
III. SITUACIÓN DE SALUD	18
3.1 GRUPOS PRIORIZADOS	19
3.1.1 <i>Mujer en condición de embarazo</i>	<i>19</i>
3.1.2 <i>El niño menor de cinco años.....</i>	<i>20</i>
3.2 ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMISIBLES PRIORIZADAS	21
3.2.1 <i>VIH/Sida</i>	<i>21</i>
3.2.2 <i>Tuberculosis</i>	<i>22</i>
3.3. ENFERMEDADES VECTORIALES PRIORIZADAS.....	22
3.3.1 <i>Dengue.....</i>	<i>22</i>
3.3.2 <i>Chagas</i>	<i>22</i>
3.3.3 <i>Malaria</i>	<i>22</i>
3.4. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	23
3.5. SALUD DE LA POBLACIÓN EN GENERAL	23
IV. EL SISTEMA DE SALUD	24
4.1. EL SECTOR PÚBLICO	24
4.2. EL SECTOR PRIVADO.....	25
4.3. RECURSOS	25
4.4. GASTO Y FINANCIAMIENTO EN SALUD	26
4.5. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA SESAL.....	27
4.6. PROBLEMAS ENCONTRADOS	32
4.7. RETOS DEL SISTEMA DE SALUD	33
V. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA SESAL	34
5.1. VISIÓN Y MISIÓN.....	34
5.2. PRINCIPIOS Y VALORES.....	34
VI. OBJETIVOS DEL PEI 2014-2018.....	35
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	35
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
VII. PROPUESTA ESTRATÉGICA DEL PEI 2014-2018.....	36
7.1. COMPONENTES DEL PLAN NACIONAL DE SALUD	36

7.2. ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL PEI 2014-2018	37
7.2.1 <i>Funciones sustantivas</i>	37
7.2.2 <i>Grupos priorizados</i>	37
7.2.3 <i>Enfermedades priorizadas</i>	38
7.2.4 <i>Salud de la población en general</i>	38
7.2.5 <i>Matriz estratégica del Plan Estratégico Institucional 2014-2018</i>	38
7.3. ESTRATEGIAS DEL PEI 2014-2018	44
7.3.1 <i>Reestructuración organizativa</i>	44
7.3.2 <i>Calidad de los servicios de salud</i>	44
7.3.3 <i>Atención Primaria de Salud</i>	44
7.3.4 <i>Descentralización de la gestión</i>	45
7.3.5 <i>Gestión basada en resultados</i>	46
7.3.6 <i>Focalización y priorización</i>	46
7.3.7 <i>Perspectiva de equidad de género</i>	47
VIII. PRESUPUESTO PLURIANUAL 2015-2018	47
IX. VINCULACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO CON EL PLAN OPERATIVO ANUAL	49
A. EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA	50
X. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO	59
XI. ASEGURAMIENTO EN SALUD	64
XII. BIBLIOGRAFÍA	66
XIII. GLOSARIO	67
XIII. ANEXOS	69

Siglas

APSR	Atención Primaria de Salud Renovada
DPGPR	Dirección Presidencial de Gestión por Resultados
DINAF	Dirección de la Infancia Adolescencia y Familia
IHADFA	Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISFL	Instituciones Sin Fines de Lucro
MNS	Modelo Nacional de Salud
OMI	Objetivo Meta Indicador
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEI	Plan Estratégico Institucional
PEU	Plan Estratégico de la Unidad
PNS	Plan Nacional de Salud
PRAF	Programa de Asignaciones Familiares
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SEDIS	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social
SEFIN	Secretaría de Finanzas
SIMEGpR	Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados
SNCS	Sistema Nacional de Calidad en Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SESAL	Secretaría de Salud
UPEG	Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión

I. Contexto general

Honduras es uno de los países de mayor extensión de Centroamérica con una superficie de 112.492 km². Para 2013, se estima una población de 8, 725,111 habitantes, de los cuales, los menores de 15 años representa el 36.4%, la población entre 15 y 65 años es el 59.2% y los mayores de 65 años alcanza el 4.4%. El crecimiento de la población se ha mantenido a pesar de la reducción de la tasa de fecundidad y la persistencia de saldos migratorios negativos y la pirámide poblacional se sustenta todavía en una amplia base joven. En la esperanza de vida se observa un aumento progresivo y constante, de 70.7% en 2002 a 73.8% en 2011.

Desde la crisis económica de 2008-2009, Honduras ha experimentado una recuperación moderada, impulsada por inversiones públicas, exportaciones y altos ingresos por remesas. Esta recuperación se ve reflejada en crecimientos del PIB del 3.7% en 2010, un 3.7% en 2011 y un 3.3% en 2012. No obstante, en 2013 esta cifra descendió a un 2,5%, y se espera que en 2014 sea del 2,8%. En 2012, el país alcanzó un PIB per cápita de 1,764 dólares, y un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.7322 para el 2010, por lo cual, es considerado por las Naciones Unidas como un país de desarrollo medio, ocupando el lugar 112 a nivel mundial. Según la Encuesta de Hogares de mayo de 2012, la población pobre del país representó el 66.5% y el 46.0% se encuentra en estado de pobreza extrema. En la zona urbana el 37% de los hogares se encuentran en el quintil superior y el 3% en el quintil inferior, mientras que en la zona rural se observa lo contrario, el 36% de los hogares se ubican en el quintil inferior y el 4% en el quintil superior. De ellos, el 28% tienen jefatura femenina.

El acceso a agua es limitado. Un 86% de los hogares acceden a agua potable, de ellos un 45% con conexión fuera de la vivienda y a nivel nacional, el 34% de la población tiene el servicio sanitario con alcantarillado. Las condiciones de las viviendas también reflejan la situación de pobreza, especialmente en el área rural, un 48% de las mismas tienen piso rudimentario (básicamente plancha de cemento) y el 50% utilizan leña para cocinar.

En relación con la educación, el 10% de la población no tiene nivel alguno de educación. El alfabetismo es mayor entre las mujeres entre 15-19 años de edad, con un 97%, superior a los hombres que alcanzan un 91%. Las medianas de años de escolaridad son de 5.2 para mujeres y de 5.0 para hombres, observándose una diferencia de casi 7 años de educación entre el quintil inferior y el superior (2.4 y 9.1 años para mujeres y 2.2 y 8.7 para hombres). A nivel nacional, el 45% de las mujeres no tuvieron trabajo en los 12 meses que precedieron a la encuesta y el 87% de los hombres trabajaba en el momento que se realizó la encuesta.

El 10% de las mujeres están afiliadas a la Seguridad Social, el 3% tienen un seguro de salud de una institución privada y el 89% no tienen seguro de salud. Entre los hombres, el 14% están afiliados a la Seguridad Social, el 4% tienen seguro privado y el 84% no tienen ningún seguro de salud. Las mujeres y los hombres con educación superior son los que mayor cobertura tienen (33% y 37% respectivamente) con la Seguridad Social. Las mujeres y hombres del quintil más rico son los que tienen mayor acceso a la Seguridad Social (21% y 30% respectivamente). Las personas del quintil más pobre, prácticamente están desprotegidas.

II. Antecedentes

La Ley para el establecimiento de una Visión de País y la adopción de un Plan de Nación para Honduras define el marco para la planificación del desarrollo económico, social y político establecido en el Artículo 239 Constitucional, bajo cuyo enunciado se han planteado las diferentes propuestas iniciativas de planificación estratégica de la Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud elaboró durante el 2012 una primera versión del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2013-2016 con la contribución de todas las Unidades de salud de los diferentes niveles de atención, coherente con el marco normativo general y específico del sector salud y, especialmente, con el Plan de Nación y con el proceso de reforma del sector salud, expresado en el Marco conceptual, político y estratégico de la reforma del sector salud (2009) y otros documentos que se detallaran con más precisión en los capítulos siguientes.

Durante los primeros meses de 2013, se retomó el proceso de conceptualización y desarrollo metodológico y operativo del modelo de planificación estratégica institucional orientado a una gestión para resultados y contribuir a la creación de valor público, cuyo producto fue el “Manual para elaborar planes estratégicos en salud”, con el objetivo de fortalecer las capacidades institucionales, y lograr que las unidades elaboraran sus Planes Estratégicos (PEU), a partir de los cuales y tomándolos como referencia, elaborar los Planes Operativos Anuales y el Presupuesto como expresión anual del mismo.

Una vez definida la metodología, se desarrolló un proceso de inducción y acompañamiento a las Unidades de la SESAL, con el cual las Unidades elaboraron sus Planes Estratégicos en dicho marco. La planificación en doble dirección responde al principio del ejercicio de rectoría por parte de la SESAL y al desarrollo de la corresponsabilidad de las Unidades en la ejecución de acciones que requiera la población del área de influencia de la Unidad y contribuir en su conjunto, a alcanzar los objetivos institucionales y sectoriales, en un marco de gestión eficiente orientada a resultados.

En el 2014 el Gobierno introduce nuevos elementos que deben ser integrados en el plan estratégico institucional que motivan la revisión y ajuste del mismo. A continuación se describe el Plan Estratégico Institucional 2014-2018, adaptado al nuevo escenario derivado del Plan Estratégico del Gobierno 2014-2018, del Plan de Gobierno en Salud 2014-2018 y del Plan Nacional de Salud 2014-2018.

2.1 Marco legal e institucional

El escenario de referencia del Plan Estratégico Institucional 2014-2018 (PEI 2014-2018), viene dado por el marco normativo general y el marco normativo e institucional propio del sector salud. Sin pretender ser exhaustivo, se describen a continuación los principales hitos que señalan los principios y la direccionalidad del PEI 2014-2018.

2.1.1 Marco normativo general

El marco normativo general comprende, fundamentalmente, los siguientes referentes:

- La Constitución de la República.
- Ley para el Establecimiento de una Visión de País y la Adopción de un Plan de Nación
- Plan de todos para una vida mejor. 2014-2018

- Plan Estratégico del Gobierno. 2014-2018
- El Decreto Ejecutivo PCM 001-2014, publicado en La Gaceta el 22 de febrero de 2014
- El Decreto Ejecutivo PCM 266-2013, publicado en La Gaceta el 23 de enero de 2014
- El Decreto Ejecutivo PCM 002-2014, publicado en La Gaceta el 28 de febrero de 2014

La **Constitución de la República** establece¹ que “el Estado promueve el desarrollo económico y social, que estará sujeto a una planificación estratégica. La Ley regulará el sistema y proceso de planificación con la participación de los Poderes del Estado y las organizaciones políticas, económicas y sociales debidamente representadas” y “...el Estado con visión a mediano y largo plazo diseñara concertadamente con la sociedad hondureña una planificación contentiva de los objetivos precisos y los medios y mecanismos para alcanzarlos...”.

En este contexto, y en respuesta al mandato constitucional, en diciembre de 2009 se aprobó el Decreto Legislativo No. 286-2009, la Ley para el Establecimiento de una Visión de País y la Adopción de un *Plan de Nación*² para Honduras. Dicha Ley representa el inicio de una orientación hacia la Planificación Estratégica Institucional (PEI) basada en resultados. Uno de los soportes principales de la gestión orientada a resultados es el desarrollo de capacidades institucionales en materia de planificación estratégica, en la medida que ello permita a las instituciones, establecer objetivos estratégicos consistentes y coherentes con los objetivos nacionales y las prioridades de gobierno, y por otro lado, se desarrollen los mecanismos para el monitoreo y evaluación de los resultados, aspectos necesarios para una rendición de cuentas transparente.

La **Visión de País y Plan de Nación**, establece cuatro Objetivos Nacionales a los cuales, les asocia varias metas. Dichos objetivos son los siguientes:

Objetivos de interés nacional	
1.	Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana con sistemas consolidados de previsión social.
2.	Una Honduras que se desarrolla en democracia, con seguridad y sin violencia.
3.	Una Honduras productiva, generadora de oportunidades y empleos dignos que aprovecha de manera sostenible sus recursos naturales y reduce al mínimo su vulnerabilidad ambiental.
4.	Honduras con un Estado moderno, transparente, responsable, eficiente y competitivo.

De estos cuatro Objetivos se desprenden once lineamientos estratégicos y los indicadores asociados a los mismos. En este contexto, se deben destacar algunos grandes desafíos que plantean:

- Fortalecer la capacidad de gerencia y de ejecución para asegurar que los beneficios de cada programa y acción puedan instrumentarse a nivel local, en un marco de gestión orientada a resultados y en los sistemas de seguimiento, monitoreo y evaluación.
- Y en materia de salud, como fundamento para la mejora de las condiciones de vida, plantea como desafíos:
 - Enfrentar la problemática derivada de un sistema fragmentado de subsistemas de atención en salud.
 - Atender con efectividad y calidad una población en situación de malestar social enfrentando problemas estructurales coyunturales de salud enfermedad.
 - Conjunto institucional y sectorial del Estado, desarticulado y con incipiente aporte a las metas del sector salud.

¹ Constitución de la República de Honduras, artículo 329.

² El Plan de Nación cubre una primera fase de la Visión de País (2010-2022) y se conforma de lineamientos estratégicos, objetivos e indicadores que marcarán las progresivas responsabilidades de los próximos tres gobiernos en torno a la Visión de País.

A partir de estos desafíos se plantea como visión al 2022:

Visión de País 2010-2038 y Plan de Nación 2010-2022
<p><i>La sociedad hondureña habrá logrado:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir a la mitad las tasas de mortalidad infantil y en niños menores de 5 años. • Disminuir a no más de 20% la incidencia de desnutrición en menores de 5 años. • Reducir la mortalidad materna tres cuartas partes. • Haber “detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/Sida.” • Haber “detenido y comenzado a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.” • La calidad de atención en los centros de salud habrá mejorado notablemente reduciéndose el tiempo de espera en las antesalas de consulta, reduciéndose el número de días de espera para operaciones programadas y habrá aumentado el 95% la proporción de prescripciones médicas atendidas directamente en los hospitales y centros de salud del Estado.

La salud está vinculada a la Meta 1.4 la cual señala: “Alcanzar 95% de cobertura de salud en todos los niveles del sistema”. A su vez, la evaluación del cumplimiento de la Meta se vincula a seis indicadores: O (Objetivo); M (Meta); I (Indicador). En la matriz siguiente consta la Meta y los indicadores vinculados:



Indicadores	O.M.I.
Tasa de mortalidad en menores de 5 años.	1.4.25
Número de atenciones, egresos y emergencias en el sistema público de salud.	1.4.26
Incidencia de casos de malaria / dengue.	1.4.27
Tasa de incidencia de casos de enfermedades infecciosas asociadas a condiciones materiales de vida (diarrea, IRA x 1,000 hb) y (TB x 100,000 hb).	1.4.28
Tasa de prevalencia de VIH en población de 15-49 años.	1.4.29
Porcentaje de prescripciones médicas totalmente atendidas en hospitales del Estado.	1.4.30

El mandato institucional para el periodo 2014-2018 consta en el “**Plan de todos para una Vida Mejor**”, que tiene como finalidad el desarrollo humano, la reducción de las desigualdades y la protección. El Plan se estructura en torno a 4 Propósitos, 8 Compromisos y 100 Resultados de gestión, entre los cuales se visualiza la salud.

Propósitos

1. La búsqueda de la paz y la erradicación de la violencia.
2. La generación masiva de empleo mediante el desarrollo competitivo de Honduras y la democratización de la productividad.
3. El desarrollo humano, la reducción de las desigualdades y la protección (donde se incluye salud).
4. Transparencia y Reforma del Estado.

El Compromiso 8 relativo a salud señala: *Lograr la cobertura universal y gratuita de los servicios de salud mediante un modelo descentralizado de atención primaria y preventiva y la dotación segura de medicamentos*, relativo a salud, comprende los siguientes resultados al 2018:

- 100 % de los Municipios más pobres del país cuentan con cobertura total de servicios de salud para su población a través de la modalidad de gestión descentralizada.
- La población de las zonas de extrema pobreza de las 5 ciudades más importantes del País con más de 100,000 habitantes tienen cobertura de servicios salud.
- 61 Policlínicos incluyendo cinco Centros de Cirugía Ambulatoria funcionando en las ciudades más pobladas.
- 500 Equipos de Atención Primaria en Salud atendiendo la población de municipios más postergados del país.
- 28 hospitales del país administrados bajo un convenio de gestión por resultado con un sistema efectivo de monitoreo y evaluación que garantice la petición y rendición de cuentas.
- 10 hospitales del país funcionando bajo la modalidad de gestión descentralizada que garantice la eficiencia y transparencia en la gestión.
- Establecido mecanismo de evaluación de desempeño de los establecimientos de salud no descentralizado con incentivos ligados a resultados.
- Programa de medicina segura implantado, garantizando acceso universal, gratuito y oportuno a medicamentos de calidad.

Este mandato institucional es la base para el Plan Estratégico del Gobierno 2014-2018 y para el Plan Nacional de Salud 2014-2018, específico para el sector salud.

En este contexto, el **Plan Estratégico del Gobierno 2014-2018**³ tiene como principal marco de referencia de largo plazo, los objetivos de la Visión de País (2010-2038) y los lineamientos y metas del Plan de Nación (2012-2022), mientras que en el mediano plazo se fundamenta en las orientaciones estratégicas que surgen del Plan de Todos para una Vida Mejor, principalmente en lo referente a los propósitos y compromisos del mismo: i) Búsqueda de la paz y erradicación de la violencia; ii) Generación de empleo, competitividad y productividad; iii) Desarrollo humano, reducción de desigualdades y protección social; y iv) Transparencia y modernización del Estado.

Los objetivos y resultados específicos relativos a salud son:

Objetivo estratégico global:

- Fortalecer la protección social a las familias en condiciones de extrema pobreza, mediante la ampliación de transferencias monetarias condicionadas y el mejoramiento de las condiciones básicas de las viviendas; y, al mismo tiempo, ampliar con visión de universalidad la cobertura y la calidad de los servicios de educación y **salud**, a fin de potenciar las capacidades para la superación gradual y progresiva de la pobreza.

SECTOR I: Desarrollo e Inclusión Social
<p>I.3. SALUD</p> <p>Objetivo: Lograr de manera gradual y progresiva la cobertura universal y gratuita de los servicios de salud, con un modelo descentralizado de atención y dotación segura de medicinas, priorizando a la población más pobre.</p> <p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cobertura de los servicios de salud ampliada mediante modalidades eficaces y eficientes, que incluyan mayor descentralización. - Población recibiendo sus medicamentos prescritos, en el sistema de salud pública. - El embarazo en adolescentes muestra una significativa disminución. - Pacientes con enfermedades prevalentes, agudas y crónicas, reciben atención eficiente y permanente.

³ Presidencia de la República de Honduras. Secretaría de Estado de Coordinación General del Gobierno. Dirección Presidencial de Planificación Estratégica. Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018, Año 2014

En relación con el marco normativo, el **Decreto Ejecutivo PCM 266-2013**, publicado el 23 de enero de 2014, señala en el artículo 29, 5) las competencias de la Secretaría de Salud:

- *“Lo concerniente a la formulación, coordinación, ejecución y evaluación de las políticas relacionadas con la protección, fomento, prevención, preservación, restitución y rehabilitación de la salud de la población; las regulaciones sanitarias relacionadas con la producción, conservación, manejo y distribución de alimentos destinados al consumo humano; el control sanitario de los sistemas de tratamiento, conducción y suministro del agua para consumo humano, lo mismo que de las aguas fluviales, negras, servidas y la disposición de excretas; así como lo referente a inhumaciones, exhumaciones, cementerios, en coordinación con las autoridades municipales; el control y vigilancia de la producción y venta de productos farmacéuticos, cosméticos y sustancias similares de uso humano y la producción, tráfico, tenencia, uso y comercialización -2013 de drogas sicotrópicas”.*

El **Decreto Ejecutivo 01-2014**, publicado en La Gaceta el 22 de febrero de 2014, crea los Gabinetes Sectoriales con el propósito de mejorar el funcionamiento de la Administración Pública, entre los cuales consta el “Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social” que está integrado⁴ por varias dependencias donde consta la Secretaría de Salud. El artículo II del mencionado PCM, contempla las atribuciones de los Coordinadores de los Gabinetes Sectoriales, entre las cuales señala: “Por medio del Sistema de Gestión por Resultados establecidos por la Presidencia de la República, serán responsables del seguimiento de los objetivos y metas contenidas en los Planes Estratégicos y Operativos Sectoriales, evaluar su cumplimiento y desempeño”.

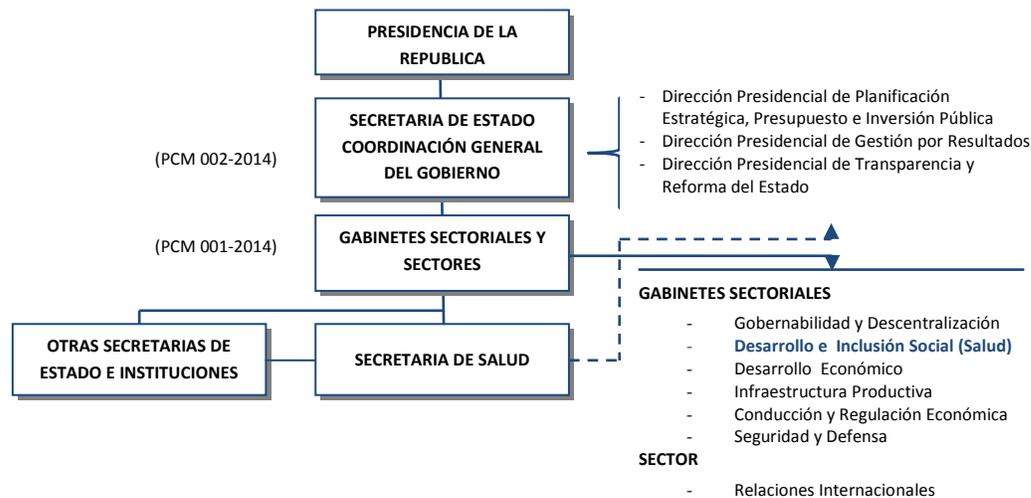
Y el **Decreto Ejecutivo PCM 02-2014**, publicado en La Gaceta el 28 de febrero de 2014, el cual aplica un artículo de la Constitución de la República y varios artículos de la Ley General de la Administración Pública reformados mediante el Decreto 266-2013⁵, que crea la Dirección Presidencial de Planificación Estratégica, Presupuesto e Inversión Pública; la Dirección Presidencial de Gestión por Resultados y la Dirección Presidencial de Transparencia, Modernización y Reforma del Estado, todas ellas como órganos administrativos de la Presidencia de la República, adscritos a la Secretaría de Estado en el Despacho de Coordinación General de Gobierno.

A la Dirección Presidencial de Gestión por Resultados le asigna, entre otras funciones, las de: i) Auxiliar a los entes del Poder Ejecutivo en la formulación de la planificación estratégica institucional y operativa de acuerdo a los objetivos y metas generales definidos en la Planificación Estratégica Nacional y Sectorial en el marco de la Visión de País y Plan de Nación concretada en el Plan Estratégico Anual y Plan Estratégico Plurianual, generados por la Dirección Presidencial de Planificación, Presupuesto e Inversión Pública; ii) Crear los mecanismos y procedimientos de seguimiento y evaluación de los resultados de la gestión de Gobierno; iii) Capacitar permanentemente a los Directores de Cumplimiento y a las Unidades de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG) las cuales estarán dirigidas por éstos para el cumplimiento de sus responsabilidades.

⁴ Artículo 3 del Decreto Ejecutivo PCM 001-2014, publicado en La Gaceta el 22 de febrero de 2014. Está integrado por: Secretaría de Estado en el Despacho de Desarrollo e Inclusión Social; Secretaría de Estado en el Despacho de Salud; Secretaría de Estado en el Despacho de Educación; Instituto de Desarrollo Comunitario, Agua y Saneamiento; Centro Nacional de Educación para el Trabajo; Patronato Nacional de la Infancia; Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia; Instituto Nacional de la Mujer; Programa Vida Mejor; Fondo Especial de Protección Social.

⁵ Aplicación de los artículos 245 numerales I y II de la Constitución de la República, Artículos 6, 11, 12, 14 y 22 numeral 3) y 29 de la Ley General de la Administración Pública reformado por Decreto 266-2013 del 16 de diciembre de 2013.

Estructura organizacional del Estado



De acuerdo con la nueva estructura organizacional del Estado, la Secretaría de Salud se encuentra dentro del Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS) y contribuye al cumplimiento de los objetivos y metas del mismo.

2.1.2. Marco normativo específico en salud

En relación con la planificación en salud, la *Constitución de la República* en el Capítulo VII relativo a salud⁶, señala que es responsabilidad de la Secretaría de Salud la coordinación de todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados, mediante un Plan Nacional de Salud⁷, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados, cuya finalidad es alcanzar el completo bienestar físico y psicosocial de la población.

Entre los hitos del marco normativo en salud se pueden destacar:

- Código de Salud (1996)
- Plan Nacional de Salud 2021 (2005)
- Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del sector salud (2009)
- Modelo Nacional de Salud (2013)
- Decreto Ejecutivo PCM 061-2013
- Plan Nacional de Salud 2014 – 2018
- Acuerdo Ministerial 406

Desde el punto de vista legal, el artículo 5 del **Código de Salud**⁸, establece que “La salud considerada como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico, es un derecho inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación”⁹.

⁶ Constitución de la República de Honduras, artículo 149.

⁷ Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2021. Noviembre 2006

⁸ Decreto 65-91, publicado en la Gaceta 26509 de Agosto de 1991.

⁹ Artículo 1 del Código de Salud. Corte Suprema de Justicia, Decreto 65-91, de 27 de diciembre de 1996.

“Le corresponde a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública, la definición de la política nacional de salud, la normalización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud. En los niveles departamental y municipal actuará por medio de las jefaturas regionales y áreas sanitarias, respectivamente, bajo un racional principio de coordinación y descentralización administrativa”¹⁰.

La Secretaría de Salud, en cumplimiento del mandato constitucional y en ejercicio de su rol rector, se dio a la tarea de formular y concertar un **Plan Nacional de Salud 2021** de largo plazo, de carácter político, técnico y sectorial que, en su condición de instrumento de planificación y gerencia estratégica, facilite la conducción, la armonización y el alineamiento de los esfuerzos y recursos nacionales y de la cooperación externa en el sector salud.

Dicho Plan tiene como objetivo y metas específicas del sector:

“Elevar a niveles aceptables el rendimiento del sistema de salud y su capacidad de respuesta sensible a las expectativas legítimas de la población, mediante la implementación de nuevos modelos y enfoques de gestión de la salud y de prestación de servicios costo efectivos y con garantía de calidad.

De manera específica se pretende incidir en:

- No menos del 95% de la población con acceso a servicios básicos de salud.
- Por lo menos el 60% de la población está afiliada a un sistema de aseguramiento.
- El 100% de los establecimientos de salud públicos y privados están debidamente licenciados y acreditados”.

En virtud de estas metas establece como prioridades: i) Fomento de la salud; ii) Salud materno infantil y nutrición; iii) Control de enfermedades transmisibles; iv) Control de enfermedades crónicas no transmisibles; v) Reforma del sector; y vi) Implementación y evaluación. Para cada prioridad, identifica indicadores y metas quinquenales hasta el 2021, con línea base en el año 2005.

El **Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud** (2009) contiene los elementos clave de la reforma del sector salud, la cual se propone construir un Sistema Nacional de Salud plural, integrado y debidamente regulado, en el que se incorporen todos los actores públicos y no públicos vinculados con la salud; coordinando y articulando las capacidades resolutorias existentes en las distintas instituciones, estableciendo con claridad los roles y las relaciones entre los actores con una normativa que defina todos sus aspectos impulsándolo a garantizar el acceso a todos los ciudadanos a un conjunto de prestaciones de salud, definido con criterios de equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad¹¹.

El cambio fundamental radica en la separación de las funciones de rectoría y provisión. El fortalecimiento de la función de rectoría se ha visto plasmado a través de la Estructura Programática Presupuestaria (EPP) vigente a partir de 2013, en la cual, se visualiza el ejercicio de dicha función en el nivel central y en las Regiones Sanitarias, sino también en la incorporación de productos específicos a las instancias de conducción superior para lograr medir su gestión.

El **Decreto Ejecutivo PCM 061-2013**¹² (2014), reforma los Artículos 67, 68 y 69 del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo, contenido en el Decreto PCM 008-97 de fecha de 2 de junio de 1997 y sus reformas, el cual: i) introduce los

¹⁰Artículo 3 del Código de Salud. Corte Suprema de Justicia, Decreto 65-91, de 27 de diciembre de 1996.

¹¹ Secretaría de Salud. Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud (2009)

¹² Aprobado el 18 de diciembre de 2013 y publicado en La Gaceta el 29 de enero de 2014

conceptos de las funciones sustantivas de rectoría de la salud (Artículo 67); y ii) describe la organización de la Secretaría de Salud para el ejercicio de sus funciones, en torno a dos Subsecretarías (Artículo 68):

- La Subsecretaría de Regulación con tres direcciones: Dirección General de Normalización, Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo y Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano.
- La Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud, con una dirección: la Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud.

También señala (Artículo 69) que las regiones sanitarias actuarán como representantes de la autoridad sanitaria nacional en el ámbito geográfico de su competencia, ejerciendo las funciones sustantivas de conducción, aseguramiento, vigilancia de la salud, vigilancia del marco normativo sanitario, armonización de la provisión, así como las funciones de las áreas administrativas, financieras, legales y de gestión del recurso humano conforme a la delegación que se establecerá en el respectivo manual de organización interna del nivel regional.

En relación a las competencias de las regiones sanitarias, el 9 de agosto de 2012 se aprueba el Acuerdo Ministerial 2760 que contiene el **Manual de Organización y Funciones de las Regiones Sanitarias**, el cual “contiene la estructura orgánica de las regiones sanitarias, las funciones de los diferentes órganos que la conforman y los elementos conceptuales y operativos insertos en el proceso de reforma del sector salud, que las han definido. Es un instrumento dentro de los esfuerzos orientados al fortalecimiento del ejercicio rector de la Secretaría de Salud sobre los actores sociales que intervienen en el proceso de producción social de la salud y forma parte del desarrollo de los ajustes de la organización y del funcionamiento que el sistema de salud del país, en ese sentido demanda. En ese espíritu constituye un manual guía operativo para instrumentar dichos ajustes y que permitirán acortar la implementación, de manera acotada, de esas nuevas funciones”¹³.

El **Plan Nacional de Salud 2014-2018** tiene por objetivo “Contribuir al establecimiento de un sistema nacional de salud plural, integrado y debidamente regulado, que centre su razón de ser en la mejora equitativa del estado de salud de los individuos, las familias, la comunidad en su entorno, logrando de manera gradual y progresiva la cobertura universal de los servicios de salud, con un modelo de gestión descentralizado que garantice la atención integral y que sea sostenible y financieramente solidario en las respuestas a las necesidades y demandas legítimas de la población”.

El **Modelo Nacional de Salud** (MNS) aprobado en mayo de 2013, como instrumento de carácter político y estratégico de la Secretaría de Salud, define los principios y los lineamientos para la transformación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS) y se enmarca en los postulados contenidos en la Constitución de la República, el Código de Salud, la Ley para el establecimiento de una Visión de País y la adopción del Plan de Nación, el Plan Nacional de Salud 2021, el Plan de Gobierno 2010-2014, el Plan Nacional de Salud 2010-2014 y el Marco conceptual, político y estratégico de la reforma del sector salud.

¹³ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Redes de Servicios. Manual de organización y funciones de las Regiones Sanitarias. Acuerdo 2760 de 9 de agosto de 2012. Publicado en La Gaceta el 29 de septiembre de 2012.

El MNS consta de tres componentes:

- i) **Atención/Provisión:** será el eje central del MNS, a partir del conocimiento real de las necesidades y demandas de salud de las personas, las familias y la comunidad. Proveerá los criterios a seguir para priorizar, estructurar, organizar y brindar la atención y servicios a través de un conjunto garantizado de prestaciones de salud.
- ii) **Gestión:** constituirá el marco de referencia que brindará los lineamientos para planificar, organizar, administrar, conducir y controlar la provisión de servicios de salud y para la adquisición, uso y control apropiado, eficiente y transparente de los recursos.
- iii) **Financiamiento:** en este componente se abordarán los aspectos vinculados con la articulación y complementariedad de las fuentes y mecanismos de financiamiento, los criterios de asignación y modulación del financiamiento, las formas y mecanismos de pago por los servicios de salud y los lineamientos para asegurar recursos financieros que cubran los costos de producción de los bienes y servicios de salud

Por último cabe mencionar, la aprobación mediante **Acuerdo Ministerial 406**, del Reglamento de Organización y Funciones del nivel central de la Secretaría de Salud, describiendo el cambio sustantivo de la separación de funciones y se visualiza en el nivel de conducción superior, que está conformado por la Secretaría General y dos grandes estamentos: i) la Subsecretaría de Regulación como la instancia responsable de la formulación de las normas, de la vigilancia de ese marco normativo y del desarrollo de los recursos humanos de salud; y ii) la Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud como la instancia responsable de dirigir y armonizar la red de provisión de servicios en sus diferentes modalidades de gestión.

2.2 Experiencias previas en planificación estratégica

Se han expuesto anteriormente algunas experiencias claves de la Secretaría de Salud en la elaboración de planes estratégicos a nivel institucional. Cabe también señalar el esfuerzo que se hizo por las Unidades de la SESAL, quienes elaboraron sus Planes Estratégicos por primera vez en el 2013, en el marco de los lineamientos descritos en el “Manual para la elaboración de planes estratégicos en salud”¹⁴. Fue un ejercicio que permitió dar a conocer los principios de la lógica de la planificación y la necesaria armonización de todos los planes para alcanzar los objetivos institucionales, sectoriales y nacionales.

Adicionalmente, se pueden mencionar experiencias en ámbitos específicos de la salud, por ejemplo: Plan estratégico nacional para la prevención y el control del cáncer (2009-2013); Plan estratégico nacional de respuesta al VIH/Sida (2008-2012); Plan estratégico nacional de Chagas (2003-2007); Plan estratégico 2014-2025 y Plan de implementación al 2014 de la política pública para el desarrollo integral de la primera infancia, entre otros.

Cabe señalar otras experiencias en el ámbito regional e internacional en planificación estratégica, donde Honduras como país miembro, ha contribuido en la elaboración de los planes, tal como, el Plan Estratégico Regional de Salud de Centroamérica y República Dominicana.

¹⁴ Secretaría de Salud. Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión. Manual para la elaboración de planes estratégicos en salud. Mayo 2013.

2.3 Metodología

El Plan Estratégico Institucional 2014-2018 se ha elaborado con procesos participativos a través de varias etapas, durante las cuales se ha realizado:

- Revisión bibliográfica y análisis de los documentos legales y técnicos de ámbito nacional e internacional de carácter global y específico de salud.
- Revisión y análisis del mandato institucional del “Plan de todos para una vida mejor”.
- Revisión y análisis del Plan Estratégico Institucional 2013-2016.
- Revisión y análisis de los indicadores estadísticos de la situación nacional de salud.
- Consulta técnica con las Direcciones Generales de la Secretaría de Salud.
- Consulta técnica con otras instancias de Gobierno:
 - Dirección Presidencial de Planificación Estratégica Presupuesto e Inversión Pública.
 - Dirección Presidencial de Gestión por Resultados.
 - Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social.

Con todas ellas se ha trabajado de forma integral y coordinada, bajo lineamientos, instrumentos y guías para la operacionalización de la gestión orientada a resultados y la creación de valor público.

Como referentes principales para construir la estructura y contenido del plan se ha tomado: i) El Manual para la elaboración planes estratégicos en salud, que ha proporcionado la direccionalidad de la estructura; ii) El análisis de los componentes del triángulo estratégico para la creación de valor público¹⁵, que ha proporcionado las bases analíticas para identificar las dimensiones fundamentales de valor público; iii) La situación de salud, que ha proporcionado el diagnóstico del objeto central para crear valor público; y iv) Los mandatos institucionales, descritos en el Plan para una vida mejor y el Plan Nacional de Salud 2014-2018.

Dimensiones fundamentales de valor público

Para identificar las dimensiones de valor público se ha analizado: i) El mandato legal contenido en la misión de la institución, que nos ha determinado los campos de acción de la institución; ii) La práctica institucional, que nos ha señalado las actividades que la institución está desarrollando en la actualidad; iii) La demanda ciudadana, que aporta información sobre las necesidades y demandas de la población; y iv) La agenda en salud el gobierno y el Plan Nacional de Salud del sector, que son los mandatos institucionales y referentes superiores en la lógica de la planificación.

III. Situación de salud

Honduras se encuentra en una etapa de transición epidemiológica, en la que coexisten enfermedades endémicas de tipo infecciosa, parasitaria y vectorial, con las llamadas enfermedades emergentes como el VIH/Sida, lesiones, accidentes, enfermedades crónicas degenerativas.

En este contexto, la Secretaría de Salud ha establecido sus prioridades de intervención focalizadas en grupos prioritarios: mujer en condición de embarazo, niños menores de 5 años, enfermedades transmisibles infecciosas y vectoriales, enfermedades crónicas no transmisibles y morbilidad en

¹⁵ Ramírez, S. La Democracia eficaz. Planeamiento estratégico para para gobiernos y entidades públicas en países democráticos en desarrollo. Volumen II. Versión electrónica 2011.

general, focalizando las intervenciones en las acciones de promoción, prevención y la atención primaria en salud.

A continuación se describen la situación de salud y las prioridades, considerando los datos de ENDESA 2005 – 2006 y ENDESA 2011 – 2012.

3.1 Grupos priorizados

3.1.1 Mujer en condición de embarazo

De forma global, Honduras ha venido desarrollando estrategias focalizadas a mejorar la calidad de la atención materna, favoreciendo el acceso de las mujeres a planificación familiar, el acceso a los servicios de atención prenatal y posparto y el parto institucional.

La salud materna, medida a través de la razón de mortalidad materna ha mejorado sensiblemente, obteniéndose la razón de mortalidad materna de 73¹⁶ por 100,00 nv, en relación con la razón de 108 que se reportó en 1997. Las principales causas son las hemorragias, los trastornos hipertensivos y la sepsis. Por grupos de edad, el mayor número de muertes se producen entre los 15 y 34 años, vistos por departamento muestra los siguientes resultados.

Razón de mortalidad materna por departamento 1997 y 2010

DEPARTAMENTO	1997	2010
Atlántida	70	97
Choluteca	90	56
Colón	174	94
Comayagua	126	101
Copán	139	62
Cortés	105	42
El Paraíso	101	124
Francisco Morazán	104	73
Gracias a Dios	326	201
Islas de la Bahía	-	159
Intibucá	182	113
La Paz	146	112
Lempira	140	38
Ocotepeque	120	53
Olancho	106	90
Santa Bárbara	65	44
Valle	102	21
Yoro	62	59
TOTAL	108	73

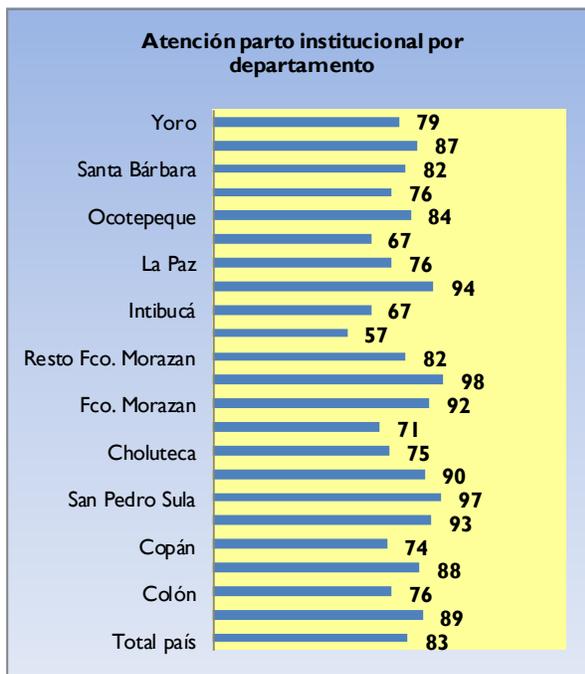
Fuente: Secretaría de Salud / Área de Sistemas de Información - ASI

La tasa global de fecundidad en Honduras descendió en el último quinquenio de 3.3 hijos por mujer registrado en el 2005-2006 a 2.9 para la medición del 2011-2012, tales cambios pueden ser

¹⁶ Secretaría de Salud. Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010. El anterior estudio RAMOS, se realizó en 1997

ligados a una alta tasa de utilización de métodos anticonceptivos y a un discreto incremento en la edad de establecimiento de la primera unión entre las mujeres, es importante destacar que el 10% de las mujeres entre 25 y 49 años se unieron antes de cumplir los 15 años, el 37% antes de los 18 años y el 56% antes de los 20 años, todas las cifras mencionadas son un tanto inferiores a las registradas en la medición del 2005-2006.

La cobertura de la atención prenatal se incrementó de 92% a 97%; también se registra una mejora en cuanto al porcentaje de mujeres que recibieron cuatro o más controles, pasando de 81% a 89%; en referencia a la captación temprana de la mujer antes del cuarto mes de embarazo ha pasado de un 69% a 78%; en referencia a la inmunización a mujeres en condición de embarazo contra el tétanos neonatal paso de un 70% a 72%, el porcentaje del parto institucional paso de un 67% a 83%. Igualmente se observa un incremento en la atención del parto por profesionales de la salud que paso 64% a 83%.



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2011-2012

La prevalencia del parto institucional calificado se ha incrementado en los últimos años hasta el 83% de los nacimientos ocurridos en los 5 años anteriores a la encuesta de ENDESA 2011-2012 (78% en establecimiento público y 5% en establecimiento privado), que representa un 16% más en relación con los datos que reportó ENDESA 2005-2006.

Embarazo en adolescentes

La conducta reproductiva de los adolescentes es un tema de reconocida importancia debido a que esta puede llevar a embarazos no deseados, abortos y también las consecuencias de desarrollo del adolescente en el ámbito económico, educativo y de salud.

Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados en condiciones sanitarias inadecuadas. El 22% de las mujeres entre 15 y 19 años han sido madres.

3.1.2. El niño menor de cinco años

La mortalidad infantil ha disminuido ligeramente de 25 a 24 x 1,000 nv, con un importante descenso en la mortalidad post-neonatal de 10 a 6 x 1000 nv, pero continúa siendo alta en relación al resto de los países de las Américas (23 x 1000 nv). Está especialmente condicionada por la mortalidad neonatal que representan más de la mitad de las muertes infantiles (61%) siendo las causas más

importantes trauma/asfixia, malformaciones congénitas, prematurez e infecciones propias del período perinatal.

Los niños que recibieron lactancia materna se incrementó de 64% a 95%, es importante mencionar que lo hicieron durante la primera hora posterior a su nacimiento incrementándose durante el primer día de vida del 86% a 91%, con una duración promedio de 18.7 meses, esto ayuda a prevenir la hemorragia postparto y la prevención de enfermedades infecciosas prevenibles (diarreas y neumonías) en los primeros dos años de vida.

Los niños y niñas de 12 a 23 meses han recibido todas las vacunas esenciales incrementándose de 78% a 95% para la vacuna Pentavalente, un 88% para la vacuna antisarampionosa (SRP), alcanzando la vacunación en el momento apropiado un nivel del 90% para todas las vacunas restantes.

El 19% de niños encuestados reportaron enfermedad diarreaica¹⁷, de los cuales, un 52% fueron llevados a un proveedor de salud, y de ellos un 71% recibió Tratamiento de Rehidratación Oral (TRO).

Un 13% de los niños menores de cinco años tuvieron signos de neumonía en el período inmediato anterior a la encuesta y de ellos solo el 64% buscaron atención.

Un problema delegado al sistema de salud, es la seguridad alimentaria y nutricional en los grupos de población más vulnerables, especialmente, los niños y mujeres gestantes, el cual debe ser tratado desde un abordaje multisistémico e intersectorial.



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2011-2012 -2012

3.2 Enfermedades infecciosas transmisibles priorizadas

3.2.1. VIH/Sida

En diciembre del 2012¹⁸ habían acumulados 31,056 casos de los cuales, 2,206 son casos de infección avanzada por VIH y 8,965 son VIH asintomáticos; son más los casos de infección avanzada en hombres que en mujeres (razón: 1.4) aunque esa razón se invierte cuando se consideran los casos de VIH asintomático (0.7) que los afectados son principalmente jóvenes (20-39: 65%).

¹⁷ Porcentaje similar al que se registró en la ENDESA 2005-2006

¹⁸ ENDESA 2011-2012 citando al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Departamento de ITS/VIH/Sida, Secretaría de Salud de Honduras, Diciembre 2012.

3.2.2 Tuberculosis

Honduras ha sido calificada por la OMS/OPS¹⁹ de acuerdo a sus estimaciones en el Escenario 3, (países con incidencia estimada de TB superior a 50 por 100.000 habitantes y cobertura mayor del 90% con la estrategia DOTS/TAES), lo que nos ubica en el octavo lugar de Latinoamérica y segundo lugar en Centro América después de Guatemala. De acuerdo a las tasas registradas²⁰ la incidencia por cien mil habitantes de tuberculosis en Honduras tiende a la disminución (2008: 64; 2009: 58; 2010: 51; 2011: 43).

La tendencia de la tasa de mortalidad registra un leve descenso de 0.3 entre los años 2003 y 2007. Sin embargo, de acuerdo a estimaciones de OMS, para el 2007, estaría registrando solamente el 10% de los fallecidos por TB.

3.3. Enfermedades vectoriales priorizadas

3.3.1. Dengue

El dengue se presenta principalmente en las ciudades de San Pedro Sula y Tegucigalpa. Entre los años 2005 y 2010 ocurrieron varios brotes, el más importante fue en 2010, en el cual se contabilizaron 66,814 casos, de ellos se notificaron 3,180 casos de dengue grave (83,6% en Tegucigalpa).

De acuerdo a los reportes epidemiológicos, las tasas de incidencia de dengue hemorrágico va en ascenso, entre el año 2011 y el 2012 hubo un importante repunte (RRR²¹: 1.78). En 2011 se contabilizó un total de 8,297 casos y 15,554 en el 2012.

3.3.2. Chagas

La enfermedad de Chagas es un problema de salud pública caracterizado por una prevalencia nacional de infección por *Triatoma cruzi* de 6% en población general y de 3% en escolares en áreas rurales, en su mayoría asociado a transmisión vectorial. Aunque casi un 50% del territorio nacional es endémico por la presencia de ambos vectores, el problema se concentra en los grupos étnicos más postergados y más vulnerables como xicaques o tolupanes en la región central, lenças en la región sur-oeste y chortís en la región noroccidental.

Entre los problemas principales asociados con la enfermedad de Chagas podemos enumerar los siguientes: discapacidad temprana por insuficiencia cardíaca congestiva, alta tasa de muerte súbita y aumento de costos en los servicios de salud.

3.3.3. Malaria

Honduras es uno de los países que han alcanzado la meta fijada en el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio para 2015, de reducir la incidencia de los casos de malaria más del 75%. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, la malaria sigue siendo un problema de salud pública; su control requiere la intervención contra el parásito y el vector. La malaria es una enfermedad tropical asociada a la pobreza y a la falta de desarrollo social y económico de la población. El problema se

¹⁹ http://www.portalsida.org/Article_Details.aspx?ID=10265

²⁰ Banco Mundial. Incidencia de Tuberculosis. <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.TBS.INCD>

²¹ Razón del Riesgo Relativo

focaliza en zonas de mayor vulnerabilidad, marginación y pobreza, donde el acceso de la población a los servicios básicos es muy limitado.

El área geográfica malarica en Honduras es de 97,516 Km² (87% del territorio nacional), donde habita una población en riesgo de 4, 988,583 habitantes (63% de la población total). A partir del año 1996, presenta un descenso importante de sus casos, desde 91,799 casos hasta 9,085 casos el año 2010²². Sin embargo, a pesar de la disminución, la proporción de casos causados por *Plasmodium falciparum* casi se ha duplicado (de 6,2% en 2005 a 10,7% en 2010).

3.4. Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas son las principales causas de la muerte prematura y de discapacidad en la mayoría de los países de las Américas, al representar entre el 60% y 70% de todas las defunciones de la región.

Según datos de la Secretaría de Salud, la hipertensión arterial, la diabetes y las enfermedades oncológicas se encuentran entre las primeras causas de morbilidad, siendo las más frecuentes de esta última: cérvix, mama, gástrico, pulmón y próstata. Aunque no existe una base de datos completa es evidente que las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares en morbilidad y mortalidad a nivel nacional. Los altos costos en la atención, la baja respuesta de los servicios de salud y la falta de promoción de los estilos de vida saludables, requiere la decisión urgente del abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles¹⁷

La mayor parte de estas enfermedades son prevenibles o se pueden reducir sus efectos. Muchas son reversibles y curables y dependen de la detección oportuna y del control de los principales factores de riesgo alimentación, sedentarismo, obesidad y sobrepeso, tabaquismo y alcoholismo entre otras. Ello ha promovido su inclusión como problema de salud incorporándolo en un objetivo específico dentro del Plan Nacional de Salud 2014-2018 y, por ende, en el Plan estratégico institucional.

3.5. Salud de la población en general

Es responsabilidad de la Secretaría de salud el fomento de la salud y prevención de riesgos y problemas de salud vinculados al ciclo de vida, así como responder a las expectativas legítimas de las personas en el aseguramiento universal de la salud, asegurando la equidad y la transparencia en la distribución financiera y en la atención que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población y reducir el riesgo de enfermar y morir de las personas en general.

Por lo tanto en el Plan Nacional de Salud 2014-2018 e incorporado en el Plan estratégico Institucional se ha reservado en forma específica el Objetivo Estratégico 9, destinado a “Implementar intervenciones para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población”. Este comprende todos los grupos poblacionales, a excepción de los que se incorporarán como prioridades tales como: la mujer en condición de embarazo y el menor de cinco años, y todas las enfermedades, a excepción de las enfermedades vectoriales priorizadas (dengue y malaria), las enfermedades infecciosas priorizadas (Tuberculosis y VIH/Sida) y las enfermedades crónicas degenerativas priorizadas, en el primer y segundo nivel de atención.

²² Secretaría de Salud. Subsecretaría de Riesgos Poblacionales. Informe anual de malaria. 2011.

IV. El Sistema de Salud

El Sistema de Salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud, a saber: organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales y los proveedores de servicios. Así concebido, el sistema de salud hondureño está constituido por el sector público, integrado por la Secretaría de Salud (SESAL), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y otros proveedores, tales como, los municipios, la Universidad Nacional Autónoma, la Secretaría de Defensa Nacional y otras instituciones autónomas: La Dirección de la Infancia Adolescencia y Familia (DINAF), el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA) y el Programa de Asignaciones Familiares (PRAF) que ejecuta el Programa Presidencial de Salud, Educación y Nutrición y el sector privado.

En este contexto, y en el marco normativo descrito del proceso de reforma y del Modelo Nacional de Salud, se considera que el Sistema de Salud es plural, integrado y debidamente regulado, lo cual implica la existencia de diversas modalidades de gestión y relacionamiento (armonización de la provisión) entre la Secretaría de Salud y los gestores y proveedores públicos y privados. Así, se puede dar un relacionamiento entre la Secretaría de Salud y una Unidad o centro público (público-público) a través de un **“compromiso de gestión por resultado”** y se puede dar, asimismo, un relacionamiento entre la Secretaría de Salud y una entidad privada (público-privado) a través de un **“convenio de gestión por resultado”** y en este último, a su vez, se puede diferenciar si la entidad privada es social o sin fines de lucro (público-social) o es una empresa privada. De esta manera, se entiende como **“gestión no descentralizada”** aquella que se provee directamente a través de los recursos gestionados por la Secretaría de Salud y, como **“gestión descentralizada”**, aquellos servicios que se proveen a través de recursos que son gestionados por entidades diferentes de la Secretaría de Salud, con los cuales, se suscribe un “convenio de gestión”, que establece las bases contractuales de relacionamiento entre ambas instituciones.

Todas estas instancias, bajo cualquier tipo de relacionamiento, son rectoradas, según la ley, por la Secretaría de Salud, siendo la responsable en este ámbito de la conducción y regulación de las actividades que se realizan en salud.

4.1. El sector público

- **Secretaría de Salud (SESAL)** provee servicios hospitalarios y ambulatorios a la población no asegurada, en su mayoría de escasos recursos económicos, mientras que el IHSS atiende a la población asegurada. Generalmente, ambas instituciones cuentan con servicios de salud ambulatorios y hospitalarios y se concentran en los mismos espacios geográficos del país con escasa articulación lo que impacta en el uso poco eficiente de los recursos profundizando la inequidad.

Para el desempeño de la provisión de servicios, la Secretaría de Salud rectora 1,634²³ unidades prestadoras de servicios de las cuales 28²⁴ hospitales, 74 Clínicas Materno Infantiles (CMI) y

²³ Secretaría de Salud. Anuario Estadístico 2011.

los demás establecimientos corresponden al nivel ambulatorio, categorizadas y tipificadas por el nuevo Modelo Nacional de Salud. La dirección, administración y funcionamiento del Hospital Escuela está asignado a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

- **Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)** es un organismo autónomo²⁵, con patrimonio propio, distinto e independiente de la Hacienda Nacional que tiene a su cargo la orientación, dirección y administración del seguro social, con el objetivo de proteger al trabajador y sus beneficiarios mediante la cobertura de los riesgos del régimen de salud, pensiones y riesgo profesional. Actualmente están cubiertos de forma obligatoria, proporciona cobertura en 20 ciudades del país²⁶ en dos zonas: Centro-Sur-Oriente y Nor Occidental, que incluye para el seguro de Enfermedad-Maternidad, una población total de 1, 432,845 personas (16,81% sobre la población del país, estimada en 8,521,976). Provee los servicios a través de centros propios y contratos subrogados con instituciones privadas.

IHSS dispone de dos hospitales, ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, siete Clínicas periféricas, un Centro odontológico, dos Centros de medicina física y rehabilitación y un Centro para el adulto mayor, se financia con aportaciones del patrono (empresas privadas y el sector público), aportaciones de los trabajadores y recursos propios.

4.2. El sector privado

El sector privado cuenta con prestadores con y sin fines de lucro. Entre los primeros se encuentran hospitales, clínicas y profesionales independientes y once empresas que ofrecen seguros de salud. Se financia con pagos directos de bolsillo y a través de seguros de salud.

Entre los prestadores sin fines de lucro se incluyen organizaciones de la sociedad civil, tal como, CARE, Visión Mundial, Médicos Mundi, Aldea Global, Ashonplafa y Mopawi, entre otros, las cuales se financian con donaciones externas e internas.

El sector privado dispone de 259 Clínicas con fines de lucro, 35 Clínicas sin fines de lucro, 23 Hospitales con fines de lucro y 8 Hospitales sin fines de lucro.

4.3. Recursos

De forma global, entre ambos sectores, público y privado, actualmente existen en el país un total de 7,588 camas hospitalarias (0.97 camas por mil habitantes) distribuidas así: 5,201 camas en los hospitales de la Secretaría de Salud, 634 camas en el IHSS, 1652 en el subsector privado lucrativo y 101 en ONG y otras instituciones. En términos de personal de salud, se estima que existen: 1 médico, 0.34 enfermeras profesionales, 1.3 auxiliares de enfermería y 0.15 odontólogos por cada 1,000 habitantes (ver anexo I).

²⁴ Mediante PCM 24-2012 de 10 de julio de 2012 (Convenio interinstitucional entre órganos de la administración pública para la asignación de la dirección, administración y funcionamiento del Hospital Escuela a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH)

²⁵ Creado mediante Decreto Ley 140 de 1959 y su Reglamento 201-JD-71

²⁶ IHSS. Plan Operativo Anual 2013

4.4. Gasto y financiamiento en salud

El conocimiento del gasto en salud y su financiamiento es esencial para la toma de decisiones relativas a la asignación de los recursos para la provisión de bienes y servicios de salud, permite evaluar la equidad y eficiencia con que se asignan y utilizan estos recursos, es clave para evaluar y comparar la inversión que se realiza en salud internamente y con otros países y muestra, en general, las reformas de financiamiento, los resultados y las mejoras medidas en términos de salud.

La Secretaría de Salud, a través de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión, ha realizado tres estudios de gasto y financiamiento que facilita el conocimiento de su evolución, cuyos datos se refieren a los años 1998, 2005 y 2011. Constituye un instrumento técnico que permite informar a las partes involucradas en la salud, gobierno, sociedad civil, instituciones y población sobre las prioridades y las políticas de salud.

En el último estudio realizado en 2011, el gasto total del sector salud fue de 28,835.5 millones de lempiras²⁷ que representó un 6.61% sobre el PIB para el mismo año y un gasto per cápita de 184.23 dólares. Este gasto se financia con fondos privados²⁸ (61.97%), fondos públicos²⁹ (34.16%) y un 3.86% del resto del mundo³⁰.

El análisis por agente de financiamiento, muestra que el 49.10% de los fondos son canalizados a través del sector público, que está conformado por la Administración Central, la Administración Descentralizada, la Administración Local y la Administración de la Seguridad Social, de los cuales la Secretaría de Salud con un 97.04% es la institución que como agente del sector público, canaliza un mayor porcentaje de fondos. Mientras que el 50.45% se canaliza a través del sector privado, integrado por: empresas de seguros privados, pagos directos de los hogares por los bienes y servicios que reciben y las instituciones sin fines de lucro y de este, el 91.29% corresponde a los pagos directos de los hogares.

Los servicios de atención curativa³¹ con un 56.19% del gasto total, seguido de los productos médicos dispensados a los pacientes (medicamentos) con un 26.22%, son los que consumieron un mayor porcentaje de recursos. Del 100% del gasto de atención curativa, el 54.81% se gasta en hospitales (la mayor parte en hospitales generales) y el 45.19% en atención ambulatoria, principalmente en servicios médicos generales.

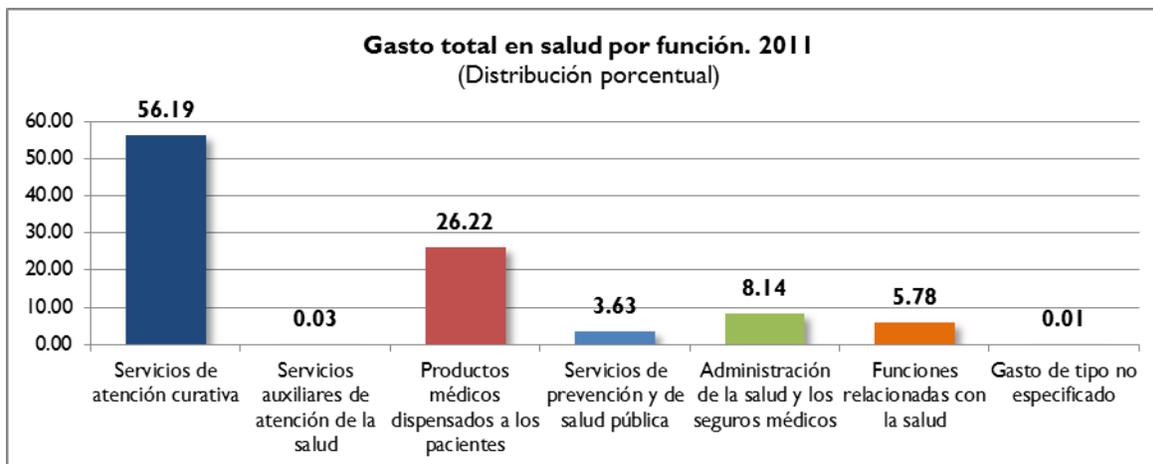
²⁷ Los datos de este apartado, proceden del Estudio de Gasto y Financiamiento elaborado por la Secretaría de Salud tomando como referencia el año 2011. Diciembre 2014.

²⁸ Los fondos privados incluyen aquellos que provienen de: empleadores, hogares, instituciones sin fines de lucro y otros fondos privados.

²⁹ Los fondos públicos incluyen aquellos que provienen de: Gobierno central y Gobierno local.

³⁰ El resto del mundo con fondos que provienen mediante donaciones de la cooperación externa.

³¹ Son funciones los diferentes tipos de servicios que se prestan por los proveedores de bienes y servicios de salud, tales como: servicios de atención curativa en hospitales, atención curativa ambulatoria, servicios auxiliares de atención de la salud, productos médicos dispensados a los pacientes, servicios de prevención y de salud pública, administración de la salud y los seguros médicos y funciones relacionadas con la salud.



Fuente: Secretaría de Salud. Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud año 2011

El gasto total de los hogares sobre el gasto en salud representó un 50.01%. De este gasto, el 74.31% fueron pagos directos que efectuaron los hogares de su bolsillo a proveedores de bienes y servicios en el momento que los recibe, tal como, medicamentos, atenciones médicas, hospitalización, etc. Los hogares gastan en medicamentos el 50.99% de los pagos directos, que representa el principal motivo de gasto, seguido del pago por hospitalización (25.21%) y de servicios ambulatorios (20.76%) ambos fundamentalmente en el subsector público, tanto en hombres como mujeres.

El gasto de los hogares refleja el esfuerzo financiero que éstos soportan como un porcentaje del gasto de consumo doméstico y puede explicar, de forma limitada, la equidad en el acceso a los servicios de salud y las preferencias de los hogares en los gastos que efectúan.

De análisis de los tres estudios citados, se desprende que el gasto per cápita ha ido aumentando desde 49.61 dólares en 1998 a 78.36 dólares en 2005 y 184.2 dólares en 2011. Este incremento es debido, fundamentalmente, a una mayor participación del gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud.

Estos datos ponen de manifiesto que, la disminución proporcional del financiamiento público obliga a la población que dispone de recursos a financiar de su bolsillo los bienes y servicios que requiere. Sin embargo, la población que no tiene capacidad incrementa la brecha de inequidad y falta de acceso a los servicios.

Todo ello son fundamentos que justifican plenamente la importancia de la planificación estratégica y su articulación con el Plan Operativo Anual y el presupuesto, dado que se debe prever y programar las acciones que resulten más costo efectivas y produzcan mayor beneficio a la población en función de sus necesidades y demandas. En este contexto, los mecanismos de asignación presupuestaria orientada a resultados se vuelven en un instrumento esencial para mejorar la eficiencia.

4.5. Estructura organizativa de la SESAL

A la SESAL³² le corresponde desarrollar las funciones que según la Constitución de la República son de la competencia del Estado en materia de salud, las que le asigna en forma específica el Código de Salud, la Ley General de la Administración Pública, el Reglamento de Organización,

³² Reglamento Interno de Organización y Funciones aprobado por Acuerdo Ministerial número 406 (2014).

Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo y otras leyes de carácter general o especial que estén vinculadas.

Según el Artículo 67³³ del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo, la Secretaría de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención de las entidades centralizadas y descentralizadas del sector salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona.

Son funciones esenciales de la rectoría:

CONDUCCIÓN

Definir, dirigir, orientar, organizar y formular políticas, estrategias, planes, programas y proyectos sectoriales en base a prioridades y objetivos nacionales de salud, asegurando su implementación, a través de la concertación y movilización del sector institucional y social.

REGULACIÓN

Definir el marco normativo sanitario que debe acatar toda persona natural y jurídica que provea o reciba servicios de interés sanitario, que influyan en la producción social de la salud, que realizan actividades o mantiene conductas que por su naturaleza puedan afectar la salud de la población, ambientes de vida y trabajo; a fin de promover y proteger la salud de individuos, familias y comunidades.

VIGILANCIA DE LA SALUD

Generar conocimiento, analizar y dar seguimiento sobre el estado de salud de la población, sus condicionantes, determinantes y tendencias, con el propósito de identificar riesgos e impacto, para tomar decisiones oportunas que permitan proteger y mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO

Vigilar, controlar y fiscalizar la aplicación del marco normativo sanitario que debe acatar toda persona natural y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario; o que realiza actividad o mantiene conductas que por su naturaleza puedan afectar la salud de la población, ambientes de vida y trabajo, a fin de proteger la salud de individuos, familias y comunidades.

MODULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO

Coordinar, alinear y armonizar los recursos financieros de las diferentes fuentes del sistema de salud con las prioridades y objetivos nacionales, con criterios de complementariedad, eficiencia, eficacia, efectividad y equidad en la financiación, asignación y distribución de los mismos.

GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO

Establecer, dar seguimiento y evaluar la implementación de un sistema plural de aseguramiento en salud a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, mediante la definición de políticas, mecanismos de financiamiento y planes explícitos de beneficios de acuerdo a necesidades, nivel de exclusión, riesgo y vulnerabilidad de la población y disponibilidad de recursos financieros.

ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

Garantizar la complementariedad, coordinación y articulación de los diferentes regímenes y/o modalidades con que se gestiona la provisión de servicios de salud a la población hondureña, a fin de asegurar la continuidad y la integralidad en la atención, de acuerdo al modelo nacional de salud y a los planes, objetivos y prioridades nacionales, evitando duplicidad en el uso de los recursos.

³³ Artículo 67 del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo, contenido en el Decreto PCM-008-97 de 2 de junio de 1997, reformado mediante PCM-061-2013 de 29 de enero de 2014.

Además de las funciones mencionadas, le compete:

- La garantía del acceso permanente y oportuno a servicios de salud suficiente, integral y de calidad mediante un régimen de aseguramiento, a fin de proteger prioritariamente a la población económicamente más deprimida ante eventualidades que puedan provocar daños a la salud
- La provisión de servicios de salud, para lo que deberá planificar, organizar, implementar, supervisar, monitorear y evaluar en las unidades jerárquicamente dependientes, la prestación de servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud de acuerdo a los principios de integralidad y continuidad en los diferentes niveles y lineamientos establecidos en el componente de atención en el Modelo Nacional de Salud.
- Ejercer las funciones de dirección, coordinación y control sobre las entidades del sector salud.
- Las demás que le atribuyan la Constitución de la República, otras disposiciones legales vigentes sobre la materia y las expresamente delegadas por el Presidente de la República.

Para el desempeño de todas estas funciones la Secretaría de Salud se estructura en dos niveles: nivel central y nivel regional y a cada uno le ha dotado de su propio Reglamento Interno de Organización y Funciones.

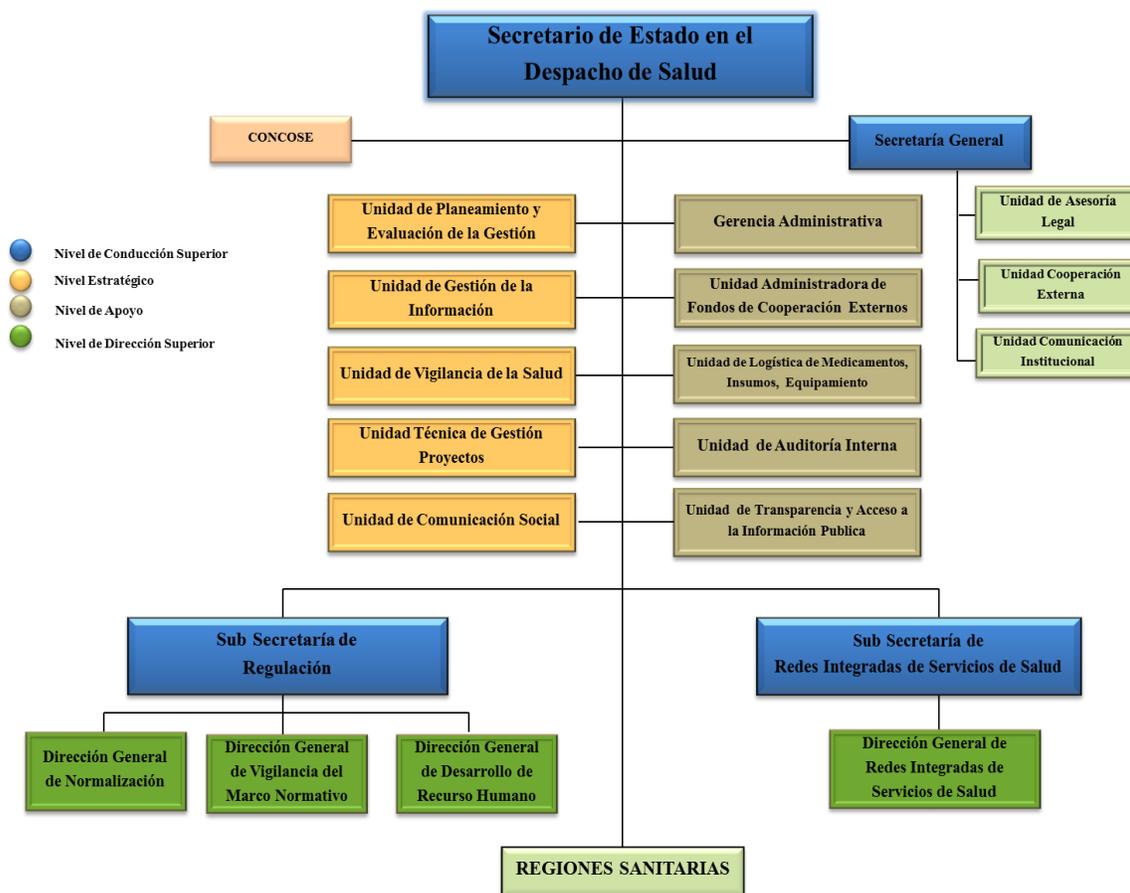
Nivel Central: Secretaría de Salud

El Acuerdo Ministerial 406 de 15 de mayo de 2014, establece la estructura orgánica, las competencias, las funciones y las atribuciones de las instancias y unidades en sus distintos niveles de responsabilidad que conforman a la Secretaría de Salud, constituyéndose en un desafío excepcional y completo, para conducir un proceso de cambio organizacional continuo. Regula y determina la naturaleza, finalidad, objetivos, estructura orgánica, competencias y funciones y las relaciones de coordinación de la SESAL en sus distintos niveles de conducción y operatividad en el ámbito nacional, para establecer una organización flexible, moderna y eficaz, con capacidad de llevar a cabo las funciones básicas y fundamentales de rectoría, en un marco de reforma del sector salud.

Las Unidades se clasifican en niveles de acuerdo al grado de responsabilidad en el ejercicio de las atribuciones y al ámbito de competencia donde se ejecutan las mismas:

- *Según el grado de responsabilidad*, correspondiente a la estructuración funcional, se encuentran los niveles de conducción superior, de conducción estratégica, de apoyo a la conducción, de conducción regional y de las instancias consultivas y de integración. El cambio sustantivo de separación de funciones se visualiza en el nivel de conducción superior, integrado por: la Secretaría General, la Subsecretaria de Regulación como instancia responsable de la formulación de las normas, de la vigilancia de ese marco normativo y del desarrollo de los recursos humanos de salud y la Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud como la instancia responsable de dirigir y armonizar la red de provisión de servicios en sus diferentes modalidades de gestión. En el resto de niveles, los cambios esenciales se refieren al ordenamiento y clarificación de las funciones, la creación de instancias estratégicas y la creación instancias de apoyo.
- *Según el ámbito de competencia*, la clasificación corresponde a la estructuración geográfica, estableciendo un nivel central y un nivel regional integrado por las regiones sanitarias como instancias rectoras de la SESAL en sus ámbitos de competencia definidos.

Estructura Organizativa del Nivel Central de la Secretaría de Salud



Nivel regional: Regiones Sanitarias

La Secretaría de Salud se organiza en 20 Regiones Sanitarias, de las cuales 18 corresponden a la distribución territorial administrativa de los 18 departamentos y 2 regiones metropolitanas: Tegucigalpa y San Pedro Sula. El Reglamento de Organización y Funciones del nivel regional fue aprobado mediante **Acuerdo Ministerial 2760** de 9 de agosto de 2012³⁴, establece la estructura orgánica de las regiones sanitarias, las funciones de los diferentes órganos que la conforman y los elementos conceptuales y operativos, insertos en el proceso de reforma del sector salud, que las han definido. Es un instrumento dentro de los esfuerzos orientados al fortalecimiento del ejercicio rector de la Secretaría de Salud sobre los actores sociales que intervienen en el proceso de producción social de la salud y forma parte del desarrollo de los ajustes de la organización y del funcionamiento que el sistema de salud del país, en ese sentido, demanda.

Dado ese rol estratégico en este modelo descentralizado, las regiones sanitarias deberán asumir un papel importante en la planificación, implementación y evaluación de las intervenciones. Dentro de ellas se deberán conformar las unidades que le permitan cumplir las responsabilidades en el ámbito de rectoría:

³⁴ Publicado en La Gaceta número 32,937 de fecha 29 de septiembre de 2012.

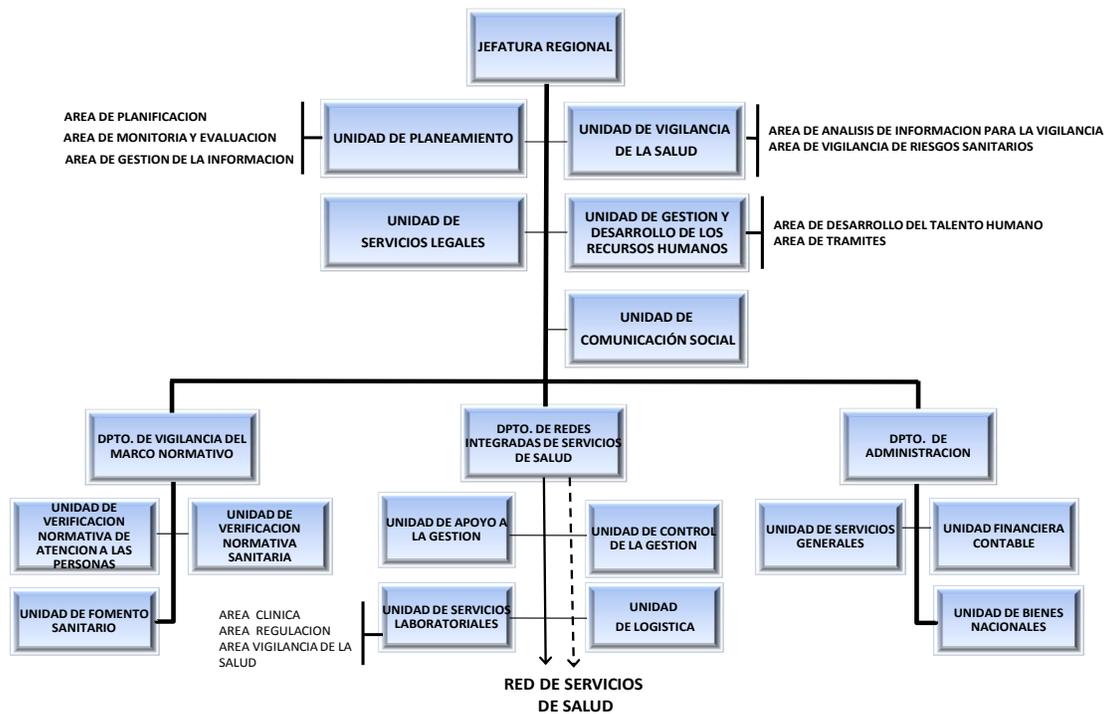
- i. La función de planificación tomando como base las políticas dictadas por la autoridad sanitaria nacional y armonizando la provisión de servicios para caminar hacia la cobertura universal.
- ii. La regulación en base a la normalización de los bienes y servicios de salud que sea establecida por el nivel central.
- iii. La vigilancia de la salud de acuerdo a la norma nacional adoptada; iv) la administración de los recursos asignados a su nivel.
- iv. La garantía de la provisión de los servicios, monitoreando y evaluando lo pactado con los gestores que los brindan a la población.

Para cumplir con estas funciones, se ha dotado a las Regiones Sanitarias de una estructura organizacional que se articula en torno a dos niveles: i) Jefatura Regional, responsable de la conducción y el impulso de las políticas, estrategias, planes y proyectos; y ii) Tres Departamentos: Departamento de Vigilancia del Marco Normativo; Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud y Departamento de Administración, como instancias de nivel de dirección operativa.

Dispone también de instancias de apoyo estratégico: Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión; Vigilancia de la Salud; Unidad de Comunicación Social; Unidad de Gestión y Desarrollo de los Recursos Humanos. Y, por último, la Unidad de Servicios Legales que es una instancia de asesoría.

Todos los Departamentos y Unidades se estructuran internamente en áreas para dar cumplimiento al desarrollo de las funciones que tienen asignadas.

Organizativa del Nivel Regional de la Secretaría de Salud



Las nuevas estructuras organizativas de ambos niveles, responden a la necesidad de fortalecer las funciones de rectoría del sector y de coordinación de todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados del sector salud, en el ámbito geográfico de su competencia, a fin de que las asuman y ejecuten de forma ordenada y permita una mejor gestión de su administración.

La reforma del sector salud está concebida como una forma de ejercicio de la responsabilidad referida a la definición, implementación y establecimiento de mecanismos orientados a dar cobertura universal con priorización de los grupos de población que son afectados por la insuficiencia o falta de ingresos económicos para enfrentar las situaciones precarias de la salud.

Los cambios propuestos apuntan al desarrollo de un sistema de salud que pueda cumplir con efectividad la misión que la sociedad hondureña le ha encomendado y contribuya a la construcción de un estadio de mayor bienestar para la población hondureña. Su diseño está fundamentado en la visión de una institución descentralizada, con una gestión de recursos centrada en la obtención de resultados, con la capacidad de tomar las decisiones apropiadas en forma oportuna, más cercana a donde los problemas se enfrentan y con una eficaz y eficiente prestación de servicios de salud.

4.6. Problemas encontrados

Problemas	Caracterización de problemas encontrados
Débil rectoría de la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Escasa implementación de mecanismos de participación y control social en los diversos niveles territoriales y de gestión del sistema de salud. - Indefiniciones relacionadas con el ejercicio del rol rector y para el desarrollo del proceso de separación de cada una de las funciones sustantivas del sistema: financiamiento, regulación, aseguramiento y provisión. - Escaso desarrollo en el trabajo intersectorial para integrar los esfuerzos de los diferentes actores relacionados con la salud, que deben participar en el cumplimiento de las metas. - Ausencia de mecanismos efectivos de coordinación que permitan un trabajo fluido y en equipo entre los distintos niveles institucionales. - Limitada regulación, y la correspondiente fiscalización, de la calidad en la provisión pública y privada de los servicios de salud. - Escasa implementación del estamento legal que permita un sistema más descentralizado para lograr la integración armónica de los subsistemas público y privado.
Fragmentación del Sistema de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - La SESAL, el IHSS y todas las instituciones proveedoras de servicios de salud sin fines de lucro no disponen de mecanismos que aseguren la complementariedad y focalización de sus acciones, no existen elementos que garanticen que la provisión de servicios de salud sea adecuada, sistemática y continua. Por otra parte, el modelo de atención sigue enfocado principalmente a la atención del daño y la enfermedad, con acciones muy poco costo-efectivas, causando con ello un gasto creciente en actividades curativas a expensas de la promoción y producción social de la salud.
Limitada capacidad de gestión del sistema	<ul style="list-style-type: none"> - Existe una limitada capacidad de gestión del sistema en la búsqueda del aseguramiento de la calidad de la atención y del uso racional de los recursos, condicionada por diversos factores. - En el régimen administrativo vigente los distintos participantes en el sistema se relacionan en su interior y entre sí a través de líneas jerárquicas; los presupuestos se asignan en función de los recursos asignados previamente (es decir, en base a

Problemas	Caracterización de problemas encontrados
	<p>critérios históricos); el control de los servicios se hace sobre procesos y no sobre los productos esperados de su desempeño;</p> <ul style="list-style-type: none"> - La administración de los recursos humanos, particularmente, presenta diferentes rigideces que dificultan su gestión en función del incremento de su productividad. No se tienen definidos los diferentes tipos y cantidades de los recursos necesarios para impulsar el modelo de atención, ni se pueden modificar las modalidades de reclutamiento, contratación y remuneración vigentes, lo que dificulta: innovar la gestión y flexibilizar y descentralizar significativamente la conformación de las planillas; sumar a la antigüedad de la carrera funcionaria el reconocimiento del desempeño, del mérito y de la eficacia; fomentar la asignación de responsabilidades individuales y entrelazar el reconocimiento del desempeño individual con el institucional, y condicionar a concursos la permanencia en el sistema.

Ante esta situación descrita la Secretaría de Salud ha aprobado el Plan Nacional de Salud 2014-2018 para dar respuesta al mandato institucional, en el marco del cual y para su cumplimiento se ha elaborado este Plan Estratégico Institucional 2014-2018 que propone los objetivos, resultados de gestión y productos que deben ser ejecutados por todas las unidades del Sistema de Salud.

4.7. Retos del Sistema de Salud

El Plan Nacional de Salud 2014-2018 identifica y plantea los retos del Sistema de Salud los cuales serán abordados a través de acciones concretas que se plantean en este Plan Estratégico Institucional, dichos retos son:

1. Situar la **cobertura universal de salud** como prioridad fundamental para la disminución de las desigualdades en salud.
2. Promover como estrategia la **Atención Primaria de Salud** para que sea accesible a toda la población, promoviendo hábitos de vida saludables.
3. Mejorar la **salud materna y de los menores de 5 años**, reduciendo la mortalidad en ambos grupos.
4. Mejorar la **seguridad y calidad de los bienes y servicios** que recibe la población para incidir en el riesgo de enfermar y morir de la población.
5. Disminuir los **riesgos y daños colectivos** a la salud de la población.
6. Implementar **modelos de gestión basados en resultados** que mejoren la eficacia en las acciones y la eficiencia en el uso de los recursos financieros y el desempeño de la gestión.
7. Implementar el **Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados** que evalúe el desempeño institucional y estimule la toma de decisiones basadas en evidencia, fortaleciendo el **Sistema Integrado de Información en Salud**.
8. **Reestructurar organizacional y funcionalmente a la Secretaría de Salud** para el fortalecimiento de su rol rector en el marco de la implementación de la separación de funciones.
9. Impulsar la **descentralización** como estrategia para ampliar la cobertura y mejorar la transparencia y la eficiencia de los servicios.

10. Disminuir la **prevalencia de las enfermedades crónicas** priorizadas.
11. Mejorar el **control de las enfermedades vectoriales** priorizadas.
12. Mejorar el **control de las enfermedades infecciosas** priorizadas.
13. Implementar **intervenciones por ciclo de vida** para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población.

V. Orientación estratégica de la SESAL

5.1. Visión y Misión

VISIÓN

Aspiramos a garantizar condiciones favorables para la salud del pueblo hondureño, mediante la construcción colectiva y la conducción apropiada de un sistema nacional de salud integrado, descentralizado, participativo e intersectorial, con equidad en el acceso, universalidad en la cobertura y con altos niveles de calidad, de oportunidad, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios.

MISIÓN

Somos la institución estatal responsable de formular, diseñar, controlar, dar seguimiento y evaluar las políticas, normas, planes y programas nacionales de salud; ejercer la rectoría del sector; orientar los recursos del sistema nacional de salud; así como promover, conducir y regular la construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y salud, la generación de inteligencia en salud, la atención a las necesidades y demandas de salud, la garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios de interés sanitario y la intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud.

(Fuente: La Gaceta, 23 Enero 2006 No 30909)

5.2. Principios y valores

Los principios y valores³⁵ que regirán la ejecución del Plan Estratégico Institucional 2014-2018 serán los siguientes:

- **Equidad:** Organización de la atención y distribución y asignación de recursos de acuerdo a las necesidades de salud de la población y manejo de riesgos a lo largo de su ciclo de vida.
- **Integralidad:** Que implicará visualizar a las personas y el sistema como un todo e interactuando entre sí, y a las estrategias con que se abordan los problemas como un conjunto integrado por diferentes momentos tácticos.
- **Universalidad:** Entendida como el derecho de todas las personas a la oportunidad de acceder a los servicios de salud para el cuidado, protección y recuperación con base a sus necesidades y demandas.

³⁵ Plan Nacional de Salud 2014-2018

- **Continuidad:** Es la capacidad del Sistema Nacional de Salud de asegurar la atención integral oportuna del ser humano, desde el primer contacto con los servicios de salud hasta el nivel en el que se expresa efectivamente la resolución del problema.
- **Corresponsabilidad:** Es la responsabilidad compartida entre el Estado y la población expresada en el ejercicio de la ciudadanía activa.
- **Solidaridad:** Acción mediante la cual los hombres y mujeres, en todas las etapas de su vida, contribuyen al desarrollo integral de la salud de acuerdo a sus posibilidades y capacidades.
- **Interculturalidad:** En el entendido que la organización de los servicios de salud respetará las prácticas, conocimientos, valores y creencias de la población que no representen un riesgo a su salud y adaptará algunos servicios a sus mejores prácticas, previa verificación de su inocuidad.
- **Calidad:** Es el cumplimiento de un conjunto de estándares o normas establecidas por el ente rector que respondan a: i) la adecuación técnica de los procesos y procedimientos; y ii) la aceptación del servicio por el usuario (hacer las cosas bien desde el inicio y siempre bien).
- **Equidad de género:** Acceso con justicia e igualdad de condiciones, al uso, control, aprovechamiento y beneficio de los bienes y servicios de salud.

VI. Objetivos del PEI 2014-2018

6.1 Objetivo General

Establecer las estrategias, objetivos y principales líneas de acción que orienten y armonicen las intervenciones de las Unidades Ejecutoras de la Secretaría de Salud, para mejorar el desempeño de la institución y los servicios de salud que presta a la población.

6.2 Objetivos Específicos

- Determinar los objetivos estratégicos y resultados de gestión de mediano plazo, orientados al cumplimiento del mandato institucional contenido en el Plan Nacional de Salud 2014-2018 en la búsqueda de creación de valor público.
- Determinar las estrategias para alcanzar dichos objetivos y resultados, focalizadas hacia la cobertura universal y la priorización en poblaciones vulnerables, en un marco plural y debidamente regulado.
- Implementar las medidas para la transformación y fortalecimiento de la gobernanza de la entidad rectora, la separación de las funciones de financiamiento y de provisión y la modernización y gestión descentralizada de la red de servicios.

VII. Propuesta estratégica del PEI 2014-2018

La propuesta estratégica del Plan Estratégico Institucional 2014-2018 se ha elaborado a partir de los componentes, los objetivos estratégicos y resultados planteados en el Plan Nacional de Salud 2014-2018 bajo una lógica de alineamiento al mandato institucional superior.

7.1. Componentes del Plan Nacional de Salud

El Plan Nacional de Salud 2014-2018 se estructura en torno a tres componentes y cuatro objetivos estratégicos, los cuales representan las áreas prioritarias y el marco referencial para implementar las intervenciones de todas las unidades proveedoras de servicios de salud tanto públicas como no públicas. A continuación el detalle:

Estructura del Plan Nacional de Salud 2014-2018

COMPONENTES ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	LINEAS DE ACCION
1. CONDUCCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	Objetivos Estratégicos	Líneas de Acción
	Conducir en todas sus fases el Sistema Nacional de Salud hacia la integración y pluralidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobar e implementar la Ley del Sistema Nacional de Salud. • Conducir la implementación del Modelo Nacional de Salud.
	Ampliar la cobertura de salud a la población mediante el sistema de aseguramiento público.	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el aseguramiento en salud para reducir las desigualdades. • Modular el financiamiento. • Impulsar la gestión por resultados. • Reestructurar la Secretaría de Salud.
2. REGULACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	Objetivo Estratégico	Líneas de Acción
	Mejorar la seguridad y calidad de los bienes y servicios de interés sanitario que recibe la población para incidir en el riesgo de enfermar y morir.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la calidad como política y como eje transversal. • Fortalecer el desarrollo del marco normativo en salud. • Vigilar la aplicación del marco normativo en salud. • Fortalecer la vigilancia de la salud. • Desarrollar los recursos humanos en salud. • Diseño del Programa de Medicina Segura.
3. PROVISIÓN DE SERVICIOS	Objetivo Estratégico	Líneas de Acción
	Proveer los servicios de salud de acuerdo con las prioridades establecidas y la demanda de la población.	<ul style="list-style-type: none"> • Conformar las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). • Descentralizar la gestión de los servicios de salud. • Implementar mecanismos que favorezcan la transparencia y la rendición de cuentas. • Impulsar la Atención Primaria de Salud Renovada (APSR). • Abordar la atención en los grupos priorizados. • Abordar la atención integral de las enfermedades priorizadas. • Priorizar la planificación y programación.

A partir de este mandato se ha construido la propuesta estratégica para el mismo periodo 2014-2018, que se describe a continuación.

7.2. Estructura y contenido del PEI 2014-2018

De acuerdo a la situación de salud y a los resultados esperados por el gobierno actual y tomando como base el Plan Nacional de Salud 2014-2018 se ha elaborado el plan que integra los objetivos estratégicos y los resultados de gestión, los cuales se han ordenado alrededor de las funciones sustantivas: Rectoría y Provisión³⁶.

A continuación se explica con mayor precisión este ordenamiento:

7.2.1 Funciones sustantivas

El plan se ordena en torno a dos funciones sustantivas:

La **función de rectoría** que incluye aquellas acciones derivadas del rol rector de la Secretaría de Salud en el marco político, normativo y estratégico, aplicable en el nivel central y en el nivel intermedio (Regiones Sanitarias).

Forman parte de la función de rectoría: la conducción, regulación, garantía del aseguramiento, modulación del financiamiento, vigilancia de la salud, vigilancia del marco normativo y armonización de la provisión, cuyos productos y resultados esperados están enmarcados en esta función y comprenden:

- Implementación de un Sistema Nacional de Salud pluralista e integrado.
- Incremento del cumplimiento del marco normativo en salud (establecimientos, recursos humanos, bienes y servicios).
- Definición de las prioridades nacionales para la vigilancia de la salud, según área geográfica y grupo poblacional.

La **función de provisión** comprende los productos y resultados que la Secretaría de Salud sigue ejerciendo en esta etapa transicional de implementación de la separación de funciones. Los productos y resultados del ejercicio de esta función se orientan hacia los grupos priorizados, las enfermedades prevalentes priorizadas y las demás enfermedades en el primer y segundo nivel de atención. Se incorporan, asimismo, productos de prevención y promoción, en respuesta al enfoque de atención primera en salud. Esta será la estructura (Rectoría y provisión) alrededor de la cual se plantean el abordaje del quehacer de la SESAL.

Grupos priorizados

Derivado de la situación de salud, se han identificado dos grupos prioritarios: el **menor de cinco años** y la **mujer en condición de embarazo**, que incluye el grupo de adolescentes. Aunque durante estos últimos años han mejorado notablemente los indicadores relativos a la mortalidad materna y la mortalidad infantil, siguen persistiendo valores altos que ameritan intervenciones específicas. El embarazo en adolescentes, tradicionalmente, considerado como un problema de salud, es una prioridad incluida en el Plan de Nación³⁷.

³⁶ En este contexto, se entiende por función, aquellas actividades que tienen por objeto satisfacer en forma directa e inmediata las necesidades colectivas e individuales que se realizan a través de las instituciones centralizadas y descentralizadas.

³⁷ Según ENDESA 2011-2012, el 40 por ciento de mujeres ha tenido su primer hijo antes de cumplir los 20 años y el 23 por ciento antes de cumplir los 18 años, porcentajes que se incrementan en el área rural a 47 por ciento y 28 por ciento, respectivamente. De forma específica entre las adolescentes, el 24% de 15 a 19 años alguna vez estuvo embarazada y de ellas, el 19% ya son madres, lo que

7.2.2 Enfermedades priorizadas

En el plan se han incluido tres grupos de enfermedades que representan una mayor carga de enfermedad por su impacto en la morbilidad y mortalidad. Los dos primeros corresponden a las enfermedades transmisibles y el tercero a las enfermedades no transmisibles:

- El grupo de las enfermedades **vectoriales**: Dengue y Malaria.
- El grupo de las enfermedades **infecciosas**: Tuberculosis y VIH/Sida.
- El grupo de las enfermedades **crónicas no transmisibles**, tales como la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Renal y Oncológicas.

7.2.3 Salud de la población en general

Tal como se expreso anteriormente, la Secretaría de Salud, aún cuando tiene grupos priorizados y enfermedades priorizadas, no excluye el resto de población ya que su mandato institucional es responder a las necesidades en salud de la población en general.

Por ello, el Objetivo Estratégico 9: **Implementar intervenciones para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población**, incluye acciones para todos los grupos poblacionales, exceptuando los ya incorporados en los objetivos anteriores como son: la mujer en condición de embarazo y el menor de cinco años; las enfermedades priorizadas: vectoriales (dengue y malaria), infecciosas (tuberculosis y VIH/Sida) y crónico-degenerativas (hipertensión arterial, diabetes mellitus y oncológicas) en el primer y segundo nivel de atención.

7.2.4 Matriz estratégica del Plan Estratégico Institucional 2014-2018

Según lo antes descrito, los objetivos estratégicos y resultados de gestión, para las funciones sustantivas de rectoría y provisión se sintetizan en la matriz siguiente, la cual se estructura en en dos componentes: rectoría y provisión que comprende para el periodo 2014-2018, el cumplimiento de:

- 9 Objetivos Estratégicos en dos bloques:
 - 3 Objetivos Estratégicos en Rectoría
 - 6 Objetivos Estrattégicos en Provisión
- 14 Resultados de Gestión

representa un aumento de 2 puntos entre la ENDESA 2005-2006 y 2011-2012, la mayoría en el primer ciclo de primaria (42%) o sin educación (35%).

Objetivos Estratégicos y Resultados de Gestión del PEI 2014-2018

	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	RESULTADOS DE GESTIÓN	
RECTORÍA	1. Conducir en todas sus fases el Sistema Nacional de Salud hacia la integración y pluralidad.	1.1. Implementado el Sistema Nacional de Salud pluralista e integrado.	RECTORÍA
	2. 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 del Sistema.	2.1. Incrementado el cumplimiento del marco normativo en salud (establecimientos, recursos humanos, bienes y servicios).	
	3. Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población.	3.1. Definidas las prioridades nacionales para la vigilancia de la salud, según área geográfica y grupo poblacional.	
PROVISIÓN	4. Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo.	4.1. Mejorada la salud materna a través de atenciones de embarazo, puerperio y planificación familiar.	PROVISIÓN
	5. Mejorar las condiciones de salud del menor de cinco años.	5.1. Mejorada la salud en menores de cinco años a través de atenciones de neumonía / bronconeumonía, diarrea y vacunación.	
	6. Mejorar el control de enfermedades vectoriales priorizadas.	6.1. Disminuida la incidencia de Dengue. 6.2. Disminuida la incidencia de Malaria.	
	7. Mejorar el control de enfermedades infecciosas priorizadas.	7.1. Disminuida la incidencia de VIH/Sida. 7.2. Disminuida la incidencia de Tuberculosis.	
	8. Mejorar el control y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles priorizadas.	8.1. Mejorada la salud de las personas con Hipertensión Arterial. 8.2. Mejorada la salud de las personas con Diabetes Mellitus. 8.3. Mejorada la salud de las personas con enfermedades Oncológicas (Cáncer de: mama, cuello uterino, prostático, pulmón y gástrico)	
	9. Implementar intervenciones para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población.	9.1. Brindadas las atenciones por morbilidad general. 9.2. Realizadas intervenciones que contribuyen a evitar el riesgo de enfermar y morir.	

Los Resultados de la Gestión institucional se alcanzan, a través de los productos intermedios y finales, los cuales contribuyen a alcanzar los Resultados de impacto de la planificación sectorial, junto con los resultados de gestión de otras instituciones que los complementan.

A continuación se describe la matriz estratégica en la que se detalla por cada una de las funciones sustantivas de **Rectoría y Provisión**: los Objetivos Estratégicos, Resultados de Gestión, Productos Finales y Productos Intermedios para el periodo 2014-2018.

De los nueve grandes Objetivos Estratégicos, tres corresponden a Rectoría y seis a Provisión, a ellos van orientadas todas las actividades, estrategias y tareas de las Unidades de Salud de carácter público a través de sus Planes Estratégicos.

La producción de la provisión de las Unidades de gestión descentralizada se agrega sólo al componente de Provisión de los Planes Estratégicos de las regiones sanitarias a través de los Planes Operativos de dichas Unidades.

MATRIZ DE RESULTADO DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2014 - 2018

RECTORÍA

Objetivo Estratégico	Conducir en todas sus fases el Sistema Nacional de Salud hacia la integración y pluralidad	
N° 1		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios
Descripción	Descripción	Descripción
1.1. Implementado el Sistema Nacional de Salud Pluralista e Integrado.	1.1.1. Implementado el Modelo Nacional de Salud basado en Atención Primaria de Salud en todos sus componentes.	1.1.1.1. Componente de Atención diseñado e implementándose.
		1.1.1.2. Componente de Gestión para resultados elaborado e implementándose.
		1.1.1.3. Componente de Financiamiento elaborado e implementándose.
	1.1.2. Diseñada e implementada la estructura organizacional de la Secretaría de Salud basada en la separación de funciones de rectoría y provisión.	1.1.2.1. DO del nivel central y el nivel intermedio implementándose.
1.1.3. Planificación institucional y sectorial.		1.1.3.1. Plan de priorización y focalización en base a grupos poblacionales y problemas de salud elaborado.
		1.1.3.2. Evaluación de la gestión institucional.

Objetivo Estratégico	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 del sistema	
N° 2		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios
Descripción	Descripción	Descripción
2.1. Incrementado el cumplimiento del marco normativo en salud (establecimientos, RRHH, bienes y servicios).	2.1.1. Marco normativo de atención definido.	2.1.1.1. Marco normativo de atención actualizado e implementado.
		2.1.2.1. Marco normativo sanitario actualizado e implementado.
	2.1.3. Intervenciones de vigilancia al cumplimiento del marco normativo en salud.	2.1.3.1. Aplicadas las acciones de vigilancia y control sanitario en cumplimiento del marco normativo.
		2.1.3.2. Aplicadas las acciones de vigilancia y control de atención a las personas en cumplimiento del marco normativo.

Objetivo Estratégico	Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población	
N° 3		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios
Descripción	Descripción	Descripción
3.1. Definidas las prioridades nacionales para la vigilancia de la salud, según área geográfica y grupo poblacional.	3.1.1. Actualizado el perfil de salud.	3.1.1.1. Actualizado el Análisis de Situación de Salud (ASIS) Nacional.
		3.1.1.2. Funcionando el sistema de Alerta-Respuesta.
		3.1.1.3. Plan de contingencias para la respuesta nacional ante las emergencias y desastres.
		3.1.1.4. Implementada la normativa del Reglamento Sanitario Internacional.

PROVISIÓN

Objetivo Estratégico	Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo	
N° 4		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios
Descripción	Descripción	Descripción
4.1. Mejorada la salud materna a través de atenciones de salud (promoción, prevención y recuperación).	4.1.1. Brindada la atención integral a la mujer en condición de embarazo en el primer nivel de atención.	4.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la mujer en condición de embarazo.
		4.1.1.2. Brindada la atención de prevención a la mujer en condición de embarazo.
		4.1.1.3. Brindada la atención prenatal.
		4.1.1.4. Brindada la atención de parto institucional.
		4.1.1.5. Brindada la atención de puerperio.
		4.1.1.6. Brindadas otras atenciones por morbilidad general a la mujer en condición de embarazo parto y puerperio.
	4.1.2. Brindada la atención integral a la mujer en condición de embarazo en el segundo nivel de atención.	4.1.2.1. Brindada la atención de prevención del segundo nivel a la mujer en condición de embarazo.
		4.1.2.2. Brindada la atención prenatal.
		4.1.2.3. Brindada la atención de parto institucional.
		4.1.2.4. Brindada la atención de puerperio.
		4.1.2.5. Brindadas otras atenciones por morbilidad causada por el embarazo parto o puerperio.

Objetivo Estratégico	Mejorar las condiciones de salud del menor de cinco años	
N° 5		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios
Descripción	Descripción	Descripción
5.1. Mejorada la salud de menores de cinco años a través de atenciones de salud (promoción, prevención y recuperación)	5.1.1. Brindada la atención integral a menores de cinco años en el primer nivel de atención.	5.1.1.1. Brindada la atención de promoción a menores de cinco años.
		5.1.1.2. Aplicado el esquema completo de vacunación a menores de un año.
		5.1.1.3. Brindadas otras atenciones de prevención a menores de cinco años.
		5.1.1.4. Brindada la atención de neumonía / bronconeumonía a menores de cinco años.
		5.1.1.5. Brindada la atención por diarrea a menores de cinco años.
		5.1.1.6. Brindadas otras atenciones por morbilidad general a menores de cinco años.
	5.1.2. Brindada la atención integral a menores de cinco años en el segundo nivel de atención.	5.1.2.1. Brindada la atención de consulta externa a menores de cinco años.
		5.1.2.2. Brindada la atención de hospitalización a menores de cinco años.

Objetivo Estratégico	Mejorar el control de enfermedades vectoriales priorizadas	
N° 6		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios
Descripción	Descripción	Descripción
6.1. Disminuida la incidencia de Dengue	6.1.1. Brindada la atención integral a la población y al ambiente por Dengue.	6.1.1.1. Brindada la atención de promoción por dengue a la población.
		6.1.1.2. Brindada la atención de prevención por dengue a la población y al ambiente.
		6.1.1.3. Brindada la atención de casos nuevos por dengue.
6.2. Disminuida la incidencia de Malaria	6.2.1. Brindada la atención integral a la población y al ambiente por Malaria.	6.2.1.1. Brindada la atención de promoción por malaria a la población.
		6.2.1.2. Brindada la atención de prevención por malaria a la población y al ambiente.
		6.2.1.3. Brindada la atención de casos nuevos por malaria.

Objetivo Estratégico	Mejorar el control de enfermedades infecciosas priorizadas	
N° 7		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios
Descripción	Descripción	Descripción
7.1. Disminuida la incidencia de VIH/Sida	7.1.1. Brindada la atención integral a la población por VIH/Sida.	7.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la población en general por VIH/ Sida.
		7.1.1.2. Brindada la atención a las personas viviendo con VIH/ Sida.
		7.1.1.3. Detectados casos nuevos de VIH/Sida.
7.2. Disminuida la incidencia de Tuberculosis	7.2.1. Brindada la atención integral a la población por Tuberculosis.	7.2.1.1. Brindada la atención de promoción a la población en general por Tuberculosis.
		7.2.1.2. Brindada la atención de prevención a la población en general por Tuberculosis.
		7.2.1.3 Detectados casos nuevos de Tuberculosis.

Objetivo Estratégico	Mejorar el control y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles priorizadas	
N° 8		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios
Descripción	Descripción	Descripción
8.1. Mejorada la salud de las personas con Hipertensión Arterial.	8.1.1. Brindada la atención integral a la población en el primer nivel por Hipertensión Arterial.	8.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la población general por Hipertensión Arterial.
		8.1.1.2. Brindada la atención de prevención a población en riesgo por Hipertensión Arterial.
		8.1.1.3. Brindada la atención clínica a la población por Hipertensión Arterial (Consulta Externa).
	8.1.2. Brindada la atención integral a la población en el segundo nivel por Hipertensión Arterial.	8.1.2.1. Brindada la atención clínica a la población por Hipertensión Arterial (Consulta Externa).
		8.1.2.2. Brindados servicios de hospitalización a la población por Hipertensión Arterial.

8.2. Mejorada la salud de las personas con Diabetes Mellitus.	8.2.1. Brindada la atención integral a la población en el primer nivel de atención por Diabetes Mellitus.	8.2.1.1. Brindada la atención de promoción a la población general por Diabetes Mellitus.
		8.2.1.2. Brindada la atención de prevención a la población por Diabetes Mellitus tipo II.
		8.2.1.3. Brindada la atención clínica a la población por Diabetes Mellitus (Consulta Externa).
	8.2.2. Brindada la atención integral a la población en el segundo nivel de atención por Diabetes Mellitus.	8.2.2.1. Brindada la atención de prevención a la población por Diabetes Mellitus.
		8.2.2.2. Brindada la atención clínica a la población por Diabetes Mellitus (Consulta Externa).
		8.2.2.3. Brindados servicios de hospitalización a la población por Diabetes Mellitus.
8.3. Mejorada la salud de las personas con enfermedades Oncológicas priorizadas (Cáncer de: mama, cuello uterino, prostático, pulmón y gástrico)	8.3.1. Brindada la atención integral a la población en el primer nivel de atención con enfermedad oncológica priorizada.	8.3.1.1. Brindada la atención de promoción por enfermedad oncológica priorizada a la población en general.
		8.3.1.2. Brindada la atención de prevención por enfermedad oncológica priorizada a la población en general.
	8.3.2. Brindada la atención integral a la población en el segundo nivel de atención con enfermedad oncológica priorizada.	8.3.1.1. Brindada la atención clínica a la población por enfermedad oncológica priorizada (Consulta Externa).
		8.3.1.2. Brindados servicios de hospitalización a la población por enfermedad oncológica priorizada.

Objetivo Estratégico	Implementar intervenciones por ciclo de vida para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población	
N° 9		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios
Descripción	Descripción	Descripción
9.1. Brindadas las atenciones de salud (promoción, prevención y recuperación) a la población no priorizada.	9.1.1. Brindada la atención integral a la población no priorizada en el primer nivel.	9.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la población no priorizada.
		9.1.1.2. Brindada la atención de prevención a la población no priorizada.
		9.1.1.3. Brindada la atención clínica a la población no priorizada.
	9.1.2. Brindada la atención integral a la población no priorizada en el segundo nivel.	9.1.2.1. Brindada la atención a la población no priorizada de consulta externa.
		9.1.2.2. Brindada la atención de hospitalización a la población no priorizada.
		9.1.2.3. Brindada la atención de emergencia a la población.

7.3. Estrategias del PEI 2014-2018

7.3.1. Reestructuración organizativa

En el marco de la separación de funciones, propuesta en el documento “Marco conceptual, político y estratégico de la reforma del sector salud” (2009) y para su operacionalización, la Secretaría de Salud se ha dotado de una nueva estructura organizacional y funcional en el nivel central y en el nivel intermedio. Ello ha permitido que las regiones sanitarias ejerzan el rol rector de algunas funciones de la Secretaría de Salud en su ámbito geográfico de competencia y con los alcances establecidos en las normas, apoyado por el proceso de descentralización en las unidades administrativas del nivel regional, bajo un racional principio de coordinación y descentralización administrativa³⁸.

En este sentido, la Secretaría de Salud deberá desplegar sus esfuerzos hacia el fortalecimiento progresivo de su rol, instrumentando y redistribuyendo bajo una nueva modalidad de organización, las competencias sustantivas que le son propias en materia de conducción sectorial, la regulación en salud, la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento y la armonización de la provisión de salud.

7.3.2. Calidad de los servicios de salud

El Sistema Nacional de Calidad en Salud (SNCS) identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el “conjunto de procesos, procedimientos, normas y reglamentos que, de forma ordenada y transparente desarrollan los actores del SNCS bajo el liderazgo de la SESAL, como entidad rectora, encaminado a la normalización y la vigilancia de la calidad de los Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario (PSEIS) y de los procesos de atención, gestión y producción, con el fin de proteger la salud y garantizar la seguridad y satisfacción de la población³⁹”.

Los dos grandes componentes del SNCS son la normalización y reglamentación técnica, y la vigilancia, las cuales son función del Estado, conducidas por la Secretaría de Salud en su carácter rector. Para asegurar la calidad, se implementarán los siguientes mecanismos: i) Mecanismos externos de calidad: habilitación, certificación, acreditación; y ii) Mecanismos internos de calidad: mejora continua de la calidad.

Constan como prioridades: i) Habilitación de establecimientos de interés sanitario; ii) Certificación y recertificación de los recursos humanos en salud; iii) Mejora continua de la calidad; y iv) Subsistema de información de calidad en salud.

7.3.3. Atención Primaria de Salud

La **Atención Primaria de Salud** es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Los principios básicos de la APS⁴⁰ y que han sido retomados por la SESAL son:

³⁸ Acuerdo 2760 de 9 de agosto de 2012, por el que se aprueba el Manual de Organización y Funciones de las Regiones Sanitarias.

³⁹ Secretaría de Salud. Política Nacional de Calidad en Salud. Marzo 2011

⁴⁰ Salud para todos en el año 2000: Estrategias. Documento oficial n° 173 OPS/OMS, 1980

- Accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud.
- Compromiso, participación y auto sostenimiento individual y comunitario.
- Acción intersectorial por la salud.
- Costo-efectividad y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles.

La promoción de la salud y las acciones de prevención y curación forman parte de la APS. Su prestación se está realizando a través de los **Establecimientos de Salud** y de los **Equipos de Atención Primaria (EAP)**, con el fin de garantizar que la población sea atendida en diferentes ámbitos próximos a sus hogares. Con la política de salud actual, dichas unidades están siendo reorganizadas en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

La Secretaría como ente rector de la salud, ha venido realizando esfuerzos importantes desde el año 1972 en el proceso de atención primaria en salud en el país, por ser considerado el núcleo del sistema de salud y formar parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad⁴¹. La experiencia más reciente en marcha es el Convenio de Cooperación Institucional⁴² entre la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Secretaría de Estado en el Despacho de Educación, Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa, Alcaldía Municipal de Colinas, Santa Bárbara y el primer Hospital Popular Garífuna. Este convenio tiene por objeto la ejecución del Sistema Integral de Atención Familiar de salud, en los 298 municipios del país, aplicándose de manera gradual de acuerdo a la disponibilidad de recursos económicos, físicos y humanos.

7.3.4 Descentralización de la gestión

La **descentralización** es una política de Estado⁴³, que tiene por objetivo específico, entre otros, “impulsar y profundizar la descentralización del Estado, así como la modernización, unidad y eficiencia del Estado, mediante la transferencia de competencias y recursos acorde con el modelo para la descentralización del Estado y alineado al diseñado en el marco de la Visión de País y Plan de Nación, para ampliar el acceso, cobertura y abastecimiento de servicios públicos”.

El Marco Conceptual, Político y Estratégico del Sector, señala que la descentralización es el “Instrumento de la separación de funciones para permitir el fortalecimiento de la rectoría, constituye un componente esencial del proceso de reforma del sector salud, con la descentralización se logrará que el sistema de salud en su conjunto adquiera la capacidad de respuesta eficaz, eficiente, oportuna y organizada”, por ello con la descentralización:

- Se avanzará en un proceso acelerado de extensión de cobertura a través de gestores descentralizados para la provisión de servicios.
- Se estimulará la autonomía de gestión de las Redes Integradas de Salud.
- Se estimulará el desarrollo y uso de instrumentos para la transferencia de recursos a proveedores públicos o sociales, tal como, los compromisos, convenios o contratos de gestión, en el marco de un sistema integrado por diversos tipos de proveedores.
- Se establecerán mecanismos para el uso transparente y eficiente de los recursos y el control social.
- La planificación y programación de intervenciones se realizarán en el marco de las necesidades de la población según el perfil de salud de un área determinada.

⁴¹ OMS/OPS. http://www.who.int/topics/primary_health_care/es

⁴² Decreto PCM 25-2012 de 10 de julio de 2012, publicado en La Gaceta el 13 de julio de 2012

⁴³ Política de descentralización del Estado para el desarrollo. Aprobada mediante Decreto Ejecutivo PCM 021-2012.

- Se irán construyendo las bases para caminar hacia una cobertura universal.

Se han iniciado las primeras experiencias en el primer y segundo nivel y el mandato presidencial, para el 2014-2018 retoma este proceso e incluye la descentralización de la provisión de servicios utilizando mecanismos, tales como Compromisos de Gestión, Convenios y Contratos. Aproximadamente, un millón de personas están recibiendo actualmente servicios del primer nivel de atención con modelos descentralizados y se ha iniciado la firma de convenios de gestión con proveedores de servicios del segundo nivel.

7.3.5. Gestión basada en resultados

La Secretaría de Salud debe atender una demanda creciente de bienes y servicios de salud frecuentemente acompañada por una limitada disponibilidad de recursos financieros. La experiencia muestra que el uso de los escasos recursos sin orientación estratégica, más focalizado en propuestas de actividades que en resultados, se traduce en una producción de bienes y servicios insuficientes, poco efectivos, ineficientes y de dudosa calidad, por lo que ha tomado preponderancia para esta institución la planificación estratégica y su vinculación con los planes operativos anuales y presupuesto.

Lo anterior tiene su asidero en el trabajo que a lo largo de muchos años han demostrado los expertos en el tema, así la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública⁴⁴, señala que la administración pública tiene dos propósitos fundamentales: i) Lograr la satisfacción de los ciudadanos; ii) Adoptar una gestión orientada a resultados. Toda gestión pública debe estar orientada a la satisfacción del ciudadano, ya sea como usuario o beneficiario de servicios y programas públicos como legítimo participante en el proceso de formulación, ejecución y control de las políticas públicas bajo el principio de corresponsabilidad. Además la gestión pública orientada a resultados, debe estar sujeta a diversos controles sobre sus acciones, tal como, la responsabilidad de ejecución de la autoridad pública por medio del control social y la rendición de cuentas de forma periódica. El instrumento que operativiza este concepto son los compromisos y contratos de gestión firmados con cada uno de los gerentes de los servicios de salud propios y no propios de la SESAL, estableciendo indicadores específicos y el cronograma para su monitoreo y evaluación.

7.3.6. Focalización y priorización

La **focalización y priorización** son instrumentos de gestión pública para mejorar la eficacia de las intervenciones y la eficiencia en el uso de los recursos. Surgen de la necesidad de la equidad, de la escasez y del conflicto de satisfacer las necesidades ilimitadas y crecientes con recursos limitados. La inequidad no resulta de las diferencias de consumo entre grupos sino del consumo inferior a un mínimo socialmente aceptable.

En la focalización existen dos opciones: i) La población ordenada de mayor a menor grado de carencia o vulnerabilidad recibe atención respetando el orden de la lista hasta que los fondos se terminen; ii) Atender exclusivamente a los más necesitados, lo cual excluye a determinado población de la lista, aunque los recursos pudieran ser distribuidos entre todos.

La opción retomada por la Secretaría de Salud es la equidad vertical (Asignación de diferentes recursos para diferentes niveles de necesidad) priorizando la población más pobre asegurándoles una cartera de prestaciones; pero sin exclusión del resto de población. Una vez realizada la

⁴⁴ Aprobada en el X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado en el año 2008.

focalización, la priorización es la acción de ordenar algo con respecto de otra, en tiempo o en orden, que en el caso de la SESAL se han priorizado grupos específicos (Mujer en estado de embarazo; los menores de cinco años; enfermedades infecto contagiosas y vectoriales (Dengue y Malaria).

El mandato del Plan de Gobierno de Salud 2014-2018 es focalizar las intervenciones en los municipios más pobres del país y en la población de las zonas de extrema pobreza de las cinco ciudades con más de 100,000 habitantes. Ya se llevó a cabo un primer momento de la focalización que fue identificar los municipios con mayor índice de pobreza o vulnerabilidad y la segunda focalización ha sido identificar: Las cinco ciudades con mayor número de habitantes y en ellas, las zonas de mayor pobreza.

7.3.7. Perspectiva de equidad de género

El Modelo Nacional de Salud, define cuatro enfoques que fundamentan su desarrollo y orientan las acciones para su implementación, estos son: i) Gestión del riesgo; ii) Atención Primaria de Salud; iii) Igualdad de género; y iv) Gestión por resultados con calidad.

En el Plan Nacional de Salud 2014-2018 se han retomado todos estos enfoques, descritos anteriormente. En relación a la **equidad de género** las acciones a seguir en el abordaje en salud indica que se tomarán en consideración e incorporarán en todas las intervenciones de salud: Las barreras que limitan el acceso de hombres y mujeres a servicios de salud; las necesidades específicas de mujeres y hombres en su diversidad e interculturalidad; la identificación de potenciales desigualdades y sesgos de género; la identificación y eliminación de factores de discriminación, desigualdad, inequidad o determinantes negativos psicosociales de género, y potenciar el empoderamiento y la participación en mujeres y hombres en el autocuidado personal, familiar y comunitario de la salud⁴⁵.

Entre las acciones que se incluyen en la categoría de inversión focalizada en mujeres destacan las acciones dirigidas: a mejorar la salud de la mujer en condición de embarazo; la prevención del embarazo en adolescentes; servicios en salud sexual y reproductiva; salud materna intercultural.

Uno de los objetivos estratégicos del PEI 2014-2018 es relativo a “Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo”.

VIII. Presupuesto Plurianual 2015-2018

El presupuesto es un instrumento de planificación anual, mediante el cual el gobierno establece cuánto, cómo, en qué y quién gastará los ingresos públicos⁴⁶. Es la expresión monetaria del Plan Operativo Anual (POA) que contiene metas y acciones orientadas a resultados de desarrollo planteados en este Plan Estratégico. El presupuesto permite a la ciudadanía vigilar si el gobierno está cumpliendo con sus obligaciones, ya que refleja las prioridades y compromisos que se compromete ejecutar⁴⁷.

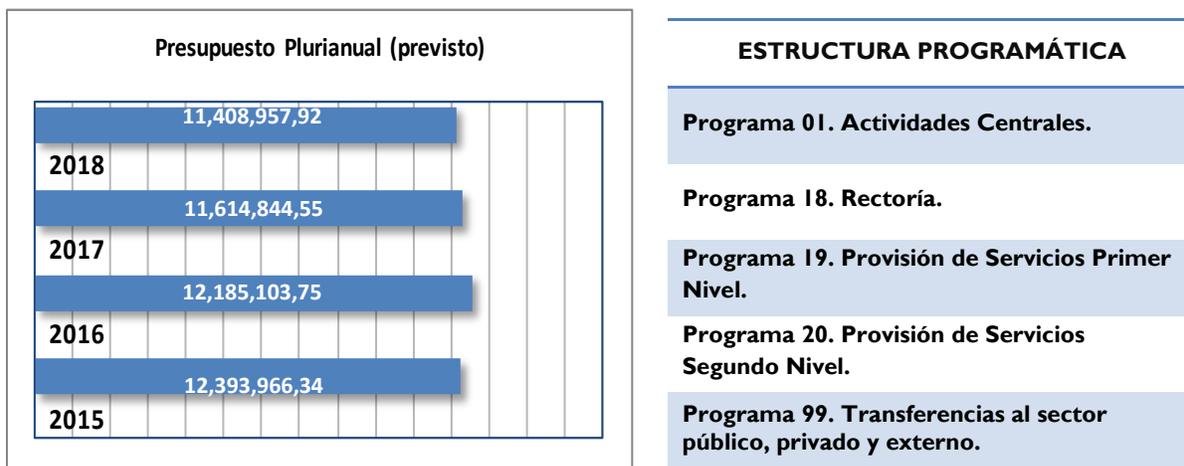
⁴⁵ Guía para transversalizar la perspectiva de igualdad de género. USAID-ULAT (2014)

⁴⁶ El PEI-POA de la Secretaría de Salud 2014, fue certificado con “excelencia” al cumplir con un porcentaje igual o mayor al 91% con los requisitos de certificación del POA-Presupuesto, establecido por la Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa, en agosto de 2013.

⁴⁷ La Secretaría de Salud forma parte del sector de Desarrollo e Inclusión Social que es el sector que en 2014 se le asignó el mayor presupuesto con 70,404,782,562 lempiras⁴⁷ (Secretaría de Finanzas. Presupuesto Ciudadano. Ejercicio fiscal 2014).

El presupuesto aprobado se refleja en la Estructura Programática Presupuestaria (EPP), cuya versión actual entró en vigencia en 2013, la cual se ordena en un conjunto de categorías y elementos programáticos que permiten direccionar el gasto público en salud, hacia las acciones requeridas para el cumplimiento de los objetivos y las metas, definidas en este Plan Estratégico.

La Secretaría de Finanzas⁴⁸ ha estimado el presupuesto plurianual 2015-2018 para la Secretaría de Salud, el cual incluye todos los fondos (nacionales, préstamos y donaciones) cuyos montos constan en el gráfico siguiente:



Fuente: Secretaría de Finanzas SEFIN - Dirección General de Inversión Pública -DGIP año 2014,

Dichos montos pueden sufrir modificaciones motivados por las cifras macroeconómicas del país y las decisiones del Congreso Nacional de la República, durante el proceso de aprobación del presupuesto que realiza de forma anual.

Una vez asignado el presupuesto a la Secretaría de Salud, esta lo distribuye internamente de acuerdo con las prioridades determinadas en el Plan Estratégico Institucional y la Estructura Programática. El monto anual se aplica en cinco Programas: i) Programa 01. Actividades Centrales; ii) Programa 18. Rectoría; iii) Programa 19. Provisión de Servicios del Primer Nivel; iv) Programa 20. Provisión de Servicios del Segundo Nivel; y v) Programa 99. Transferencias al sector público, privado y externo, los cuales responden a la matriz estratégica del Plan Estratégico Institucional 2014-2018.

El Programa de Rectoría se orienta hacia la conducción del Sistema Nacional de Salud, a través de los Resultados de Gestión previstos en este Plan Estratégico (Modelo Nacional de Salud; Gestión descentralizada; Desarrollo Organizacional; Regulación y Vigilancia de la salud).

El Programa de Provisión de Servicios del Primer Nivel y el Programa de Provisión de Servicios del segundo nivel responden a las prioridades de los dos grupos priorizados (materno e infantil), al grupo de enfermedades infecciosas y vectoriales; enfermedades crónicas no transmisibles y el resto de población.

⁴⁸ La Secretaría de Finanzas revisa anualmente las proyecciones del presupuesto plurianual en función de la disponibilidad financiera y las prioridades nacionales.

Por último, el Programa de Transferencias al sector público, privado y externo, expresa el apoyo financiero a instituciones descentralizadas y otras instituciones del sector público, privado y externo.

IX. Vinculación del Plan Estratégico con el Plan Operativo Anual

Las prioridades de la Secretaría de Salud plasmadas en el PEI 2014-2018 son la base para la elaboración del POA y el Presupuesto para cada año del periodo del PEI, en el marco de la gestión orientada a resultados y la creación de valor público.

El resultado final que se pretende con la articulación de la planificación estratégica y la planificación operativa y presupuestaria es la creación de valor público que se genera al satisfacer las necesidades o demandas de la población,⁴⁹ y:

- Sean políticamente deseables como consecuencia de un proceso de legitimación democrática.
- Sean de propiedad colectiva, caracterizando así su naturaleza pública.
- Promuevan la generación de cambios sociales (resultados) que modifican ciertos aspectos del conjunto de la sociedad o de algunos grupos específicos reconocidos como destinatarios legítimos de los bienes públicos⁵⁰.

En esa misma línea de pensamiento y, dirigiendo los esfuerzos hacia una **Gestión para Resultados**, que implica un tipo de gestión guiado por objetivos y la obtención de resultados en función de los recursos empleados y el impacto producido, se ha retomado en este proceso cada uno de sus componentes, tal como: i) la planificación estratégica y operativa; ii) el ciclo presupuestario; y iii) la estructura organizativa, para apoyar la administración pública, que se articulan en un proceso continuo que implica la redefinición de roles, atribuciones e interrelaciones entre autoridades de los diferentes niveles de gestión y las áreas de la institución, lo que facilitará evidenciar los resultados mediante el seguimiento y la evaluación de la gestión y mejorar la rendición de cuentas por resultados⁵¹.

Se trata de una modalidad de gestión que utiliza información exhaustiva para la formulación de políticas; involucra herramientas prácticas de planificación, gestión del riesgo, seguimiento y evaluación. La gestión orientada a resultados en términos de desarrollo implica un cambio en el cual se pasa de un enfoque centrado en los aportes financieros y productos inmediatos (“¿Cuanto puedo gastar?”) hacia un enfoque de desempeño y logro de resultados concretos con repercusiones a largo plazo (“¿Qué puedo lograr con ese dinero?”)⁵².

⁴⁹ CLAD, Proyecto: “Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación en América Latina y el Caribe, a través del aprendizaje Sur-Sur y del intercambio de conocimientos, Banco Mundial.

⁵⁰ Mark H. Moore, *Gestión estratégica y creación de valor en el sector público*, Barcelona, 1998. La preocupación central de Moore es definir un nuevo directivo público. “que gracias al ejercicio éticamente responsable de su capacidad de gestión política y operativa, contribuya a que el sector público genere valor”. Los gestores públicos son los funcionarios que disponen de autoridad directa sobre los recursos públicos, el interés se centra en lo que deben hacer y en cómo deben pensar. La intención es lograr que con los recursos asignados se produzca el mayor valor público posible y para ello, según el autor, se requiere: imaginación gerencial; visión de valor público; estrategia organizativa; gestión política y legitimidad; promoción, negociación y liderazgo; y la gestión operativa.

⁵¹ SEFIN. Manual de Inducción y formulación del POA Presupuesto 2012. SEPLAN, mayo 2011, en SESAL “Modelo Nacional de Salud”, mayo 2013.

⁵² 3° Foro de Alto Nivel sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo. Acrra, septiembre 2008. “Gestión orientada a los resultados en términos de desarrollo”.

a. El proceso de planificación estratégica y operativa.

El proceso de planificación operativa anual nos permite programar aquellos productos que permiten, año a año, ir programando lo necesario para alcanzar los resultados finales de gestión y los objetivos estratégicos planteados para todo el periodo del plan estratégico.

Los Planes Estratégicos de las Unidades ejecutoras, elaborados en el marco del Plan Estratégico Institucional 2014-2018, son el referente de dichas Unidades, para la programación operativa anual y la elaboración del presupuesto. Tanto en la elaboración del Plan Estratégico como del Plan Operativo, las Unidades ejecutoras deberán tener en cuenta las necesidades de las otras Unidades, dado que es probable, que el resultado de un producto de una Unidad sea requerido por otra Unidad para el desarrollo de su propio producto. Por ejemplo, la disponibilidad de una determinada norma o reglamento es imperativo para el desarrollo del objeto de los mismos.

La lógica de la planificación y programación y su vinculación con el proceso de monitoreo y evaluación, responde a una secuencia ordenada de la cadena de producción basada en las siguientes etapas:

- Elaboración del Plan Estratégico Institucional / Plan Estratégico de las Unidades, el cual define: i) Objetivos estratégicos; ii) Resultados de gestión; iii) Productos finales; iv) Productos intermedios (Para cada uno de estos ítems existen metas cuantificables que se pueden monitorear).
- Identificación de los productos trazadores, que son los elementos que permiten vincular la programación a través de los productos programables, con la planificación estratégica.

Las Unidades ejecutoras programan productos programables para la elaboración del POA, los cuales se consolidan en los productos trazadores.

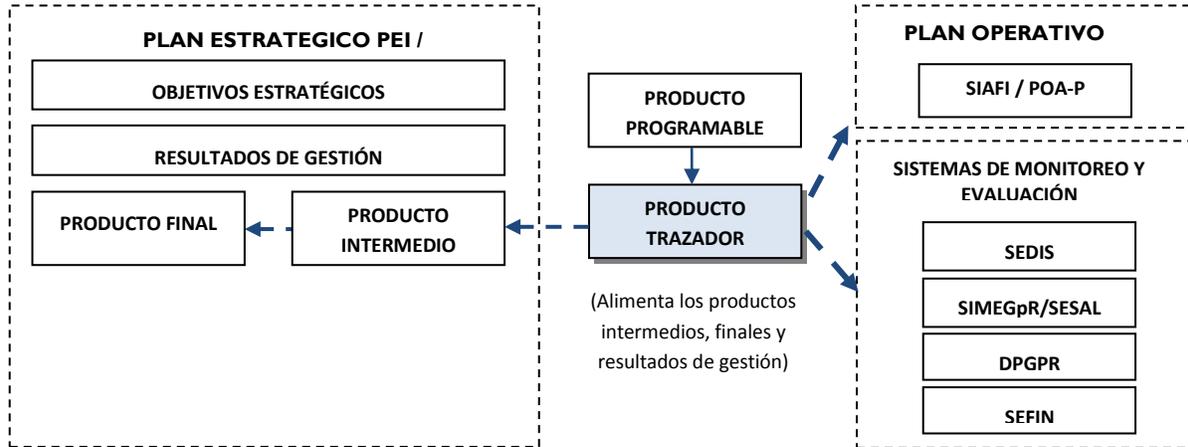
En el gráfico siguiente se puede observar la vinculación entre los diversos tipos de productos y cómo estos van construyendo la cadena de valor de la producción en los dos niveles de Planificación Estratégica y Planificación Operativa en función del Monitoreo y Evaluación de los resultados de la gestión institucional. Dichos resultados, medidos a través de indicadores de producción y cumplimiento, alimentan diversas plataformas:

- Sistema de Monitoreo y Evaluación del Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS).
- Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados (SIMEGpR) de la Secretaría de Salud, cuyo ámbito de monitoreo y evaluación es el resultado de la gestión institucional.
- Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Dirección Presidencial de Gestión por Resultados (DPGPR).
- Sistema de Administración Financiera Integrada (SIAFI) de la Secretaría de Finanzas.

Cada plataforma requiere la incorporación de determinados indicadores, según se establezca el monitoreo y evaluación de los resultados a corto, mediano o largo plazo y según el ámbito institucional o sectorial. El propósito de esta coordinación, es disponer de datos homogéneos y de calidad que ofrezcan un mapeo de los resultados de gestión de forma transparente y objetiva.

Para ello, se requiere disponer de sistemas que armonicen los flujos de datos y de información para responder de forma oportuna y confiable ante los requerimientos periódicos relativos a la ejecución de las intervenciones previstas para la construcción de indicadores y la medición de las metas.

Vinculación del Plan Estratégico con el Plan Operativo, el Presupuesto y los Sistemas de Monitoreo y Evaluación



La tabla que operativiza el esquema anterior es la siguiente:

ARTICULACION DEL PLAN ESTRATEGICO 2014 – 2018 CON EL PLAN OPERATIVO ANUAL

RECTORÍA

PLAN ESTRATÉGICO			PLAN OPERATIVO
Objetivo Estratégico N° I	Conducir en todas sus fases el Sistema Nacional de Salud hacia la integración y pluralidad		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
I.1. Implementado el Sistema Nacional de Salud Pluralista e Integrado.	I.1.1. Implementado el Modelo Nacional de Salud basado en Atención Primaria de Salud en todos sus componentes.	I.1.1.1. Componente de Atención diseñado e implementándose.	I.1.1.1.1 Servicios de Salud a nivel Nacional organizados en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de acuerdo a los lineamientos de la SESAL.
			I.1.1.1.2 Municipios priorizados con servicios de salud con gestión descentralizada.
			I.1.1.1.3 Población de las zonas de extrema pobreza de las cinco ciudades con más de 100,000 habitantes con cobertura de servicios de salud.
			I.1.1.1.4 Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS) atendiendo a la población de los municipios más postergados.
			I.1.1.1.5 Establecimientos de Salud tipo III del primer nivel (Policlínico) funcionando.
		I.1.1.2. Componente de Gestión para resultados elaborado e implementándose.	I.1.1.2.1 Unidades del primer nivel y segundo nivel funcionando bajo un compromiso de gestión no descentralizada.
			I.1.1.2.2 Redes Integradas de servicios de Salud desarrollando la estrategia de Mejora Continua de Calidad.
			I.1.1.2.3 Unidades de salud del segundo nivel funcionando bajo un convenio de gestión descentralizada.
			I.1.1.2.4 Planes y estrategias elaborados para el abordaje de problemas de salud priorizados.
			I.1.1.2.5 Capacidades del RRHH Fortalecidas.
	I.1.1.3. Componente de Financiamiento elaborado e implementándose.	I.1.1.3. Componente de Financiamiento elaborado e implementándose.	I.1.1.3.1 Modulación del financiamiento.
			I.1.1.3.2 Sistema Nacional de Aseguramiento.
			I.1.1.3.3 Sistema Nacional de Aseguramiento.
	I.1.2. Diseñada e implementada la estructura organizacional de la secretaria de salud basada en la separación de funciones de rectoría y provisión.	I.1.2.1. DO del nivel central y el nivel intermedio implementándose.	I.1.2.1.1 DO del Nivel Central implementado.
			I.1.2.1.2 DO del Nivel Intermedio implementado.
I.1.3. Planificación institucional y sectorial.	I.1.3.1. Plan de priorización y focalización en base a grupos poblacionales y problemas de salud elaborado.	I.1.3.1.1 Diagnóstico sobre los grupos poblacionales y problemas de salud.	
		I.1.3.1.2 Análisis de necesidades financieras elaborado.	
		I.1.3.2.1 Implementación del SIMEGpR.	
	I.1.3.2. Evaluación de la gestión institucional.		

PLAN ESTRATEGICO			PLAN OPERATIVO
Objetivo Estratégico N° 2	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 del sistema		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
2.1. Incrementado el cumplimiento del marco normativo en salud (establecimientos, RRHH, bienes y servicios).	2.1.1. Marco normativo de atención definido.	2.1.1.1. Marco normativo de atención actualizado e implementado.	2.1.1.1.1 Documentos normativos de atención a las personas elaborados (nuevo).
			2.1.1.1.2 Documentos normativos de atención a las personas actualizadas (existentes).
	2.1.2. Marco normativo sanitario definido.	2.1.2.1. Marco normativo sanitario actualizado e implementado.	2.1.2.1.1 Documentos normativos sanitarios elaborados (nuevos).
			2.1.2.1.2 Documentos normativos sanitarios actualizados (existentes).
	2.1.3. Intervenciones de vigilancia al cumplimiento del marco normativo en salud.	2.1.3.1. Aplicadas las acciones de vigilancia y control sanitario en cumplimiento del marco normativo.	2.1.3.1.1 Registros sanitarios.
			2.1.3.1.2 Licencias sanitarias.
			2.1.3.1.3 Otras autorizaciones.
			2.1.3.1.4 Inspecciones sanitarias.
			2.1.3.2.1 Auditoría médica sistemática.
			2.1.3.2.2 Auditoría médica no sistemática.

PLAN ESTRATEGICO			PLAN OPERATIVO
Objetivo Estratégico N° 3	Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población.		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
3.1. Definidas las prioridades nacionales para la vigilancia de la salud, según área geográfica y grupo poblacional.	3.1.1. Actualizado el perfil de salud.	3.1.1.1. Actualizado el Análisis de Situación de Salud (ASIS) Nacional.	3.1.1.1.1 Análisis de Situación de Salud Nacional elaborado.
		3.1.1.2. Funcionando el sistema de Alerta-Respuesta.	3.1.1.2.1 Investigación y control de brotes.
		3.1.1.3. Plan de contingencias para la respuesta nacional ante las emergencias y desastres.	3.1.1.3.1 Lineamientos sobre metodología y estrategias de detección y evaluación de riesgos, prevención, mitigación, preparación y respuesta nacional.
			3.1.1.3.2 Vigilancia y Monitoreo de Emergencias y Desastres.
		3.1.1.4. Implementada la normativa del Reglamento Sanitario Internacional.	3.1.1.4.1 Establecidos los mecanismos control en los puntos de entrada al país de acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional.

PROVISIÓN

PLAN ESTRATÉGICO			PLAN OPERATIVO
Objetivo Estratégico N° 4	Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
4.1. Mejorada la salud materna a través de atenciones de salud (promoción, prevención y recuperación).	4.1.1. Brindada la atención integral a la mujer en condición de embarazo en el primer nivel de atención.	4.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la mujer en condición de embarazo.	4.1.1.1.1 Atención de promoción a la mujer en condición de embarazo.
		4.1.1.2. Brindada la atenciones de prevención a la mujer en condición de embarazo.	4.1.1.2.1 Atención de prevención a la mujer en condición de embarazo. 4.1.1.2.2 Brindadas las atenciones de planificación familiar.
		4.1.1.3. Brindada la atención prenatal.	4.1.1.3.1 Atención prenatal.
		4.1.1.4. Brindada la atención de parto institucional.	4.1.1.4.1 Atención de parto Institucional.
		4.1.1.5 Brindada la atención de puerperio.	4.1.1.5.1 Atención puerperal.
		4.1.1.6. Brindadas otras atenciones por morbilidad general a la mujer en condición de embarazo parto y puerperio.	4.1.1.6.1 Atención a mujer embarazada con enfermedad.
	4.1.2. Brindada la atención integral a la mujer en condición de embarazo en el segundo nivel de atención.	4.1.2.1. Brindada la atención de prevención del segundo nivel a la mujer en condición de embarazo.	4.1.2.1.1 Atención de planificación familiar a la mujer en edad fértil (M.E.F.).
		4.1.2.2 Brindada la atención prenatal.	4.1.2.2.1 Atención prenatal.
		4.1.2.3. Brindada la atención de parto institucional.	4.1.2.3.1 Atención de parto Institucional.
		4.1.2.4. Brindada la atención de puerperio.	4.1.2.4.1 Atención puerperal.
		4.1.2.5. Brindadas otras atenciones por morbilidad causada por el embarazo parto o puerperio.	4.1.2.5.1 Emergencias obstétricas (hospitalización).
			4.1.2.5.2 Atención a mujer embarazada por enfermedad (consulta externa).

PLAN ESTRATÉGICO			PLAN OPERATIVO
Objetivo Estratégico N° 5	Mejorar las condiciones de salud del menor de cinco años.		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
5.1. Mejorada la salud de menores de cinco años a través de atenciones de salud (promoción, prevención y recuperación).	5.1.1. Brindada la atención integral a menores de cinco años en el primer nivel de atención.	5.1.1.1. Brindada la atención de promoción a menores de cinco años.	5.1.1.1. Atención de promoción a menores de cinco años.
		5.1.1.2. Aplicado el esquema completo de vacunación a menores de un año.	5.1.1.2.1. Aplicada la tercera dosis de pentavalente.
		5.1.1.3. Brindadas otras atenciones de prevención a menores de cinco años.	5.1.1.3.1. Otras atenciones de prevención a menores de cinco años.
		5.1.1.4. Brindada la atención de neumonía / bronconeumonía a menores de cinco años.	5.1.1.4.1. Atención por neumonía/ bronconeumonía a menores de cinco años.
		5.1.1.5. Brindada la atención por diarrea a menores de cinco años.	5.1.1.5.1. Atención por diarrea a menores de cinco años.
		5.1.1.6. Brindadas otras atenciones por morbilidad general a menores de cinco años.	5.1.1.6.1. Otras atenciones a menores de cinco años por morbilidad general.
	5.1.2. Brindada la atención integral a menores de cinco años en el segundo nivel de atención.	5.1.2.1. Brindada la atención de consulta externa a menores de cinco años.	5.1.2.1.1. Atenciones al menor de cinco años.
		5.1.2.2. Brindada la atención de hospitalización a menores de cinco años.	5.1.2.2.1. Egresos del menor de cinco años.

Plan Estratégico			Plan Operativo
Objetivo Estratégico N° 6	Mejorar el control de enfermedades vectoriales prioritizadas		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
6.1. Disminuida la incidencia de dengue.	6.1.1. Brindada la atención integral a la población y al ambiente por Dengue.	6.1.1.1. Brindada la atención de promoción por dengue a la población.	6.1.1.1.1. Acciones de promoción de dengue.
		6.1.1.2. Brindada la atención de prevención por dengue a la población y al ambiente.	6.1.1.2.1. Intervenciones de prevención y control de dengue.
		6.1.1.3. Brindada la atención de casos nuevos por dengue.	6.1.1.3.1. Pacientes con síndrome febril por dengue.
6.2. Disminuida la incidencia de malaria.	6.2.1. Brindada la atención integral a la población y al ambiente por Malaria.	6.2.1.1. Brindada la atención de promoción por malaria a la población.	6.2.1.1.1. Acciones de promoción de malaria.
		6.2.1.2. Brindada la atención de prevención por malaria a la población y al ambiente.	6.2.1.2.1. Intervenciones de prevención y control de malaria.
		6.2.1.3. Brindada la atención de casos nuevos por malaria.	6.2.1.3.1. Pacientes con síndrome febril por malaria.

Plan Estratégico			Plan Operativo
Objetivo Estratégico N° 7	Mejorar el control de enfermedades infecciosas prioritizadas		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
7.1. Disminuida la incidencia de VIH/Sida.	7.1.1. Brindada la atención integral a la población por VIH/Sida.	7.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la población en general por VIH/ Sida.	7.1.1.1.1 Acciones de promoción de VIH/Sida.
		7.1.1.2. Brindada la atención a las personas viviendo con VIH/ Sida.	7.1.1.2.1 Tratamiento con antirretrovirales entregados a la población viviendo con VIH/Sida.
		7.1.1.3. Detectados casos nuevos de VIH/Sida.	7.1.1.3.1 Casos nuevos de VIH/Sida.
7.2. Disminuida la incidencia de Tuberculosis.	7.2.1. Brindada la atención integral a la población por Tuberculosis.	7.2.1.1. Brindada la atención de promoción a la población en general por Tuberculosis.	7.2.1.1.1 Acciones de promoción de Tuberculosis.
		7.2.1.2. Brindada la atención de prevención a la población en general por Tuberculosis.	7.2.1.2.1 Intervenciones de prevención para Tuberculosis.
		7.2.1.3 Detectados casos nuevos de Tuberculosis.	7.2.1.3.1 Paciente diagnosticado con Baciloscopia positiva.

Plan Estratégico			Plan Operativo
Objetivo Estratégico N° 8	Mejorar el control y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles prioritizadas		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
8.1. Mejorada la salud de las personas con Hipertensión Arterial.	8.1.1. Brindada la atención integral a la población en el primer nivel por Hipertensión Arterial.	8.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la población general por Hipertensión Arterial.	8.1.1.1.1 Acciones de promoción a la población general por Hipertensión Arterial.
		8.1.1.2. Brindada la atención de prevención a población en riesgo por Hipertensión Arterial.	8.1.1.2.2 Acciones de prevención a población en riesgo por Hipertensión Arterial.
		8.1.1.3. Brindada la atención clínica a la población por Hipertensión Arterial.(Consulta externa)	8.1.1.3.3 Atención clínica a la población por Hipertensión Arterial.
	8.1.2. Brindada la atención integral a la población en el segundo nivel por Hipertensión Arterial.	8.1.2.1. Brindada la atención clínica a la población por Hipertensión Arterial.(Consulta externa)	8.1.2.1.1 Atención clínica a la población por Hipertensión Arterial.
		8.1.2.1. Brindados servicios de hospitalización a la población por Hipertensión Arterial.	8.1.2.1.1 Egresos hospitalarios por Hipertensión Arterial.
		8.2.1.1. Brindada la atención de promoción a la población general por Diabetes Mellitus.	8.2.1.1.1 Acciones de promoción a la población general por Diabetes Mellitus.
8.2. Mejorada la salud de las personas con Diabetes Mellitus.	8.2.1. Brindada la atención integral a la población en el primer nivel de atención por Diabetes Mellitus.	8.2.1.2. Brindada la atención de prevención a la población por Diabetes Mellitus tipo II.	8.2.1.2.1 Acciones de prevención a población para reducir el riesgo por Diabetes Mellitus Tipo II.

		8.2.1.3. Brindada la atención clínica a la población por Diabetes Mellitus.(Consulta externa)	8.2.1.3.1 Atención clínica a la población por Diabetes Mellitus.
	8.2.2. Brindada la atención integral a la población en el segundo nivel de atención por Diabetes Mellitus.	8.2.2.1. Brindada la atención de prevención a la población por Diabetes Mellitus.	8.2.2.1. Acciones de prevención a pacientes por Diabetes Mellitus para evitar complicaciones.
		8.2.2.3. Brindada la atención clínica a la población por Diabetes Mellitus (Consulta externa)	8.2.2.1.3 Atención clínica a la población por Diabetes Mellitus.
		8.1.2.1. Brindados servicios de hospitalización a la población por Diabetes Mellitus.	8.1.2.1.1 Egresos hospitalarios por Diabetes Mellitus.
8.3. Mejorada la salud de las personas con enfermedades Oncológicas priorizada (Cáncer de: mama, cuello uterino, prostático, pulmón y gástrico)	8.3.1. Brindada la atención integral a la población en el primer nivel de atención con enfermedad oncológica priorizada	8.3.1.1. Brindada la atención de promoción por enfermedad oncológica priorizada a la población en general.	8.3.1.1.1 Acciones de promoción por enfermedad oncológica priorizada a la población en general.
		8.3.1.2. Brindada la atención de prevención por enfermedad oncológica priorizada a la población en general.	8.3.1.2.1 Acciones de prevención por enfermedad oncológica priorizada a la población en general. 8.3.1.2.2 Acciones de prevención a MEF (atenciones).
	8.3.2. Brindada la atención integral a la población en el segundo nivel de atención con enfermedad oncológica priorizada.	8.3.1.2. Brindada la atención clínica a la población por enfermedad oncológica priorizada (Consulta externa)	8.3.1.2.1. Atención clínica a la población por enfermedad oncológica priorizada
		8.3.1.3. Brindados servicios de hospitalización a la población por enfermedad oncológica priorizada.	8.3.1.3.1. Egresos hospitalarios por enfermedad oncológica priorizada.

Plan Estratégico			Plan Operativo
Objetivo Estratégico	Implementar intervenciones por ciclo de vida para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población.		
N° 9			
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
9.1. Brindadas las atenciones de salud (promoción, prevención y recuperación) a la población no priorizada.	9.1.1. Brindada la atención integral a la población no priorizada en el primer nivel.	9.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la población no priorizada.	9.1.1.1.1 Acciones de promoción a la población no priorizadas.
		9.1.1.2. Brindada la atención de prevención a la población no priorizada.	9.1.1.2.1 Acciones de prevención a la población no priorizada.
		9.1.1.3. Brindada la atención clínica a la población no priorizada.	9.1.1.3.1 Atenciones clínicas brindadas a la población no priorizada.
	9.1.2. Brindada la atención integral a la población no priorizada en el segundo nivel.	9.1.2.1. Brindada la atención a la población no priorizada de consulta externa.	9.1.2.1.1 Atenciones de consulta externa a la población no priorizada.
		9.1.2.2. Brindada la atención de hospitalización a la población no priorizada.	9.1.2.2.1 Egresos de hospitalización de la población no priorizada.
		9.1.2.3. Brindada la atención de emergencia a toda la población.	9.1.2.3.1 Atenciones de emergencia a toda la población.

b. Productos Trazadores

Los Productos Trazadores son aquellos productos que se utilizan como un instrumento interno de la SESAL y cumplen un rol esencial en los procesos de: Planificación, Programación y Monitoreo y Evaluación. Se construyen mediante la suma de las metas de los Productos Programables, que son la unidad mínima para programar en el Plan Operativo Anual y Presupuesto las actividades y tareas que requieren los Productos Trazadores, en una secuencia lógica de acumulación.

Los Productos Trazadores son un instrumento interno, desarrollado por la SESAL, que surgen por:

- Debido a las múltiples cadenas de valor a lo interno de la institución surgen los productos trazadores como una expresión representativa de un conjunto de productos programables.
- La limitación de la apertura de la Estructura Programática Presupuestaria (EPP) del SIAFI, la cual únicamente permite que se programen dos Productos por cada Actividad/Obra.
- La necesidad de vincular el presupuesto a los productos y resultados, en el marco de la cadena de valor de la gestión pública.
- La necesidad de orientar la gestión hacia resultados, la cual requiere vincular la producción con el presupuesto.
- La necesidad de monitorear y evaluar los Productos y Resultados del Plan Estratégico Institucional como elemento para medir la gestión orientada a resultados y evaluar los logros alcanzados.

c. Áreas de valor público.

Cada unidad organizativa institucional ha identificado las áreas que su unidad aporta para la creación de valor, tanto a nivel interno (para desarrollar capacidades internas) o bien a nivel externo (creando valor público para terceros). La creación de valor público en este caso se ha materializado en los Productos Trazadores y en los Productos Programables, los cuales están inherentes en todos los *procesos internos clave*.

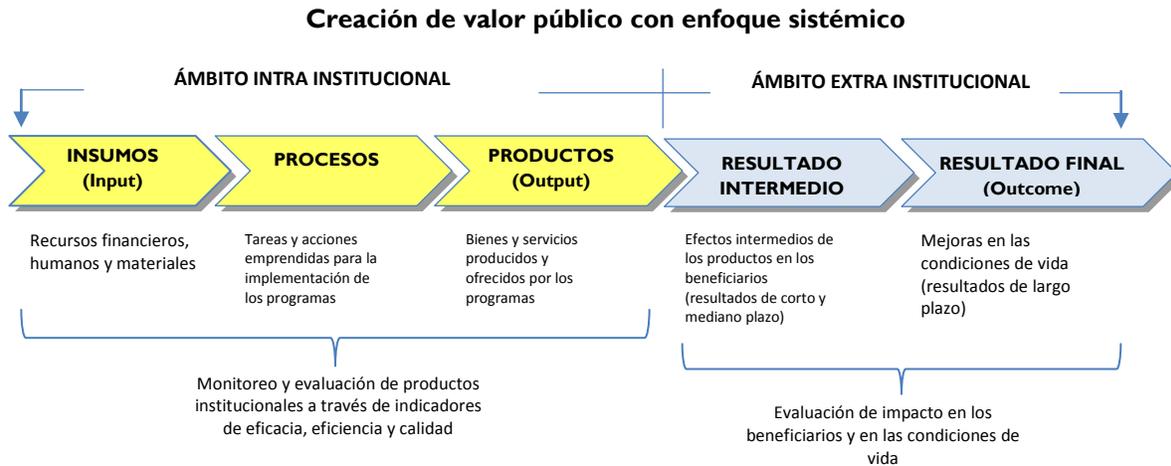
Estas áreas se definieron a partir de la misión de cada una de las unidades de la SESAL, llenando los siguientes requisitos⁵³:

- Congruente con la misión de la institución.
- Definirla de manera que se pueda entender en qué consiste el valor público que se está creando.
- Representa un conjunto importante de actividades de cada instancia.
- Forma un todo coherente y con un alto grado de sinergia entre sí.
- En su conjunto, las áreas definidas por las diferentes instancias cubren la misión de la institución de forma integral.

Para sistematizar el análisis de la creación de valor público, cada una de las unidades de la SESAL, ha analizado la secuencia ordenada de la producción desde la disponibilidad de insumos (input) hasta la obtención de los productos o resultados de la gestión institucional (output) y la contribución de estos en los resultados finales de largo plazo (outcome) a través del desarrollo de los procesos internos clave.

⁵³ Ramírez Arango, JS. "La democracia eficaz: Planeamiento estratégico para gobiernos y entidades públicas en países democráticos en desarrollo. Edición electrónica 2011.

Se han identificado los responsables y los indicadores de producto y de cumplimiento (Ver anexo) que expresan la vinculación con el Plan Estratégico y el Plan Operativo, como instrumento anual para la ejecución de las actividades programadas y el presupuesto. El gráfico siguiente, muestra la construcción de la cadena de valor desde su inicio en el ámbito Intrainstitucional al ámbito extra institucional, donde se visualiza su contribución al cumplimiento de las metas sectoriales.



En este contexto es importante señalar que el cumplimiento y avance de los indicadores de impacto como la disminución de mortalidad general, mortalidad materna y mortalidad infantil se logra con el concurso de las instituciones gubernamentales del sector salud y del Gobierno, ya que son multifactoriales y derivadas de las condicionantes de la Salud en el marco de las condiciones de vida de la población.

X. Monitoreo y evaluación del Plan Estratégico

La gestión para resultados orientada a la creación de valor público, adoptada por la Secretaría de Salud en el marco de los lineamientos del Gobierno, es un enfoque dirigido a mejorar su desempeño para lograr la eficiencia y efectividad de las acciones de la institución en la provisión de bienes y servicios para alcanzar metas cuantificables de manera eficiente; promover la toma de decisiones con base en evidencia y atender las demandas de la población en materia de transparencia y rendición de cuentas.

Bajo este enfoque se han definido metas y resultados en los instrumentos de planificación de ámbito nacional, sectorial e institucional, que reflejan los cambios esperados en el Sistema de Salud y en la salud de la población.

10.1. Monitoreo y evaluación orientado a resultados

El Sistema de Monitoreo y Evaluación para medir resultados, considera tres componentes: i) Sistema de indicadores para el monitoreo enfocado a resultados; ii) Evaluaciones de resultados anuales; iii) Evaluaciones de impacto. En síntesis, a través de estos tres componentes, se traslada el

énfasis de la gestión tradicional concentrada en la ejecución de insumos a la consecución de resultados alcanzados con dichos insumos.

- **Monitoreo orientado a resultados**

Requiere la identificación de los indicadores y las metas para monitorear los programas institucionales que responden al mandato institucional que constituye la agenda estratégica de la Secretaría de Salud con la frecuencia y utilizando los canales establecidos.

- **Evaluación de resultados anual**

De acuerdo con los lineamientos institucionales, sectoriales y nacionales, cada año se elaborará un informe de evaluación para la rendición de cuentas en el ejercicio correspondiente sobre el cumplimiento de los objetivos del Plan Estratégico Institucional y se socializarán los resultados de las evaluaciones.

- **Evaluación de impacto**

Tienen el propósito de verificar las relaciones causales entre las acciones implementadas por las diversas instituciones del gobierno y los cambios en la salud de la población. Se trata de analizar con evidencia sólida la efectividad de distintas intervenciones y requiere, por lo general, el uso de encuestas o técnicas específicas focalizadas en el análisis del impacto de la interacción de las instituciones. Los resultados de estas evaluaciones deben ser utilizados para la toma de decisiones sobre la adecuación y continuidad de la iniciativa gubernamental.

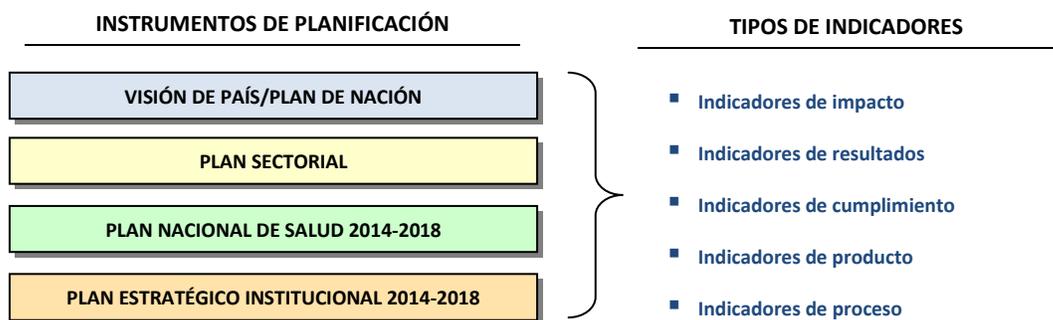
10.2. Propósito del monitoreo y la evaluación

- Realizar un monitoreo integrado del avance físico y financiero del Plan Estratégico Institucional a través de los Planes Operativos Anuales.
- Establecer un marco para el desarrollo de las evaluaciones anuales y las evaluaciones de impacto que permita determinar el efecto de las intervenciones en la mejora de las condiciones de salud de la población.
- Proporcionar información a los tomadores de decisión para la asignación de recursos y el diseño de las intervenciones.
- Estimular los procesos armonizados de planificación de corto, mediano y largo plazo en el ámbito institucional, sectorial y nacional.

10.3. Metas e indicadores

La Secretaría de Salud es responsable del análisis, diseño, monitoreo y evaluación de las políticas, programas y proyectos en salud en el marco de sus funciones a nivel institucional, sectorial y nacional, vela para que la ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos de las Unidades esté alineada con los compromisos asumidos en el Plan Nacional de Salud 2014-2018, que responde al Plan de Gobierno y el Plan de Nación así como otros compromisos regionales e internacionales.

Monitoreo y evaluación de los instrumentos de planificación



De cada uno de los instrumentos se desprenden metas en salud a las cuales se les debe dar seguimiento a través de indicadores adecuados y específicos que responden, a su vez, al alcance de cada uno de los instrumentos, en el marco de la lógica de la planificación y la evaluación.

La Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión, es la responsable de efectuar la evaluación periódica de la eficiencia y eficacia de las iniciativas de gobierno de la Secretaría de Salud y monitorear y evaluar la implementación e impacto de las políticas, planes y proyectos de salud⁵⁴.

Tipos de Indicadores

- *Indicadores de producto*: miden los avances en la ejecución de las metas de producto.
- *Indicadores de cumplimiento*: miden los avances en la ejecución de las metas de los programas de valor público.

- *Indicadores de resultado*: miden los avances en la ejecución de las metas de resultados de la gestión institucional.
- *Indicadores de impacto*: miden los cambios producidos en la mejora de la salud de la población.

Todas las Unidades de la Secretaría de Salud, incluyendo a las unidades con modalidad de gestión descentralizada, deben focalizar la planificación estratégica, la programación y financiación de forma adecuada para alcanzar las metas y resultados previstos a continuación:

⁵⁴ Acuerdo Ministerial 406 de 2014 (Reglamento de Organizaciones y Funciones de la SESAL).

10.3. Indicadores de Resultados de la Gestión Institucional

METAS E INDICADORES DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2014-2018

RECTORIA

OBJETIVO ESTRATEGICO 1. Conducir en todas sus fases el Sistema Nacional de Salud hacia la integración y pluralidad.

INDICADORES	2014	2015	2016	2017
1. Población con acceso a servicios de salud del primer nivel con gestión descentralizada. ⁵⁵	1,154,061	1,357,475	1,511,254	-
2. Porcentaje de municipios priorizados con cobertura de salud con gestión descentralizada.	9.6	28.8	66.3	100
3. Porcentaje de hospitales públicos funcionando con gestión descentralizada.	7.4	18.5	29.6	37
4. Porcentaje de regiones sanitarias funcionando bajo un compromiso de gestión por resultados.	20	20	20	20
5. Porcentaje de hospitales funcionando bajo un compromiso de gestión por resultados.	25	22	19	17

OBJETIVO ESTRATEGICO 2. 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 del sistema

INDICADORES	2014	2015	2016	2017
6. Porcentaje de productos de interés sanitario que cumplen con la normativa establecida para otorgar el registro sanitario.	95	95	95	95
7. Porcentaje de establecimientos y servicios de interés sanitario que cumplen con la normativa establecida para otorgar las licencias sanitarias.	95	95	95	95

OBJETIVO ESTRATEGICO 3. Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población

INDICADORES	2014	2015	2016	2017
8. Porcentaje de brotes investigados.	60	70	80	90

PROVISIÓN

OBJETIVO ESTRATEGICO 4. Mejorada la salud de la mujer en condición de embarazo

INDICADORES	2014	2015	2016	2017
9. Razón de mortalidad materna ⁵⁶ (por 100,000 nacidos vivos).	73 (2010)	-	-	50
10. Cobertura de atenciones prenatales.	97.81	98.78	99.98	100
11. Cobertura de parto institucional.	68.73	69.94	70.70	71.70
12. Cobertura de atenciones puerperales.	61.70	61.70	61.84	61.91

⁵⁵ Fuente del Dato: Unidad de Gestión Descentralizada (UGD) de la SESAL.

⁵⁶ -Fuente: Secretaría de Salud: Honduras actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010. La razón de mortalidad materna se obtiene a través del estudio RAMOS que se realiza periódicamente. El último dato corresponde al año 2010. Se estima que en el 2017 se realizará un nuevo estudio RAMOS y en el Plan de Nación se prevé alcanzar una meta de 50 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos para dicho año.

OBJETIVO ESTRATEGICO 5. Mejorada la salud del menor de cinco años				
INDICADORES	2014	2015	2016	2017
13. Tasa de mortalidad en menores de un año por 1,000 nacidos vivos. ⁵⁷	24 (2013)	24	24	21
14. Tasa de mortalidad en menores de un año por 1,000 nacidos vivos. ⁵⁸	29 (2013)	29	29	21
15. Cobertura con esquema completo de vacunación en menores de un año. ⁵⁹	85	88	89	90
16. Tasa de incidencia de diarrea en menores de cinco años (por 1,000 menores de cinco años).	135.93	133.32	131.19	129.10
17. Tasa de incidencia de neumonía/bronconeumonía en menores de cinco años (por 1,000 menores de cinco años).	45.59	44.77	44.11	43.47

OBJETIVO ESTRATEGICO 6. Mejorar el control de enfermedades vectoriales priorizadas				
INDICADORES	2014	2015	2016	2017
18. Tasa de incidencia de dengue (por 100,000 habitantes).	109.63	99.51	92.16	85.38
19. Tasa de incidencia de malaria (por 100,000 habitantes).	180.38	168.52	160.63	153.15

OBJETIVO ESTRATEGICO 7. Mejorar el control de enfermedades infecciosas priorizadas				
INDICADORES	2014	2015	2016	2017
20. Porcentaje de personas con VIH/Sida en terapia antirretroviral.	63	67	72	78
21. Tasa de incidencia de tuberculosis (por 100,000 habitantes).	28.74	27.03	25.93	24.89

OBJETIVO ESTRATEGICO 8. Mejorar el control y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles priorizadas.				
INDICADORES	2014	2015	2016	2017
22. Incidencia de hipertensión arterial en los establecimientos de la SESAL. ⁶⁰	35,481	35,659	35,839	36,019
23. Número de atenciones brindadas por hipertensión arterial en los establecimientos de la SESAL. ⁶¹	-	-	-	-
24. Incidencia de diabetes mellitus en los establecimientos de la SESAL. ⁶²	27,946	28,087	28,229	28,371
25. Número de atenciones brindadas diabetes mellitus en los establecimientos de la SESAL	-	-	-	-
26. Incidencia de las enfermedades oncológicas priorizadas en el segundo nivel. ⁶³	825	829	834	838
27. Mortalidad por enfermedades oncológicas priorizadas en el segundo nivel.	-	-	-	-

⁵⁷ Los datos de la mortalidad infantil >1 año, (incluye neonatal) son de la ENDESA 2011-2012 (Página N° 150)

⁵⁸ Los datos de mortalidad en > de 5 años son de la ENDESA 2011-2012 (Página 150)

⁵⁹ Datos Oficializados por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la SESAL.

⁶⁰ Datos oficializados por la Unidad de Gestión de la Información UGI de la SESAL, (TRANS-1)

⁶¹ -Los datos de numerales 23,25, 27, 28 y 29; Compromiso de la UGI; Se harán ajustes al Sistema de Información de la SESAL

⁶² Datos oficializados por la Unidad de Gestión de la Información UGI de la SESAL, (TRANS-1)

⁶³ Datos oficializados por la Unidad de Gestión de la Información UGI de la SESAL, (Cáncer de pulmón y Gástrico) (Egresos Hospitalarios)

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9. Implementar intervenciones por ciclo de vida para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población				
INDICADORES	2014	2015	2016	2017
28. Tasa de mortalidad general por todas las causa.	-	-	-	-
29. Tasa de mortalidad general exceptuando las muertes por lesión de causa externa.	-	-	-	-

XI. Aseguramiento en salud

La propuesta estratégica del PEI 2014-2018 está orientada hacia el aseguramiento de salud a la población. La Secretaría de Salud rectora el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y le corresponde su regulación y armonización. Es un instrumento financiero del Estado que asegura a la población la provisión de servicios de salud a las personas, en condiciones de equidad⁶⁴. Su propósito es la ampliación efectiva y eficiente de la cobertura a toda la población del país de forma que dé respuesta a sus demandas, vinculando los recursos invertidos y los resultados obtenidos.

Una de las prioridades manifestada en el Plan de Gobierno de Salud 2014-2018 es la extensión de cobertura de servicios de salud a toda la población, a través de un sistema de **aseguramiento público en salud**. El Sistema de Protección Social en Salud, se define como un subsistema del Sistema de Protección Social, el cual contempla, a su vez, dos subsistemas de aseguramiento, de acuerdo con el marco jurídico vigente, el aseguramiento público tiene dos regímenes: i) Régimen contributivo; y ii) Régimen no contributivo.

El régimen contributivo, según el marco jurídico vigente, comprende los “Servicios de Seguridad Social que serán prestados y administrados por el Instituto Hondureño de Seguridad Social que cubrirá los casos de enfermedad, maternidad, subsidio de familia, vejez, orfandad, paros forzosos, accidentes de trabajo, desocupación comprobada, enfermedades profesionales y todas las demás contingencias que afecten a la capacidad de producir⁶⁵” que incluye los regímenes obligatorios y especiales contemplados en la Ley del Seguro Social⁶⁶.

El régimen no contributivo, requiere el desarrollo de un marco jurídico y técnico que regule el desarrollo del régimen subsidiado y el régimen de cobertura siniestral, que se irán desarrollando de forma progresiva. Entre otros elementos, su implementación requiere el desarrollo del Fondo Nacional de Salud, el Plan Obligatorio de Salud o paquete de servicios que se van a proveer a la población, bien generales o bien específicos, mecanismos de financiamiento y de compra de servicios de salud, entre otros.

Por ser un tema de interés político y social está siendo objeto especial de abordaje, no obstante no se puede obviar desde la óptica de la salud que su urgencia está determinada por la condición de exclusión social configurada entre otros por: la pobreza, la desigualdad, el desempleo, la ausencia de

⁶⁴ Secretaría de Salud. Modelo Nacional de Salud. 2013

⁶⁵ Constitución de la República, artículo 142.

⁶⁶ Ley del Seguro Social (Decreto Legislativo 140-1959) y su Reforma (Decreto Legislativo 080-2001)

oportunidades, la violencia, la delincuencia, la falta de acceso a los sistemas de salud y educación, condenando a los miembros de los grupos excluidos a circunstancias difíciles en su vida.

Es impostergable, entonces, establecer mecanismos que contribuyan a la protección social en salud concebida específicamente como la garantía para que los individuos o grupo de individuos puedan satisfacer sus demandas en salud, estableciendo procesos destinados a que la población tenga acceso a servicios apropiados, sistemáticos y permanentes, mediante la reasignación equitativa de los recursos con que cuenta el Estado.

En general, la formulación de una **propuesta de política de aseguramiento en salud**, implica:

1. Formular estrategias de asignación de fondos para compensar asimetrías de mercado entre regímenes de aseguramiento y los niveles de atención, elaborando criterios de asignación equitativos, que reflejen el riesgo y la vulnerabilidad de los diferentes segmentos de población.
2. Planificar y organizar un sistema plural de aseguramiento en salud que incluye: la definición de planes nacionales de aseguramiento; la definición de la población a asegurar; la definición del financiamiento, mediante la identificación de fuentes, mecanismos y flujos de fondos.

Le corresponde a la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG), en el ámbito de sus funciones, la formulación de propuestas de políticas de aseguramiento en salud, formular estratégicas de asignación de fondos y planificar y organizar un sistema plural de aseguramiento en salud, entre otros elementos.

XII. Bibliografía

Secretaría de Salud (SESAL). Honduras

- Acuerdo Ministerial 406 de 15 de mayo de 2014. Reglamento interno de organización y funciones de la Secretaría de Salud.
- Manual para la elaboración de planes estratégicos en salud. Julio 2013
- Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. 2009
- Plan Nacional de Salud 2021. 2005
- Plan Nacional de Salud 2014-2018. Junio 2014
- Plan Estratégico Institucional (PEI) 2013-2016. 2013
- Sistema de Monitoria y Evaluación de la Gestión (SIMEG). 2008

Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Internacional (SEPLAN). Honduras

- Cultura institucional y equidad de género. 2012
- Metodología para la formulación del PEI. Abril 2012

Gobierno de Honduras

- Decreto Ejecutivo PCM 001-2014. De la Secretaria General de Gobierno y de los Gabinetes Sectoriales.
- Decreto Ejecutivo PCM 002-2014. De las Direcciones Presidenciales.
- Decreto Ejecutivo PCM 061-2013. Reforma los artículos 67, 68 y 69 del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo contenido en el Decreto Ejecutivo PCM-008-97 y sus reformas.
- Decreto 286-2009 publicado el 2 de febrero de 2010. Visión de País y Plan de Nación.
- Decreto 266-2013 publicado el 23 de enero de 2014. Ley para optimizar la administración pública, mejorar los servicios a la ciudadanía y fortalecimiento de la transparencia en el Gobierno.
- Decreto Ejecutivo PCM-008-97 publicado el 7 de junio de 1997. Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo.
- Plan de Gobierno “Para una vida mejor”. 2014
- Política de Protección Social. 2012

Mapas del territorio de Honduras C.A.

- Colección de mapas continentales y regionales - www.mapashonduras.com

XIII. Glosario

Armonización de la provisión: Garantizar y vigilar la complementariedad de los diversos proveedores a fin de asegurar la continuidad y la integralidad en la atención, de acuerdo a los planes, objetivos y prioridades nacionales en salud, evitando duplicidad en el uso de los recursos.

Aseguramiento: Garantizar mediante un régimen de aseguramiento, el acceso permanente y oportuno a servicios de salud suficiente, integral y de calidad a fin de proteger prioritariamente a la población económicamente más deprimida ante eventualidades que puedan provocar daños a la salud (entendida como la garantía de la atención de un grupo de problemas de salud en espacios de población definidos como prioritarios).

Capital Humano: Recurso humano que aplica la inteligencia en salud.

Conducción: Formular organizar y dirigir la elaboración de políticas, planes, prioridades y objetivos nacionales de salud, orientando y asegurando su implementación a través de la concertación y movilización de actores sociales e instituciones en apoyo de los mismos.

Cumplimiento del mandato constitucional la SESAL tiene tres funciones misionales básicas: Función de Rectoría; Función de Provisión de Servicios; y Función de Financiamiento / Aseguramiento.

Fiscalización control y Vigilar, controlar y fiscalizar la aplicación del marco normativo sanitario que debe acatar toda persona física y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario; o que realiza actividades o mantiene conductas que por su naturaleza puedan afectar la salud de la población, ambientes de vida y trabajo; a fin de proteger la salud de individuos, familias y comunidades.

Garantía del aseguramiento: Garantizar la cobertura de un sistema de aseguramiento en salud a toda la población, mediante el establecimiento de políticas, mecanismos de financiamiento y planes de cobertura, de acuerdo a las necesidades, la capacidad de pago, nivel de exclusión, riesgo y vulnerabilidad de los individuos y familias.

Inteligencia en salud: Todos los conocimientos, actitudes y prácticas que llevan a la institución a cumplir su Misión.

Modelo Nacional de Salud define lo que se necesita para coordinar, armonizar y alinear la atención según la cartera de servicios, niveles de atención y tipología de establecimientos:

- i) Componente de Atención definirá la cartera de servicios, niveles de atención, definición o caracterización de las unidades de salud, definición de la red de servicios de salud y su sistema de articulación con el sistema de referencia y contra referencia.
- ii) Componente de gestión definirá los regímenes de aseguramiento en salud el relacionamiento de los proveedores y las formas de pago por los servicios.
- iii) Componente de Financiamiento que realizara la identificación de las fuentes de financiamiento y hará modulación del financiamiento

Una vez implementado el modelo nacional de salud le corresponderá a la SESAL y a sus unidades de salud la responsabilidad de regular y dar seguimiento a la aplicación del modelo de salud en su red de servicios actuales y a futuro el sector.

Lo anterior contribuirá a la: i) Integración del sistema nacional de salud su armonización y coordinación; ii) Satisfacción de la demanda de los usuarios (acceso a los servicios); y iii) Mejorar la eficiencia en el uso y distribución de los recursos del sistema nacional de salud.

Modulación del financiamiento: Armonizar y alinear con criterios de complementariedad, eficiencia, eficacia, efectividad y equidad en la recaudación, asignación y distribución de los recursos financieros de las diferentes fuentes del sistema de salud; y su alineamiento con las prioridades y objetivos nacionales para atender las necesidades y demandas atención, promoción y protección de la Salud.

Provisión de Servicios: entendida como Planificar, organizar, implementar, supervisar, monitorear y evaluar en las unidades jerárquicamente dependientes la prestación de servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud de acuerdo a principios de integralidad y continuidad en los diferentes niveles y lineamientos establecidos en el componente de atención en el modelo de salud.

Rectoría: entendida como la función mediante la cual el ente rector lidera, promueve y articula de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce sus potestades de Autoridad Sanitaria para proteger y mejorar la salud de la población.

Regulación: Formular el marco normativo sanitario que debe acatar toda persona física y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario; o que realiza actividades o mantiene conductas que por su naturaleza puedan afectar la salud de la población, ambientes de vida y trabajo; a fin de proteger la salud de individuos, familias y comunidades.

Seguridad en los bienes y servicios que se proveen: Aplicación del marco normativo a bienes y servicios de interés sanitario.

Vigilancia de la Salud: Dar seguimiento al estado de salud de la población, sus condiciones, determinantes y tendencias, con el propósito de identificar riesgos e impacto para tomar decisiones oportunas que permitan proteger y mejorar la salud y la calidad de vida de la población hondureña.

Desocupación comprobada: Falta de actividad o empleo comprobado, aquellos miembros de la población que no están en disposición de trabajar, sea por estudios, edad -niños y población añosa o jubilada-, así como la desocupación comprobada por enfermedad o cualquier otra causa legalmente establecida.

XIII. Anexos

METAS E INDICADORES DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO ⁶⁷

METAS	INDICADORES GLOBALES	INDICADORES HONDURAS	META 2015
<ul style="list-style-type: none"> Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años. 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad en la niñez Tasa de mortalidad infantil. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión. 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad en la niñez 	16 (29/2013)
		<ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad infantil 	12 (24/2013)
		<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de niños menores de 1 año vacunados contra el sarampión. 	95 (95/2013)
<ul style="list-style-type: none"> Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015. 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad materna. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado. 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad materna. 	46 (73/2013)
		<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de partos institucionales (con asistencia de personal sanitario especializado). 	ne (83/2013)
		<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de embarazadas que recibieron atención prenatal 	ne (97/2013)
<ul style="list-style-type: none"> Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas entre 15 y 24 años de edad. Tasa de uso de anticonceptivos. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia de VIH/SIDA 	ne (0.6/2013)
		<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de mujeres entre 15-49 que usan anticonceptivos 	ne (73.2/2013)
		<ul style="list-style-type: none"> Número de casos de VIH acumulados 	ne (27,712/2010)
		<ul style="list-style-type: none"> Casos reportados de VIH/SIDA (por 100,000 habitantes) 	ne (9.2/2013)
		<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de pacientes con ARV 	100
		<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia de malaria por (100,000 habitantes) 	ne (171.1/2013)
<ul style="list-style-type: none"> Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves. 	<ul style="list-style-type: none"> Índices de morbilidad y mortalidad palúdicas. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento de paludismo. Tasa de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve y bajo observación directa. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de casos de malaria 	ne (5,100/2013)
		<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia de tuberculosis (por 100,000 habitantes) 	ne (32.9/2013)
		<ul style="list-style-type: none"> Muertes por tuberculosis (por 100,000 habitantes) 	ne (0.5/2013)
		<ul style="list-style-type: none"> Incidencia de dengue clásico (por 100,000 habitantes) 	ne (303/2013)
		<ul style="list-style-type: none"> Incidencia de dengue hemorrágico (por 100,000 habitantes) 	ne (3.7/2013)
		<ul style="list-style-type: none"> Muertes asociadas a dengue (por 100,000 habitantes) 	ne (29/2013)

⁶⁷ Únicamente constan los indicadores relativos a salud. Estos indicadores tienen vigencia hasta el año 2015. La Resolución aprobada en la Asamblea General de Naciones Unidas el 27 de julio de 2012, "El futuro que queremos" (66/288) establece que debe analizarse nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a partir de 2016 y para eso establecer un grupo de trabajo a fin que presenten en el sexagésimo octavo periodo de sesiones de la Asamblea, un informe que incluirá una propuesta de ODS para que esta los examine y adopte las medidas adecuadas. Con fecha 12 de agosto de 2014 se presenta una propuesta que contiene 17 ODS, que se deberán ir concretando.

Mapa Político de Honduras

“La transformación del Sistema de Salud de Honduras, proporcionará un mejor acceso y calidad de los servicios de salud para su población”



Mapa de Regiones Departamentales de Honduras



SECRETARÍA DE SALUD												
ÁREA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN												
RESUMEN DE NIVELES DE UNIDADES DE SALUD POR REGIONES DEPARTAMENTALES												
AÑO 2014												
Nº	Nombre de la Región	Tipo de Unidad									Unidades Descentraliz.	Total
		Hospitales			CESAMO	CESAR	CLIMAI	CLIPER	CEO	Otros		
Nacional	Regional	Área										
1	Departamental de Atlántida	0	1	1	21	32	0	0	1	13	0	69
2	Departamental de Colón	0	0	2	19	41	3	0	0	3	7	68
3	Departamental de Comayagua	0	1	0	26	65	5	0	2	4	6	103
4	Departamental de Copán	0	1	0	24	61	4	0	1	2	34	93
5	Departamental de Cortés	0	0	1	25	35	4	0	0	4	0	69
6	Departamental de Choluteca	0	1	0	33	113	6	0	1	3	22	157
7	Departamental de El Paraíso	0	0	1	23	74	4	0	1	4	13	107
8	Departamental de Francisco Morazán	0	0	0	33	65	1	0	0	4	18	103
9	Departamental de Gracias a Dios	0	0	1	16	31	3	0	1	4	6	56
10	Departamental de Intibucá	0	0	1	16	38	7	0	1	1	36	64
11	Departamental de Islas de la Bahía	0	0	1	6	1	0	0	0	2	0	10
12	Departamental de La Paz	0	0	1	16	53	3	0	1	1	17	75
13	Departamental de Lempira	0	0	1	13	92	7	0	0	1	81	114
14	Departamental de Ocoatepeque	0	0	1	21	24	2	0	0	0	0	48
15	Departamental de Olancho	0	1	0	35	141	6	0	1	2	29	186
16	Departamental de Santa Bárbara	0	0	1	22	59	4	0	0	4	28	90
17	Departamental de Valle	0	0	1	15	57	5	0	0	1	16	79
18	Departamental de Yoro	0	0	3	24	62	8	0	0	6	32	103
19	Metropolitana del Distrito Central	5	0	0	25	36	0	3	2	14	0	86
20	Metropolitana de San Pedro Sula	1	1	0	27	2	0	0	2	9	0	42
	Gran Total	6	6	16	440	1,082	72	3	14	82	345	1,722

Fuente : Secretaría de Salud, Área de Sistemas de Información-UGI

Región Departamental de Atlántida



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de Atlántida

Población y Unidades de Salud por Municipio

Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACIÓN (2014)	GESTIÓN SESAL							DESCENTRALIZADO				PRIVADO				IHSS		
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL		LAB.	TOTAL
1	La Ceiba	207,161	2	6	0	1	1	0	1	11	0	0	0	0	1	1	7	0	9	0
2	Arizona	20,917	3	2	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	El Porvenir	26,886	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
4	Esparta	15,412	1	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Jutiapa	34,967	6	1	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	La Masica	29,252	5	2	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	San Francisco	11,966	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Tela	87,559	13	4	0	0	0	0	1	18	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1
TOTAL		434,120	32	21	0	1	1	0	2	57	0	0	0	0	1	3	7	0	11	1

Fuente: Secretaría de salud/Area de Sistemas de Información /Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Colón



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de Colón

Población y Unidades de Salud por Municipio

Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL								DESCENTRALIZADO				PRIVADO					IHSS	
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL	LAB.	TOTAL		
1	Trujillo	61,032	10	2	0	1	0	0	1	14	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
2	Balfate	11,120	2	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Bonito Oriental	44,640	6	1	1	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Iriona	24,326	2	4	1	0	0	0	0	7	2	4	1	7	0	0	0	0	0	0	0
5	Limón	11,535	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Saba	26,489	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Santa Fé	7,456	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Santa Rosa de Aguan	2,873	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Sonaguera	38,748	6	2	1	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Tocoa	87,626	9	3	0	0	0	0	1	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL		315,845	41	19	3	1	0	0	2	66	2	4	1	7	0	1	0	0	1	1	

Fuente: Secretaría de salud/Area de Sistemas de Información/Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Comayagua



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de Comayagua

Población y Unidades de Salud por Municipio

Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL							DESCENTRALIZADO				PRIVADO					IHSS	
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL	LAB.		TOTAL
1	Comayagua	129,820	11	6	0	1	1	0	1	20	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
2	Ajuterique	12,125	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	El Rosario	27,930	5	1	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Esquilas	19,111	8	1	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Humuya	1,466	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	La Libertad	22,327	3	1	1	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Lamani	6,999	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Lajas	7,356	1	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	La Trinidad	5,009	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Lejamani	5,669	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Meambar	12,935	4	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Minas de Oro	13,070	4	1	1	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Ojo de Agua	30,574	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	San Jeronimo	21,564	5	1	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	San Jose de Comayagua	6,871	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0
16	San Jose del Potrero	6,188	2	1	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
17	San Luis	9,675	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	San Sebastian	3,523	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Siguetepeque	95,407	4	2	1	0	1	0	0	8	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
20	Taulabe	24,422	1	1	1	0	0	0	0	3	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0
21	Villas de San Antonio	24,687	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		486,728	65	24	5	1	2	0	1	98	2	3	1	6	0	0	2	0	1	0

Fuente: Secretaría de salud/Área de Sistemas de Información/Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Copán



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de Copan

Población y Unidades de Salud por Municipio

Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL							DESCENTRALIZADO				PRIVADO				IHSS			
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL		LAB.	TOTAL	
1	Santa Rosa	64,094	5	2	0	1	1	0	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2	Cabañas	13,521	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
3	Concepción	7,629	4	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Copan Ruinas	42,907	5	2	0	0	0	0	0	7	5	2	0	7	0	0	0	0	0	0	0
5	Corquin	17,898	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Cucuyagua	14,927	4	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Dolores	6,047	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Dulce Nombre	6,860	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	El Paraíso	23,675	2	1	1	0	0	0	0	4	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0
10	Florida	28,561	5	1	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	La Jigua	9,128	3	1	0	0	0	0	0	4	3	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0
12	La Union	17,189	7	1	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Nueva Arcadia	49,809	3	2	1	0	0	0	0	6	3	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0
14	San Agustín	4,497	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	San Antonio	10,579	2	1	0	0	0	0	0	3	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
16	San Jeronimo	5,376	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
17	San José	6,270	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	San Juan de Opoa	9,052	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	San Nicolás	8,835	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
20	San Pedro	6,876	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Santa Rita	30,693	5	1	1	0	0	0	0	7	5	1	1	7	0	0	0	0	0	0	0
22	Trinidad	6,675	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	Veracruz	3,341	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		394,439	61	24	4	1	1	1	1	92	22	10	2	34	0	0	0	0	0	0	1

Fuente: Secretaría de salud/Área de Sistemas de Información/Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Cortés



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de Cortés

Población y Unidades de Salud por Municipio

Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL							DESCENTRALIZADO				PRIVADO				IHSS		
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL		LAB.	TOTAL
1	San Pedro Sula	763,626	2	27	0	1	2	0	2	34	0	0	0	0	0	1	3	0	4	3
2	Choloma	335,151	4	4	1	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3	La Lima	63,226	1	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
4	Omóa	44,539	5	2	1	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	Pimienta	33,017	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6	Potrerrillos	23,901	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7	Puerto Cortés	118,376	8	3	0	1	0	0	1	13	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
8	San Antonio de Cortés	19,037	2	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	San Francisco de Yojoa	14,999	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	San Manuel	66,612	5	1	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11	Santa Cruz de Yojoa	85,571	4	3	1	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
12	Villanueva	161,274	5	4	1	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
TOTAL		1729,327	37	52	4	2	2	0	3	100	0	0	0	0	1	4	0	5	6	

Fuente: Secretaría de salud/Area de Sistemas de Información /Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Choluteca



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de Choluteca

Población y Unidades de Salud por Municipio

Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL								DESCENTRALIZADO				PRIVADO					IHSS
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL	LAB.	TOTAL	
1	Choluteca	188,383	22	11	0	1	1	0	1	36	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
2	Apacilagua	9,504	8	1	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Concepción de María	27,118	10	1	1	0	0	0	0	12	10	1	1	12	0	0	0	0	0	
4	Duyure	2,815	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
5	El Corpus	23,485	15	1	1	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6	El Triunfo	50,782	8	2	1	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7	Marcovia	51,618	8	3	1	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
8	Morolica	5,873	4	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	Namasigue	33,837	7	3	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	Orocuina	17,740	7	1	1	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11	Pespite	25,975	9	2	1	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
12	San Antonio de Flores	6,142	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
13	San Isidro	3,541	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
14	San José	3,849	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15	San Marcos de Colón	25,824	6	2	1	0	0	0	0	9	6	2	1	9	0	0	0	0	0	
16	Santa Ana de Yusguare	15,002	4	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL			113	33	7	1	1	0	1	156	16	4	2	22	0	1	0	0	1	

Fuente: Secretaría de salud/Área de Sistemas de Información/Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de El Paraíso



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de El Paraíso

Población y Unidades de Salud por Municipio

Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL							DESCENTRALIZADO				PRIVADO				IHSS			
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL		LAB.	TOTAL	
1	Yuscaran	18,450	2	1	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Alauca	9,837	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Danlí	199,009	27	3	1	1	0	0	1	33	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	
4	El Paraíso	48,905	3	2	1	0	0	0	0	6	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	
5	Guinópe	7,888	2	1	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
6	Jacaleapa	4,283	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7	Las Trojes	49,083	4	3	0	0	0	0	0	7	5	3	1	9	0	0	0	0	0	0	
8	Liure	11,236	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	Morocelí	15,628	5	1	1	0	0	0	0	7	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
10	Oropolí	6,080	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11	Potrерillos	3,937	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
12	San Antonio de Flores	5,476	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
13	San Lucas	8,212	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
14	San Matías	5,283	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15	Soledad	10,206	6	1	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16	Teupasénti	44,727	7	1	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17	Texiguat	9,182	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
18	Vado Ancho	4,346	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
19	Yauyupe	1,520	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL		463,289	72	23	3	1	1	1	1	101	8	3	2	13	0	1	0	0	1	2	

Fuente: Secretaría de salud/Area de Sistemas de Información/Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Francisco Morazán



Secretaría de salud, Honduras C.A.
Región Departamental de Francisco Morazán
Población y Unidades de Salud por Municipio
Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACIÓN (2014)	GESTIÓN SESAL							DESCENTRALIZADO				PRIVADO				IHSS		
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL		LAB.	TOTAL
1	Distrito Central	1217,804	36	25	0	2	2	3	6	74	0	0	0	0	2	5	0	7	3	
2	Alubarén	5,943	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	2	0	0	0	0	0	
3	Cedros	17,873	3	5	0	0	0	0	0	8	0	2	0	2	0	0	0	0	0	
4	Curarén	20,120	6	1	0	0	0	0	0	7	5	1	0	6	0	0	0	0	0	
5	El Porvenir	16,092	3	2	0	0	0	0	0	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
6	Guaimaca	33,792	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7	La Libertad	2,987	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
8	La Venta	6,016	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	Lepaterique	15,011	5	1	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	Maraita	5,772	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11	Marale	6,678	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
12	Nueva Armenia	2,099	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
13	Ojojona	8,076	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
14	Orica	11,148	2	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15	Reitoca	11,169	5	1	1	0	0	0	0	7	5	1	1	7	0	0	0	0	0	
16	Sabanagrande	17,066	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17	San Antonio de Oriente	14,212	4	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
18	San Buenaventura	2,065	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
19	San Ignacio	7,229	4	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
20	San Juan de Flores	14,580	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21	San Miguelito	1,883	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
22	Santa Ana	11,470	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
23	Santa Lucía	7,809	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
24	Talanga	40,615	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
25	Tatumbula	5,981	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
26	26. Vallecillo	7,035	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
27	27. Valle de Angeles	16,362	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
28	28. Villa de San Francisco	10,805	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	TOTAL	1537,692	100	57	1	2	2	3	6	171	12	5	1	18	0	2	7	0	9	3

Fuente: Secretaría de salud/Area de Sistemas de Información /Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)
Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Gracias a Dios



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de Gracias a Dios

Población y Unidades de Salud por Municipio

Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL							DESCENTRALIZADO				PRIVADO				IHSS		
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL		LAB.	TOTAL
1	Puerto Lempira	38,792	17	6	0	0	1	0	1	25	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
2	Ahuas	11,203	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
3	Brus Laguna	16,317	3	4	1	0	0	0	0	8	1	4	1	6	0	0	0	0	0	0
4	Juan Francisco Bulnes	9,282	3	3	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
5	Villeda Morales	15,903	3	1	1	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Wampusiripiure	7,248	3	1	1	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		98,746	31	16	3	0	1	0	1	52	1	4	1	6	0	0	4	0	4	0

Fuente: Secretaría de salud/Area de Sistemas de Información /Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Intibucá



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de Intibucá

Población y Unidades de Salud por Municipio

Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL							DESCENTRALIZADO				PRIVADO					IHSS		
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL	LAB.		TOTAL	
1	La Esperanza	9,483	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Camasca	7,662	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Colomcagua	21,382	4	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Concepción	10,902	2	1	1	0	0	0	0	4	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0
5	Dolores	5,823	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
6	Intibucá	61,676	9	0	1	1	1	0	1	13	8	0	1	9	0	0	0	0	0	0	0
7	Jesus de Otoro	32,398	4	1	1	0	0	0	0	6	4	1	1	6	0	0	0	0	0	0	0
8	Magdalena	4,918	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
9	Masaguara	18,377	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	San Antonio	5,658	2	1	0	0	0	0	0	3	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0
11	San Isidro	4,865	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	San Juan	17,817	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	San Marcos de La Sierra	9,577	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
14	San Miguelito	7,471	1	1	1	0	0	0	0	3	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0
15	Santa Lucia	5,575	1	1	1	0	0	0	0	3	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0
16	Yamaranguila	24,417	5	1	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	San Francisco de Opalaca	10,885	3	1	1	0	0	0	0	5	3	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		258,885	37	16	7	1	1	0	1	63	21	9	6	36	0						

Fuente: Secretaría de salud/Área de Sistemas de Información /Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Islas de la Bahía



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de Islas de la Bahía

Población y Unidades de Salud por Municipio

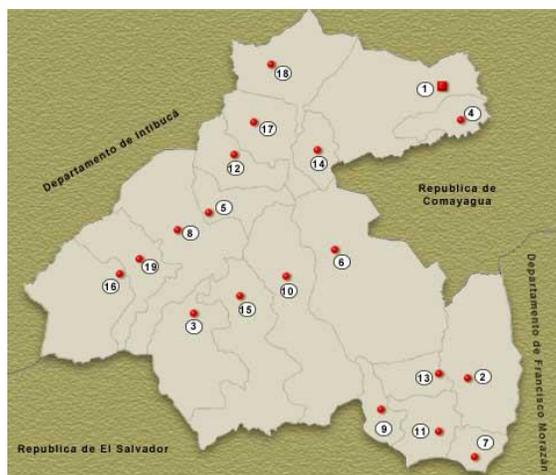
Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL							DESCENTRALIZADO				PRIVADO				IHSS			
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL		LAB.	TOTAL	
1	Roatán	33,825	0	2	0	1	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2	Guanaja	5,532	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	José Santos Guardiola	11,807	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Utila	2,849	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		54,013	1	6	0	1	0	0	1	9	0	1									

Fuente: Secretaría de salud/Área de Sistemas de Información/Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de La Paz



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de La Paz

Población y Unidades de Salud por Municipio

Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL							DESCENTRALIZADO				PRIVADO				IHSS			
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL		LAB.	TOTAL	
1	La Paz	46,177	11	0	0	1	1	0	1	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Aguanqueterique	5,405	2	1	1	0	0	0	0	4	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0
3	Cabañas	2,944	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Cane	2,628	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Chinacla	9,712	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Guajiquiro	15,564	6	1	0	0	0	0	0	7	6	1	0	7	0	0	0	0	0	0	0
7	Leuterique	2,908	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Marcala	39,821	2	1	1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Mercedes de Oriente	1,173	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Opatoro	8,386	4	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	San Antonio del Norte	2,595	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	San José	10,148	1	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	San Juan	2,128	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	San Pedro Tutule	6,783	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	Santa Ana	12,617	5	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	Santa Elena	10,121	4	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Santa María	10,488	3	2	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	Santiago de Puringla	16,106	4	1	1	0	0	0	0	6	4	1	1	6	0	0	0	0	0	0	0
19	Yarula	9,354	3	0	1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		215,057	53	16	4	1	1	0	1	76	12	3	2	17	0						

Fuente: Secretaría de salud/Area de Sistemas de Información /Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Lempira



Secretaría de salud, Honduras C.A.
Región Departamental de Lempira
Población y Unidades de Salud por Municipio
Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL								DESCENTRALIZADO				PRIVADO					IHSS
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL	LAB.	TOTAL	
1	Gracias	59,291	9	2	0	1	0	0	1	13	8	1	0	9	0	0	0	0	0	0
2	Belen	7,075	4	1	0	0	0	0	0	5	4	1	0	5	0	0	0	0	0	0
3	Candelaria	7,263	2	1	1	0	0	0	0	4	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0
4	Cololaca	7,413	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0
5	Erandique	15,891	3	1	1	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Gualcinco	11,694	4	1	0	0	0	0	0	5	4	1	1	6	0	0	0	0	0	0
7	Guarita	9,111	3	1	0	0	0	0	0	4	4	1	0	5	0	0	0	0	0	0
8	La Campa	5,828	3	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0
9	La Iguala	23,861	6	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
10	Las Flores	10,635	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	La Union	15,239	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	La Virtud	6,300	1	1	1	0	0	0	0	3	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0
13	Lepaera	42,697	1	1	0	0	0	0	0	2	8	1	1	10	0	0	0	0	0	0
14	Mapulaca	4,635	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0
15	Piraera	13,849	3	1	0	0	0	0	0	4	3	1	0	4	0	0	0	0	0	0
16	San Andrés	13,750	6	0	0	0	0	0	0	6	6	0	0	6	0	0	0	0	0	0
17	San Francisco	10,644	2	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
18	San Juan Guarita	3,111	3	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0
19	Sanmanuel de Colohete	15,641	5	1	1	0	0	0	0	7	4	1	0	5	0	0	0	0	0	0
20	San Rafael	14,132	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	San Sebastián	10,537	3	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0
22	Santa Cruz	7,042	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	Talgua	11,048	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Tambula	2,601	2	0	1	0	0	0	0	3	2	0	1	3	0	0	0	0	0	0
25	Tomala	6,886	3	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0
26	Valladolid	3,634	2	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
27	Virginia	2,927	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0
28	San Marcos de Calquin	5,688	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0
TOTAL		348,423	83	14	5	1	0	0	1	104	67	10	4	81	0	0	0	0	0	0

Fuente: Secretaría de salud/Area de Sistemas de Información /Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Ocotepeque



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de Ocotepeque

Población y Unidades de Salud por Municipio

Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACIÓN (2014)	GESTIÓN SESAL								DESCENTRALIZADO				PRIVADO					IHSS	
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL	LAB.	TOTAL		
1	Nueva Ocotepeque	22,958	3	2	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Belen Gualcho	14,401	2	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Concepción	5,247	2	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Dolores Merendón	3,848	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Fraternidad	3,697	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	La Encarnación	4,354	2	1	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	La Labor	9,263	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Lucerna	4,884	2	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Mercedes	8,741	2	2	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	San Fernando	6,268	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	San Francisco del V	8,626	2	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	San Jorge	5,517	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	San Marcos	23,955	2	1	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	Santa Fe	4,985	1	2	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	Sesenti	10,392	2	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	Sinuapa	6,952	1	1	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		144,088	24	21	2	0	0	0	1	0	48	0									

Fuente: Secretaría de salud/Area de Sistemas de Información /Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Olancho



Secretaría de salud, Honduras C.A.
Región Departamental de Olancho
Población y Unidades de Salud por Municipio
Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL							DESCENTRALIZADO				PRIVADO				IHSS	
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL		LAB.
1	Juticalpa	132,717	23	3	0	1	1	0	1	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Campamento	21,788	5	1	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Catacamas	125,942	24	4	0	0	0	0	0	28	6	0	1	7	0	0	1	0	1
4	Concordia	6,911	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Dulce Nombre de Culmi	34,797	16	1	1	0	0	0	0	18	16	1	1	18	0	0	0	0	0
6	El Rosario	4,845	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Esquipulas del Norte	10,948	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Gualaco	22,701	8	1	0	0	0	0	0	9	1	0	0	1	0	0	0	0	0
9	Guarizama	8,166	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Guata	12,590	3	2	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Guayape	11,425	4	2	1	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Jano	4,195	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	La Unión	8,055	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	Manguiltle	9,253	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	Manto	11,788	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	Salamá	6,998	1	2	1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	San Esteban	25,941	8	2	1	0	0	0	0	11	2	1	0	3	0	0	0	0	0
18	San Francisco de Becerra	8,822	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	San Francisco de la Paz	19,076	5	1	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	Santa Maria del Real	13,664	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Silca	7,949	5	1	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	Yocon	11,058	6	1	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	Patuca	32,440	14	2	1	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		552,072	141	34	5	1	1	0	1	183	25	2	2	29	0	0	1	0	1

Fuente: Secretaría de salud/Área de Sistemas de Información /Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Santa Bárbara



Secretaría de salud, Honduras C.A.
Región Departamental de Santa Bárbara
Población y Unidades de Salud por Municipio
Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL							DESCENTRALIZADO				PRIVADO				IHSS		
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL		LAB.	TOTAL
1	Santa Bárbara	43,342	2	0	0	1	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Arada	10,212	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Atima	16,021	2	1	0	0	0	0	0	3	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0
4	Azacualpa	20,563	3	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Ceguapa	4,541	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Concepción del Norte	8,180	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Concepción del Sur	8,063	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Chinda	4,015	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	El Nispero	7,935	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Gualala	5,117	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Ilama	9,980	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Las Vegas	20,277	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Macuelizo	39,957	6	2	0	0	0	0	0	8	6	2	0	8	0	0	0	0	0	0
14	Naranjito	12,197	2	1	0	0	0	0	0	3	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0
15	Nuevo Celilac	7,598	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	Petosa	11,732	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Protección	18,249	2	1	0	0	0	0	0	3	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0
18	Quimistan	40,948	7	1	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
19	San Francisco de Ojuera	6,162	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
20	San José de Colinas	17,319	2	1	1	0	0	0	0	4	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0
21	San Luis	32,274	3	1	0	0	0	0	0	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
22	San Marcos	15,509	3	1	1	0	0	0	0	5	3	1	1	5	0	0	0	0	0	0
23	San Nicolás	15,151	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	San Pedro Zacapa	9,452	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Santa Rita	3,246	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	San Vicente Centenario	3,930	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	Trinidad	20,596	2	1	1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	Nueva Frontera	18,260	3	1	1	0	0	0	0	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL		430,830	58	23	4	1	0	0	1	87	19	7	2	28	0	0	1	0	1	1

Fuente: Secretaría de salud/Area de Sistemas de Información /Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Valle



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de Valle

Población y Unidades de Salud por Municipio

Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACION (2014)	GESTION SESAL								DESCENTRALIZADO				PRIVADO					IHSS
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL	LAB.	TOTAL	
1	Nacaome	62,712	16	3	1	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Alianza	6,187	2	3	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Amapala	12,517	1	2	1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Aramecina	6,446	2	1	1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Caridad	3,704	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Goascoran	13,932	9	1	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Langue	22,353	13	2	1	0	0	0	0	16	13	2	1	16	0	0	0	0	0	0
8	San Fcisco de Coray	10,275	7	1	1	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	San Lorenzo	42,756	6	1	0	1	0	0	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		180,882	58	15	5	1		0	1	80	13	2	1	16	0	0	0	0	0	0

Fuente: Secretaría de salud/Area de Sistemas de Información /Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

Región Departamental de Yoro



Secretaría de salud, Honduras C.A.

Región Departamental de Yoro

Población y Unidades de Salud por Municipio

Año 2014

N°	MUNICIPIO	POBLACIÓN (2014)	GESTIÓN SESAL								DESCENTRALIZADO				PRIVADO					IHSS	
			CESAR	CESAMO	CMI	LAB.	CEO	CLIPER	HOSPITAL	TOTAL	CESAR	CESAMO	CMI	TOTAL	CLINICA	CP	HOSPITAL	LAB.	TOTAL		
1	Yoro	82,481	13	2	0	1	0	0	1	17	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
2	Arenal	5,019	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	El Negrito	47,370	5	1	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	El Progreso	229,495	5	5	1	0	0	0	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
5	Jocón	8,075	3	1	1	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Morazán	40,011	7	2	1	0	0	0	0	10	7	2	1	10	0	0	0	0	0	0	0
7	Olanchito	101,245	13	5	2	0	0	0	1	21	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
8	Santa Rita	19,983	1	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Sulaco	13,737	3	1	1	0	0	0	0	5	3	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0
10	Victoria	28,665	7	4	1	0	0	0	0	12	7	3	1	11	0	1	0	0	1	0	
11	Yorito	15,104	4	1	1	0	0	0	0	6	4	1	1	6	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		591,186	62	24	9	1	0	0	3	99	21	7	4	32	0	2	1	0	3	3	

Fuente: Secretaría de salud/Area de Sistemas de Información/Registro de Unidades productoras de servicios (RUPS)

Nota: En base a las Proyecciones de población departamentales, se calcula la población municipal con un error de estimación de aproximadamente 3%

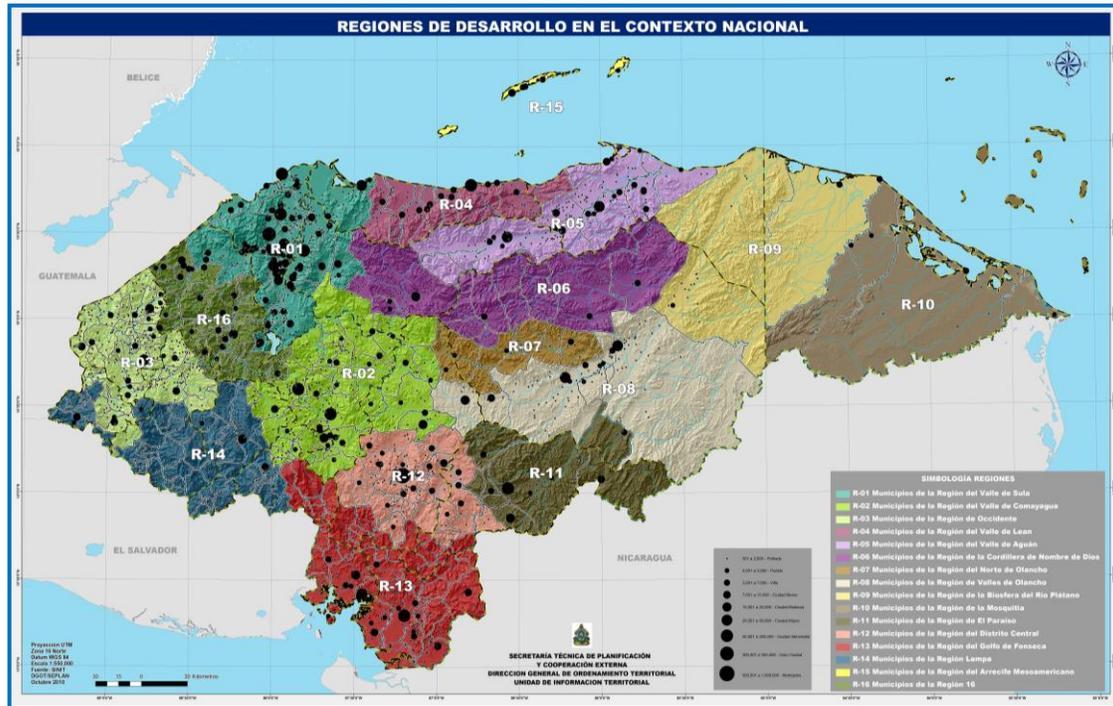
Municipios Priorizados para la Implementación de la Estrategia de Gestión Descentralizada de Servicios

Departamento	No.	Municipio	Población
Colón	1	Iriona	24,326
Comayagua	2	Taulabé	24,422
	3	San Jose de Comayagua	6,871
Copán	4	Cabañas	13,521
	5	Copán Ruinas	42,907
	6	El Paraiso	23,674
	7	La Jigua	9,128
	8	Nueva Arcadia	19,461
	9	San Antonio	10,579
	10	San Jeronimo	5,376
	11	San Nicolas	6,835
Choluteca	12	Santa Rita	30,693
	13	Duyure	2,815
	14	Concepcion de Maria	27,118
El Paraíso	15	San Marcos de Colón	25,824
	16	Trojes	44,175
	17	Morocelí	15,629
	18	San Lucas	8,212
	19	Texiguat	9,182
Francisco Morazan	20	Vado ancho	4,346
	21	Yauyupe	1,520
	22	Alubaren	5,905
	23	Cedros	9,006
Gracias a Dios	24	Curaren	20,215
	25	Reitoca	11,112
Intibucá	26	Brus Laguna	16,317
	27	Concepcion	10,902
	28	Intibucá	24,593
	29	Jesus de Otoro	32,398
	30	Magdalena	4,918
	31	San Antonio	5,658
	32	San Francisco de Opalaca	10,885
	33	San Marcos de la Sierra	9,577
	34	San Miguelito	7,471
	35	Santa Lucía	5,575
	36	Camasca	7,738
	37	Colomocagua	21,823
	38	Dolores	5,823
	39	Masaguara	18,857
40	San Isidro	5,021	
41	San Juan	17,817	
42	Yamaranguila	25,148	

Departamento	No.	Municipio	Población
La Paz	43	Aguanqueterique	5,405
	44	Guajiquiro	15,564
	45	Santiago de Puringla	16,106
	46	Lauterique	2,908
	47	Mercedes de Oriente	1,173
	48	San Antonio del Norte	2,595
	49	San Juan	2,128
	50	Opatoro	8,386
	51	Santa Ana	12,617
	52	Santa Elena	10,121
Lempira	53	Yarula	9,354
	54	Belen	7,075
	55	Candelaria	7,263
	56	Cololaca	7,413
	57	Gracias	59,291
	58	Gualcinse	11,694
	59	Guarita	9,111
	60	La Virtud	6,300
	61	Lepaera	42,697
	62	Mapulaca	4,635
	63	Piraera	13,849
	64	San Andres	13,750
	65	San Juan Guarita	3,111
	66	San Manuel Colohete	15,641
	67	San Marcos Caiquin	5,688
	68	San Sebastian	10,537
	69	Tambla	2,601
	70	Tomala	6,886
	71	Valladolid	3,634
	72	Virginia	2,927
73	Erandique	15,891	
74	La Campa	5,828	
75	La Iguala	23,861	
76	La Unión	15,239	
77	Las Flores	10,635	
78	San Francisco	10,644	
79	San Rafael	14,132	
80	Santa Cruz	7,042	
81	Talgua	11,048	
Ocatepeque	82	Belen Gualcho	14,401
	83	Encarnación	4,354
	84	San Jorge	5,517
	85	San Fernando	6,268

Departamento	No.	Municipio	Población
Olancho	86	Catacamas	101,853
	87	Dulce Nombre de Culmí	32,948
Santa Bárbara	88	Atima	16,021
	89	Macuelizo	35,962
	90	Naranjito	12,199
	91	Protección	18,250
	92	San Jose de Colinas	17,320
	93	San Luis (pobl de El Playon)	5,843
	94	San Marcos	15,510
	95	Arada	10,212
	96	El Nispero	7,935
	97	Nuevo Celilac	7,598
Valle	98	San Vicente Centenario	3,930
	99	Langue	22,353
Yoro	100	San Francisco de Coray	10,275
	101	Morazán	36,010
	102	Sulaco	13,737
	103	Victoria	28,665
	104	Yorito	15,104

Regiones de Desarrollo



Región N° 01 Valle de Sula	
Departamento	Municipio
Atlántida	Tela
Cortés	San Pedro Sula
Cortés	Choloma
Cortés	Omoa
Cortés	Pimienta
Cortés	Potrerillos
Cortés	Puerto Cortés
Cortés	San Antonio de Cortés
Cortés	San Fco. de Yojoa
Cortés	San Manuel
Cortés	Santa Cruz de Yojoa
Cortés	Villanueva
Cortés	La lima
Santa Bárbara	Petoa
Santa Bárbara	Quimistán
Santa Bárbara	Las Vegas
Yoro	El Negrito
Yoro	El Progreso
Yoro	Morazán
Yoro	Santa Rita

Región N° 02 Comayagua	
Departamento	Municipio
Comayagua	Comayagua
Comayagua	Ajuterique
Comayagua	El Rosrio
Comayagua	Esquias
Comayagua	Humuya
Comayagua	La Libertad
Comayagua	La maní
Comayagua	La Trinidad
Comayagua	Lejamaní
Comayagua	Meambar
Comayagua	Minas de Oro
Comayagua	Ojo de Agua
Comayagua	San Jerónimo
Comayagua	San José del Potrero
Comayagua	San Luis
Comayagua	San Sebastian
Comayagua	Siguatepeque
Comayagua	Villa de San Antonio
Comayagua	Lajas
Fco. Morazán	Cedros
Fco. Morazán	El Porvenir
Fco. Morazán	Marale
Fco. Morazán	San Ignacio
Fco. Morazán	Talanga
Fco. Morazán	Vallecillo
Intibucá	Jesús de Otoro
Intibucá	Masaguara
Intibucá	San Isidro
La Paz	La Paz
La Paz	Cane
La Paz	Chinacla
La Paz	San José
La Paz	San Pedro de Tutule
La Paz	Santa María
La Paz	Santiago de Puringla
Yoro	Sulaco
Yoro	Victoria

Región N° 03 Occidente	
Departamento	Municipio
Copán	Cabañas
Copán	Concepción
Copán	Copán, Ruinas
Copán	Corquín
Copán	Cucuyagua
Copán	Dolores
Copán	Dulce Nombre
Copán	El Paraíso
Copán	Florida
Copán	La Jigua
Copán	La Unión
Copán	Nueva Arcadia
Copán	San Agustín
Copán	San Antonio
Copán	San Jerónimo
Copán	San José
Copán	San Juan de Opoa
Copán	San Nicolás
Copán	San Pedro
Copán	Santa Rita
Copán	Trinidad
Copán	Vera cruz
Lempira	Gracias
Lempira	Belén
Lempira	Cololaca
Lempira	La Iguala
Lempira	Las Flores
Lempira	Lepaera
Lempira	Talgua
Ocatepeque	La Encarnación
Ocatepeque	Lucerna
Ocatepeque	San Fernando
Ocatepeque	San Francisco del Valle
Ocatepeque	San Jorge
Ocatepeque	San Marcos
Ocatepeque	Sensenti

Región N° 04 Valle de Lean	
Departamento	Municipio
Atlántida	La Ceiba
Atlántida	Esparta
Atlántida	Jutiapa
Atlántida	La Masica
Atlántida	San Francisco
Atlántida	Arizona
Colón	Balfate
Atlántida	El Porvenir

Región N° 05 Valle de Aguan	
Departamento	Municipio
Colón	Trujillo
Colón	Limón
Colón	Sabá
Colón	Santa Fé
Colón	Santa Rosa de Aguan
Colón	Sonaguera
Colón	Tocoa
Colón	Bonito Oriental
Yoro	Arenal
Yoro	Jocón
Yoro	Olanchito

Región N° 06 Cordillera Nombre de Dios	
Departamento	Municipio
Olancho	El Rosario
Olancho	Esquipulas del Norte
Olancho	Gualaco
Olancho	Guata
Olancho	Jano
Olancho	La Unión
Olancho	Mangulile
Olancho	San Esteban
Olancho	Yocón
Yoro	Yoro
Yoro	Yorito

Región N° 07 Norte de Olancho	
Departamento	Municipio
Fco. Morazán	Orica
Olancho	Concordia
Olancho	Guarizama
Olancho	Guayape
Olancho	Manto
Olancho	Salamá
Olancho	San Fco. De la Paz
Olancho	Silca

Región N° 08 Valles de Olancho	
Departamento	Municipio
Fco. Morazán	Guaimaca
Olancho	Juticalpa
Olancho	Campamento
Olancho	Catacamas
Olancho	San Fco. de Becerra
Olancho	Santa María del Real

Región N° 09 Biosfera del Rio Platano	
Departamento	Municipio
Olancho	Dulce Nombre de Culmí
Gracias a Dios	Brus Laguna
Colón	Iriona
Gracias a Dios	Juan Fco. Bulnes

Región N°10 La Mosquitia	
Departamento	Municipio
Gracias a Dios	Puerto Lempira
Gracias a Dios	Ahuas
Gracias a Dios	Villeda Morales
Gracias a Dios	Wampusirpi

Región N° 11 El Paraíso	
Departamento	Municipio
Olancho	Patuca
El Paraíso	Trojes
El Paraíso	Danlí
El Paraíso	Jacaleapa
El Paraíso	San Matías
El Paraíso	El Paraíso
El Paraíso	Potrerillos
El Paraíso	Teupasenti

Región N° 12 Centro	
Departamento	Municipio
El Paraíso	Yuscarán
El Paraíso	Alauca
El Paraíso	Guinope
El Paraíso	Morocelí
El Paraíso	Oropolí
El Paraíso	San Lucas
Fco. Morazán	Distrito Central
Fco. Morazán	Lepaterique
Fco. Morazán	Maraita
Fco. Morazán	Ojojona
Fco. Morazán	Sabanagrande
Fco. Morazán	San Anotnio de Oriente
Fco. Morazán	San Buenaventura
Fco. Morazán	San Juan de Flores
Fco. Morazán	Santa Ana
Fco. Morazán	Santa Lucía
Fco. Morazán	Tatumbula
Fco. Morazán	Valle de Angeles
Fco. Morazán	Villa de San Francisco

Región N°13 Golfo de Fonceca	
Departamento	Municipio
Choluteca	Choluteca
Choluteca	Apacilagua
Choluteca	Concepción de María
Choluteca	Duyure
Choluteca	El Corpus
Choluteca	El Triunfo
Choluteca	Marcovia
Choluteca	Morolica
Choluteca	Namasigue
Choluteca	Orocuina
Choluteca	Pespire
Choluteca	San Antonio de Oriente
Choluteca	San Isidro
Choluteca	San José
Choluteca	San Marcos de Colón
Choluteca	Santa Ana de Yusguare
El Paraíso	Liure
El Paraíso	San Antonio de Flores
El Paraíso	Soledad
El Paraíso	Texiguat
El Paraíso	Vado Ancho
El Paraíso	Yauyupe
Fco. Morazán	Alubarén
Fco. Morazán	Curaén
Fco. Morazán	La Libertad
Fco. Morazán	La Venta
Fco. Morazán	Nueva Armenia
Fco. Morazán	Reitoca
Fco. Morazán	San Miguelito
La Paz	Aguanqueterique
La Paz	Guajiquiro
La Paz	Lauterique
La Paz	Mercedes de Oriente
La Paz	Opatoro
La Paz	San Antonio del Norte
La Paz	San Juan
Valle	Nacaome
Valle	Alianza
Valle	Amapala
Valle	Aramecina
Valle	Caridad
Valle	Goascorán
Valle	Langue
Valle	San Fco. De Coray
Valle	San Lorenzo

Región N°14 Rio Lempa	
Departamento	Municipio
Intibucá	La Esperanza
Intibucá	Camasca
Intibucá	Colomoncagua
Intibucá	Concepción
Intibucá	Dolores
Intibucá	Intibucá
Intibucá	Magdalena
Intibucá	San Antonio
Intibucá	San Juan
Intibucá	San Marcos de la Sierra
Intibucá	San Miguelito
Intibucá	Santa Lucía
Intibucá	Yamaranguila
Intibucá	San Francisco de Opalaca
La Paz	Cabañas
La Paz	Marcala
La Paz	Santa Ana
La Paz	Santa Elena
La Paz	Yarula
Lempira	Candelaria
Lempira	Erandique
Lempira	Gualcinse
Lempira	Guarita
Lempira	La Campa
Lempira	La Virtud
Lempira	Mapulaca
Lempira	Piraera
Lempira	San Andrés
Lempira	San Francisco
Lempira	San Juan Guarita
Lempira	San Manuel Colohete
Lempira	San Sebastián
Lempira	Santa Cruz
Lempira	Tambla
Lempira	Tomalá
Lempira	Valladolid
Lempira	Virginia
Lempira	San Marcos de Caiquín
Ocotepeque	Belen Gualcho
Ocotepeque	Ocotepeque
Ocotepeque	Concepción
Ocotepeque	Dolores Merendón
Ocotepeque	Fraternidad
Ocotepeque	Mercedes
Ocotepeque	Santa Fé
Ocotepeque	Sinuada

Región N°15 Arrecife Mesoamericano	
Departamento	Municipio
Islas de la Bahía	Roatán
Islas de la Bahía	Guanaja
Islas de la Bahía	José Santos Guardiola
Islas de la Bahía	Utila

Región N°16 Santa Bárbara	
Departamento	Municipio
Comayagua	San José de Comayagua
Comayagua	Taulabé
Lempira	La Unión
Lempira	San Rafael
Santa Bárbara	Santa Bárbara
Santa Bárbara	Arada
Santa Bárbara	Atima
Santa Bárbara	Azacualpa
Santa Bárbara	Ceguaca
Santa Bárbara	Concepción del Norte
Santa Bárbara	Concepción del Sur
Santa Bárbara	Chinda
Santa Bárbara	El Nispero
Santa Bárbara	Gualala
Santa Bárbara	Ilama
Santa Bárbara	Macuelizo
Santa Bárbara	Naranjito
Santa Bárbara	Nueva Celilac
Santa Bárbara	Protección
Santa Bárbara	San Fco. de Ojuera
Santa Bárbara	San José de Colinas
Santa Bárbara	San Luis
Santa Bárbara	San Marcos
Santa Bárbara	San Nicolás
Santa Bárbara	San Pedro Zacapa
Santa Bárbara	San Vicente Centenario
Santa Bárbara	Santa Rita
Santa Bárbara	Trinidad
Santa Bárbara	Nueva Frontera

Matriz de Logros y Retos

Secretaría de Salud

SSREDES/DGRISS	
LOGROS 2014	RETOS 2015
Bases metodológicas e instrumentales y conceptuales del componente de atención de provisión del modelo Nacional de Salud.	Diseño y aprobación del componente de atención provisión para las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.
Planes regionales para la implementación del Modelo Nacional de Salud.	Lineamientos para el ajuste del componente de atención provisión del Modelo Nacional de Salud en el marco de la nueva ley de protección social.
Establecido el Documento base del Conjunto de prestaciones de salud a garantizar por ciclo de vida y por estrategia de intervención (CPSG), y el Conjunto de Prestaciones específicas para población clave ITS/VIH/SIDA.	Diagnostico de las RISS . Reordenamiento de la gestión hospitalaria de recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos, normas y lineamientos y propuesta de implementación.
Guía para la Delimitación y configuración de Redes.	Fortalecer la Conducción de Hospitales y Regiones.
Propuesta para descentralizar los 104 municipios mas pobres del país.	Redefinir el rol estratégico de la Unidad de Calidad de la DGRISS
Convenios de gestión descentralizada del primer y segundo nivel .	Incrementar las unidades descentralizadas del primer y segundo nivel así como los ESFAM con la aprobación posterior de: Convenios con gestores descentralizados.
Apertura del Hospital María	Implementación de los ESFAM.
Intervención del Hospital Mario Catarino Rivas	Preparación documental para la firma de convenios de gestión descentralizados del segundo nivel .
Implementada la segunda fase del reordenamiento de la gestión hospitalaria en los 28 hospitales de la red.	Dos policlínicos funcionando.
Planes de mejora continua elaborados en la red de hospitales públicos en el marco de la iniciativa de compromisos de gestión por resultados .	
Lineamientos para el nuevo modelo de gestión hospitalaria realizado, e implementado en tres hospital: San Lorenzo, Gracias y La Esperanza.	Presentar propuesta de plan de desarrollo de capacidades y competencias a la Dirección General de Recursos Humanos.
Convenios con gestores descentralizados.	Conformación del equipo de integración para el rescate de la cartera de proyectos de la SESAL con fondos nacionales y fondos de cooperación externa (UPEG, DGRISS, UTGP, GA, DL, SG, DGN, SEFIN, UAFCE y CE, y presentar una propuesta de rescate de los fondos de los proyectos que actualmente tienen un retraso en su ejecución).
Preparación documental para la firma de convenios de gestión descentralizados del segundo nivel (Hospital María y San Lorenzo.	Armonización y alineamiento de los compromisos de gestión por resultados de regiones y hospitales con el PEI y la plataforma de la DPGpR. Fortalecer las capacidades de las unidades ejecutoras en la gestión de la información orientada a la generación de bien publico.
Propuestas de Proyecto de policlínicos regionales aprobados.	Implementación de equipos de integración para la viabilizarían de todos los procesos desarrollados en la DGRISS.
Ajuste de POA's de unidades ejecutoras en conjunto con la UPEG de acuerdo al PEI.	
Documentos aprobados y seguimiento por la Unidad de Gestión Descentralizada	
Seguimiento a la ejecución del PEI y POA's a través de la plataforma presidencial de gestión por resultados.	
Sistema de información Geográfica. Adaptación e implementación de la EGI a nivel de las regiones para el combate del dengue y Chikungunya.	
Convenios de gestión con gestores descentralizados.	
Compromisos de gestión por resultados suscritos con Regiones y Hospitales.	
Plan para el Migrante retornado. Plan estratégico y plan de acción contra el Ebola. Programa Bono 10Mil SESAL	
Fuerza de tarea para ala atención del enfermo Renal.	
Desarrollo organizacional de la SESAL: ROF del Nivel Central.	

Gerencia de Recursos Humanos	
LOGROS 2014	RETOS 2015
Normalización y eficiencia de los cargos de jefatura de Personal en las diferentes unidades.	Proponer mecanismos de relacionamiento en el marco de la definición de flujos y procesos para la implementación del DO.
Censo de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud	Reordenamiento de plazas de los Recursos Humanos, según Nivel.
Déficit de presupuesto cubierto para la asignación de recurso humano.	Auditoria de puestos en cinco unidades ejecutoras.
Transparencia en los procesos de contratación de recurso humano de la Secretaría de Salud.	Plan de capacitación del RH, en función de la evaluación del desempeño del año 2014.
Evaluación de desempeño de personal, avalada por la Dirección de Servicio Civil.	Estudio legal y financiero para la SESAL de las vacaciones profilácticas.
La creación de la plataforma en conjunto con la Secretaría de Finanzas.	
Implementación de proceso de selección de personal administrativo.	
Inicio de la digitalización de expedientes del recurso humano.	
Control de la ejecución de presupuestos asignado por cada unidad ejecutora para la contratación de recursos humanos.	

Unidad de Logística (ULMIE)	
LOGROS 2014	RETOS 2015
Coordinación efectiva con otras instituciones para la adquisición transparente en la compra de medicamentos e Insumos en salud.	Compras de Medicamentos a través de los siguientes mecanismos: UNOPS, COMISCA, OMS/OPS, UNFPA
Implementación de la Herramienta de control de inventarios VSSM, en el Almacén Nacional de Medicamentos	Creación y aprobación de la Norma para la Selección de Medicamentos e Insumos Médicos en Salud., En conjunto con DGVMN.
Creación de la Unidad Administradora de Proyectos (UAP) de la unidad para desarrollar proyecto de inversión.	Implementación del nuevo Sistema de Información de Administración Logística (SIAL) de Medicamentos Esenciales
El ahorro sustantivo en la adquisición de suministros.	Listado Básico de Medicamentos Esenciales
Términos de referencia y manual operativo para el desarrollo del proceso de Revisión y Actualización del Cuadro Básico Nacional de Medicamentos e Insumos de la SESAL.	Sistema de Control de Inventarios de Máximos y Mínimos de los medicamentos esenciales.
	Implementación del Manual Operativo y Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA).
	Ubicar mas recursos perfilando proyectos y sometiéndolos a la debida evaluación de la Secretaría de Finanzas para poder incluir un Proyecto de Inversión Publica con recursos para infraestructura y equipamiento.

Secretaría General	
LOGROS 2014	RETOS 2015
Participación en la creación de la ley marco del Sistema Nacional de Salud.	Desarrollo Organizacional de la Gerencia Administrativa, con las tres unidades que le compete.
Opinión Legal sobre la Ley de Protección Social.	
Ahorro presupuestario en sentencias a favor de la Secretaría de Salud.	

Gerencia Administrativa	
LOGROS 2014	RETOS 2015
90% del presupuesto ejecutado en el año 2014.	Ingresar el 100% de los bienes nacionales al Sistema de Administración Financiera Integrada (SIAFI).
Compra Corporativa de Uniformes ahorrando mas de 15 Millones.	Minimizar y optimizar el gasto corriente.
Ahorro de un 7% en contratos en relación al periodo 2010-2013.	Ejecutar el 100% del presupuesto y realizar evaluación constante de administradores.
Compras de Medicamentos, Insecticidas y Material Medico mediante Fideicomiso	Actualizar los lineamientos administrativos para realizar compras y pagos de viáticos.
Creación de la Unidad de Viáticos dentro de la Unidad de Control de Ejecución del Gasto	Crear la Unidad de Auditoria Administrativa.
Pago en un 100% de los servicios hospitalarios de Hemodiálisis.	Minimizar el proceso de contratación de personal.
Cero deudas por concepto de Contratación de Personal.	Implementar del sistema de verificación de servicios de hemodiálisis.
	Actualizar los pagos patronales y de servicios públicos.
	Cumplir con el pago total correspondiente a las becas de los servicios sociales y similares.
	Verificación del pago de horas extras de los hospitales.
	Establecer políticas de mantenimiento y reparación del edificio de nivel central.
	Realizar inventario a nivel nacional de todos los vehículos.
	Realizar descargos de mobiliario y equipo a nivel nacional.
	Crear la proveeduría del nivel central estableciendo un estricto control de entradas y salidas de materiales.
	Automatizar el sistema de compras menores.
	Revisar los reglamentos y procedimientos de compras, licitaciones, proveeduría, bienes y equipos.
Lograr que todas las licitaciones sean adjudicadas.	

Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión UPEG	
LOGROS 2014	RETOS 2015
POA presupuesto 2015, alineado con la nueva estructura presupuestaria de separación de funciones en base al proceso de reforma.	Equipamiento de los Centros de Salud cubriendo sus necesidades básicas.
Plan Nacional de Salud 2014-2018 de acuerdo al mandato político del nuevo gobierno	Consolidación y fortalecimiento organizacional en base al acuerdo N° 406-2015
PEI 2014-2018 en relación del Plan Nacional de Salud.	Programación presupuestación año 2016, en función del Plan Nacional de Salud y PEI 2014-2018, y las Prioridades en Salud.
Establecida la Propuesta de SIMEGpR	Implementación del SIMEGpR.
Establecido el Cuadro de mando Integral de Indicadores de la Secretaria de Salud que alimenta diferentes plataformas (Plataforma Presidencial de Gestión para Resultados, SEDIS, CNISS, TSC, Unidad de Transparencia, REDESISP.)	Reajuste y actualización del PEI 2014-2018 en función de la evaluación 2014.
Cierre exitoso del primer tramo de la iniciativa FSS/GAVI.	Crear el banco de proyectos de Inversión en Salud.
Implementación del DO de la UPEG	
Fortalecimiento de la sección de proyectos del área de Estudios y Financieros de UPEG.	
Equipos de Integración técnica con DGRISS, UGI y unidad técnica de proyectos	
Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud año base 2011	

Unidad de Vigilancia de la Salud UVS	
LOGROS 2014	RETOS 2015
Elaboración y edición del Manual de Desarrollo Organizacional de la UVS, en proceso de implementación.	Implementar el desarrollo Organizacional y consolidar los distintos procesos internos de cada una de las áreas técnico-administrativas.
Elaboración y edición de la Guía de Vigilancia Epidemiológica.	Implementar la norma de vigilancia de la salud, (Boletín Alerta Respuesta, Boletín Diario de Alerta-Respuesta, Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) y el Informe semanas de CONSDATA)
Elaboración, edición y lanzamiento oficial de la Norma Nacional de Vigilancia de la Salud.	Fortalecimiento del Sistema Alerta-respuesta (través de la detección y notificación de la ocurrencia de brotes o conglomerados y eventos inusitados de salud pública de interés internacional).
Participación en la elaboración del Plan Nacional por Emergencia Sanitaria Internacional para atender la Enfermedad por el virus Ebola.	Implementación del Reglamento Sanitario Internacional en los componentes que corresponden a la Secretaria de Salud.
Diseño de la boleta de Vigilancia Sanitaria Internacional en aeropuertos?.	Elaborar los lineamientos para la elaboración del ASIS/CV.
Participación en la elaboración de la Guía de Manejo Clínico de Fiebre por Chikungunya.	Actualización de Análisis de Situación de Salud.
Diseño de la ficha para la vigilancia epidemiológica de Chikungunya.	

Dirección General de Recursos Humanos	
LOGROS 2014	RETOS 2015
Creación y Estructuración Organizativa de la nueva Dirección General de Desarrollo de Recurso Humano y sus dos Departamentos Técnicos.	Integración de la toda la DGDRHUS de las 20 regiones sanitarias.
Acceso a HINARI- Programa de acceso a la investigación en salud,, permite acceder a las mayores colecciones del mundo de literatura biomédica y salud.	Elaborar la Política Nacional de RHUS
Creación y actualización de la pagina web del ORHUS.	Reactivación del CONARHUS.
Incorporación de la DGDRHUS a la Comisión Técnica de Recursos Humanos de Centro América y República Dominicana.	Identificar las brechas existentes en la formación del RHUS de acuerdo al nuevo Modelo Nacional de Salud
Participación del Estudio de Movilidad Profesional Calificado en Medicina y Enfermería a nivel de Centro América y República Dominicana.	Elaborar Manual de Funciones de la DGDRHUS
Se realizo el curso en línea de Planificación de Recursos Humanos para Sistemas de Salud basados en Atención Primaria en Salud.	Elaborar el Manual de Competencias de la DGDRHUS
Incorporación de Honduras a la RIMAS (Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje en Investigación en Salud)- Desde noviembre de 2014	Elaborar el Manual de Incentivos de la SESAL en conjunto con la Subgerencia de RHUS.
Actualización del reglamento de Servicio Social Obligatorio para profesionales de la Medicina.	Revisión de los convenios de la SESAL con los diferentes actores participantes en la formación de Recursos Humanos.
Ejecución del Diplomado de Salud Materno Perinatal para médicos, enfermeras, técnicos de la red de servicios de salud(81)	Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
Formación en UNITEC de 47 Directores y Jefes regionales en Habilidades Gerenciales.	Elaborar el estudio del perfil de los recursos humanos de las SESAL , para la readecuación de puestos y salarios.
Curso de Gestores de Políticas de Recursos Humanos.	Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud.
Socializada la Política de Atención Primaria en Salud con la UNAH y las decanaturas afines al área de la salud.	Desarrollar mecanismos de interacción para la formación adecuada de los trabajadores de salud de acuerdo al modelo de atención universal, equitativa y de calidad.
Definición de prioridades de investigación en salud	

Dirección de Normalización	
LOGROS 2014	RETOS 2015
Obtención del segundo lugar en el concurso de campeones de la lucha contra la Malaria en las Américas 2014.	Organización y consolidación de funciones de acuerdo al DO de la SESAL.
Aprobada propuesta de fortalecimiento de los Servicios de Salud para la entrega efectiva de servicios de vacunación por la Alianza Global de Vacunas e Inmunización (GAVI).	Contar con Recurso Humano que posea las competencias y habilidades técnicas.
Implementación de la estrategia de prevención de embarazo a través de la apertura y funcionamiento a nivel nacional de 34 clínicas integrales de atención a la adolescente.	Ejecutar el Plan Estratégico Institucional (PEI) al 100% para el fortalecimiento del rol rector de la SESAL.
Plan Intersectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes.	Elaborar documentos normativos para ser implementados en el sector salud con el fin de avanzar hacia la cobertura universal.
20 Comités comunitarios de jóvenes para la prevención del embarazo en adolescentes (COPEITSA).	
Guía de Práctica Clínica de Diabetes Mellitus Tipo 2, para el Manejo Ambulatorio, basada en evidencia científica.	
Manual y Guía para la Detección Temprana del Cáncer en población de 0 a 18 años. (Cual Cáncer)	
Elaborados tres (3) documentos borradores de la normativa de atención a la niñez: (Vigilancia Nutricional de los Niños y Niñas Menores de Cinco Años, Enfermedades Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas).	
Se elaboraron cuatro documentos normativos de nutrición y seguridad alimentaria: (Ley para el fomento de la Lactancia Materna, Guía temporal para suplementación de micronutrientes en polvo y zinc a menores de 5 años, Norma de suplementación de Micronutrientes para menores de dos años y mujeres embarazadas, Guía alimentaria (GABAS)).	
Disminución de la tasa de Letalidad por dengue a 0.24 a nivel nacional en el 2014 (2013 en 0.69).	
Guía de manejo Clínico de la Fiebre Chikungunya.	
Implementación de la primera fase del Ante-proyecto de Fluorización del Agua realizado en conjunto con miembros de la Universidad de Wisconsin.	
Política de Género de la SESAL en estatus de borrador.	
Organización e Implementación del Servicio de Vasectomía sin Bisturí (V.S.B)	
Elaboración del primer y segundo plan para el abordaje en atención de Salud Mental a migrantes retornados.	
Elaboración del borrador de la Norma de atención integral para víctimas de violencia sexual.	
Implementación del método de planificación familiar (Implanon).	
Elaboración del borrador de la guía de procedimientos para la notificación de casos de ITS, VIH/Sida, Sífilis Congénita y otras ITS.	
Elaboración del Manual de prevención de ITS, VIH/Sida.	
Plan Estratégico de la Comunicación Social 2014 – 2018.	

Dirección General de Vigilancia de Aplicación del Marco Normativo	
LOGROS 2014	RETOS 2015
De 53% de solicitudes de Registro Sanitario resueltas satisfactoriamente.	Establecer mecanismos de coordinación entre el Colegio Químico Farmacéutico y Laboratorio de Especialidades Farmacéuticas, con la SESAL para la ejecución de la inspección y control de calidad de los productos sujetos de análisis.
Emitidos 2751 Registros sanitarios nuevos, 1567 Renovaciones de registro sanitario y 2131 Cambios (modificaciones) de registro sanitario.	Fortalecer la coordinación intersectorial: Secretaria de Desarrollo Económico, Dirección Ejecutiva de Ingresos, Secretaria de Agricultura y Ganadería, Secretaria de Recursos Naturales y Ambiente, para el control sanitario de insumos de uso humano y animal.
Emitidas 365 Licencias Sanitarias que incluyen establecimientos de interés sanitario: (Establecimiento de Salud, Establecimiento Farmacéuticos y productos a fines y Otros).	Integración de un Equipo Interinstitucional, incorporando al sector industrial, para la mejora continua de la operatividad del Subsistema de Información.
Respuesta al 100% de las solicitudes de Certificados de Libre Venta (CLV) (1536).	Reordenar el quehacer regulatorio como función rectora de la SESAL a nivel nacional
Emisión de Reconocimientos Mutuos (RM) a 2002 productos para ser comercializados en nuestro país con su respectivo número de registro sanitario	Desarrollar la capacidad de respuesta a los riesgos a que esta expuesta la población a través de estrategias de prevención de riesgos.
Se emitieron 319 autorizaciones de liberación de lotes de vacunas, publicidad y donaciones.	Fortalecer la vigilancia sanitaria como un mecanismo que promueva el cumplimiento de la normativa.
se realizaron 631 inspecciones a establecimientos.	
Desarrollo de una propuesta de Subsistema Automatizado para Procesamiento de Solicitudes y Vigilancia Sanitaria.	
Se estableció un mecanismo para la creación de un BUS de datos a nivel de la Región Centroamericana para el intercambio de datos requeridos para la emisión de Reconocimientos Mutuos de una manera más ágil.	