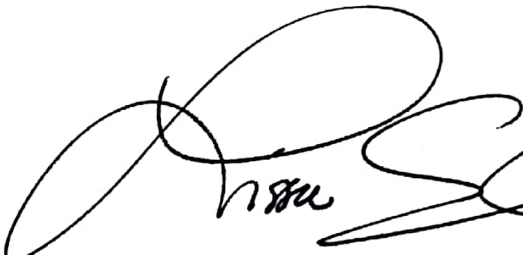


Plan Estratégico del Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social

2014 - 2018



Lissa María Elvir Matute
Secretaria Técnica Sectorial (Por Delegación)

ENERO 2018

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	1
INTRODUCCIÓN.....	2
I. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL SECTOR DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL.....	3
1.1 Marco Legal.....	3
1.2 Estructura organizativa.....	4
1.3 Funciones	6
II. DIAGNÓSTICO DEL SECTOR DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL.....	7
2.1 Contexto General	7
2.1.1 La Pobreza en Honduras	7
2.1.2 Vulnerabilidad de la Población por Ciclo de Vida	9
2.1.3 Provisión de bienes y servicios del sector social	13
2.2 Problemática Sectorial.....	20
2.3 Subsectores	21
III. FUNDAMENTOS DEL PLAN ESTRATEGICO SECTORIAL	23
3.1 Visión de País y Plan de Nación	23
3.2 Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018: Plan de todos para una vida mejor	24
3.3 Objetivos de Desarrollo Sostenible	25
IV. ASPECTOS ESTRATÉGICOS DEL GABINETE SECTORIAL DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL...26	
4.1 Misión	26
4.2 Visión	26
4.3 Principios	26
4.4 Objetivos y Resultados Estratégicos.....	27
V. ESTRATEGIA SECTORIAL.....	29
5.1 Subsector de Protección Social	29
5.2 Subsector de Educación.....	30
5.3 Subsector de Salud	31
5.4 Subsector de Agua Potable y Saneamiento	33
VI. ARTICULACIÓN CON EL PRESUPUESTO Y LA INVERSIÓN PÚBLICA.....	34
VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN	36
VIII. MATRIZ DE PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL	41
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS.....	46
ANEXO 1 - Rol del Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social en las Políticas Públicas Sociales	46
ANEXO 2 – Objetivos de Desarrollo Sostenible y lógica de integración al GDIS.....	50
ANEXO 3 – Las SIETE Estrategias del GDIS.....	52
ANEXO 4 – Fichas de Indicadores para Monitoreo del PES del GDIS.....	67
ANEXO 5 – Glosario.....	95

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AIN-C	Estrategia de Atención Integral de la Niñez en la Comunidad
BANADESA	Banco Nacional de Desarrollo Agrícola
BANASUPRO	Suplidora Nacional de Productos Básicos
BANHPROVI	Banco Hondureño para la Producción y Vivienda
CENET	Centro Nacional de Educación para el Trabajo
CENISS	Centro Nacional de Información del Sector Social
CESAR	Centro de Salud
CONASA	Consejo Nacional de Agua y Saneamiento
CONEANFO	Comisión Nacional para el Desarrollo de la Educación Alternativa No Formal
COPECO	Comisión Permanente de Contingencias
COPEITSAS	Comité Comunitario para la Prevención de Embarazo de Adolescentes
CONASAN	Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CTPS	Comité Técnico de Protección Social
DIGAEP	Dirección General de Análisis y Evaluación de Políticas
DINAF	Dirección de la Niñez, Adolescencia y Familia.
DPGPR	Dirección Presidencial de Gestión por Resultados.
DPPEPIP	Dirección Presidencial de Planificación Estratégica, Presupuesto e Inversión Pública
EAPS	Equipos de Atención Primaria de Salud
ENEE	Empresa Nacional de Energía Eléctrica
ENSAN	Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
EPHPM	Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples
ERSAPS	Ente Regulador de los Servicios de Agua Potable y Saneamiento
GDIS	Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social
HONDUCOR	Empresa de Correos de Honduras
HONDUTEL	Empresa Hondureña de Telecomunicaciones
IDECOAS	Instituto de Desarrollo Comunitario, Agua y Saneamiento
IHDECOOP	Instituto Hondureño de Cooperativas
IHMA	Instituto Hondureño de Mercadeo Agrícola
IHNFA	Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INA	Instituto Nacional Agrario
INAM	Instituto Nacional de la Mujer
INE	Instituto Nacional de Estadísticas.
INFOP	Instituto Nacional de Formación Profesional
INHIFE	Fondo Hondureño de Estructura Física Educativa
INJUPEMP	Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones
INPREMA	Instituto Nacional de Previsión del Magisterio
INPREUNAH	Instituto de Previsión de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras
INSEP	Secretaría de Infraestructura y Servicios Públicos
IP	Instituto de la Propiedad
IPM	Índice de Pobreza Multidimensional
IPM	Instituto de Previsión Militar
IVM	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
MGMP	Presupuesto en base a Marco de Gasto de Mediano Plazo

MPS	Mesas de Protección Social
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OABI	Oficina de Administración de Bienes Incautados
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
PAIPI	Política para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
PDA	Programa de Desarrollo de Área
PEA	Población Económicamente Activa
PEG	Plan Estratégico de Gobierno
PEI	Plan Estratégico Institucional
PES	Plan Estratégico Sectorial
PIEGH	Plan de Igualdad de Equidad de Género de Honduras
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPS	Política de Protección Social
PMIAJCOMVID	Programa Municipales de Infancia, Adolescencia y Juventud
RDT	Relación de Dependencia Total
RISS	Redes Integradas de Salud
ROI	Registro de Oferta Institucional
RUP	Registro Único de Participantes
SANAA	Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados
SAG	Secretaría de Agricultura y Ganadería
SCGG	Secretaría de Coordinación General de Gobierno
SEDIS	Secretaría de Estado en los Despachos de Desarrollo e Inclusión Social
SEDUC	Secretaría de Estado en el Despacho de Educación
SESAL	Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
SSIS	Sub Secretaría de Integración Social
STSS	Despacho de Trabajo y Seguridad Social
SUEPPS	Sistema Único de Evaluación de Políticas Sociales
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
TMC	Transferencias Monetarias Condicionadas
UATP	Unidad de Apoyo Técnico Presidencial
UTSAN	Unidad Técnica de Seguridad Alimentaria

PRESENTACIÓN

El esfuerzo de realización de este Plan Estratégico Sectorial, refleja el momento histórico que acontece en nuestro país, comenzando desde el innovador reordenamiento gubernamental en Gabinetes Sectoriales para la administración transparente y eficaz, hasta la vinculación de la planificación sectorial con el Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018, el Plan de Nación y la Visión de País.

Partiendo de los instrumentos de planificación referidos, se ha logrado la formulación de este Plan Estratégico, que expresa una serie de estrategias para hacer más eficiente la prestación de bienes y servicios sociales a cada persona, familia y colectivo hondureño.

La contribución del Sector de Desarrollo e Inclusión Social para el cumplimiento de las prioridades de Gobierno, se enmarcan en cuatro de los catorce resultados globales del Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018. Este Sector tiene la responsabilidad de coordinar acciones que coadyuven a superar diversos retos en materia social, como la reducción de las distintas dimensiones de la pobreza; la ampliación de la cobertura de los servicios públicos de salud y educación; la dotación de agua potable y saneamiento básico; la prevención del abuso sexual de las mujeres en general y los embarazos de niñas y adolescentes; y la seguridad alimentaria y nutricional, entre otros.

El Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social, también tiene la responsabilidad de lograr integralidad y coherencia en el actuar sectorial, con el objetivo de atender con mayor efectividad a la población hondureña, especialmente a las personas en situación de extrema pobreza y vulnerabilidad. En suma, el compromiso del Gabinete es enfocar la atención y solidaridad a los hondureños durante todo su ciclo de vida, cada quien con sus necesidades, esperanzas y sueños.

Todas las acciones llevadas a cabo por el Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social, forman parte de un conjunto mayor de acciones que incluye aquellas realizadas por los demás gabinetes, con el objetivo de sumar esfuerzos para cumplir con las prioridades presidenciales establecidas en el Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018.

INTRODUCCIÓN

Este documento es una versión actualizada del Plan Estratégico Sectorial (PES) del Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social, en la que se visualiza claramente los cuatro objetivos estratégicos del sector, once resultados, 23 metas y siete estrategias para avanzar progresivamente en el cumplimiento de cuatro de los catorce Resultados Globales del PEG.

Este Plan Estratégico Sectorial (PES) presenta el marco legal en el que está fundamentado, la estructura organizativa y las funciones del Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social. Así mismo presenta un diagnóstico de la situación actual del sector de Desarrollo e Inclusión Social y la problemática a nivel de los subsectores con información actualizada para los años 2014 y 2015. También incluye una sección en la que se identifican los vínculos del PES con el Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018, la Visión de País y Plan de Nación, el Sistema Nacional de Planificación y otras prioridades nacionales.

Se incluye una sección sobre la articulación con el presupuesto y la inversión pública, mostrando los avances en la ejecución presupuestaria al cierre del 2015 e introduciendo la nueva metodología de planificación basada en el Marco de Gasto de Mediano Plazo (MGMP) para los años 2016 al 2018.

Otro elemento importante se encuentra en la sección de Monitoreo y Evaluación en la que, además de presentar la matriz que vincula los objetivos estratégicos del PES con los Resultados Globales del PEG, se incorporan las fichas técnicas de los 23 indicadores sectoriales que serán monitoreados y que están incluidos en la Matriz de Plan de Acción para la Implementación y Seguimiento del PES.

Con este Plan Estratégico, el Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social pretende ir más allá de la problemática de la pobreza y la desigualdad social, para aportar elementos valiosos que conduzcan hacia el satisfactorio cumplimiento de los derechos de la población, el fortalecimiento de sus capacidades y el desarrollo de sus potencialidades.

I. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL SECTOR DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

1.1 Marco Legal

El actual gobierno presidido por el Excelentísimo Presidente de la República, Abogado Juan Orlando Hernández, inició un fuerte proceso de modernización de la administración pública a través de una reforma que busca impulsar el modelo de gestión basada en resultados, para lograr la eficacia y la eficiencia en las intervenciones del gobierno, la reivindicación de sectores históricamente excluidos, la institucionalización de la transparencia y el fortalecimiento de la gobernabilidad democrática.

El Decreto Legislativo Número 266-2013, denominado como “Ley para Optimizar la Administración Pública, Mejorar los Servicios de la Ciudadanía y Fortalecimiento de la Transparencia en el Gobierno”, reforma la Ley General de la Administración Pública para crear la Secretaría de Coordinación General de Gobierno e impulsar reformas que tienen como objetivo principal el de auxiliar al Presidente de la República en la coordinación de la administración pública.

En el Decreto Ejecutivo Número PCM-001-2014 se conforman siete Gabinetes Sectoriales para facilitar la coordinación de las diferentes Secretarías de Estado; se presenta la fusión de algunas instituciones públicas y se detallan las atribuciones del Secretario de Estado Coordinador General de Gobierno y de los Coordinadores de Gabinete Sectorial. Los gabinetes confirmados mediante este decreto son:

- 1) Gobernabilidad y Descentralización
- 2) Desarrollo e Inclusión Social
- 3) Desarrollo Económico
- 4) Infraestructura Productiva
- 5) Conducción y Regulación Económica
- 6) Seguridad y Defensa
- 7) Relaciones Internacionales

Mediante el Decreto Ejecutivo Número PCM-002-2014 se crearon las Direcciones Presidenciales adscritas a la Secretaría de Coordinación General de Gobierno. Estas son: la Dirección Presidencial de Planificación Estratégica, Presupuesto e Inversión Pública (DPPIP), la Dirección Presidencial de Gestión por Resultados (DPGR) y la Dirección Presidencial de Transparencia y Modernización del Estado.

Complementariamente, por medio del Decreto Ejecutivo Número PCM-021-2014 se aprobó la creación del Gabinete de Prevención, quedando formalmente constituidos ocho gabinetes sectoriales.

Otras leyes relevantes, emitidas tanto por el Poder Legislativo como por el Poder Ejecutivo, deberán ser tomadas en cuenta por los gabinetes sectoriales según su pertinencia. Algunas de estas leyes preceden a la actual administración, tales como las leyes de creación de la mayoría de las Secretarías de Estado y la Ley para el Establecimiento de una Visión de País y la Adopción de un Plan de Nación para Honduras, la cual se aprobó mediante Decreto Legislativo No. 286-2009. Otras leyes han surgido a partir del 2014, tales como las que a continuación se presentan.

El Decreto Ejecutivo PCM 003-2014 establece la adscripción de diversas instituciones públicas a la Secretaría de Estado de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS). Estas instituciones son: Dirección General de Adulto Mayor y Personas con Discapacidad; Instituto Nacional de Juventud; Secretaría de Estado en los Despachos de Pueblos Indígenas y Afro hondureños; y el Programa de Asignación Familiar.

El Decreto Ejecutivo Número PCM-013-2014 crea el Instituto de Desarrollo Comunitario, Agua y Saneamiento (IDECOAS) cuyo propósito es la integración institucional del Programa Nacional de Desarrollo Rural y Urbano Sostenible (PRONADERS), del Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS) y del Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA).

El Decreto Ejecutivo Número PCM-015-2014 establece el “Plan Nacional de Alfabetización Obligatoria, Atención al Rezago y la Educación Popular, Honduras 2014-2017” con el propósito de cumplir con el alto interés nacional de alfabetizar a las personas mayores de 15 años y la erradicación del Analfabetismo a nivel nacional.

El Decreto Ejecutivo Número PCM-020-2014 adscribe la Unidad Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional (UTSAN) a la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social; el Decreto Ejecutivo Número PCM-026-2014 suprime el Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia (IHNFA); y el Decreto Ejecutivo Número PCM-027-2014 crea la Dirección de la Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF).

Sumado a todo lo anterior, cada gabinete sectorial, por medio de su Coordinador de Gabinete Sectorial, podrá presentar al Secretario de Estado Coordinador General de Gobierno, los anteproyectos de ley que considere necesarios para ser elevados al Presidente y Consejo de Ministros.

1.2 Estructura organizativa

El Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social está conformado por las siguientes instituciones:

1. Secretaría de Estado en los Despachos de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS), incluyendo a los siguientes entes- denominadas Direcciones por decreto ejecutivo-:
 - a. Dirección General de Adulto Mayor y Personas con Discapacidad
 - b. Instituto Nacional de Juventud
 - c. Secretaría de Estado en los Despachos de Pueblos Indígenas y Afro hondureños
 - d. Programa de Asignación Familiar
2. Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL)
3. Secretaría de Estado en el Despacho de Educación (SEDUC)
4. Patronato Nacional de la Infancia (PANI)
5. Dirección de la Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF) en lugar del Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia (IHNFA).
6. Instituto Nacional de la Mujer (INAM)
7. Instituto de Desarrollo Comunitario, Agua y Saneamiento (IDECOAS), incluyendo por decreto ejecutivo a las instituciones siguientes:
 - a. Programa Nacional de Desarrollo Rural y Urbano Sostenible (PRONADERS)
 - b. Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS)
 - c. Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA)
8. Programa Vida Mejor;
9. Fondo Especial Social;
10. Fondo Hondureño de Estructura Física Educativa (INHIFE).

La conducción estratégica y política del Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social (GDIS) recae sobre el Secretario de Estado de Desarrollo e Inclusión Social, quien a su vez asume el cargo de **Coordinador del Gabinete Sectorial**, según lo establecido en la ley, con las siguientes funciones:

1. Analizar los asuntos que tengan relación con la Secretarías de Estado, Entidades Desconcentradas, Descentralizada, Autónomas, Programas, Proyectos y Dependencias que integran el Sector.
2. Proponer la solución de las cuestiones de competencia que puedan suscitarse entre dos o más instituciones de su Sector.
3. Aprobar a propuesta del Titular de la respectiva institución, los planes estratégicos y operativos, institucionales, incluyendo las metas, productos y resultados de acuerdo a la planificación estratégica concretada en los planes estratégicos anuales y plurianuales.
4. Recomendar la asignación de techos presupuestarios de gasto, dentro del respectivo techo Sectorial asignado por la Coordinación General de Gobierno previo a su inclusión en el Anteproyecto de Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República y a su remisión al Consejo de Ministros.
5. Analizar y proponer al Presidente de la República, a través de la Coordinación General de Gobierno, las modificaciones del Presupuesto previo al trámite respectivo que establece la Ley Orgánica del Presupuesto.
6. Remitir a la Coordinación General de Gobierno la información sobre el seguimiento y evaluación de las instituciones y dependencias que conforman el Gabinete.
7. Presentar a la Coordinación General de Gobierno las resoluciones y recomendaciones del Gabinete, las cuales serán presentadas al Presidente de la República y en su caso elevadas al Consejo de Ministros.
8. Conocer las recomendaciones de todas las Entidades que conforman el Sector y resolver lo procedente.
9. Proponer a la Coordinación General de Gobierno las Políticas Públicas Sectoriales.
10. Cualquier otra función que le asigne el Presidente de la República.

Para apoyar técnicamente al Coordinador del Gabinete Sectorial se ha creado la figura de la **Secretaría Técnica del Gabinete Sectorial**, la cual sirve de enlace e impulsa los procesos de dialogo y coordinación técnica con las instituciones y dependencias que conforman el sector; revisa los planes institucionales, evalúa los techos presupuestarios y da seguimiento a la implementación de las estrategias propuesta por el Gabinete. Esta Secretaría Técnica es la responsable de coordinar directamente con los equipos técnicos de la Secretaría de Coordinación General de Gobierno.

La Secretaría Técnica del GDIS incluye en su estructura la **Unidad de Control Financiero del Gabinete**, la cual dará seguimiento a los asuntos relacionados con la administración general del presupuesto y de la inversión pública, sirviendo de enlace con las gerencias administrativas de cada institución del Gabinete y con la Secretaría de Finanzas.

1.3 Funciones

El GDIS tiene como principal función, la coordinación de las instituciones y dependencias públicas del Sector de Desarrollo e Inclusión Social, para dar cumplimiento a las prioridades presidenciales establecidas en el Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018. Esto incluye asumir la responsabilidad de los cuatro resultados globales que tienen relación directa con el desarrollo e inclusión social, los que abordan las temáticas de la pobreza, necesidades básicas insatisfechas, salud y educación; así como su participación activa en la coordinación con otros gabinetes sectoriales para tratar asuntos de interés común, tales como la previsión social, la prevención de la violencia y el fomento de una cultura de paz.

El GDIS también tiene la función de identificar los principales problemas que enfrenta el sector, así como las necesidades de coordinación interinstitucional e intersectorial a fin de asegurar la provisión y entrega de bienes y servicios sociales a la población, promoviendo la integralidad de las intervenciones y velando por el buen uso de los recursos públicos. El GDIS no es un ente ejecutor, sin embargo, cumple su mandato por medio de las diferentes instituciones que lo conforman. El **Anexo 1** presenta una breve descripción de las principales funciones que desempeñan éstas instituciones.

Sumado a lo anterior, el GDIS es responsable de revisar las Políticas Públicas propuestas por las instituciones y dependencias del Sector y de enviarlas a la Secretaría de Coordinación General de Gobierno para su aprobación, antes de que éstas sean elevadas al Presidente de la República y el Consejo de Ministros.

Finalmente, el GDIS es responsable de la planificación estratégica del sector, la implementación de las estrategias y el seguimiento oportuno para asegurar su cumplimiento. Esto incluye la vigilancia en la implementación de los programas y proyectos ejecutados por las instituciones, incluyendo aquellas estrategias, programas y proyectos especiales, tales como la Estrategia de Gestión Plataforma Vida Mejor.

II. DIAGNÓSTICO DEL SECTOR DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

2.1 Contexto General

El sector de desarrollo e inclusión social ha tenido avances importantes en la última década. La búsqueda de la integralidad de las intervenciones, así como la focalización de las mismas, ha estado dentro de la agenda de las diferentes administraciones. El enfoque tradicional asistencialista ha evolucionado a un enfoque de protección social, manejo de riesgos, vinculación con actividades productivas y desarrollo de las potencialidades de la persona humana. Los mecanismos de gestión para la implementación de programas y proyectos han incorporado buenas y mejores prácticas de manera gradual, incluyendo entre éstas la participación activa de la comunidad, sistemas para el manejo de información, prácticas de monitoreo y evaluación, rendición de cuentas, entre otras.

Después de la crisis política en 2009, La institucionalidad del Sector fue fortalecida a partir del 2010, cuando finalmente se puso en marcha la Secretaría de Desarrollo Social y se crearon los espacios de diálogo con diferentes actores públicos y privados, hasta llegar a la definición de una política de protección social que, aunque quedó con algunos vacíos, permitió visibilizar a los grupos vulnerables y fortalecer el enfoque de derechos y de ciclo de vida. Esta política también fortaleció a la Secretaría de Desarrollo Social y promovió la implementación de herramientas como el Centro Nacional de Información del Sector Social (CENISS), el Registro único de Beneficiarios (RUB), el Registro de la Oferta Institucional (ROI) y el Sistema Único de Evaluación de Políticas Públicas Sociales (SUEPPS).

La presente Administración continúa dando pasos importantes para este Sector, incorporando dentro de las prioridades del Plan Estratégico de Gobierno el eje estratégico denominado “Desarrollo Humano, Equidad y Protección Social” que incluye la coordinación de las acciones concernientes a la reducción de la pobreza, mejora de las condiciones básicas de vida, previsión social, salud y educación. Adicionalmente, ha conformado el Gabinete Sectorial de Desarrollo e inclusión Social (GDIS), el cual tiene la responsabilidad de coordinar a las diferentes instituciones y dependencias del Sector con el objetivo de cumplir las metas establecidas para el período 2014-2018.

Para cumplir con su mandato, el GDIS parte de un diagnóstico del Sector que se presenta desde tres enfoques o perspectivas: (1) La pobreza en Honduras, (2) La vulnerabilidad de la población por ciclo de vida y (3) La provisión de bienes y servicios del Sector Social

2.1.1 La Pobreza en Honduras

Según los datos proporcionados por el INE, la pobreza en Honduras medida por el **método de la Línea de la Pobreza**, para junio de 2014 el 62.8% de los hogares hondureños se encontraban en condiciones de pobreza, ya que sus ingresos estaban por debajo del costo de una canasta básica de consumo que incluye alimentos y otros bienes y servicios. Aunque la pobreza tiende a ser más grave en el área rural, también en el área urbana alcanzó a más de la mitad de los hogares (61.0% urbano y 65.0% rural).

Para junio de 2015, el 63.8% de los hogares hondureños se encontró en condiciones de pobreza, mostrando un aumento de un 1% en comparación con el año 2014. Este aumento principalmente se

dio en la zona urbana, donde la pobreza aumentó de 61.0% a 63.0%; mientras que en la zona rural, se obtuvo una leve disminución, pasando de 65% en 2014 a 64.8% en 2015.

En cuanto a la Pobreza Extrema, las cifras en 2013 indicaban que el 42.6% de los hogares hondureños se encontraban en esta condición; no obstante, en 2014 hubo una mejoría, reduciéndose a 39.7% según las cifras oficiales. Este comportamiento coincide con lo expresado por la Administración gubernamental anterior (2010-2014), la cual reportó la salida de 19,500 hogares de la situación de pobreza en zona rural, como resultado de la aplicación del Programa Presidencial Bono 10 mil. No obstante, para junio de 2015 la tendencia cambió levemente con un aumento de 0.03 puntos porcentuales, llegando al 40% de hogares en extrema pobreza, con una notoria diferencia entre los hogares urbanos y rurales, ya que los porcentajes fueron de 29.5% y 53.6% respectivamente.

De acuerdo con la medición por el **método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)**, la pobreza para junio de 2014 alcanzaba al 42.0% de los hogares de Honduras, porcentaje que se incrementa en el área rural a un 48.0%, en comparación con el área urbana que llega a 37.0%. El 42% de los hogares en pobreza representan alrededor de 809,864 hogares a nivel nacional; de este total, 555,335 son hogares que tiene afectado solo un NBI; 187,040 con dos NBI; y 67,488 con tres o más NBI. Las cifras presentaron una mejoría para junio de 2015, ya que la pobreza bajó de 42.0% a 40.6%. En ambos años, el mayor porcentaje de necesidades básicas “menos satisfechas” fueron: el acceso a saneamiento básico y el número de personas dependientes por persona ocupada.

Las categorías que se consideran en esta medición, acordes con la definición de Desarrollo e Inclusión Social anteriormente propuesta, son las siguientes: 1) la disponibilidad de agua potable; 2) el acceso al saneamiento básico; 3) la educación primaria; 4) la capacidad de subsistencia; 5) el hacinamiento; y 6) el estado de la vivienda. Mediante este método de medición de pobreza, se consideran pobres todos aquellos hogares que tienen al menos una necesidad básica insatisfecha.

De acuerdo al **método integrado de Línea de Pobreza y Necesidades Básicas Insatisfechas**, para junio de 2014, del total de 1,928,429 hogares hondureños, un 32.6% se encontraban en condición de Pobreza Crónica ya que las personas que los componen no tenían sus necesidades básicas satisfechas y a la vez presentaban ingresos que estaban por debajo de la Línea de Pobreza. Los hogares que mostraron tener al menos una necesidad básica insatisfecha y presentaron ingresos superiores a la línea de pobreza, fueron el 9.4% del total y son los considerados como Pobres Estructurales. Sólo el 27.8% de los hogares hondureños dispusieron de un ingreso suficiente para lograr un nivel de vida adecuado y además tenían cubiertas sus necesidades básicas; estos son los considerados Integrados Socialmente.

Mediante este método integrado, también se puede concluir que hubo una leve mejoría en 2015, ya que la Pobreza Crónica disminuyó de 32.6% a 31.8%; no obstante, los hogares hondureños que dispusieron de un ingreso suficiente para lograr un nivel de vida adecuado y además tenían cubiertas sus necesidades básicas fueron 27.4%, indicando una leve desmejora en relación al 2014.

Además de contar con los métodos de medición anteriores, la presente Administración se encuentra realizando esfuerzos para incorporar la medición de la pobreza por el **método del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)**, el cual proveería información segmentada para analizar la pobreza por hogar, las consecuencias de la mala salud, falta de educación, desempleo, violencia, entre otros; y consecuentemente, permitiría identificar con más precisión a las poblaciones más vulnerables; las diferencias de las circunstancias de la pobreza en el país y las diferencias entre una región con otra. El

objetivo de implementar el IPM es proporcionar información más precisa a los tomadores de decisiones para orientar mejor los recursos, diseñar políticas públicas más eficaces y medir los resultados de las estrategias de desarrollo económico y social que se implementan.

2.1.2 Vulnerabilidad de la Población por Ciclo de Vida

La situación de pobreza, vulnerabilidad, exclusión y riesgo social puede manifestarse de diferentes maneras según el ciclo de vida que atraviesa la persona humana. Es por ello que el GDIS también toma en cuenta las características particulares de los ciclos etarios, como se presenta a continuación:

Prenatal

La salud materna, medida a través de la razón de mortalidad materna, ha mejorado sensiblemente en los últimos años, pasando de 108 por 100,000 nacidos vivos en 1997, a 73 por 100,000 nacidos vivos en el año 2010. Según UNICEF (2012) la mayoría de las muertes durante la etapa de la primera infancia se dan en el periodo prenatal.

Según la ENDESA 2011-2012, ha habido notorias mejorías en relación a las estadísticas de los años 2005-2006. La cobertura de la atención prenatal se incrementó de 92% a 97% en relación a 2006-2006; 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%.

Para el 2014 según informes de la ONU, Honduras ha mostrado una reducción del 61% las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto; sin embargo, se identifican que las principales causas de la mortalidad materna son las hemorragias, los trastornos hipertensivos y la sepsis.

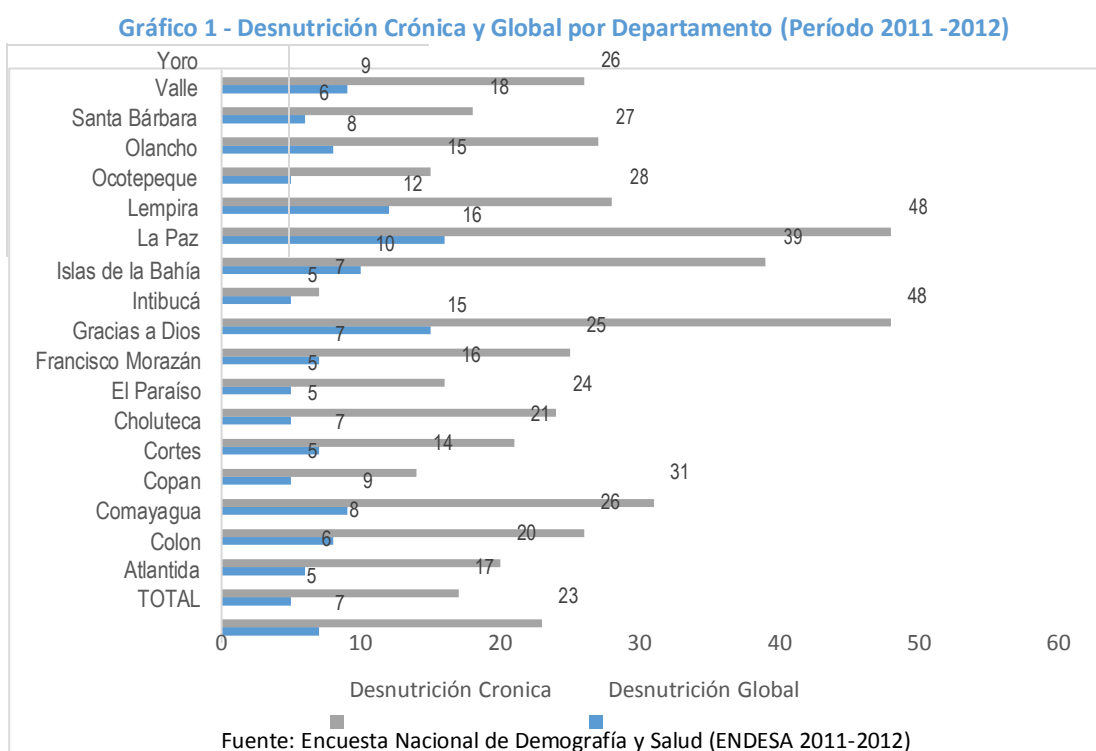
Primera infancia (0 a 6 años)

Según el último Censo de Población y Vivienda 2013, la población infantil entre 0 y 6 años suma 1,353,049, de los cuales el 50.87% son varones y el 49.13 son mujeres, representando el 16.29% de la población total del país.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2011-2012), en Honduras se presenta una razón de 26.9 nacimientos por cada 1,000 habitantes, dato que se ve soportado con una tasa de fecundidad de 2.9 niños por cada mujer. La mortalidad infantil ha disminuido ligeramente 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).

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.

El 23% de los niños menores de cinco años presenta un retardo en el crecimiento y la población más afectada se encuentra en el occidente del país, como se muestra en el **Gráfico 1**.



En cuanto a la discapacidad en menores, cabe destacar que la falta de una política de detección precoz de la discapacidad constituye un desafío; el 75% de padres de niños menores de 2 años con discapacidad, ignoran que su niño presenta una discapacidad. Una mayoría de las personas con discapacidad han tenido diagnóstico, pero solamente el 17% han recibido algún tratamiento de rehabilitación.

Otro reto del segmento de 3 a 5 años, es el aumento de la tasa de cobertura de educación prebásica, la que se mantiene en apenas un 34.9% al 2014.

Infancia (7 a 11 años)

La población infantil entre los 7 y 11 años suma 963,717 menores, representando el 11.61% de la población total del país; de estos, la cantidad de 493,119 son varones (51.17%) y 470,597 son mujeres (48.83%).

La desnutrición crónica, afecta a un cuarto de esta población, limitando de esta manera el desarrollo y aprendizaje de los niños y niñas. En promedio, un 70% de esta población tiene acceso al agua potable, pero existe una diferencia significativa entre el área urbana (95.4%) y el área rural (54%); las actuales coberturas dejan a cerca de 500,000 niños sin acceso a agua potable y 700,000 niños sin acceso a saneamiento básico. El 44% de los niños con discapacidad no ingresa a la educación primaria.

Un fenómeno que está afectando a esta población, es el embarazo de niñas a partir de los 10 años de edad. A diferencia de los embarazos en adolescentes, es importante señalar que esto ocurre principalmente por abusos sexuales, incestos e irresponsabilidades paternas dentro del mismo hogar o en espacios familiares o de confianza. Dicho de otra manera, el embarazo en niñas es el reflejo del abuso y la violencia en el hogar.

Existe una cantidad considerable de niños que (i) viven en la calle completamente separados de su familia que en muchos casos los han expulsado de sus hogares, y/o (ii) trabajan en la calle todo el día en actividades informales, muchas veces delictivas, pero manteniendo relación con su familia con quien pasan la noche.

Adolescencia (12 a 18 años)

En Honduras, el 17.4% de la población se encuentra en este rango de edad. Las mujeres entre los 12 y 18 años suman 715,160 (49.5%) y uno de los principales problemas en este grupo poblacional es el embarazo en adolescentes. Lamentablemente, esto forma parte del patrón cultural, aunque también está fuertemente asociado a relaciones inequitativas de poder entre géneros y al ejercicio de la violencia sexual contra las niñas y jóvenes (incesto, abuso, violación). En las grandes ciudades, generalmente se trata de embarazos no deseados y muchos de ellos terminan en abortos practicados en condiciones inadecuadas e ilegales con el consecuente aumento de la mortalidad materna en ese grupo de edad. La **Tabla 1** muestra información relevante sobre los embarazos en adolescentes.

Tabla 1 – Embarazo en Adolescentes (Período 2011 -2012)

Edad	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	Total alguna vez embarazadas	Número de adolescentes
15	3.6	2.7	6.3	981
16	10.09	5.8	16.7	1,148
17	19	5.9	24.9	1,010
18	28	6.1	34	1,003
19	36.4	3.7	40.1	921

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

Según la EPHPM 2014, se estima que la población comprendida entre 5 a 17 años de edad es de 2,473,593 personas (29.8% de la población nacional); de la cual 1,260,924 (51.0%) son niños y 1,212,669 (49.0%) son niñas. De esta población, a nivel nacional el 71.1% se dedica sólo a estudiar, 15.3% trabaja (incluye los que estudian y trabajan y los que solo trabajan) y un 13.5% que ni estudia ni trabaja, comportamiento similar se observa en el área urbana y rural. Del total de la población que trabaja el 74.4% son niños y el 25.6% son niñas. Entre los que sólo estudian, no hay mucha diferencia entre ambos sexos, pero sí la hay entre los que ni estudian ni trabajan, donde las niñas son mayoría: 62.3% contra el 37.7% de niños.

Juventud (19 a 30 años)

La población entre 19 a 30 años suma 1,824,797 personas, correspondiente al 21.98% de la población total, según el Censo de Población y Vivienda 2013. Es importante resaltar que Honduras es un país con una población sumamente joven, con 92.8% menor a los 60 años de edad y con una Población Económicamente Activa (PEA) de 3,628,732 personas, equivalente a un 44.10%.

En la actualidad, la Relación de Dependencia Total (RDT), que incorpora la carga demográfica de niños y adultos mayores, es de 60.9 por cien; esto significa que de cada cien personas en edad productiva, hay 61 personas en edad dependiente. Este es un panorama positivo para Honduras, para los próximos veinticinco años, porque la carga demográfica descenderá a valores nunca observados, haciendo que las poblaciones productivas sostengan menos dependientes; esta situación demográfica es favorable para fines económicos y de sostenibilidad del sistema previsional.

Por otro lado, esta población sufre grandemente los ataques de la violencia, siendo la más afectada por su exposición al narcotráfico, drogas y grupos criminales organizados.

Adulthood (31 a 59 años)

La vulnerabilidad en este ciclo de vida, generalmente está asociada a diversas condiciones. Algunas de los más notorios son: (a) Mujeres Pobres, Jefas de Hogar con Niños a su cargo; (b) Poblaciones indígenas y Afrohondureñas; y (c) Discapacidad.

- (a) *Las Mujeres Pobres, Jefas de Hogar, con niños a su cargo:* Los hogares con jefatura femenina típicamente son más pobres porque: (1) Su carga de dependientes es más alta: por cada contribuyente al ingreso del hogar, hay más dependientes, tanto adultos como niños. (2) No reciben, en la mayoría de los casos, el respaldo económico por parte de sus padres. (3) Las contribuyentes principales, las mujeres, ganan menos en el mercado de trabajo que los hombres, tienen menos capital y tienen menos acceso a recursos productivos.
- (b) *Las Poblaciones Indígenas y Afro-hondureñas:* Según el Censo de Población y Vivienda 2013, la Población Indígena y Afro-hondureña suma 717,618 personas, equivalente al 8.64% de la población total de Honduras. Los grupos étnicos se diferencian entre sí, no sólo por su tamaño, sino también por la preservación de su idioma e identidad cultural. En Honduras se reconocen nueve grupos étnicos: Lenca, Miskito, Maya Chortí, Nahua, Pech, Tawahka, Tolupán, Garífuna y Afro hondureños de habla inglesa. La mayoría de los indígenas y afro hondureños combinan el trabajo asalariado con la agricultura y la pesca de subsistencia (y entre los Garífuna, el comercio). A diferencia de otros países en la región, Honduras todavía no adoptó una legislación para reconocer la composición pluricultural de la nación, y el reconocimiento de los derechos de los indígenas sobre la tierra, los recursos y la identidad cultural.
- (c) *Personas Con Discapacidad:* Según el Censo de Población y Vivienda 2013, la población con Limitación Permanente en Honduras suma 306,296 habitantes, equivalente al 3.69% de la población total. Actualmente, la proporción entre hombres y mujeres es muy similar, con 49.1% y 50.9% respectivamente. A edad igual hasta los 64 años, el riesgo para un hombre de tener una discapacidad es 60% mayor que para una mujer, y después de esta edad, la probabilidad es igual para ambos sexos. Una persona con nivel educativo de estudio superior tiene hasta seis veces menos probabilidad de tener una discapacidad que una persona sin ningún nivel educativo. La mayoría de las personas con discapacidad realizan trabajos por cuenta propia y tienen tres veces menos representación en empleos públicos o privados que las personas sin discapacidad. Las personas con discapacidad viven en hogares más pobres que el promedio nacional. El ingreso per cápita promedio de un hogar es de 36%, siendo este un promedio de ingreso superior al de los hogares en donde se encuentra una persona con discapacidad.

Adulthood (60 Years and older)

The demographic and epidemiological transition has been influenced by the effects of the simultaneous decline of fertility, total mortality and its infant component. The increase in life expectancy and the population aged 60 and over has been felt in a dramatic way in Latin America and the Caribbean.

The insufficiency of the pension systems in force and the progressive nuclearization of the family structure associated with the urbanization of the Latin American region, have combined to increase the social and economic vulnerability of this group of citizens. If in the countries of the Northern Hemisphere, life expectancy has been associated with improvements in the quality of life of the adult population, particularly of the segment of 75 and over, poverty and dependency remain the salient characteristics of contemporary Latin American and Caribbean populations.

During the next 25 years, older adults in Latin America and the Caribbean will double their number to exceed 97 million (14% of the total population), of which more than a quarter will be 75 years old (26 million). This panorama poses critical challenges in terms of organization of society and citizen participation, employment, security and social assistance, health, education, recreation and housing, among other aspects.

In Honduras, life expectancy is calculated at 71.1 years for men and 78.6 years for women. In relation to the change in the age structure, in 2010 the population aged 60 and over represented 6.2% of the total population, while by 2050 this participation will multiply three times, reaching approximately 18.6% of the total. The projections of the INE report that, by 2015, the adult population constitutes 6.7% of the total.

This demographic change, which is already anticipated, obliges the State to develop mechanisms of prevention and care to face the progressive aging of the population, covering issues such as health and the provision of savings, among others.

In general terms, the behavior of the Honduran population tends towards the reduction of the number of dependents in the labor area for each person in the active age. This situation generates an advantage that translates into a favorable demographic, which can be described as the period in which the country has more resources per capita, since the population in the working age will be increasing, the number of children will decrease and the number of older adults will not grow rapidly.

2.1.3 Provision of goods and services of the social sector

The State of Honduras must guarantee the health and education of the population in general. The coverage, quality and access to these services represent great challenges for the administrations of government, especially when it comes to reaching the people who live in rural areas or who are in a situation of extreme poverty and vulnerability. The GDIS has within its functions to improve the current situation of the provision of these and other services to the population; for this reason, a summary diagnosis is presented regarding the services of: (1) Health, (2) Education and (3) Water and Sanitation.

2.3.1.1 La Educación en Honduras

Situación del Sistema Educativo

El sistema educativo está en el proceso de implementación de la Ley fundamental de Educación, misma que es operativizada por medio de los diferentes reglamentos. Su aplicación plena es el principal instrumento para alcanzar el objetivo de reducir las brechas educativas descritas en el Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018.

Actualmente la Secretaría de Educación está en el proceso de sistematización informática de cada uno de los centros educativos, obteniendo información nominal de cada uno de los alumnos matriculados como también de los docentes que laboran en cada uno de los centros. Este será un avance importante para los temas de focalización de programas sociales y estadísticas del sector. Lo antes descrito se realiza a través del Sistema de Administración de Centros Educativos (SACE), mismo que ya opera en más del 85% de los Centros Educativos del País. También como parte de los procesos de mejora del sistema, se están realizando pruebas a los docentes del país, con el objetivo de garantizar la calidad educativa a los estudiantes de los diferentes centros. Simultáneamente se realizan capacitaciones y formaciones en el idioma del inglés, como parte inicial del proceso de adoptar el inglés como un segundo idioma para los estudiantes de los centros educativos públicos.

Cobertura y Calidad Educativa

En materia de educación, uno de los logros más importantes del país lo representa el avance en la cobertura neta de matrícula de niños de 5 años de edad en educación prebásica; entre los años 2009-2013, se identificó un incremento en la matrícula de 6.76%, alcanzando para el último año en mención, un 65.64% según los registros institucionales de la Secretaría de Educación. No obstante, el reto sigue siendo grande para llegar a cubrir toda la población de 3 a 5 años, mostrando una tasa de cobertura de apenas 34.9 y 33.1 para los años 2014 y 2015 respectivamente, como se presenta en la **Tabla 2**.

Durante el período 2009-2013, en el Tercer Ciclo de Educación Básica, se logró un incremento de la cobertura neta de 5.07%, sin embargo, entre el año 2012 y 2013 la tasa tuvo un pequeño descenso de 0.76%, llegando a una tasa de 42.70. La tendencia mejoró notoriamente en la presente Administración, logrando una tasa de cobertura de 44.9 en 2014 y 50.9 en 2015.

Respecto a la tasa neta de cobertura de matrícula de Educación Media, en el mismo período 2009-2013, se logró un incremento de 2.96%. Según la EPHPM del INE, la tasa de cobertura en educación media se mantuvo en 25.4 para el año 2014, pero mejoró notoriamente a 30.7 en el año 2015.

La Tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más, para el año 2013 a nivel nacional, se registró con una tasa de 14.5; en el área urbana la tasa de analfabetismo es de 7.5 en contraste con el 21.5 del área rural. Para el 2014, la tasa mejoró a 12.8 y para el 2015, mejoró a 12.1.

En general, la escolaridad promedio de la población hondureña para el año 2013 fue de 7.5 años de estudio; en la zona urbana se logró un total de 8.9 años de escolaridad, a diferencia de la zona rural, en la que se alcanzó únicamente 6 años promedios de estudio. Del 2008 al 2013 a nivel nacional, este indicador se incrementó en 0.4 años. Las mejoras han sido leves para los años 2014 y 2015, reportando cifras de 7.70 y 7.75 respectivamente.

La **Tabla 2** muestra un resumen de la cobertura educativa para los años 2014 y 2015.

Tabla 2 – Tasas de Cobertura Educativa en los años 2014 y 2015

Ciclo	Años	Tasa de Cobertura 2014	Tasa de Cobertura 2015
Prebásica	3 – 5	34.9	33.1
Básica I y II Ciclo	6 – 11	91.7	93.0
Básica III Ciclo	12 – 14	44.9	50.9
Media	15 - 17	25.4	30.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), EPHPM 2014

En cuanto a la calidad educativa, existen diversos factores que intervienen tales como el cumplimiento de los 200 días de clases, la capacitación docente, el acceso a libros y materiales alineados al Currículo Nacional Básico, la participación de los padres de familia, la infraestructura educativa entre otros.

Una de los instrumentos que ha servido en los últimos años para la medición de la calidad educativa es la evaluación del rendimiento académico en español y matemáticas. En 2014 el porcentaje de alumnos de educación básica que con el nivel académico esperado en español fue de 74%, mientras que en matemáticas fue de 51%. Es válido mencionar que los retos siguen siendo altos en cuanto a la calidad educativa, especialmente en el área de las matemáticas.

2.3.1.2 La Salud en Honduras

Situación del 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 Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF), el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA) y el Programa de Asignación Familiar (PRAF) que ejecuta el Programa Presidencial de Salud, Educación y Nutrición y el sector privado.

Actualmente el Sistema de Salud, atraviesa dificultades, producto del agotamiento del modelo de atención vigente, que ha generado en alguna medida, una situación de exclusión en salud, que se evidencia de manera específica en los siguientes aspectos:

- La fragmentación del Sistema de Salud, con una actuación no articulada de las distintas instituciones que frecuentemente se concentran en los mismos espacios geográficos, sin control sobre la cobertura.
- Dificultades en la rectoría, que se manifiestan en las dificultades de regulación en los aspectos sanitarios y escaso desarrollo de trabajo intersectorial para integrar los esfuerzos de los diferentes actores relacionados con la salud.

- El modelo de atención ha venido siendo enfocado, casi exclusivamente, en la atención del daño y la enfermedad, con acciones poco efectivas en base al costo, causando con ello un gasto creciente en actividades curativas; se observa un enfoque basado en el fortalecimiento de la red hospitalaria pública del país.
- Una fuerte problemática en cuanto a la capacidad de asegurar la calidad de la atención, el uso racional de los recursos y el control de los servicios sobre procesos y no sobre productos.

Ante este panorama y los demás desafíos existentes, la actual gestión de Gobierno está enfocando esfuerzos en introducir modelos “descentralizados” de atención primaria en salud, para expandir la cobertura de los servicios, con la contratación de ONGD y proveedores privados de salud, de manera que la población en situación de extrema pobreza, pobreza y vulnerabilidad, acceda al Sistema de Salud, rompiendo la imperante exclusión, que persiste en dicho Sistema.

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.

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.

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.

Enfermedades Infecciosas y Transmisibles

Se observa una alta tasa de incidencia de enfermedades transmisibles y vectoriales: dengue clásico y hemorrágico; la presencia de malaria y mal de Chagas en zonas específicas del país; la prevalencia de tuberculosis y las tasas de incidencia del VIH y SIDA en la población general y en aquellas de alto riesgo. A continuación se presenta las estadísticas más relevantes incluidas en el PEI de SESAL, basadas en la información de la ENDESA 2011-2012 y en los registros institucionales.

Dengue: Los reportes epidemiológicos demuestran que las tasas de incidencia de dengue hemorrágico van en ascenso; entre los años 2011 y 2012 hubo un importante repunte con una razón de riesgo relativo de 1.78; en 2011 se contabilizó un total de 8,297, versus 15,554 casos contabilizados en el 2012. 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). El dengue se presenta principalmente en las ciudades de San Pedro Sula y Tegucigalpa.

Malaria: A pesar de haber alcanzado el compromiso dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), de la reducción de la incidencia de los casos de malaria en más del 75%, esta enfermedad sigue siendo un problema de salud pública tanto en su control como en la intervención contra el parásito y el vector. El área malárica en Honduras representa el 87% del territorio nacional, donde habita el 63% de la población total. El 95% de la malaria se concentra en 6 departamentos de las regiones nororiental

y atlántica del país. Las especies parasitarias presentes en el país son el *Plasmodium vivax* (93%) y el *Plasmodium falciparum* (7%).

Chagas: esta afecta principalmente a las poblaciones pobres que viven en zonas postergadas; se caracteriza por una prevalencia de infección por *Triatoma Cruzi* en el 6% en población general y de 3% en escolares en áreas rurales; se asocia a la transmisión vectorial y se concentra en los grupos étnicos más postergados y más vulnerables (xicaques o tolupanes en la región central, lencas en la región suroeste y chortí en la región noroccidental). El *Triatoma dimidiata* es menos eficiente en su capacidad vectorial, pero dada su amplia distribución en el territorio nacional, se constituye en un vector importante en el país.

Tuberculosis: La tendencia de la tasa de mortalidad registra un leve descenso de 0.3 entre los años 2003 y 2007. La notificación y tasa de incidencia del mayor número de casos se observa en las regiones que presentan la más alta concentración poblacional (64 y 63 para el 2008 y 2011, respectivamente). La relación de casos de Tuberculosis hombre-mujer es de 1.5 a 1.0, con tasas mayores en hombres a partir de los 25 años, siendo los retornados forzados y las personas en los centros penales, la población con mayor incidencia.

VIH: Para diciembre del 2012 se habían acumulado 31,056 casos detectados, de los cuales, 2,206 fueron casos de infección avanzada por *VIH* y 8,965 de *VIH* asintomático; 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 (razón: 0.7). Los afectados son principalmente jóvenes entre 20 y 39 años (65%). El manejo del problema con medicamentos constituye un reto para el país dado sus elevados costos.

2.3.1.3 Servicios de Agua Potable y Saneamiento en Honduras

Situación del Sistema de Agua Potable y Saneamiento

El Sistema de Agua Potable y Saneamiento cuenta con diversos entes que lo conforman. El Consejo Nacional de Agua Potable y Saneamiento (CONASA) es la más alta autoridad gubernamental para planificar y establecer las políticas y estrategias del sistema de Agua Potable y Saneamiento. Su autoridad máxima está delegada en el Consejo integrado por la Secretaría de Salud, Secretaría de Gobernación, Secretaría de Ambiente, Secretaría de Finanzas, Presidencia de la AMHON, un representante de las Juntas Administradoras de Agua y un representante de los usuarios de los servicios.

El Ente Regulador de los Servicios de Agua Potable y Saneamiento (ERSAPS), es una institución desconcentrada adscrita a la Secretaría de Estado en los Despachos de Salud, con independencia funcional, técnica y administrativa, responsable de la regulación y control de la prestación de los servicios de agua potable y saneamiento en los municipios, aplicando criterios y normas que permitan dar seguimiento y evaluación a la gestión de los prestadores, fomentando la participación ciudadana y garantizando que los usuarios reciban servicios de calidad, eficientes y sostenibles que contribuya al bienestar social de la población. El Directorio del ERSAPS está integrado por tres miembros nombrados por el Presidente de la República a propuesta del Consejo Nacional de Agua y Saneamiento (CONASA) y uno de ellos es nombrado como Director Coordinador.

Las atenciones sociales en materia de agua potable y saneamiento son realizadas en conjunto con el Sistema Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA) e IDECOAS.

Cobertura, continuidad y calidad del agua potable

La cobertura nacional de agua potable en el país experimentó mejoras significativas entre los años 1990 y 2008, según el Programa de Monitoreo Conjunto (JMP siglas en ingles), como se muestra en **Tabla 3**.

Tabla 3 - Cobertura Total, Urbana y Rural de servicios Mejorados de Agua Potable Año 2008

Población			Cobertura %		
Año	Total habitantes (miles)	Urbano %	Urbana	Rural	Total
1990	4,901	40	91	59	72
2008	7,309	48	95	77	86

Fuente: CONASA

En 2013, según la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples del INE, el 13.3% de las viviendas no contaron con un servicio de agua potable adecuado. En 2014 hubo un pequeño retroceso, ya que el 14% de los hogares no contaron con este servicio. En 2015 continuó en aumento el número de hogares sin servicio adecuado de agua, llegando a ser el 14.2% de los hogares a nivel nacional. En el área urbana, el 7.5% de los hogares carecen de este servicio; mientras que en el área rural, la cifra es de 19.8%.

Es válido destacar el rol que tienen los prestadores de servicio privado colectivo a nivel nacional. En el área urbana, del 92.5% de las viviendas que cuentan con el servicio adecuado de agua, el 47.1% cuentan con un servicio privado colectivo. En el área rural, apenas el 3.7% de los hogares cuentan con servicio público; mientras que el 72.1% cuenta con servicio privado colectivo.

En cuanto a la infraestructura para la potabilización, así como en lo referente a la continuidad y la cantidad promedio de producción de agua, el estudio más reciente lo realizó la ERSAPS en 2011, obteniendo los resultados presentados en las tablas (**Tabla 4 y Tabla 5**) a continuación:

Tabla 4 – Disponibilidad de infraestructura para la potabilización de Agua Potable 2011

Estrato poblacional	No de Ciudades	No de Ciudad con Planta Potabilizadora	% de Potabilización con respecto a la producción de agua
Metropolitanas	2	2	100
>30,000 habitantes	16	13	49
De 5,000 a 30,000 habitantes	52	11	37
De 2,000 a 5,000 Habitantes	144	0	S.D

Fuente: Ente Regulador de Servicios de Agua Potable y Saneamiento (ERSAPS)

Tabla 5 - Continuidad y Cantidad de servicios de Agua Potable 2011

Estrato Poblacional	Continuidad y cantidad	Observación
Tegucigalpa	Periodo 2009 -2011 la producción promedio en época de lluvia fue de 3.62 m3/s, y en verano de 1.68 m3/s, con un déficit de más 50%	Racionamiento permanente, menos de 6 horas de servicio por día
San Pedro Sula	En su área de servicio, dotación promedio de 368 lppd.	Servicio diario con más de 20 horas por día
16 Ciudades intermedias	14 ciudades tienen disponibilidad de agua con una capacidad de producción por encima de una dotación de 180 lppd.	Sin embargo en la mayoría, los Servicio son intermitente, con menos de 20 horas por día
52 Pequeñas Localidades Urbanas	El 79% de ellas, tienen disponibilidad de agua, superando una dotación de 120 lppd.	Servicio intermitente, varía entre 5 y 20 horas por día
Urbano Menor y Rural Concentrado	58% de ellos tienen servicios diario, no necesariamente las 24 horas	El 42% tiene servicio intermitente

Fuente: Ente Regulador de Servicios de Agua Potable y Saneamiento (ERSAPS)

Algunos puntos a resaltar en cuanto a la capacidad de potabilización del agua son:

1. Las dos ciudades metropolitanas (Tegucigalpa y San Pedro Sula), tienen capacidad para potabilizar su producción total de agua superficial. En Tegucigalpa, el SANAA tiene una capacidad de potabilización de 3,620 l/s, en San Pedro Sula, Aguas de San Pedro, la capacidad de potabilización es de 1,300 l/s de agua superficial y 60 Pozos con agua desinfectada.
2. De las 16 ciudades intermedias (>30,000 hab.), 13 de ellas cuentan con capacidad parcial de potabilización, que representa el 49% de la capacidad total de producción de agua requerida en estas ciudades.
3. De las 52 Pequeñas Localidades Urbanas (entre 5,000 a 30,000 habitantes), solamente 11 cuentan con alguna capacidad de potabilización, que representa el 37% de la producción de agua actual de todas estas comunidades.

Cobertura de servicios de Saneamiento

En 2013, según la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples del INE, 11.7% de las viviendas de Honduras no contaban con un sistema de saneamiento adecuado. Esta proporción fue mayor en el área rural, con un 15.7% de las viviendas debido a que la mayoría utilizó letrinas con pozo simple y otras adolecen de alguna forma de eliminación de excretas.

En 2014, el 13.2% de las viviendas no contaron con un sistema de saneamiento adecuado. El uso de inodoro conectado a alcantarilla fue predominante a nivel urbano, presentando un 66.2% con sistemas de saneamiento adecuado, sobresaliendo en las metrópolis de Tegucigalpa y San Pedro Sula. En las zonas rurales fue común encontrar letrinas con cierre hidráulico (30.8%), seguido por viviendas sin ningún sistema de eliminación de excretas (16.5%) y con pozo negro o simple (11.5%).

En 2015 cambió positivamente la tendencia, llegando a tener una cobertura del 88.9% de los hogares con servicio adecuado de saneamiento básico, es decir que, el 11.1% aún carece del servicio. En el área rural, la cantidad de hogares que carecen del servicio es de 15.3% mayor que en área urbana, con 6.9%.

2.2 Problemática Sectorial

El GDIS, basándose en el diagnóstico realizado bajo los tres enfoques [(1) *La pobreza en Honduras*, (2) *La vulnerabilidad de la población por ciclo de vida* y (3) *La provisión de bienes y servicios del Sector Social*]; y basándose en la forma en que están planteados los objetivos estratégicos, lineamientos estratégicos, metas y resultados globales de gobierno establecidas en los instrumentos de planificación más importantes a nivel nacional (Visión de País, Plan de Nación y Plan de Gobierno); a continuación presenta un listado con algunos de los principales problemas detectados en el sector:

Problemas en cuanto a la reducción de la pobreza

1. Falta estrategias de desarrollo económico y social sostenibles.
2. Programas sociales con débil focalización y muy limitado impacto.
3. Falta de políticas públicas y programas que aborden de manera de integral y sostenible la problemática que viven los grupos poblacionales en riesgo social.
4. Familias con vivienda no adecuadas, con necesidades básicas insatisfechas.
5. Bajo nivel de empleo entre las personas en situación de pobreza. Pocos programas de generación de empleo y desarrollo de capital humano.
6. Programas de inversión social y fomento de la competitividad en zonas pobres con bajo nivel de ejecución.

Problemas en cuanto a la Educación

1. Baja cobertura a nivel de prebásica.
2. Bajos resultados en matemáticas.
3. Problemas de exclusión para niños con discapacidad.
4. Se requiere mayor participación de las comunidades y padres de familia para mejorar la calidad educativa.
5. La cantidad de niños que abandona la escuela después del II ciclo sigue siendo alta. Lo mismo sucede al salir del III ciclo.

Problemas en cuanto a la Salud

1. No se cuenta con un sistema de información que permita tener un control eficiente sobre la cobertura a nivel nacional.
2. La desnutrición infantil sigue siendo un reto.
3. El abordaje del suministro de medicamentos es ineficiente y dañino para el sistema.
4. Problemáticas de interés nacional tales como la prevención de enfermedades vectoriales y el embarazo de adolescentes requieren de un abordaje multisectorial.
5. La elaboración de la ENDESA está en riesgo por falta de presupuesto.
6. La estructura presupuestaria de los hospitales no cambian desde hace una década. Los incrementos en el presupuesto básicamente son para pago de personal pero no hay cambios relevantes en equipamiento, tecnología, cobertura, medicamentos, etc.

Problemas en cuanto a los servicios de agua y saneamiento

1. Alto porcentaje de la población a nivel rural aún no cuenta con adecuados sistemas de agua potable.
2. Alto porcentaje de la población a nivel rural aún no cuenta con adecuados sistemas de saneamiento básico.
3. Baja calidad del agua y poca potabilización en áreas rurales.

4. Servicio intermitente o permanentemente racionado.
5. Se requiere de un ordenamiento institucional en el subsector.

Problemas que requieren abordajes multisectoriales

1. Generación de ingresos por medio de empleos o actividades productivas.
2. Reducción de embarazos en niñas y adolescentes.
3. Reducción de incidencia de enfermedades vectoriales.
4. Reducción de la desnutrición infantil y seguridad alimentaria.

Problemas de tipo administrativo para el sector

1. Espacio fiscal para los programas de transferencia condicionadas de dinero.
2. Políticas públicas de carácter general y sin asignación presupuestaria.
3. Modificaciones presupuestarias sin criterios aprobados a nivel sectorial.
4. La información del sector no está disponible permanentemente para el GDIS.

2.3 Subsectores

Para enfrentar la problemática descrita anteriormente, el GDIS ha establecido los cuatro siguientes subsectores:

1. Subsector de Protección Social.
2. Subsector de Educación.
3. Subsector Salud.
4. Subsector de Agua Potable y Saneamiento Básico.

Cada uno de estos subsectores es liderado por una institución que forma parte del GDIS. Cada institución coordinadora de subsector, tiene la responsabilidad de coordinar con las demás instituciones del Gabinete, así como con aquellas que no forman parte del Gabinete, tanto del sector público como del sector privado, como en los casos de las universidades, organizaciones de sociedad civil, empresas privadas, prestadores de servicios no gubernamentales, iglesias y agencias de la cooperación internacional según corresponda. A continuación se presenta una breve descripción de cada subsector:

Subsector de Protección Social

La institución que lidera el subsector de Protección e Inclusión Social es la SEDIS. Este Subsector, tiene el reto y la responsabilidad de coordinar la Estrategia Social más importante del actual Gobierno, la *Estrategia Plataforma de Gestión Vida Mejor*.

Así mismo, este subsector es responsable de la implementación de las políticas públicas de protección e inclusión social, tomando como base los componentes de la Política de Protección Social (PPS), aprobada mediante Decreto Ejecutivo PCM 008-2012: 1) Prevención Social; 2) Asistencia Social; y 3) Generación de Oportunidades y Competencias. De esta forma, este subsector contribuye con la reducción gradual de la pobreza extrema, la vulnerabilidad, la exclusión, la facilitación de derechos sociales, económicos y culturales enfocados en aquella población en riesgo social que habita en el territorio nacional.

Subsector de Educación

La institución que lidera el subsector de Educación es la SEDUC. Este Subsector ejerce rectoría y ejecuta la política pública de Educación del país, propiciando las condiciones para que toda la población tenga la oportunidad de acceder al conocimiento que promueve el desarrollo de capacidades y habilidades, en condiciones de libertad e igualdad. Así mismo, este subsector debe asegurar la efectiva implementación de la Ley Fundamental de Educación, con el propósito de garantizar el acceso equitativo de todas las personas, sin discriminación, a una educación integral de calidad.

Cabe mencionar que el IDECOAS/FHIS tiene un rol muy relevante en este subsector, ya que a través de esta institución se realizan las mejoras en infraestructura educativa.

Subsector de Salud

La institución que lidera el subsector de Salud es la SESAL. Este subsector propicia las condiciones para que la población nacional tenga acceso en igualdad de condiciones al conjunto de servicios para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, con eficiencia, eficacia y calidez humana.

Algunas instituciones del GDIS tienen un rol protagónico para mejorar las condiciones de salud de la población, como los casos de SEDIS y SEDUC a través de los programas de transferencias condicionadas y de las campañas educativas de prevención, respectivamente. De igual manera, el IHSS tiene un rol protagónico, aún y cuando se encuentra adscrito a otro Gabinete.

Subsector de Agua Potable Y Saneamiento Básico

La institución que lidera el subsector, a lo interno del GDIS, es el SANAA/IDECOAS. Este subsector ofrece bienes y servicios para que la población nacional disponga del acceso al agua potable y saneamiento básico como un derecho humano; ambos servicios son esenciales para mejorar la calidad de vida de las personas, tomando en cuenta que se asocian principalmente a la salud y a la seguridad alimentaria y nutricional, y consecuentemente, con la asistencia escolar, la productividad de los adultos, y en general, con el desarrollo económico y social de las personas.

El Consejo Nacional de Agua Potable y Saneamiento (CONASA), es la más alta autoridad gubernamental para planificar y establecer las políticas y estrategias del subsector. El CONASA, no está adscrito al GDIS ni a ningún otro gabinete. Tampoco está adscrito al GDIS el Ente Regulador de los Servicios de Agua Potable y Saneamiento (ERSAPS), el cual está adscrito al Gabinete de Conducción y Regulación Económica.

Por medio del SANAA e IDECOAS se desarrolla la infraestructura social que se enfoca en la provisión del servicio, como el aumento de sistemas de agua y saneamiento, enfocándose en la conexión de las personas a dichos sistemas.

El SANAA tiene la responsabilidad de la provisión de los servicios de potabilización y saneamiento; así mismo, en su rol de Secretaría Técnica y ente técnico, apoya al CONASA en la planificación del sector, el sistema de financiamiento, desarrollo humano, transferencia de tecnología, asistencia técnica a operadores urbanos y rurales, aplicación de normas de diseño y construcción, formular convenios con organismos multilaterales, municipios y comunidades para el diseño y construcción de acueductos, entre otras responsabilidades.

III. FUNDAMENTOS DEL PLAN ESTRATEGICO SECTORIAL

El Plan Estratégico Sectorial del GDIS ha sido elaborado para el período de gobierno 2014 – 2018, fundamentado en los objetivos, lineamientos, resultados y metas de los principales instrumentos de planificación de largo y mediano plazo del país, como se muestra a continuación.

3.1 Visión de País y Plan de Nación

Tabla 5 – Alineamiento del PES del GDIS con la Visión de País y Plan de Nación

Objetivos Nacionales de la Visión de País	Objetivo 1: Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social
Metas de Prioridad Nacional de la Visión de País	Meta 1.1: Erradicar la pobreza extrema. Meta 1.2: Reducir a menos de 15% el porcentaje de hogares en situación de pobreza. Meta 1.3: Elevar la escolaridad promedio a 9 años. Meta 1.4: Alcanzar 90% de cobertura de salud en todos los niveles del sistema. Meta 3.1: Reducir la tasa de desempleo abierto al 2% y la tasa de sub-empleo invisible al 5% de la población ocupada.
Lineamiento Estratégico del Plan de Nación	Lineamiento Estratégico 3: Reducción de la Pobreza, Generación de Activos e Igualdad de Oportunidades Lineamiento Estratégico 4: Educación como principal medio de emancipación social Lineamiento Estratégico 5: Salud como fundamento para la mejora de las condiciones de vida.
Indicadores de Avance del Plan de Nación	Indicador 9: % de Hogares en Situación de Pobreza Extrema (INE) Indicador 10: % Hogares en Situación de Pobreza (INE) Indicador 11: Tasa de Desempleo Abierto (INE) Indicador 14: % de cumplimiento del calendario escolar (200 días) en Establecimientos Educativos Públicos (UNCE - UPN) Indicador 15: % Cobertura neta de Educación Pre-básica (INE) Indicador 16: % Cobertura neta de Educación Básica en sus dos primeros ciclos (INE) Indicador 17: % Cobertura neta de Educación Básica en tercer ciclo (INE) Indicador 18: % Cobertura neta de Educación Media (INE) Indicador 19: % de Centros Educativos Certificados (UNCE - UPN) Indicador 20: Tasa de Escolaridad Promedio (UNCE - UPN) Indicador 21: Rendimiento Promedio en Español y Matemáticas en Nivel Básico y Medio (UNCE-UPN) Indicador 22: Tasa de Mortalidad en menores 5 años (Secretaría de Salud) Indicador 23: Tasa de Mortalidad Materna/(100,000 N.V.) (Secretaría de Salud) Indicador 24: Incidencia de Casos de Malaria/Dengue (Secretaría de Salud) Indicador 25: Tasa de Incidencia de casos de Enfermedades Infecciosas asociadas a Condiciones Materiales de Vida (Diarrea, IRAS X 1000 hab) y TB x 100,000 hab) (Secretaría de Salud) Indicador 26: Porcentaje de prescripciones médicas totalmente atendidas en hospitales del Estado (Secretaría de Salud, por construir) Indicador 27: Número de Municipios administrando sistemas de agua y saneamiento (Secretaría de Gobernación / SANAA) Indicador 28: % Cobertura de Hogares Rurales con Acceso a Agua Potable (INE) Indicador 29: % Cobertura de Hogares con acceso a sistemas de Eliminación de Excretas (INE)

Fuente: Elaboración propia

Tal y como se muestra en la **Tabla 5**, el Plan Estratégico del GDIS contribuye a uno de los Objetivos Estratégicos y cinco Metas Prioritarias de la Visión de País. Además, contribuye al cumplimiento de tres Lineamientos Estratégicos y diecinueve indicadores del Plan de Nación.

3.2 Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018: Plan de todos para una vida mejor

El Plan Estratégico del GDIS contribuye a uno de los Objetivos Estratégicos, cuatro de los catorce Resultados Globales con sus respectivas medidas de política, al menos cuatro estrategias transversales y diez indicadores sectoriales del PEG 2014 -2018, como se muestra en la **Tabla 6** a continuación.

Tabla 6 – Alineamiento del PES del GDIS con Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018

Objetivos Estratégicos del PEG	Objetivo 1: Mejorar el desarrollo humano, la equidad y la protección social
Resultados Globales del PEG	Resultado Global 1: El porcentaje de hogares en extrema pobreza se habrá reducido de 42.6% a 38.6%. Resultado Global 2: El porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas se habrá reducido de 40.8% a 36.8%. Resultado Global 4: La escolaridad promedio de la población con edad de 15 años y más aumenta de 7.5 años a 7.8 años. Resultado Global 5: Alcanzar el 62% de Cobertura de atención ambulatoria del sector público.*
Estrategias Transversales del PEG	Estrategia Transversal 1: Equidad de Género. Estrategia Transversal 2: Promoción de la inclusión social. Estrategia Transversal 4: Participación activa de la sociedad civil. Estrategia Transversal 5: Descentralización de procesos, políticas, programas y proyectos.
Indicadores Sectoriales del PEG	Indicador Sectorial 1.1: No. de familias en extrema pobreza beneficiadas con transferencia condicionada. De la plataforma Vida Mejor. Indicador Sectorial 1.2: No. de familias en extrema pobreza beneficiadas con Programa del Corredor Seco. Indicador Sectorial 2.1: No. de familias con apoyo de Programa de Bono de Vivienda para una Vida Mejor. Indicador Sectorial 2.2: % de población con servicios de agua potable. Indicador Sectorial 2.3: % de población con acceso a saneamiento básico. Indicador Sectorial 4.1: % de matrícula neta de Pre Básica. Indicador Sectorial 4.2: % de matrícula neta de I y II ciclos de Educación Básica. Indicador Sectorial 4.3: % de matrícula neta de III Básica. Indicador Sectorial 4.4: % de matrícula de Educación Media. Indicador Sectorial 5.1: Población con acceso a los servicios de salud con gestión descentralizada.*

Fuente: Elaboración propia

* El Resultado Global 5 y el indicador sectorial 5.1, relacionados a Salud, están en proceso de revisión.

3.3 Objetivos de Desarrollo Sostenible

El Plan Estratégico del GDIS también toma en cuenta el compromiso del Gobierno de Honduras en el marco de la agenda post ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio), el cual consiste en incluir dentro de la planificación nacional los 17 objetivos de desarrollo sostenible con sus 169 metas. Dado que estos objetivos incluyen la dimensión social, además de la económica y ambiental, el GDIS ha identificado que contribuirá directamente en siete objetivos, como se muestra en la **Tabla 7** a continuación:

Tabla 7 – Alineamiento del PES del GDIS con los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Objetivos de Desarrollo Sostenible	Subsector de GDIS
ODS 1: Erradicar la Pobreza en todas sus formas.	Protección Social
ODS 2: Acabar con el hambre, alcanzando la seguridad alimentaria y mejorando la nutrición, promoviendo la agricultura sostenible.	Protección Social
ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.	Salud
ODS 4: Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa promoviendo oportunidades de aprendizaje permanente para todos.	Educación
ODS 5: Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas.	Protección Social
ODS 6: Asegurar la disponibilidad y manejo sostenible de agua y saneamiento para todos.	Agua y Saneamiento
ODS 10: Reducir las inequidades entre los países.	Todos los subsectores

Fuente: Elaboración propia

IV. ASPECTOS ESTRATÉGICOS DEL GABINETE SECTORIAL DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL

4.1 Misión

“Tomando como centro a la persona humana, somos el Sector, dedicado a la rectoría y ejecución de políticas públicas que prestan bienes y servicios para el desarrollo del capital humano, mejora en la calidad de vida y la facilitación de derechos económicos, sociales y culturales de la población en todo el territorio nacional, priorizando aquellas en situación de pobreza extrema y vulnerabilidad.”

4.2 Visión

“Al 2018, el Sector de Desarrollo e Inclusión Social, basa su accionar en un Modelo Único de Gestión de Bienes y Servicios Sociales, mecanismo que ha logrado contribuir a la reducción de la pobreza en Honduras mejorando el capital humano y las oportunidades para el bienestar personal, familiar y colectivo de todas las personas en igualdad de condiciones.”

4.3 Principios

El GDIS se guiará por los mismos principios de la Visión de País y Plan de Nación siguientes:

1. **Enfoque en el Ser Humano y su Desarrollo Equitativo e Integral:** se centra en la realización del ser humano, su desempeño, bienestar personal y respeto a su dignidad, como el objetivo trascendente de todo acto social, por tanto, cualquier medida de política o legal, programa o proyecto financiado con recursos nacionales o externos, deberá tener como foco principal de atención el ser humano y su desarrollo integral.
2. **Respeto a la Dignidad de la Persona Humana:** Ninguna acción del estado minará las capacidades físicas naturales e intelectuales de los ciudadanos, que serán el eje central de todas las políticas a implementar. La dignidad y el respeto a los derechos fundamentales de las personas serán el eje de todas las políticas públicas, evitando cualquier acción que violente su libertad de pensamiento y su espacio propio para generar su desarrollo personal. El Gobierno se concentrará en generar las oportunidades para que las personas busquen su bienestar sin ser afectados en sus derechos inmanentes.
3. **Solidaridad y Equidad como criterios para la intervención Estatal:** Para procurar un desarrollo armónico y equilibrado de tal forma que se garantice un acceso racional y equitativo a los recursos, las oportunidades y los beneficios generados socialmente, se aplicarán criterios de solidaridad social y fiscal. Esta Visión concibe el desarrollo social y económico como resultado del esfuerzo de los individuos por lograr su bienestar; en tal sentido, el gobierno ejecutara programas para procurar que los ciudadanos más necesitados y desfavorecidos cuenten con una participación equitativa, tanto económica, como social y política.

4. **Desarrollo Humano como un proceso Generador de Oportunidades:** Entendemos el desarrollo humano como un proceso mediante el cual se ofrece a las personas mayores oportunidades, siendo las más importantes, una vida prolongada y saludable, libertad política, la garantía del pleno ejercicio de los derechos humanos, educación, respeto a sí mismo y acceso a los recursos necesarios para tener una buena calidad de vida. Creemos que el desarrollo atañe, en esencia, no a las cosas, sino a las personas; y debe estar orientado hacia la ampliación de las oportunidades para aumentar su bienestar, aumentar la integración y la solidaridad dentro de la sociedad, avanzar hacia la construcción de democracias sostenibles donde las personas ejerzan una ciudadanía activa y lograr relaciones más armoniosas y provechosas con la naturaleza.
5. **Equidad de Género como Eje Transversal:** La equidad entre los géneros es esencial para la consecución de los objetivos de desarrollo que buscamos. Se trata de un requisito indispensable para superar el hambre, la pobreza y las enfermedades. Implica igualdad en todos los niveles de la educación y en todos los ámbitos de trabajo, el control equitativo de los recursos e igual oportunidad de representación en la vida pública y política.
6. **Respeto y Preservación de la cultura y costumbres de los Grupos Étnicos** La Visión de país se basa en el reconocimiento de que Honduras es un país multicultural y plurilingüe. En tal sentido, sus objetivos, metas, programas y políticas no solo respetarán esta condición, si no que impulsarán y fomentarán su desarrollo.

4.4 Objetivos y Resultados Estratégicos

Los objetivos generales identificados por el GDIS son:

Objetivo 1. *Incorporar a las familias en condiciones de extrema pobreza a la Estrategia Plataforma de Gestión Vida Mejor, que incluye transferencias monetarias condicionadas y el mejoramiento de condiciones básicas de sus viviendas para mejorar el bienestar y la calidad de vida.*

Objetivo 2. *Ampliar con visión progresiva la cobertura y la calidad de los servicios sociales de educación, salud; la dotación de agua potable y servicios de saneamiento básico; y la seguridad alimentaria y nutricional, que permitan el desarrollo del capital humano, una mayor igualdad de oportunidades de ingreso y superación, en especial para la población en condiciones de pobreza.*

Objetivo 3. *Contribuir a la generación de capacidades y competencias que propendan a un cambio intrínseco de los sujetos de derecho, para el mejoramiento de sus condiciones de vida y de su propio desarrollo.*

Los objetivos estratégicos a nivel de Subsector se presentan en la **Tabla 8**. Estos objetivos están alineados con los Resultados Globales del PEG 2014-2018:

Tabla 8 - Objetivos Estratégicos y Resultados del GDIS por Subsector

Subsector	Objetivos y Resultados
Protección Social <i>Alineado al PEG Resultado Global 1</i>	Objetivo 1: Proteger a la población en situación de pobreza extrema, garantizando la inclusión social de la población diferenciada, atendiendo sus necesidades inmediatas y procurando condiciones que le permita de forma gradual y progresiva generar sus propios medios de vida y su inserción activa y productiva en la sociedad. Resultado 1: Hogares focalizados participando en la Estrategia de Gestión Plataforma Vida Mejor, con al menos dos intervenciones de los componentes: Ingreso Mínimo, Seguridad Alimentaria y Vivienda Saludable. Resultado 2: Hogares focalizados participando en programas y proyectos para mejorar su seguridad alimentaria.
Educación <i>Alineado al PEG Resultado Global 4</i>	Objetivo 2: Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la educación, mediante la implementación integral y progresiva de la Ley Fundamental de Educación, especialmente en relación con el ordenamiento del subsector, la gestión descentralizada de los recursos y la participación activa de las comunidades y padres de familia. Resultado 3: Ampliada la cobertura de la educación en sus diversos niveles, con prioridad en la educación pre básica, tercer ciclo de educación básica, y alfabetización. Resultado 4: Mejorada la calidad de la educación básica.
Salud <i>Alineado al PEG Resultado Global 5</i>	Objetivo 3: Lograr de manera gradual y progresiva la cobertura universal de los servicios de salud, fortaleciendo entre otros, la modalidad descentralizada de atención primaria y preventiva y la dotación de medicinas, priorizando en la población más pobre. Resultado 5: Ampliada la cobertura y el acceso de los servicios de salud, fortaleciendo la Atención Primaria en Salud y las modalidades descentralizadas. Resultado 6: Reducida la incidencia de enfermedades infectocontagiosas y vectoriales priorizadas. Resultado 7: Reducida la razón de mortalidad materna Resultado 8: Reducida la tasa de mortalidad en menores de 5 años Resultado 9: Reducido el embarazo en adolescentes a la edad de 15 a 19 años.
Agua y Saneamiento <i>Alineado al PEG Resultado Global 2</i>	Objetivo 4: Ampliar la cobertura y calidad de agua potable y saneamiento básico para mejorar la calidad de vida de la población. Resultado 10: Mayor número de hogares con acceso adecuado a agua potable. Resultado 11: Mayor número de hogares con acceso a saneamiento básico adecuado.

V. ESTRATEGIA SECTORIAL

El Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social dará respuesta a la problemática encontrada a través de *siete estrategias* que apuntarán a cumplir *23 metas* con las que se lograrán alcanzar *once resultados* que surgen de los *cuatro objetivos estratégicos* del sector. La implementación de estas estrategias está a cargo de las instituciones líderes de cada subsector y la supervisión operativa, direccionamiento estratégico, aseguramiento de los recursos y coordinación multisectorial está a cargo del GDIS.

A continuación se presentan los objetivos estratégicos, resultados, metas y estrategias para cada subsector. Una definición más amplia de cada una de las siete estrategias se encuentra en el **Anexo 3**.

5.1 Subsector de Protección Social

5.1.1 Objetivos Estratégicos del Subsector de Protección Social

El Subsector de Protección Social tiene el objetivo de: “Proteger a la población en situación de pobreza extrema, garantizando la inclusión social de la población diferenciada, atendiendo sus necesidades inmediatas y procurando condiciones que le permita de forma gradual y progresiva generar sus propios medios de vida y su inserción activa y productiva en la sociedad.”

5.1.2 Resultado y Metas del Subsector de Protección Social

Resultado 1: Hogares focalizados participando en la Estrategia de Gestión Plataforma Vida Mejor, con al menos dos intervenciones de los componentes: Ingreso Mínimo, Seguridad Alimentaria y Vivienda Saludable.

Meta 1: El Número de hogares focalizados participando en la Estrategia de Gestión Plataforma Vida mejor al cierre del año 2017 será de 400,000.

Meta 2: El porcentaje de hogares focalizados cumpliendo con la corresponsabilidad en educación y Salud al cierre del año 2017 será de 80%.

Resultado 2: Hogares focalizados participando en programas y proyectos para mejorar su seguridad alimentaria.

Meta 3: El número de hogares en extrema pobreza beneficiados con programas del corredor seco al cierre del 2017 será de 62,000¹.

5.1.3 Medidas de Política y Programas del Subsector de Protección Social

Para cumplir con las metas establecidas, el subsector de Protección Social liderado por la SEDIS, será responsable de coordinar con otros actores públicos y privados, del Gabinete y/o de otros gabinetes, las tres estrategias siguientes, con sus programas y proyectos:

ESTRATEGIA 1. Estrategia de priorización y focalización de las intervenciones: El objetivo de la estrategia es utilizar eficientemente los recursos públicos destinados a mejorar las condiciones de la población en pobreza y pobreza extrema, a través de la focalización de los beneficiarios y la priorización de las intervenciones.

¹ Tanto el resultado como el indicador relacionado con el Corredor Seco, requieren una definición precisa para su medición, particularmente porque su abordaje es multisectorial y los principales programas están en la SAG, la cual está adscrita en otro gabinete sectorial.

ESTRATEGIA 2. Estrategia de Gestión Plataforma Vida Mejor: El objetivo de la Estrategia es “Generar, gradual y progresivamente condiciones sociales que contribuyan al bienestar personal, familiar y colectivo, así como a la potenciación de habilidades y capacidades para el ejercicio pleno de los derechos de las personas en situación de pobreza extrema”. Esta estrategia considera un paquete básico de prestaciones de bienes y servicios sociales para la facilitación de los derechos (Económicos, Sociales y Culturales) y la protección e inclusión social de la población en extrema pobreza. Participan la SEDIS- quien lo norma y coordina- SESAL, SEDUC, IDECOAS y las entidades rectoras de políticas públicas de inclusión Social del GDIS, tales como el INAM, DINAF y PANI.

ESTRATEGIA 3: Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria “Alianza por el Corredor Seco”: es una estrategia de enfoque intersectorial para la Seguridad Alimentaria y Nutricional, que junta esfuerzos entre la Administración de la Cuenta del Milenio, el GDIS, ACS-GAFSP, UE y el Programa Emprende Sur del Gabinete de Desarrollo Económico, con la finalidad de asistir a 62,000 hogares en situación pobreza y pobreza extrema en 40 municipios de tres departamentos del llamado “Corredor Seco”.

5.2 Subsector de Educación

5.2.1 Objetivos Estratégicos del Subsector de Educación

El Subsector de Educación tiene el objetivo de: “Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la educación, mediante la implementación integral y progresiva de la Ley Fundamental de Educación, especialmente en relación con el ordenamiento del subsector, la gestión descentralizada de los recursos y la participación activa de las comunidades y padres de familia.”

5.2.2 Resultado y Metas del Subsector de Educación

Resultado 3: Ampliada la cobertura de la educación en sus diversos niveles, con prioridad en la educación pre básica, tercer ciclo de educación básica, y alfabetización.

Meta 4: Los años promedio de escolaridad al cierre del 2017 serán 8.

Meta 5: La tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más al cierre del año 2017 se habrá reducido a 10.

Meta 6: La tasa de cobertura neta de matrícula en educandos de 5 años de edad en el año obligatorio de Educación Pre-Básico al cierre de 2017 habrá aumentado a 85.

Meta 7: La tasa de cobertura neta de matrícula en educación básica en primero y segundo ciclo al cierre del año 2017 habrá aumentado a 81.7.

Meta 8: La tasa de cobertura neta de matrícula en educación básica de tercer ciclo al cierre del año 2017 habrá aumentado a 47.6.

Meta 9: La tasa de cobertura neta de matrícula en la educación media al cierre del año 2017
habrá aumentado a 28.4.

Resultado 4: Mejorada la calidad de la educación básica.

Meta 10: El porcentaje de rendimiento promedio en español en la educación básica al cierre del año 2017 habrá aumentado a 74%.

Meta 11: El porcentaje de rendimiento promedio en matemáticas en la educación básica al cierre del año 2017 habrá aumentado a 69%.

5.2.3 Medidas de Política y Programas del Subsector de Educación

Para cumplir con las metas establecidas, el subsector de Educación liderado por la SEDUC, será responsable de coordinar con otros actores públicos y privados, del Gabinete y/o de otros gabinetes, la estrategia siguiente, con sus programas y proyectos:

ESTRATEGIA 4. Estrategia de Implementación Progresiva de la Ley Fundamental de Educación: A través de la Ley Fundamental de Educación se integra legalmente las actividades educativas de la Educación Formal, la Educación No Formal y la Educación Informal. Mediante los Reglamentos de la Ley Fundamental de Educación se establece que el educando de los niveles pre básico, básico y medio es el titular del derecho a la educación, siendo éste el actor fundamental del proceso educativo y que el Sistema Nacional de Educación debe desarrollar al máximo sus potencialidades y su personalidad; garantizando el acceso a una educación de calidad en condiciones de equidad y sin discriminación de ninguna naturaleza.

5.3 Subsector de Salud

5.3.1 Objetivos Estratégicos del Subsector de Salud

El Subsector de Salud tiene el objetivo de: “Lograr de manera gradual y progresiva la cobertura universal de los servicios de salud, fortaleciendo entre otros, la modalidad descentralizada de atención primaria y preventiva y la dotación de medicinas, priorizando en la población más pobre.”

5.3.2 Resultado y Metas del Subsector de Salud

Resultado 5: Ampliada la cobertura y el acceso de los servicios de salud, fortaleciendo la Atención Primaria en Salud y las modalidades descentralizadas.

Meta 12: Cobertura de atención ambulatoria del sector público al cierre del año 2017 habrá aumentado a 62%.

Meta 13: La población con acceso a servicios de salud con gestión descentralizada al cierre del año 2017 habrá aumentado a 1,603,302 personas.

Resultado 6: Reducida la incidencia de enfermedades infectocontagiosas y vectoriales priorizadas.

Meta 14: La tasa de incidencia de Dengue al cierre del año 2017 habrá reducido a 85.38 personas enfermas por cada 100,000 habitantes.²

² En 2014 y 2015 la tasa de incidencia de Dengue, Malaria y Tuberculosis presentaron comportamientos muy alejados a los planificados en el PEI de SESAL y en el PEG. Por lo tanto, se recomienda revisar tanto las metas como el abordaje a la problemática.

Meta 15: La tasa de incidencia de Malaria al cierre del año 2017 habrá reducido a 153.15 personas enfermas por cada 100,000 habitantes.

Meta 16: La tasa de incidencia de Tuberculosis al cierre del año 2017 habrá reducido a 24.9 personas enfermas por cada 100,000 habitantes.

Meta 17: El porcentaje de personas con VIH/SIDA en terapia antiretroviral al cierre del año 2017 habrá aumentado a 78%.

Resultado 7: Reducida la razón de mortalidad materna

Meta 18: La cobertura de parto institucional al cierre del año 2017 habrá aumentado a 71.70.

Resultado 8: Reducida la tasa de mortalidad en menores de 5 años

Meta 19: La tasa de incidencia de diarrea en menores de cinco años al cierre del año 2017 habrá reducido a 129.10 niños por cada 1,000 menores de cinco años.

Meta 20: La tasa de incidencia de Neumonía/Bronconeumonía en menores de cinco años al cierre del año 2017 habrá reducido a 43.47 niños por cada 1,000 menores de cinco años.

Resultado 9: Reducido el embarazo en adolescentes a la edad de 15 a 19 años.

Meta 21: El porcentaje de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años al cierre del año 2017 habrá reducido a 19.7%.³

5.3.3 Medidas de Política y Programas del Subsector de Salud

Para cumplir con las metas establecidas, el subsector de Salud liderado por la SESAL, será responsable de coordinar con otros actores públicos y privados, del Gabinete y/o de otros gabinetes, las dos estrategias siguientes, con sus programas y proyectos:

ESTRATEGIA 5. Estrategia de Salud: El objetivo es 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, familias, la comunidad en su entorno, logrando en 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.

ESTRATEGIA 6: Estrategia de Prevención de Embarazo en Adolescentes: se destaca como una **estrategia de articulación intersectorial** que establece la planificación, coordinación y seguimiento de los sectores involucrados y de acuerdo a los diferentes componentes para fortalecer la construcción de la ciudadanía, promoción de una cultura de paz, la salud y educación sexual y reproductiva de la niñez, adolescencia y juventud. La Estrategia se reflejará en un grupo de representantes o puntos focales designados para la potenciación de la participación y representatividad de padres de familia, líderes comunitarios, docentes y grupos juveniles que se encuentran en diferentes regiones del país.

³ Aunque el tema de Embarazo en Adolescentes esté en el Subsector Salud, es prioritario que el GDIS procure un abordaje multisectorial.

5.4 Subsector de Agua Potable y Saneamiento

5.4.1 Objetivos Estratégicos del Subsector de Agua Potable y Saneamiento

El Subsector de Agua Potable y Saneamiento tiene el objetivo de: “Ampliar la cobertura y calidad de agua potable y saneamiento básico para mejorar la calidad de vida de la población.”

5.2.2 Resultado y Metas del Subsector de Agua Potable y Saneamiento

Resultado 10: Mayor número de hogares con acceso adecuado a agua potable.

Meta 22: El porcentaje de la población con servicio adecuado de agua potable al cierre del año 2017 habrá aumentado a 90%.

Resultado 11: Mayor número de hogares con acceso a saneamiento básico adecuado.

Meta 23: El porcentaje de la población con servicio adecuado de saneamiento básico al cierre del año 2017 habrá aumentado a 91%.

5.2.3 Medidas de Política y Programas del Subsector de Agua Potable y Saneamiento

Para cumplir con las metas establecidas, el subsector de Agua Potable y Saneamiento liderado por la SANAA/IDECOAS, será responsable de coordinar con otros actores públicos y privados, del Gabinete y/o de otros gabinetes, la estrategia siguiente, con sus programas y proyectos:

ESTRATEGIA 7: Estrategia de Agua Potable y Saneamiento: consiste en el fortalecimiento del proceso de reestructuración organizacional, para consolidar un modelo eficiente y eficaz de la oferta sectorial de los servicios de agua potable y saneamiento básico, sin interrumpir la prestación de dicho servicio. Dicho proceso consiste en la implementación de la Política Nacional de Agua Potable y Saneamiento y el Plan Nacional de Agua y Saneamiento.

VI. ARTICULACIÓN CON EL PRESUPUESTO Y LA INVERSIÓN PÚBLICA

6.1 Presupuesto e Inversión Pública en 2015

El informe de Avance Institucional a Diciembre de 2015, elaborado por la Secretaría de Coordinación General de Gobierno con base en la información del SIAFI-SAP de la Secretaría de Finanzas, presenta que el Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social contó con un presupuesto de 41,567 millones de lempiras, de los cuales logró ejecutar 40,371 millones de lempiras al cierre del año, con un porcentaje de avance en ejecución presupuestaria de 97.1%. La **Tabla 9** tomada del mismo informe, muestra un resumen de la ejecución por cada institución.

Tabla 9 – Ejecución financiera del GDIS por institución al cierre del año 2015 (Lempiras)

Instituciones	Presupuesto Aprobado	Presupuesto Vigente	Ejecutado Devengado - Diciembre	% de Ejecución respecto al vigente
Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social	40,749,169,319	41,566,646,409	40,370,777,504.1	97.1
22 Fondo Hondureño de Inversión Social	811,966,626	1,096,670,581	1,065,904,789.2	97.2
50 Secretaría de Educación	22,446,021,429	23,963,865,837	23,693,182,618.5	98.9
60 Secretaría de Salud	12,493,966,349	11,921,533,153	11,680,560,700.7	98.0
144 PRONADERS	387,614,728	517,330,637	491,695,063.2	95.0
240 Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	2,592,849,071	1,837,092,750	1,689,298,560.6	92.0
241 IDECOAS	50,791,169	44,241,341	44,241,340.5	100.0
242 Dirección de la Niñez, Adolescencia y Familia	90,000,000	127,182,779	126,425,662.9	99.4
243 Dirección Nacional de Parques y Recreación	-	488,000	488,000.0	100.0
330 Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social	10,000,000	7,911,790	7,911,789.5	100.0
508 Patronato Nacional de la Infancia	668,712,234	756,706,108	633,813,482.3	83.8
512 Instituto Nacional de la Mujer	22,519,584	22,519,584	21,096,856.0	93.7
805 SANAA	1,174,728,129	1,271,103,850	916,158,640.8	72.1

Fuente: Elaborado en base a datos tomados del SIAFI-SAP de SEFIN, 31 de Diciembre 2015

La inversión pública del sector en el año 2015, según los cálculos entregados por SEFIN al GDIS, ascendió a 7,726 millones de lempiras, llegando a ser uno de los Gabintes con mayor inversión, con un poco más de la mitad del total de 13,501 millones de lempiras. La **Tabla 10** muestra un resumen de las asignaciones por institución.

Tabla 10 – Inversión Pública del GDIS por institución en el año 2015 (Lempiras)

INSTITUCIÓN	2015
Fondo Hondureño de Inversión Social	24,249,996.00
Secretaría de Educación	4,372,985,933.00
Secretaría de Salud	2,476,874,186.00
Programa Nacional de Desarrollo Rural y Urbano Sostenible	140,861,649.00
Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	102,895,048.00
Instituto de Desarrollo Comunitario, Agua y Saneamiento	80,025,510.00
Dirección de la Niñez, Adolescencia y Familia	51,495,200.00
Patronato Nacional de la Infancia	474,148,052.00
Instituto Nacional de la Mujer	310,000.00
Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados	1,970,000.00
Total Presupuesto Inversión	7,725,815,574.00

Fuente: Elaboración propia. Basado a la información proporcionada por SEFIN.

Algunos de los programas de inversión pública del GDIS ejecutados en 2015 y desagregados por Resultado Global del PEG, se muestran en la **Tabla 11** a continuación.

Tabla 11 – Programas y Proyectos de Inversión Pública del GDIS en el año 2015 (Lempiras)

Subsector	Resultado Global	Programa o Proyecto *	Presupuesto Aprobado	Presupuesto Vigente	Presupuesto Ejecutado
Protección Social	Resultado Global 1	Programa de Apoyo a la Red de Protección Social II	1,525,884,107	993,011,631	863,719,258
		Programa de apoyo a la red de protección social	40,194,007	82,405,559	79,214,707
		Proyecto de protección social en apoyo al programa Bono Diez Mil -PRAF	334,705,461	480,000	480,000
		Financiamiento adicional programa de protección social (Bono Diez Mil - PRAF)	197,167,183	43,956,437	41,281,733
		Protección social en apoyo al programa Bono Diez Mil-SDP	31,420,242	50,849,529	44,631,685
		Alianza para el Corredor Seco/USAID	175,149,171	175,149,171	93,480,760
		Programa de pueblos indígenas y afro-hondureños y cambio climático	29,061,310	2,881,429	2,191,439
		Seguridad alimentaria pesa	69,079,440	68,285,438	65,311,038
		Bolsón escolar	7,000,000	6,779,798	6,779,798
		Centros de atención a personas con capacidades especiales y adultos mayores en vulnerabilidad	72,858,500	54,561,792	54,561,792
		Oportunidades para madres y jóvenes como estrategia de salida del Bono Vida Mejor	34,924,900	31,074,638	31,074,638
Agua y Saneamiento	Resultado Global 2	Mejora al acceso a servicios de agua potable y saneamiento	0	49,033,341	49,029,485
		Suplemento del programa de inversión en agua potable y saneamiento	66,512,257	233,233,922	233,171,435
		Proyecto Sectorial de Agua y Saneamiento (componente del programa PROSAGUA)	101,670,653	101,670,653	14,681,904
		Programa de agua y saneamiento rural	146,823,348	184,687,738	178,957,971
		Financiamiento adicional proyecto de modernización del sector agua potable y saneamiento	60,177,430	75,585,352	62,148,389
Educación	Resultado Global 4	Promoviendo la cultura de evaluación y el mejoramiento de la calidad educativa	0	7,194,904	7,118,269
		Programa de educación primaria e integración tecnológica	0	2,575,743	2,299,596
		Programa de educación primaria e integración tecnológica (SDP)	0	899,830	879,145
		INTRODUCCION DE LA TECNOLOGIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA EDUCACION EN EL SEGUNDO Y TERCER CICLO DE BÁSICA	0	4,874,854	4,874,849
		Programa de infraestructura educativa (FHIS/EIP)	0	24,807,145	24,651,657
		Programa de infraestructura de iniciativa comunitaria (FHIS-CLIP)	0	24,579,983	23,604,345
		Programa de Mejora de la Infraestructura Escolar	227,092,543	154,729,086	150,832,379
		Programa de Mejora de la Infraestructura Escolar	3,529,764	3,507,438	3,507,438
		Nuevas formas de educación administrada por la comunidad para comunidades altamente vulnerables	13,300,000	20,409,762	20,389,043
Salud	Resultado Global 5	Hospital María Especialidades Pediátricas (HMEP)	81,522,379	10,012,138	9,860,460
		Atención integral a grupos vulnerables	8,477,850	7,041,831	7,041,831
		Programa de fortalecimiento de la red hospitalaria materno infantil	100,000,000	116,434,264	108,711,574
		Invirtiendo en la gente: un país más saludable y con mejor educación	208,837,814	139,624,473	23,119,142
		Honduras salud Mesoamérica 2015. Fase II	0	45,639,342	32,143,273
		Prevención de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis (PENCHALE)	68,680,000	74,515,528	57,859,386
		Fortalecimiento de la gestión y oferta descentralizada de los servicios de salud	70,000,000	66,544,399	66,514,473
		Programa de mejoramiento del acceso y calidad de servicios y redes de salud	245,550,000	374,722,199	359,821,765
		Construcción y equipamiento en el hospital de Juticalpa	208,736,774	22,000,000	15,912,464
		Construcción y modernización del hospital regional del sur en Choluteca	306,439,731	50,434,574	50,434,574
		Construcciones, adiciones, mejoras en hospitales y regiones sanitarias para una Vida Mejor	23,840,000	10,203,259	10,203,259
		PROGRAMA DE SALUD	0	44,524,261	28,163,183
		PROGRAMA DE EQUIPAMIENTO GENERAL DEL SECTOR SALUD 1849-C	0	104,760,853	104,760,852

Fuente: Elaboración Propia.

* Los programas y proyectos presentados son solo una parte de los incluidos en el Programa de Inversión Pública del GDIS en 2015.

6.2 Presupuesto bajo el Marco de Gasto de Mediano Plazo (MGMP) 2016 a 2018

En 2015, la Secretaría de Finanzas inició con la implementación de la metodología de presupuestación conocida como MGMP (Marco de Gasto de Mediano Plazo) que tiene la característica de vincular la proyección y la priorización del gasto según las prioridades de política, sujetas a las restricciones de recursos de mediano plazo.

La presupuestación por MGMP se diferencia de la presupuestación plurianual, ya que se construyen agregados que se renuevan anualmente como parte del proceso de programación y presupuestación anual, por lo tanto, es más precisa. Esta metodología incluye un proceso de costeo de las políticas, programas y actividades en el marco de las prioridades sectoriales; Así mismo se incluye el presupuesto para la inversión pública. Con esta metodología se abandona el modelo tradicional de planificación en base a techos por operaciones y se pasa a un planteamiento de techos por productos y servicios prioritarios, logrando una integración plena con la planificación en todos los niveles.

La SEFIN ha desarrollado una metodología de Líneas Base para el presupuesto 2016, iniciando con un piloto para el GDIS. Las instituciones del Gabinete ya comenzaron a aplicar la metodología con el apoyo de SEFIN. Entre los beneficios que el GDIS obtendrá están: la identificación de ineficiencias en el uso de los recursos asignados, mejoras en la vinculación de la producción institucional con los PEI, PES y PEG; y la facilidad de poder asignar de manera estratégica los recursos a las instituciones del sector. En la **Tabla 12** se presenta la proyección del presupuesto general recomendado para el GDIS para los años 2016 al 2018.

Tabla 12 – Presupuesto del GDIS para los años 2016 – 2018 por MGMP (Lempiras)

INSTITUCIÓN	2016	2017	2018
Fondo Hondureño de Inversión Social	525,472,159.52	465,119,150.03	920,450,603.00
Secretaría de Educación	24,217,090,074.65	25,896,004,281.00	27,037,807,453.77
Secretaría de Salud	13,696,847,722.32	15,923,361,219.00	16,791,841,193.00
Programa Nacional de Desarrollo Rural y Urbano Sostenible	262,828,009.43	472,330,515.20	450,565,127.42
Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	2,553,876,821.00	1,141,477,534.00	310,615,703.00
Instituto de Desarrollo Comunitario, Agua y Saneamiento	101,582,338.00	101,624,638.00	101,668,842.00
Dirección de la Niñez, Adolescencia y Familia	91,006,154.00	91,874,648.00	92,782,224.00
Patronato Nacional de la Infancia	658,246,110.45	604,267,185.00	631,459,208.00
Instituto Nacional de la Mujer	22,519,584.00	23,532,962.29	24,591,948.72
Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados	1,251,144,026.91	1,144,434,623.00	1,318,973,544.00
Total General	43,380,613,000.28	45,864,026,755.52	47,680,755,846.91

Fuente: Elaboración propia. Basado a la información proporcionada por SEFIN.

Para el 2016, el Plan de inversión pública total es de 11,969 millones de lempiras, correspondientes a un 5.86% del presupuesto aprobado por un monto de 204,321 millones de lempiras. De estos, el GDIS recibirá 3,713 millones de lempiras, correspondiente al 31.03% del Plan de Inversión Pública para el período. Según los análisis de la SCGG, el GDIS invertirá en al menos 35 proyectos, básicamente para el desarrollo del Programa Presidencial de Salud, Educación y Nutrición, Bono Vida Mejor, así como para la construcción y equipamiento de hospitales, agua y saneamiento, educación, cultura, vivienda y el desarrollo de programas de protección social. La **Tabla 13** muestra el Presupuesto de Inversión Pública para el GDIS para los años 2016 al 2018.

Tabla 13 – Inversión Pública del GDIS por institución para los años 2016 al 2018 (Lempiras)

INSTITUCIÓN	2016	2017	2018
Fondo Hondureño de Inversión Social	12,353,621.56	80,600.00	80,600.00
Secretaría de Educación	5,274,212,762.56	5,333,564,086.00	5,548,432,626.85
Secretaría de Salud	3,211,878,864.00	3,464,690,227.00	3,588,459,649.00
Programa Nacional de Desarrollo Rural y Urbano Sostenible	29,964,798.00	41,579,596.00	53,871,434.40
Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	1,991,649,121.00	563,454,964.00	103,362,448.00
Instituto de Desarrollo Comunitario, Agua y Saneamiento	63,802,550.00	63,802,550.00	63,802,550.00
Dirección de la Niñez, Adolescencia y Familia	51,495,200.00	51,495,200.00	51,495,200.00
Patronato Nacional de la Infancia	461,185,752.00	398,339,111.00	416,264,371.00
Instituto Nacional de la Mujer	310,000.00	323,950.00	338,527.75
Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados	1,810,000.00	1,891,450.00	1,976,565.00
Total Presupuesto Inversión	11,098,662,669.12	9,919,221,734.00	9,828,083,972.00

Fuente: Elaboración propia. Basado a la información proporcionada por SEFIN.

VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El mecanismo de monitoreo y evaluación del Plan Estratégico Sectorial del Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social permitirá conocer el avance en el cumplimiento de las 23 metas de manera periódica. Así mismo, permitirá identificar los aciertos y desaciertos en el proceso, así como las debilidades y los ajustes requeridos para brindar el apoyo necesario a las instituciones que lideran a cada subsector.

Para la definición de los indicadores se tomaron en cuenta los criterios CREMA (Por el significado de sus siglas Claros, Relevantes, Económicos, Mensurables y Adecuados) utilizados por el Banco Mundial. Sumado a estos criterios, se tomaron en cuenta los indicadores del Plan Estratégico de Gobierno (PEG) y los indicadores de los Planes Estratégicos Institucionales (PEI), como en los casos de Educación y Salud. En el **Anexo 4** se presentan las fichas técnicas para los 23 indicadores del PES del GDIS.

El GDIS, realizará el seguimiento de los indicadores y metas del sector a través del **Sistema Único de Evaluación de Políticas Públicas Sociales (SUEPPS)**, adscrito a la Dirección General de Análisis y Evaluación de Políticas (DIGAEP) de la SEDIS. El SUEPPS, es un sistema que opera a través de una plataforma informática, mediante la cual se harán las articulaciones para el monitoreo de los indicadores sectoriales del GDIS vinculados a los indicadores institucionales y a los indicadores de los resultados globales del Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018.

El GDIS a través de la Secretaría Técnica en conjunto con la DIGAEP, realizarán el análisis de la información del SUEPPS y del Sistema Presidencial de Gestión por Resultados (SPGR) de la Secretaría de Coordinación General de Gobierno (SCGG) para monitorear trimestralmente los avances para el cumplimiento de las metas del Plan Estratégico del Sector. Así mismo, establecerán un cronograma para la programación de las evaluaciones de las diferentes Estrategias del Sector.

Los informes que surjan del monitoreo trimestral, serán facilitados a la Secretaría de Coordinación General de Gobierno, para que la Dirección Presidencial de Planificación Estratégica, Presupuesto e Inversión Pública (DPPPI) y la Dirección Presidencial de Gestión por Resultados (DPGR) procedan como corresponda, a fin de brindar información actualizada y precisa a los tomadores de decisiones.

A continuación, en la **Tabla 14** se presenta la Matriz de Plan de Acción del PES vinculada a los Resultados Globales del PEG 2014-2018:

Tabla 14 –Vinculación del PES con los Resultados Globales del PEG 2014-2018

Resultado Global del PEG	Resultado Sectorial del PES del GDIS	Meta / Indicador de Resultado Sectorial	Línea Base 2013	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Responsable Subsector
RG1: El porcentaje de hogares en extrema pobreza se habrá reducido de 42.6% a 38.6%	RS1: Hogares focalizados participando en la Estrategia de Gestión Plataforma Vida Mejor, con al menos dos intervenciones de los componentes: Ingreso Mínimo, Seguridad Alimentaria y Vivienda Saludable	M1: No. de hogares focalizados participando en Estrategia de Gestión de Plataforma Vida Mejor.	270,000	270,000	300,000	350,000	400,000	Subsector de Protección Social
		M2: % de hogares focalizados cumpliendo con la corresponsabilidad en educación y salud.	70%	72%	74%	76%	80%	SEDIS
	RS2: Hogares focalizados participando en programas y proyectos para mejorar su seguridad alimentaria.	M3: Número de hogares en extrema pobreza beneficiados con programas del corredor seco	-	-	18,000		62,000	
RG2: El porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas se habrá reducido de 40.8% a 36.8%	RS10: Mayor número de hogares con acceso adecuado a agua potable.	M22: % de población con servicio adecuado de agua potable.	86.7	87.0	88.0	89.0	90.0	Subsector de Agua Potable y Saneamiento
	RS11: Mayor número de hogares con acceso a saneamiento básico adecuado.	M23: % de población con acceso adecuado saneamiento básico.	88.3	88.5	89.0	90.0	91.0	SANAA/IDECOAS
RG4: La escolaridad promedio de la población con edad de 15 años y más aumenta de 7.5 años a 7.8 años	RS3: Ampliada la cobertura de la educación en sus diversos niveles, con prioridad en la educación pre básica, tercer ciclo de educación básica, y alfabetización.	M4: Años promedio de escolaridad	7.5	7.6	7.7	7.7	8.0	Subsector de Educación SEDUC
		M5: Tasa de analfabetismo de la población de 15 años o más.	14.5	14.2	12.7	11.2	9.7	
		M6: tasa de cobertura neta de matrícula en educandos de 5 años de edad en el año obligatorio de Educación Pre-Básico	63.5	65.2	66.5	75.7	85	
		M7: Tasa de cobertura neta de matrícula en Educación Básica en primero y segundo ciclo	79.7	80.2	80.7	81.2	81.7	
		M8: Tasa de cobertura en neta de matrícula en Educación Básica en tercer ciclo.	42.7	43.9	45.1	46.3	47.6	
		M9: Tasa de cobertura neta de matrícula en la Educación Media	25.4	26.2	26.9	27.7	28.4	
	RS4: Mejorada la calidad de la educación básica.	M10: % de rendimiento promedio en español en la educación básica	67	69	70	72	74.0	
		M11: % de rendimiento promedio en matemáticas en la educación básica.	60	63	65	67	69	
RG5: Alcanzar el 62% de cobertura de atención ambulatoria del sector público⁴	RS5: Ampliada la cobertura y el acceso de los servicios de salud, fortaleciendo la Atención Primaria en Salud y las modalidades descentralizadas	M12: Cobertura de atención ambulatoria del sector público	-	58	59	62	62	Subsector de Salud
		M13: Población con acceso a servicios de salud con gestión descentralizada	1,150,748	1,150,839	1,356,639	1,578,016	1,603,302	SESAL
	RS6: Reducida la incidencia de enfermedades infectocontagiosas y vectoriales priorizadas.	M14: Tasa de incidencia de dengue, por 100,000 habitantes.	310.1	109.6	99.5	92.2	85.4	
		M15: Tasa de incidencia de malaria, por 100,000 habitantes.	182.1	180.4	168.5	160.6	153.1	

		M16: Tasa de incidencia de tuberculosis, por 100,000 habitantes	28.8	28.7	27.0	25.9	24.9	Subsector de Salud SESAL
		M17: % de personas con VIH/SIDA en terapia antiretroviral	-	63	67	72	78	
	RS7: Reducida la razón de mortalidad materna	M18: % de Cobertura de Parto Institucional.	67.0	68.73	69.94	70.70	71.70	
	RS8: Reducida la tasa de mortalidad en menores de 5 años	M19: tasa de incidencia de diarrea en menores de cinco años, por cada 1,000 menores de cinco años	-	135.93	133.32	131.19	129.10	
		M20: tasa de incidencia de Neumonía/Bronconeumonía en menores de cinco años, por cada 1,000 menores de cinco años	-	45.59	44.77	44.11	43.47	
	RS9: Reducido el embarazo en adolescentes a la edad de 15 a 19 años	M21: % de embarazos en adolescentes (15 a 19 años).	24.0	N/A	N/A	N/A	19.7%	

Fuente: Elaboración Propia

Significados: **RG:** Resultado Global **RS:** Resultado Sectorial **M:** Meta Sectorial

⁴ El Resultado Global 5 y el indicador sectorial 5.1, relacionados a Salud, están en proceso de revisión.

VIII. MATRIZ DE PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

Objetivo Visión de País	Objetivos y Resultados del Plan Estratégico de Gobierno			Indicador Plan de Nación	Indicador Plan Estratégico Sectorial	Línea base	Metas				Institución
	Sector	Subsector	Resultado				2014	2015	2016	2017	
Objetivo 1: Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social.	Objetivo 1: 1. Incorporar a las familias en condiciones de extrema pobreza a la Estrategia de Gestión Plataforma Vida Mejor, que incluye transferencias monetarias condicionadas y el mejoramiento de condiciones básicas de las viviendas; y ampliar con visión progresiva de universalidad la cobertura y la calidad de los servicios de educación, salud, y previsión social, a fin de potenciar las capacidades para la superación gradual y progresiva de la pobreza.	1.1. Protección Social Proteger a la población en situación de pobreza extrema, garantizando la inclusión social de la población diferenciada, atendiendo sus necesidades inmediatas y procurando condiciones que le permita de forma gradual y progresiva generar sus propios medios de vida y su inserción activa y productiva en la sociedad.	Hogares focalizados participando en la Estrategia de Gestión Plataforma Vida Mejor, con al menos dos intervenciones de los componentes: ingreso mínimo, seguridad alimentaria y vivienda saludable.	% de hogares en situación de pobreza extrema.	No. de hogares focalizados participando en Estrategia de Gestión de Plataforma Vida Mejor.	270,000	270,000	300,000	350,000	400,000	SEDIS
					% de hogares focalizados cumpliendo con la corresponsabilidad en educación y salud.	70%	72%	74%	76%	80%	
			Familias beneficiadas a través del Programa de generación ingresos		número de hogares en extrema pobreza beneficiados con programas del corredor seco	-	-	18,000		62,000	
		1.2. Educación Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la educación, mediante la implementación integral y progresiva de la Ley Fundamental de Educación, especialmente en relación con el ordenamiento del subsector, la gestión descentralizada de los recursos y la participación activa de las comunidades y padres de familia.	Ampliada la cobertura de la educación en sus diversos niveles, con prioridad en la educación prebásica, tercer ciclo de educación básica y alfabetización.	Años de estudio promedio de la población adulta (15 años o más).	Años promedio de escolaridad	7.5	7.6	7.7	7.7	8.0	SEDUC
					Tasa de analfabetismo de la población de 15 años o más.	14.5	14.2	12.7	11.2	9.7	
					tasa de cobertura neta de matrícula en educandos de 5 años de edad en el año obligatorio de Educación Pre-Básico	63.5	65.2	66.5	75.7	85	
					Tasa de cobertura neta de matrícula en Educación Básica en primero y segundo ciclo	79.7	80.2	80.7	81.2	81.7	
					Tasa de cobertura en neta de matrícula en Educación Básica en tercer ciclo.	42.7	43.9	45.1	46.3	47.6	

Objetivo Visión de País	Objetivos y Resultados del Plan Estratégico de Gobierno			Indicador Plan de Nación	Indicador Plan Estratégico Sectorial	Línea base	Metas				Institución
	Sector	Subsector	Resultado				2014	2015	2016	2017	
					Tasa de cobertura neta de matrícula en la Educación Media	25.4	26.2	26.9	27.7	28.4	SEDUC
			Mejorada la calidad de la educación básica.	Rendimiento promedio en español en el nivel básico.	% de rendimiento promedio en español en la educación básica	67	69	70	72	74.0	
				Rendimiento promedio en matemáticas en el nivel básico.	% de rendimiento promedio en matemáticas en la educación básica.	60	63	65	67	69	
	1.3. Salud Lograr de manera gradual y progresiva la cobertura universal de los servicios de salud, fortaleciendo entre otros, la modalidad descentralizada de atención primaria y preventiva y la dotación de medicinas, priorizando en la población más pobre.	Ampliada la cobertura y el acceso de los servicios de salud, fortaleciendo la Atención Primaria en Salud y las modalidades descentralizadas.		Cobertura de atención ambulatoria del sector público	-	58	59	62	62	SESAL	
				Población con acceso a servicios de salud con gestión descentralizada	1,150,748	1,150,839	1,356,639	1,578,016	1,603,302		
		Reducida la incidencia de enfermedades infectocontagiosas.		Tasa de incidencia de dengue, por 100,000 habitantes.	310.1	109.6	99.5	92.2	85.4		
				Tasa de incidencia de malaria, por 100,000 habitantes.	182.1	180.4	168.5	160.6	153.1		
				Tasa de incidencia de tuberculosis, por 100,000 habitantes	28.8	28.7	27.0	25.9	24.9		
				% de personas con VIH/SIDA en terapia antiretroviral	-	63	67	72	78		
		Reducida la mortalidad materna		Razón de mortalidad materna (muertes maternas por 100,000 nacidos vivos).	% de Cobertura de Parto Institucional.	67.0	68.73	69.94	70.70		71.70
		Reducida la tasa de Mortalidad en menores de 5 años			tasa de incidencia de diarrea en menores de cinco años, por cada	-	135.93	133.32	131.19		129.10

Objetivo Visión de País	Objetivos y Resultados del Plan Estratégico de Gobierno			Indicador Plan de Nación	Indicador Plan Estratégico Sectorial	Línea base	Metas				Institución
	Sector	Subsector	Resultado				2014	2015	2016	2017	
					1,000 menores de cinco años						SESAL
					tasa de incidencia de Neumonía/Bronconeumonía en menores de cinco años, por cada 1,000 menores de cinco años	-	45.59	44.77	44.11	43.47	
			Reducido el embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.	Porcentaje de embarazos en adolescentes.	% de embarazos en adolescentes (15 a 19 años).	24.0	N/A	N/A	N/A	19.7%	
		1.4. Agua Potable y Saneamiento Ampliar la cobertura y calidad de agua potable y saneamiento básico, para mejorar la calidad de vida de la población.	Mayor número de hogares con acceso adecuado a agua potable	% de personas con acceso a un servicio adecuado de agua.	% de población con servicio adecuado de agua potable.	86.7	87.0	88.0	89.0	90.0	SANAA/ IDECOAS
			Mayor número de hogares con acceso a saneamiento básico adecuado.	% de personas con acceso a un sistema adecuado de saneamiento básico.	% de población con acceso adecuado saneamiento básico.	88.3	88.5	89.0	90.0	91.0	

BIBLIOGRAFÍA

1. BID (2014) Focalización del programa de Transferencias Monetarias Condicionadas en Honduras
2. CELADE (2013) Indicadores del crecimiento demográfico estimados y proyectados por quinquenios.
3. CONASA (2006), Plan Estratégico de Modernización del Sector de Agua Potable y Saneamiento (PEMAPS)
4. ERSAPS (2013) Indicadores 2013 Sector de Agua y Saneamiento en Honduras
5. GDIS (2015) Plan Estratégico del Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social Versión Borrador
6. GDIS (2016) "Techos GSDID_31_Mayo_2016.xls"
7. GDIS, Secretaría Técnica (2016) Nota Técnica "STS/GDIS-004-2016"
8. INE (2012) "Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011-2012 Informe resumen"
9. INE (2013) "Resumen Ejecutivo de la EPHPM 2013"
10. INE (2014) "Resumen Ejecutivo de la EPHPM 2014"
11. INE (2015) "Resumen Ejecutivo de la EPHPM 2015"
12. Observaciones de IDECOAS al PES de GDIS, Mayo 2016
13. Observaciones de INAM al PES de GDIS, Mayo 2016
14. Observaciones de SANAA al PES de GDIS, Mayo 2016
15. Observaciones de SEDUC al PES de GDIS, Mayo 2016
16. Observaciones de SESAL al PES del GDIS, Mayo 2016
17. OIT (2011), Programa en CA OIT 2011
18. ORDÓÑEZ, Víctor (2016) "Análisis Evaluativo de la implementación de los resultados globales relacionados con los sectores de Desarrollo e inclusión social, Seguridad y Prevención al cierre del 2015"
19. Poder Ejecutivo, La Gaceta, Acuerdo 002-SP-2015
20. Poder Ejecutivo, La Gaceta, PCM 001-2014
21. Poder Ejecutivo, La Gaceta, PCM 002-2014
22. Poder Ejecutivo, La Gaceta, PCM 008-2010
23. Poder Ejecutivo, La Gaceta, PCM 021-2014
24. Poder Legislativo, La Gaceta No. 32,754, 22 Febrero 2012, Ley Fundamental de Educación,
25. Poder Legislativo, La Gaceta, Decreto 266-2013
26. Poder Legislativo, La Gaceta, Decreto 286-2009
27. RAMIREZ, Manuel (2015) "Informe y metodología sobre el alineamiento del PEG con Planes Sectoriales"
28. RAMIREZ, Manuel (2015) "Informe y Propuesta Metodológica para la actualización de los planes sectoriales"
29. RAMIREZ, Manuel (2016) "Plan de implementación de los resultados globales del PEG"
30. SCGG (2014) "Directrices de Planificación Estratégica Sectorial"
31. SCGG (2015 vDic2015) "Plan Estratégico de Gobierno 2014 – 2018"
32. SCGG (2016) "Programa de Inversión Pública 2015. Ejecución Sector Público" Cuadro en Excel.
33. SCGG (2016) Alineamiento del Sistema Nacional de Inversión Pública con las Prioridades Presidenciales contenidas en el PEG

34. SCGG (2016) Matriz de Vinculación Planificación Sectorial Sector de Desarrollo e Inclusión Social
35. SEDIS (2012) Política de Protección Social
36. SEDUC (2013) *"Informe nacional de rendimiento académico. Español y Matemáticas. 2013"*
37. SEDUC (2014) *"Informe nacional de rendimiento académico. Español y Matemáticas. 2014"*
38. SEDUC (2015) *"Informe nacional de rendimiento académico. Español y Matemáticas. 2015"*
39. SEDUS (2014) Plan Estratégico Institucional 2014-2018
40. SEFIN (2012) Informe de avance físico y financiero, Programa de Asignación Familiar
41. SEFIN (2015) Marco de Gasto de Mediano Plazo
42. SEPLAN (2013) Manual de Indicadores del Plan de Nación
43. SESAL (2011) *"Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud"*
44. SESAL (2014) Plan Estratégico Institucional 2014-2018
45. SESAL (2016) Nota Técnica "Cambio de Indicadores de Cobertura de Salud en el Plan Estratégico de Gobierno (PEG) 2014 – 2018"
46. SESAL (2016) Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados SIMEGpR 2016
47. UNICEF (2010) Análisis de Situación: Infancia en Honduras 2010
48. UNICEF (2012) Análisis de Situación: Infancia en Honduras 2012

ANEXOS

ANEXO 1 - Rol del Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social en las Políticas Públicas Sociales

El Rol del GDIS en las políticas públicas sociales consiste en la identificación de los esfuerzos sectoriales manifestados en los programas y proyectos institucionales de las entidades pertenecientes al sector, asegurando de esta manera la intersectorialidad, gestión y articulación reflejados dentro del Plan Estratégico Sectorial. De esta forma se facilita una coordinación de acciones para realizar intervenciones integrales que implementen de manera adecuada las políticas públicas priorizadas por los resultados y objetivos planteados en materia de desarrollo e inclusión social.

La transversalidad de las políticas públicas y el compromiso del Estado en el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales, enfocados en poblaciones priorizadas por su vulnerabilidad y riesgo social, permite que instituciones y direcciones dentro del GDIS desenvuelvan su quehacer más allá del mismo sector. Debe entenderse que la función que desempeñan estas entidades son de naturaleza rectora y de acompañamiento a los distintos programas y proyectos gubernamentales que tienen carácter social. Es en este sentido que dichas instituciones no pueden encasillarse en un subsector ya que la responsabilidad va más allá del sector. La complementariedad multisectorial es el elemento esencial en el avance de la implementación de las políticas públicas y la facilitación de los derechos económicos, sociales y culturales de la población nacional.

El GDIS cuenta con instituciones y direcciones enfocadas en el diseño y rectoría de las principales políticas públicas sociales, dentro de estas entidades destacan la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS), la Secretaría de Salud (SESAL), la Secretaría de Educación (SEDUC), el Instituto Nacional de la Mujer (INAM), el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), la Dirección de la Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF), la Dirección de Pueblos Indígenas y Afro hondureños (DINAFROH), la Dirección del Adulto Mayor, Dirección de Juventud (DIJUVE), la Dirección de Discapacidad y la Dirección General de Análisis y Evaluación de Políticas Públicas (DIGAEP).

El rol de cada entidad es fundamental en el proceso de diseño e implementación de las políticas públicas sociales. Cada una de ellas genera procesos e instrumentos para el acompañamiento y evaluación de los ejecutores de programas y proyectos que implementan las distintas políticas públicas sociales dentro del Sector de Desarrollo e Inclusión Social. En este sentido el GDIS, realiza un acompañamiento a cada instrumento de evaluación de políticas públicas sociales, para identificar y fortalecer a las entidades rectoras de dichas políticas por medio de la vinculación a los resultados y objetivos sectoriales. Es mediante esta forma que se logra fortalecer el modelo de focalización y la articulación sectorial, generando intervenciones medibles y efectivas.

A continuación se presenta en detalle el rol de cada una de las entidades en la implementación de las políticas públicas sociales.

Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social

A través de sus distintas direcciones pertenecientes a la Subsecretaría de Políticas de Inclusión Social, la SEDIS diseña y rectora todas aquellas políticas de orden social que permiten un mejoramiento a las

condiciones de vida de la población nacional, priorizando las personas en situación de pobreza y pobreza extrema.

Por medio de las Direcciones de la Niñez, Adolescencia y Familia; Dirección de Adulto Mayor; Dirección de Juventud; Dirección de Pueblos Indígenas y Afro hondureños; Dirección de Discapacidad se armoniza las distintas políticas públicas con el goce pleno de los derechos humanos. Cabe destacar que todas estas direcciones a cargo de la implementación de las políticas públicas sociales son además asesoradas técnicamente por las DIGAEP, encargada de la medición del desempeño e impacto de estas políticas, a través del SUEPPS.

Mediante estas direcciones se impulsa la conformación de acciones de inclusión de las personas pertenecientes a estratos diferenciados, como las personas con discapacidad, la infancia y niñez, adulto mayor, indígenas y afro hondureños. Se identifica claramente que es necesario fortalecer los instrumentos de las políticas públicas que ayuden ejercer los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales de este segmento poblacional.

Dirección de Pueblos Indígenas y Afro hondureños

La Dirección de Pueblos Indígenas y Afro hondureños está estructurada para facilitar el servicio y rectoría de las Políticas Públicas a los nueve pueblos indígenas y afro hondureños (Lencas, Miskitos, Maya Chortí, Nahua, Pech, Tawahka, Tolupán, Garífuna, Afro hondureños de habla inglesa) con los que cuenta Honduras. Su énfasis es la apertura de espacios educativos, mejoramiento de condiciones de vida de las y los integrantes de los diferentes pueblos, emprendedurismo, derecho a la tierra, derecho a la educación especialmente intercultural bilingüe y promoción de la interculturalidad, derecho a la participación social y política y el derecho a la salud bajo la cosmovisión de los pueblos indígenas y afro hondureños.

Dirección de la Niñez, Adolescencia y Familia

Esta Dirección fue creada para rectorar, formular, gestionar, coordinar y supervisar la implementación de las políticas nacionales y normativas en materia de niñez, adolescencia y familia. Entre sus responsabilidades están la articulación, desarrollo y monitoreo de los planes, programas, servicios públicos y privados para la atención, promoción de corresponsabilidades, participación, protección y defensa de los derechos de la niñez, adolescencia y familia en los diferentes ciclos de vida, entre los 0 y los 18 años de edad.

Patronato Nacional de la Infancia

El PANI es la institución que rectora y regula las loterías que operan en el país, con el propósito de generar ingresos para el sostenimiento de la misma y el fortalecimiento financiero a los programas y proyectos de asistencia social que ejecuta el gobierno. Estos fondos ingresan a las arcas del estado a través de una transferencia a la Secretaría de Finanzas, quien los asigna y transfiere a las instituciones que ejecutan programas y/o proyectos sociales.

Dirección de Adulto Mayor

La dirección de Adulto Mayor realiza un rol operativo dentro de las distintas medidas de protección para el adulto mayor. Como parte de la plataforma de gestión vida mejor, esta dirección realiza la identificación y focalización de los participantes de la plataforma. En la actualidad los participantes

reciben una ración de alimento complementario para su debida nutrición, beneficiando inclusive a la familia que tiene a cargo un adulto mayor.

Dirección de la Discapacidad

Al igual que la Dirección de Adulto Mayor esta dirección tiene la responsabilidad llevar a cabo la focalización y el registro de los participantes en la plataforma de gestión Vida Mejor.

Dirección de la Juventud

El accionar de esta dirección se enfoca en todas las medidas de prevención para el fortalecimiento de la convivencia familiar y comunitaria, priorizando en aquellas actividades de participación juvenil. Actividades como charlas para la prevención de embarazo en adolescente, acciones como la mejora de áreas recreativas y públicas fortalecen el compromiso de las Instituciones públicas con la sociedad. Además de este accionar, se destaca el acompañamiento operativo y logístico con la plataforma de gestión Vida Mejor.

Dirección General de Análisis y Evaluación de Políticas Públicas

El proceso de la generación de políticas públicas es acompañado por la Dirección General Análisis y Evaluación de Políticas Públicas. Es por medio de esta dirección y en conjunto con la Secretaría Técnica del Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social se realizan instrumentos para consolidar evaluar y monitorear parámetros para la medición del impacto de dichas políticas en la población. Igualmente, se realizan socializaciones de políticas públicas sociales con distintos actores interesados en el diseño e implementación de las mismas, validando así políticas apegadas a las necesidades y problemáticas que afronta el país en materia social.

Secretaría de Educación

Esta Secretaría de Estado es la encargada de rectorar e implementar las políticas públicas en materia educativa. Por medio de la Ley Fundamental de Educación busca asegurar el derecho a la educación e información en cada nivel educativo. Además de la rectoría, la SEDUC implementa los servicios educativos siguiendo los lineamientos establecidos en los reglamentos de la Ley Fundamental de Educación, priorizando la descentralización y el alcance institucional en el territorio nacional.

Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud rectora e implementa políticas públicas en materia de salubridad, facilitando las condiciones que permitan a la población acceder a los servicios de salud, incluyendo dentro de esta una atención sanitaria oportuna, aceptable, accesible y de calidad satisfactoria. El fortalecimiento de dichas políticas se ven reflejados dentro de las nuevas modalidades de atención por medio de unidades de salud descentralizadas y por medio de las atenciones ambulatorias. La transversalidad de la salud requiere la implementación de distintas políticas enfocadas en la mejora de las distintas condiciones que perjudican la salud. En este sentido, se cuenta con las estrategias para la implementación efectiva del Modelo Nacional de Salud, basado en la mejora progresiva de la atención, provisión, gestión y financiamiento. Como ente rector la SESAL vela los distintos esfuerzos realizados por el Gobierno en favor de la salud, formando parte en distintos consejos que velan por el bienestar de la salud de la población, como CONASA entre otros.

Instituto Nacional de la Mujer

El INAM es la institución del Estado responsable de rectorar y normar las políticas de igualdad y equidad de género, actualmente cuenta con el II Plan de Igualdad de Equidad de Género de Honduras (II PIEGH 2010-2022) y el Plan Nacional de Violencia contra las Mujeres 2014-2022. Este II PIEGH concentra primordialmente 6 ejes de derecho los cuales se han considerado básico para el adelanto y desarrollo de la mujer en Honduras. Promoviendo de esta manera la eliminación de brechas de inequidad y de violencia de género en todas sus manifestaciones siendo estos ejes los siguientes:

- Eje 1:** Promoción, protección y garantía a la participación social y política y el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres.
- Eje 2:** Promoción, protección y garantía del derecho de las mujeres, niñas y adolescentes a la paz y a una vida libre de violencia.
- Eje 3:** Promoción, protección y garantía de la salud de las mujeres durante todo el ciclo de vida y de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Eje 4:** Promoción, protección y garantía del derecho a la educación, los derechos culturales e interculturalidad y el derecho a la información.
- Eje 5:** Promoción, protección y garantía de los derechos económicos, trabajo, empleo, acceso, uso y control de los recursos.
- Eje 6:** Género, acceso, uso sostenible y control de la biodiversidad, los recursos naturales y gestión del riesgo.

Esta institución es de suma importancia en el cumplimiento de los derechos económicos sociales y culturales, enfocándose en la igualdad y equidad de género. Cabe destacar que mediante este Instituto se pretende dar el seguimiento compromisos internacionales y nacionales relacionados a la igualdad y equidad de género.

Políticas Públicas del Sector de Desarrollo e Inclusión Social

A continuación se enlistan las Políticas Públicas que las entidades antes mencionadas rectoran:

- Política de Protección Social
- Política Pública para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia
- Política Nacional de Prevención de violencia hacia y juventud de Honduras
- Política Nacional de la Mujer (II Plan de Igualdad y Equidad de Género en Honduras 2010-2022)
- Política Publica de Adulto Mayor en Honduras (En construcción)
- Política Nacional Contra el Racismo y la Discriminación Racial 2014-2022 (En construcción)

ANEXO 2 – Objetivos de Desarrollo Sostenible y lógica de integración al GDIS

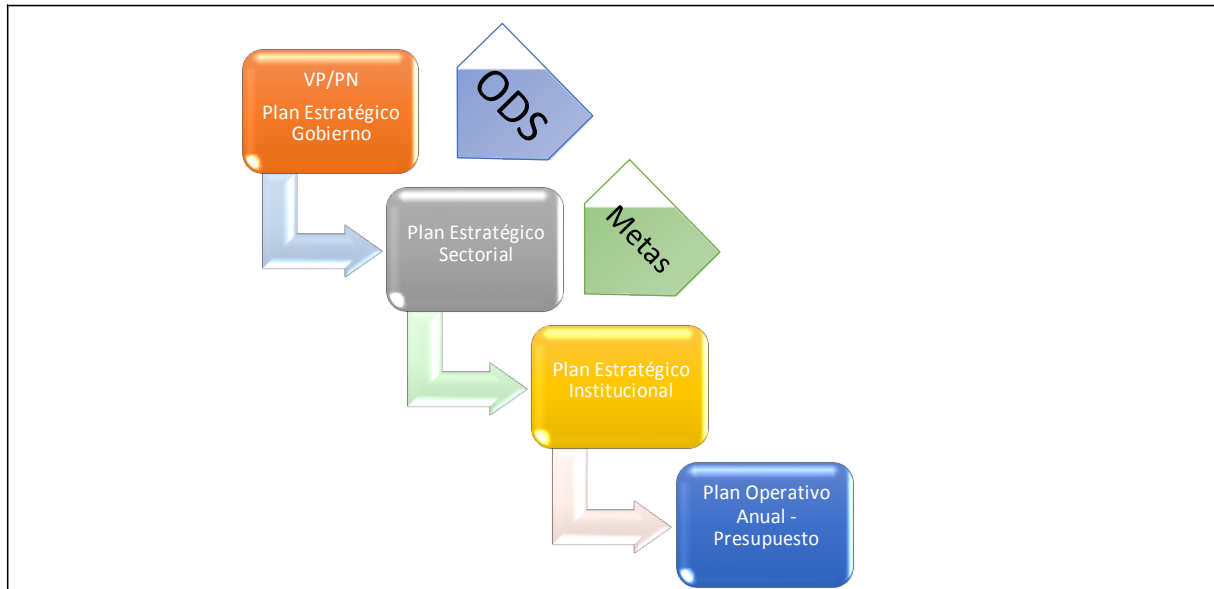
El Gobierno de Honduras, en el marco de la agenda post ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio), se ha comprometido a abordar dentro de su planificación los 17 objetivos de desarrollo sostenible, que contienen 169 metas. Dichas metas buscan el cumplimiento de los objetivos de desarrollo de milenio, en caso de que no se hayan cumplido. Igualmente buscan garantizar los derechos humanos de todos y todas, y de igual forma alcanzar la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas. Estos objetivos están integrados en el balance de tres dimensiones: Económico, Social y Ambiental.

A continuación se presenta los 17 objetivos de desarrollo sostenible planteados en la agenda al 2030.

1. Erradicar la pobreza en todas sus formas.
2. Acabar con el hambre, alcanzando la seguridad alimentaria y mejorando la nutrición, promoviendo la agricultura sostenible.
3. Asegurar una vida saludable y promover el bienestar en todas las edades.
4. Asegurar la inclusión y equidad en la calidad de la educación y promover oportunidades de aprendizaje duraderas para todos.
5. Alcanzar la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y niñas.
6. Asegurar la disponibilidad y manejo sostenible del agua potable y saneamiento.
7. Asegurar el acceso a energía asequible, confiable, sostenible y moderna para todos.
8. Promover el crecimiento económico sostenible e inclusivo, y el empleo productivo y decente para todos.
9. Construir infraestructura resistente, promover una industrialización inclusiva y sostenible que adopte la innovación.
10. Reducir la inequidad entre los países.
11. Hacer ciudades y asentamientos humanos de manera inclusiva, resistente y sostenible.
12. Asegurar el consumo sostenible y patrones de producción.
13. Tomar acciones urgentes para cambiar el cambio climático y sus impactos.
14. Conservar y usar de manera sostenible los océanos, mares y recursos marinos para el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restaurar y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, el manejo sostenible de bosques, combatir la desertificación y parar y revertir la degradación de la tierra y parar la pérdida de la biodiversidad.
16. Promover las sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, garantizando el acceso a justicia para todos y construir instituciones que sean efectivas, responsables e inclusivas para todos.
17. Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la asociación global para el desarrollo sostenible.

Siendo esta nueva agenda una nueva herramienta para la planificación del GDIS es necesario ilustrar la lógica de la integración de los ODS al accionar del Sector de Desarrollo e Inclusión Social. Dicha lógica representa la forma cómo se complementan los ODS con las planificación de Gobierno y Sectorial, el proceso se establece mediante la identificación y estableciendo las prioridades y objetivos del Plan de Gobierno 2014-2018 y los ODS al 2030 dentro de un marco sectorial. A continuación se presenta un diagrama **(Gráfico 2)** que denota dicha lógica:

Gráfico 2 – Lógica de integración de los ODS al GDIS



Fuente: Elaboración Propia.

ANEXO 3 – Las SIETE Estrategias del GDIS

El Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social dará respuesta a la problemática encontrada a través de *siete estrategias* que apuntarán a cumplir *23 metas* con las que se lograrán alcanzar *once resultados* que surgen de los *cuatro objetivos estratégicos* del sector. La implementación de estas estrategias está a cargo de las instituciones líderes de cada subsector y la supervisión operativa, direccionamiento estratégico, aseguramiento de los recursos y coordinación multisectorial está a cargo del GDIS. En la **Tabla** siguiente se presentan las siete estrategias del GDIS:

Tabla – Las siete estrategias del GDIS por Subsector

Subsector	Estrategias del GDIS
Protección Social	Estrategia 1: Estrategia de priorización y focalización de las intervenciones.
	Estrategia 2: Estrategia de Gestión Plataforma Vida Mejor.
	Estrategia 3: Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria “Alianza por el Corredor Seco”.
Educación	Estrategia 4: Estrategia de Implementación Progresiva de la Ley Fundamental de Educación.
Salud	Estrategia 5: Estrategia de Salud.
	Estrategia 6: Estrategia de Prevención de Embarazo en Adolescentes.
Agua Potable y Saneamiento	Estrategia 7: Estrategia de Agua Potable y Saneamiento.

Fuente: Elaboración Propia.

A continuación se presenta una descripción de las estrategias.

Estrategia 1: Estrategia de priorización y focalización de las intervenciones

Objetivo de la estrategia

La estrategia busca utilizar eficientemente los recursos públicos destinados a mejorar las condiciones de la población en pobreza, a través de la focalización de los beneficiarios y la priorización de las intervenciones.

Focalización de los Beneficiarios

En términos generales, las estrategias sociales parten de una focalización geográfica a nivel de aldeas de acuerdo a las prioridades del Gobierno de la República, contribuyendo de esta forma a la articulación de las prestaciones de bienes y servicios sociales que ofrece el Sector. Se priorizan aldeas considerando cinco criterios (ranking), así:

1. Aldeas con altos niveles de marginación y/o pobreza.
2. Aldeas no intervenidas identificadas en el área del Corredor Seco.
3. Aldeas no intervenidas y que pertenecen a municipios afectados por la inmigración forzada.
4. Aldeas con altos índices de afectación por violencia.

5. Aldeas con pueblos indígenas y afro-hondureños.

En la siguiente **tabla** se muestra un listado del número de aldeas y hogares focalizados en base a la metodología antes descrita, utilizando como insumo el Censo Nacional 2001.

Tabla – Aldeas Focalizadas para Estrategia de Gestión Plataforma Vida Mejor para el período 2014 -2018

Departamento	Cantidad de Aldeas	Estimación Hogares Pobreza Extrema
ATLÁNTIDA	18	1,065
COLÓN	20	2,653
COMAYAGUA	21	4,132
COPÁN	27	3,770
CORTÉS	134	30,305
CHOLUTECA	14	3,305
EL PARAÍSO	50	9,006
FRANCISCO MORAZÁN	101	18,859
GRACIAS A DIOS	69	20,474
INTIBUCÁ	10	2,795
ISLAS DE LA BAHÍA	9	941
LA PAZ	19	6,082
LEMPIRA	14	2,272
OCOTEPEQUE	25	3,423
OLANCHO	12	1,685
SANTA BÁRBARA	65	7,032
VALLE	16	2,181
YORO	85	10,445
TOTAL	709	130,425

Fuente: Unidad de Econometría, Subsecretaría de Integración y Protección Social

En este sentido se identifican 141 Municipios que serán priorizados para las intervenciones de la Plataforma de Gestión Vida Mejor y demás articulaciones de las instituciones del Sector. Esto no significa que no se atenderán los demás municipios pero en el proceso de ejecución serán las zonas donde se realizarán más esfuerzos articulados. También se debe recordar que muchos programas y proyectos son de presencia nacional como el caso del Programa “Bono Vida Mejor”.

Considerando la variedad de población meta (participantes) y los tipos de intervenciones es necesario implementar un modelo de focalización diferenciado, que permita ejecutar la combinación de intervenciones que reflejen impactos positivos en el comportamiento de la pobreza.

La unidad de medida para esta estrategia serán “Hogares”, considerando que cada hogar participante deberá de disponer de una ficha socioeconómica única (FSU), instrumento requerido para el análisis económico de los hogares y estratificar los mismos según su nivel de pobreza.

Priorización de las Intervenciones

Se priorizarán aquellos programas y proyectos del sector que son de naturaleza de generación de ingresos como por ejemplo el Programa Bono Vida Mejor, Programa de Crédito Solidario o Ingresos complementarios entre otros.

Estrategia 2: Estrategia de Gestión Plataforma Vida Mejor

Objetivo de la estrategia

La Estrategia Plataforma de Gestión Vida Mejor, considera un paquete básico de prestaciones de bienes y servicios sociales para la facilitación de los derechos (Económicos, Sociales y Culturales) y la protección e inclusión social de la población en extrema pobreza; participa en dicho mecanismo de gestión la SEDIS, quien lo norma y coordina, la SESAL, la SEDUC, IDECOAS y las entidades rectoras de políticas públicas de inclusión Social del GDIS, como el Instituto Nacional de la Mujer (INAM), la Dirección de la Niñez Adolescencia y Familia (DINAF) y el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) . El objetivo de la Estrategia es el siguiente:

Generar, gradual y progresivamente condiciones sociales que contribuyan al bienestar personal, familiar y colectivo, así como a la potenciación de habilidades y capacidades para el ejercicio pleno de los derechos de las personas en situación de pobreza extrema.

Componentes de la Estrategia

La Estrategia contempla la articulación de cinco dimensiones de bienestar, así:

1. **Ingresos Mínimo e Ingresos Complementarios:** a través de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) a hogares en extrema pobreza incorporadas al Programa “Bono Vida Mejor”, que ejecuta SEDIS. Estas transferencias se otorgan con el cumplimiento de corresponsabilidades en materia de salud y educación, que son verificadas a través de la SESAL y la SEDUC, respectivamente. Asimismo, se promueve la Generación de Oportunidades para Sectores Vulnerables, con la consolidación de micro empresas de subsistencia, micro créditos y otros mecanismos para la generación de ingresos complementarios.
2. **Vivienda Digna:** La SEDIS, terceriza la ejecución este componente para realizar el mejoramiento de viviendas a hogares en extrema pobreza. La vivienda se mejora o se construye, conforme a la demanda social del hogar.
3. **Seguridad Alimentaria y Nutricional:** Se consideran intervenciones en los pilares de disponibilidad y acceso, de la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (ENSAN); los hogares focalizados, pueden beneficiarse con una de las siguientes intervenciones: a) Huertos Familiares; b) Merienda Escolar; c) Huertos Escolares; d) Huertos Comunitarios; e) Alimento Solidario para el Adulto Mayor.
4. **Salud:** A través de la SESAL con: a) Estrategia de Atención Integral de la Niñez en la Comunidad (AIN-C); b) Centros de Salud Regionales (CESAR); c) Hospitales Regionales bajo un nuevo modelo de descentralización de servicios en salud.
5. **Educación:** A través de la SEDUC con: a) Ampliación de la cobertura en Educación Pre Básica; b) Ampliación de la cobertura de la Educación de Séptimo a Noveno Grado.

Sujetos Priorizados de la Estrategia

A continuación se enlistan los sujetos priorizados basados en los componentes de la Plataforma de Gestión Vida Mejor:

1. **Ingreso Mínimo/Ingreso Complementarios**
 - a. Transferencias Monetarias Condicionadas: Bono Vida Mejor:
 - Mujeres Embarazadas y Puérperas en condición de pobreza extrema.
 - Hogares con Niños menores de 18 años y con Ficha Socioeconómica Única, en condición de Pobreza Extrema.
 - b. Programa “Desarrollemos Honduras”
 - La selección es dependiente de las Alcaldías, Patronatos, Juntas de Agua y Autoridades Coordinadoras de Proyectos o Programas.
 - c. Microempresas Productivas/ Generación de Oportunidades para Sectores Vulnerables
 - La Selección de los participantes es por medio de una socialización de un listado de participantes que cuenta con la ficha FSU, y focalizados por el Centro Nacional de Información del Sectorial Social (CENISS).
2. **Vivienda Digna:** Los sujetos priorizados se basan en la selección de las personas solicitantes en condición de pobreza o pobreza extrema registradas en el Registro Único de Participantes (RUP) del Centro Nacional de Información del Sector Social (CENISS).
3. **Seguridad Alimentaria y Nutricional:**
 - a. La elegibilidad de los Huertos Familiares, Comunitarios y Escolares se basa en la selección y socialización de un listado de participantes del RUP; los nuevos participantes de este Componente, son identificados para incorporarse al RUP, con el apoyo por parte de Gobernadores Departamentales, Líderes Comunitarios y/o Gobiernos Locales.
 - b. El alimento solidario para el adulto mayor se priorizan por medio del registro de la FSU.
 - c. Alimentación Escolar: Alimentación para los estudiantes de la educación pre-básica y básica, dicha alimentación comprende una ración diaria para la jornada única diferenciada por nivel educativo y zona geográfica.
4. **Salud:** Participan los hogares del Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas por el Componente de Salud, concretamente mujeres embarazadas y puérperas, primera infancia.
5. **Educación:** Participan los hogares del Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas por el Componente de Educación, concretamente escolares matriculados en centros educativos públicos del país.

Lineamientos Estratégicos

1. Definir los criterios para la calidad, acceso y costeo de los servicios de la plataforma. Lo anterior implica el establecimiento del procedimiento de gestión de la Estrategia y la definición de los roles de las instituciones que participan en la misma, mediante un Manual Operativo que describa cada una de las actividades a realizar a través de la Plataforma.
2. Profesionalizar los Guías Familiares y Comunicadores Sociales, entendiéndose estos actores como los gestores sociales que acercan la oferta a la demanda y guían a los hogares participantes en la elaboración de un plan de vida y seguimiento conforme a la Estrategia de Gestión.
3. Establecer un modelo único de focalización urbana y rural para todos los programas de la Estrategia partiendo de la focalización geográfica a través de un mapa de pobreza, vulnerabilidad e inseguridad ciudadana, actualizado a partir de los datos del nuevo Censo e Índice de Pobreza Multidimensional.

4. Reforzar la oferta de servicios en: atención primaria en salud, cobertura en pre-básica y básica, con énfasis en 7mo a 9no grado y alfabetización.
5. Revisar e implementar el Sistema Único de Evaluación de Políticas Sociales (SUEPPS), como parte del sistema de monitoreo y evaluación de la Estrategia; el SUEPPS debe establecer indicadores específicos que permitan ver avances en la mejora calidad de vida familias, así como de satisfacción de los participantes.
6. Establecer un mecanismo de acceso a la información del CENISS que sea eficiente, promueva la entrega inmediata y retroalimentación de insumos para la toma de decisiones.
7. Establecer una estrategia de comunicación efectiva de la Estrategia para la población en general, la población participante, las instituciones del Sector y el resto de Gabinetes del Gobierno.
8. Establecer el mecanismo de participación de las Empresas Privadas con Responsabilidad Social y la Sociedad Civil como ejecutores de los Componentes de la Estrategia.

Resultados Esperados de Acuerdo al Plan Estratégico de Gobierno

1. El porcentaje de hogares en extrema pobreza se habrá reducido de 42.6% a por lo menos a 38.6%.
2. El porcentaje de hogares en pobreza se habrá reducido de 64.5% a por lo menos 60.5%.

Estrategia 3: Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria “Alianza por el Corredor Seco”

Objetivo de la Estrategia

La Alianza para el Corredor Seco (Global Agriculture and Food Security “ACS-GAFSP”), es una Estrategia Intersectorial para la Seguridad Alimentaria y Nutricional, que junta esfuerzos entre la Administración de la Cuenta del Milenio, el GDIS, ACS-GAFSP, UE y el Programa Emprende Sur del Gabinete de Desarrollo Económico, con la finalidad de asistir a 62,000 hogares en situación pobreza y pobreza extrema en 40 municipios de tres departamentos del llamado “Corredor Seco”.

Componentes de la Estrategia

1. **Producción de alimentos y generación de ingresos:** El objetivo de este componente es aumentar la disponibilidad de alimentos y los ingresos en los hogares pobres y extremadamente pobres de 40 municipios, como base para mejorar la nutrición y reducir la desnutrición crónica infantil. El componente ayudará a los productores a alcanzar un mayor nivel de productividad para alejarse de la agricultura de subsistencia y migrar hacia cultivos de alto valor, como las verduras y cultivos perennes.
2. **Educación Nutricional e Higiene dentro del Hogar (Vida Mejor):** Además de aumentar la seguridad alimentaria con intervenciones vinculadas a la producción, por medio de este componente, se pretende mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y niños menores de cinco años de comunidades seleccionadas de los 40 municipios. La mejora del estado nutricional se enfocará en el cambio de comportamiento alimentario y se dará prioridad a la incorporación de alimentos del componente 1 de esta Estrategia.
3. **Acceso Mercados:** Este componente consiste en la creación, promoción y desarrollo de pequeñas empresas, con acceso e implementación de planes de negocios. Además se profundizará el acceso a los servicios financieros, específicamente en la población rural para impulsar la sostenibilidad productiva.
4. **Gestión, Monitoreo y Evaluación del Proyecto:** Este componente financiará una parte de los gastos de gestión y de supervisión del proyecto en la agencia de cooperación INVEST-H. Como parte del seguimiento y evaluación, la línea de base y evaluación de medio término serán financiados por el Gobierno de Honduras e incluirá la totalidad del territorio de la Alianza del Corredor Seco. El Proyecto GAFSP financiará la evaluación de impacto al final para el ACS-GAFSP como para el resto de la Alianza del Corredor Seco.

Sujetos Priorizados

Se atenderá a 62.000 hogares del Corredor Seco de la siguiente manera:

1. **Producción de alimentos y generación de ingresos:** 6000 hogares en pobreza y pobreza extrema.
2. **Educación Nutricional e Higiene dentro del Hogar:** 6,000 hogares en pobreza y pobreza extrema.
3. **Acceso a Mercados:** La planificación se ajustará en base a la identificación de prioridades ya que no se cuenta con un levantamiento o una línea base para dichas intervenciones.

Lineamientos Estratégicos

1. Identificación de población participante en base a un Mapa de Pobreza según las Necesidades Básicas Insatisfechas.
2. Planificar por medio del GDIS, los hogares a atender en los territorios priorizados y definir los Planes de Negocios a través de las entidades del Gabinete de Desarrollo Económico.
3. A través del Gabinete de Desarrollo Económico, se deberá realizar el análisis de la demanda para garantizar la sostenibilidad de los pequeños productores que se beneficien con esta Estrategia.
4. Definición de lineamientos de intervención para cada entidad responsable de esta Estrategia, incluyendo a las Organizaciones No Gubernamentales y Gobiernos Locales.
5. Definir los mecanismos de Monitoreo y Evaluación de la Estrategia.

Resultados Esperados

Hogares Focalizados Participando en La Estrategia de Gestión Plataforma Vida Mejor, con al menos dos intervenciones de Los componentes: Ingreso Mínimo, Seguridad Alimentaria y Vivienda Saludable.

Estrategia 4: Estrategia de Implementación Progresiva de la Ley Fundamental de Educación

A través de la Ley Fundamental de Educación se integra legalmente las actividades educativas de la Educación Formal, la Educación No Formal y la Educación Informal. Mediante los Reglamentos de la Ley Fundamental de Educación se establece que el educando de los niveles pre básico, básico y medio es el titular del derecho a la educación, siendo este el actor fundamental del proceso educativo y que el Sistema Nacional de Educación debe desarrollar al máximo sus potencialidades y su personalidad; garantizando a los educandos, el acceso a una educación de calidad, en condiciones de equidad sin discriminación de ninguna naturaleza.

Sujetos Priorizados

Niños y Niñas en Educación Pre-Básica, Básica y Media.

Componentes de la Estrategia

1. **Calidad:** Se refiere al diseño curricular nacional básico y currículos articulados entre los diferentes niveles, comunes para todo el país, con la flexibilidad necesaria para poder adecuarlos en el nivel regional, departamental, municipal y local, asociado a las actividades económicas, sociales y culturales. Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación. Carrera docente y administrativa en todos los niveles del Sistema Nacional de Educación, que incentive el desarrollo profesional y el buen desempeño laboral.
2. **Acceso:** Con este componente se desarrolla de instrumentos curriculares pertinentes, validados adecuadamente, los que deben concentrarse a nivel local, departamental y regional. Se ofrece además la infraestructura educativa, física, tecnológica adecuada, saludable, acorde a las características de la población escolar, en las diferentes regiones del país. Dotación libros de texto, equipos y materiales educativos.
3. **Igualdad de Oportunidades:** Se ejecuta los servicios educativos con una atención preferencial a los grupos sociales en riesgo a través de los entes descentralizados a otras entidades gubernamentales a nivel nacional en coordinación con otras entidades gubernamentales.
4. **Educación Formal:** La educación formal está organizada en una secuencia regular de niveles, con sujeción a pautas curriculares progresivas y conduce al otorgamiento de grados y títulos, se organiza en los niveles de Pre básica, básica, media y superior.
5. **Educación No Formal:** Este componente se desarrolla en el apoyo a los procesos formativos de los diferentes niveles y modalidades de la educación formal en coordinación con los propietarios de los medios de comunicación escritos, radiales, televisados y de cualquier otra forma de comunicación electrónica.
6. **Alimentación Escolar:** Este componente se orienta a fortalecer el programa de merienda escolar que beneficia a 1.2 millones de niños que asisten a los centros escolares del sistema público nacional siendo un incentivo para la reducción de la deserción escolar.

Lineamientos Estratégicos

1. Articular los esfuerzos en materia de modalidades alternativas de educación, de manera que dicho proceso fortalezca la oferta existente.

2. Identificar la oferta privada de servicios de educación para los tres componentes de la Estrategia, en la búsqueda de socios clave que participen en el proceso, aportando experiencia y recursos.
3. Comprometer a los tomadores de decisión del sector de Desarrollo e Inclusión Social principalmente, a los integrantes del Subsector de Educación, de manera que se garantice la ejecución sostenible de la estrategia.
4. Identificar recursos económicos para el financiamiento sostenible de la Estrategia.
5. Establecer Estrategias de Comunicación para la institucionalización de este esfuerzo, además de la promoción de la oferta de servicios del mismo.

Resultados Esperados de Acuerdo al Plan Estratégico de Gobierno

1. Ampliada la cobertura de la educación en sus diversos niveles, con prioridad en la educación pre básica, tercer ciclo de educación básica, y alfabetización.
2. Mejorada la calidad de la educación básica.

Estrategia 5: Estrategia de Salud

Objetivo de la Estrategia

El objetivo de la estrategia de salud es 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 en 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.

Componentes de la Estrategia

1. **Modalidades Descentralizadas para la Atención Primaria en Salud:** este Componente establece que los servicios de salud públicos y privados funciona en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), para garantizar la respuesta a las necesidades de la población. El enfoque de las RISS se basa en el modelo descentralizado para la promoción y prevención, proporcionando atención primaria en salud a las personas lo más cerca de sus hogares.
2. **Atención a Grupos Priorizados:** En este Componente, se ofrece atención integral en el primer y segundo nivel de atención. Énfasis en las mujeres en edad fértil, preparándola para el embarazo; y en la mujer embarazada; además se atiende a los niños menores de cinco años. El desarrollo de este componente implica la implementación de las normas y estándares para la atención materna infantil y el licenciamiento de los establecimientos de provisión de servicios de salud, públicos y privados.
3. **Atención Integral de las Enfermedades Priorizadas:** Este Componente atiende las enfermedades vectoriales: dengue, malaria y Chagas. Enfermedades crónicas degenerativas: cardiovasculares (hipertensión), diabetes, cáncer, enfermedad renal crónica (ERC). enfermedades infecciosas tuberculosis y VIH y SIDA.

Sujetos Priorizados

1. **Modalidades Descentralizadas para la Atención Primaria en Salud:** Personas que reciben atención primaria en los Centros de Salud integradas al RISS, con énfasis a la población rural.
2. **Atención a Grupos Priorizados:** Mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas, niños menores de cinco años.
3. **Atención Integral de las Enfermedades Priorizadas:** Personas atendidas por enfermedades vectoriales, crónicas degenerativas e infecciosas.

Lineamientos Estratégicos

1. Armonizar la oferta de proveedores de salud pública y privada, para garantizar la prestación adecuada de los servicios de salud.
2. Estimular las acciones de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades sustentadas en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente

aceptables, al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad en todas y cada una de las etapas de su desarrollo.

3. Desarrollar instrumentos para la gestión descentralizada de los hospitales y el primer nivel de atención.
4. Fortalecer las capacidades de gestión y de los procesos de monitoreo y evaluación de la gestión descentralizada.
5. Conformación de los Equipos de Atención Primaria de Salud (EAPS) que provean atención en los municipios priorizados y en zonas marginales de las ciudades más pobladas del país. Estos equipos deben atender prioritariamente a la población materno infantil y población vulnerable por enfermedades vectoriales, crónicas degenerativas e infecciosas de acuerdo a los Componentes de la Estrategia.
6. Priorizar la planificación y programación en los municipios más pobres del país que han sido identificados como prioritarios y en la población de zonas marginales de las ciudades más pobladas del país.

Resultados Esperados de Acuerdo al Plan Estratégico de Gobierno

1. Ampliada la cobertura y el acceso de los servicios de salud, fortaleciendo la atención primaria en salud y las modalidades descentralizadas.
2. Reducida la incidencia de enfermedades infectocontagiosas.
3. Reducida la mortalidad materna.
4. Reducida la tasa de mortalidad en menores de 5 años.

Estrategia 6: Estrategia de Prevención de Embarazo en Adolescentes

Objetivo de la Estrategia

La Estrategia Multisectorial de Prevención de Embarazo en Adolescentes se destaca como una **estrategia de articulación intersectorial** que establece la planificación, coordinación y seguimiento de los sectores involucrados y de acuerdo a los diferentes componentes para fortalecer la construcción de la ciudadanía, promoción de una cultura de paz, la salud y educación sexual y reproductiva de la niñez, adolescencia y juventud. La Estrategia se reflejará en un grupo de representantes o puntos focales designados para la potenciación de la participación y representatividad de padres de familia, líderes comunitarios, docentes y grupos juveniles que se encuentran en diferentes regiones del país a través de los siguientes componentes.

Componentes de la Estrategia

1. **Componente de Salud:** En congruencia con la estrategia de Salud, este componente propone la coordinación de acciones con las Modalidades Descentralizadas para la Atención Primaria en Salud, concretamente con la RISS y de los EAPS; estos equipos apoyarán la implementación de un Modelo de Clínicas de Atención de la Adolescente Embarazada, enfocadas a la prevención de un segundo embarazo en la adolescencia y con proyección al ámbito educativo para la prevención del primer embarazo de las adolescentes.
2. **Componente de Educación:** Con este componente, se realizará capacitación de docentes, padres de familia, líderes locales, en temas de Salud Sexual y Reproductiva con el curso modular Escuela para Padres, en estrecha coordinación intersectorial educación-salud-gobiernos locales, tomando en cuenta las Guías Educativas “Cuidando Mi Salud y Mi Vida”. Los actores formados en la temática, se encargarán de formar a los adolescentes conforme al aprendizaje recibido, en los hogares, los centros educativos, los grupos sociales de base, entre otras.
3. **Componente de Coordinación con Otros Sectores Gubernamentales:** Se realizará la planificación de acciones estratégicas en el temas de Derechos Sexuales y Reproductivos, en los diferentes programas, proyectos y estrategias de amplia cobertura de los distintos sectores gubernamentales, priorizando en las Estrategias priorizadas del Gobierno, Estrategia Plataforma de Gestión Vida Mejor y el Programa “Con Chamba Vivís Mejor”.
4. **Componente de Coordinación con Gobiernos Locales:** Propone generar oportunidades de coordinación intersectorial con los gobiernos municipales, a través de las estructuras de participación ciudadana existentes. En este sentido, se organizarán grupos juveniles prioritariamente en las áreas rurales, que complementarán acciones con los Programas Municipales de Infancia, Adolescencia y Juventud, (PMIAJCOMVIDA) y los Comités Comunitarios para la Prevención de Embarazos en Adolescentes (COPEITSAS).
5. **Coordinación con Organizaciones No Gubernamentales:** Este componente está destinado a la prevención de la violencia juvenil. Para este efecto, se organizarán espacios de convivencia juvenil denominados Centros de Alcance, en los cuales los jóvenes dispondrán de talleres ocupacionales y áreas deportivas para el aprendizaje y recreación. En esta iniciativa participan también el sector de Desarrollo Económico y de Desarrollo e Inclusión Social, con el programa Alianza Joven Honduras

(AJH), Save the Children Honduras, USAID, Visión Mundial por medio del modelo de Programas de Desarrollo de Área (PDA) en varias zonas del país.

Sujetos Priorizados

1. **Componente de Salud: Niñas:** Adolescentes, Niñas, Adolescentes Embarazadas.
2. **Componente de Educación:** Adolescentes, Docentes, Padres de Familia y Líderes Comunitarios.
3. **Componente de Coordinación Con Gobiernos Locales:** Infancia, Adolescencia y Juventud
4. **Componente de Coordinación con Organizaciones No Gubernamentales:** Niños, Adolescencia y Juventud.

Lineamientos Estratégicos

1. Armonizar Normativas, Políticas y Alianzas que aseguren el cumplimiento de los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes, bajo un enfoque de Derechos Humanos.
2. Fortalecimiento de la educación integral de la sexualidad como medida de protección y prevención de embarazos en adolescentes.
3. Asegurar el acceso, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de servicios de salud para adolescentes incluyendo la salud sexual y reproductiva.
4. Abogar, comunicar e incidir socialmente para la prevención del embarazo en la adolescencia.
5. Definir medidas de comunicación y recolección de información por parte de los Gobiernos Municipales, Organizaciones No Gubernamentales y Otros Sectores.
6. Crear un Observatorio de Embarazo para el monitoreo, evaluación y aprendizaje de la Estrategia.
7. Ampliar la cobertura de los Centros de Alcance, en base a los Componentes de la Estrategia.

Estrategia 7: Estrategia de Agua Potable y Saneamiento

Objetivo de la Estrategia

El propósito de esta estrategia consiste en el fortalecimiento del proceso de reestructuración organizacional, para consolidar un modelo eficiente y eficaz de la oferta sectorial de los servicios de agua potable y saneamiento básico, sin interrumpir la prestación de dicho servicio. Dicho proceso consiste en la implementación de la Política Nacional de Agua Potable y Saneamiento y el Plan Nacional de Agua y Saneamiento.

Componentes de la Estrategia

1. **Coordinación Sectorial:** Este componente plantea la participación y coordinación del GDIS en el tema de agua potable y saneamiento básico en el territorio nacional, a través de IDECOAS. Se propone integrar al Consejo Nacional de Agua y Saneamiento (CONASA), el ente rector en la materia, al GDIS a través de una eventual reforma del marco normativo.

Con todos los actores que lideran el tema de agua y saneamiento básico integrados al GDIS, se pondrá en marcha la coordinación sectorial a través de CONASA que definirá los mecanismos para garantizar la coordinación y garantizará la debida articulación de esfuerzos con las prioridades de Gobierno, en este caso el suministro del servicio, prioritariamente a la población en extrema pobreza.

2. **Fortalecimiento e Implementación:** Por medio de este componente, las entidades correspondientes, rectoradas por CONASA, armonizarán esfuerzos para garantizar la implementación adecuada de los programas y proyectos de dotación de agua potable y saneamiento básico y consecuentemente, lograr un aumento progresivo del acceso de dicho servicio. Lo anterior estará amparado en la Ley y Política de Agua y Saneamiento y el Plan Nacional de Agua y Saneamiento.

Sujetos Priorizados

1. Población nacional, con énfasis en la población en extrema pobreza.

Lineamientos Estratégicos

1. Elaborar por parte del Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social un Decreto Ejecutivo para integrar al GDIS a todos los entes que rectoran y ejecutan el tema de agua potable y saneamiento básico.
2. En función de lo anterior, actualizar el PLANASA conforme a las prioridades de Gobierno y el nuevo marco institucional del Estado.
3. Elaborar el Programa de Inversiones para la Estrategia, contemplando el área urbano y rural y priorizando en las zonas de mayor pobreza.
4. Coordinar con los organismos competentes, en especial las municipalidades, los mecanismos y actividades físicas y financieras relacionados con los proyectos de agua potable y saneamiento.

5. Fortalecer de la institucionalidad que ejecuta programas de dotación de agua potable y saneamiento básico, por medio del trabajo conjunto con socios estratégicos privados, prestadores de dicho servicio, que han mejorado su gestión administrativa, técnica y financiera y que cuentan con sistemas que funcionan eficientemente de manera permanente e incrementan el acceso al agua potable de las áreas desatendidas de manera programada.
6. Definir los medios de coordinación, comunicación y retroalimentación entre las entidades que conforman la Estrategia para su adecuada implementación.

Resultados Esperados

1. Mayor número de hogares con acceso adecuado a agua potable.
2. Mayor número de hogares con acceso a saneamiento básico adecuado.

ANEXO 4 – Fichas de Indicadores para Monitoreo del PES del GDIS

A continuación se presentan las 23 fichas de indicadores para el monitoreo del PES. Algunos de estos indicadores estarán utilizando la información proporcionada por las institución rectoras, como en los casos de los indicadores de Salud y Educación, por lo que se estarán utilizando los mismos indicadores. Los 23 indicadores se muestran en la siguiente Tabla:

Tabla – Indicadores de Resultado del PES del GDIS

Subsector	Meta Sectorial	Indicador de Resultado Sectorial
Protección Social	Meta 1	No. de hogares focalizados participando en Estrategia de Gestión de Plataforma Vida Mejor.
	Meta 2	% de hogares focalizados cumpliendo con la corresponsabilidad en educación y salud.
	Meta 3	Número de hogares en extrema pobreza beneficiados con programas del corredor seco
Educación	Meta 4	Años promedio de escolaridad
	Meta 5	Tasa de analfabetismo de la población de 15 años o más.
	Meta 6	Tasa de cobertura neta de matrícula en educandos de 5 años de edad en el año obligatorio de Educación Pre-Básico
	Meta 7	Tasa de cobertura neta de matrícula en Educación Básica en primero y segundo ciclo
	Meta 8	Tasa de cobertura en neta de matrícula en Educación Básica en tercer ciclo.
	Meta 9	Tasa de cobertura neta de matrícula en la Educación Media
	Meta 10	% de rendimiento promedio en español en la educación básica
	Meta 11	% de rendimiento promedio en matemáticas en la educación básica.
Salud	Meta 12	Cobertura de atención ambulatoria del sector público
	Meta 13	Población con acceso a servicios de salud con gestión descentralizada
	Meta 14	Tasa de incidencia de dengue, por 100,000 habitantes.
	Meta 15	Tasa de incidencia de malaria, por 100,000 habitantes.
	Meta 16	Tasa de incidencia de tuberculosis, por 100,000 habitantes
	Meta 17	% de personas con VIH/SIDA en terapia antiretroviral
	Meta 18	% de Cobertura de Parto Institucional.
	Meta 19	Tasa de incidencia de diarrea en menores de cinco años, por cada 1,000 menores de cinco años
	Meta 20	Tasa de incidencia de Neumonía/Bronconeumonía en menores de cinco años, por cada 1,000 menores de cinco años
	Meta 21	% de embarazos en adolescentes (15 a 19 años).
Agua Potable y Saneamiento	Meta 22	% de población con servicio adecuado de agua potable.
	Meta 23	% de población con acceso adecuado a saneamiento básico.

Indicador 1:

No. de hogares focalizados participando en Estrategia de Gestión de Plataforma Vida Mejor

Nombre del indicador	Porcentaje de hogares participantes del Bono Vida Mejor.				
Descripción	Muestra la proporción de hogares en pobreza extrema que reciben transferencias monetarias condicionadas.				
Relevancia o pertinencia	Se garantiza transparencia y agilidad en la entrega del Bono Vida Mejor, y así fomentar una mejor calidad de vida en las familias que viven en condiciones de pobreza en las zonas urbanas y rurales del país, asegurando el acceso a la educación de las niñas y niños de Honduras.				
Fórmula	$PcHPn = (HAN / HON) \times 100$				
Definición de variables	HA: Hogares atendidos				
Fuente del dato	Dirección de Transferencias Monetarias Condicionadas.				
Ámbito	A nivel nacional con cobertura en los 298 departamentos, pero enfocándose más en los 141 municipios que están en pobreza extrema.				
Responsable de la recolección	Lic. Luis Miguel Ortega				
Responsable del cálculo	CENISS: Ing. Elsa Servellón , SIG: Ing. Carlos Romero				
Responsable del Reporte del Dato al SPGR	Ing. Juan Carlos Ochoa				
Frecuencia o periodicidad de la recolección de los datos	Anual				
Evolución del indicador	Línea Base 2014	2015	2016	2017	2018
	270,000	300,000	350,000	400,000	400,000
	100%	85.30%	100%		
COMENTARIOS: En el año 2015, el porcentaje de hogares participantes del Bono Vida Mejor fue de 85.30%.					
FUENTE: SEDIS					

Indicador 2:

% de hogares focalizados cumpliendo con la corresponsabilidad en educación y salud

Idealmente se busca contar con un indicador que muestre un valor que represente el cumplimiento de las corresponsabilidades en educación y salud de los hogares focalizados que están recibiendo las TCM, sin embargo, no ha sido posible contar con un indicador con estas características. Por ello, temporalmente se utilizará el indicador denominado “Porcentaje de hogares participantes del Bono Vida Mejor con corresponsabilidad en Educación”, haciendo la aclaración correspondiente.

Nombre del indicador	Porcentaje de hogares participantes del Bono Vida Mejor con corresponsabilidad en Educación				
Descripción	Muestra la proporción de hogares en extrema pobreza que cumple corresponsabilidad en Educación.				
Relevancia o pertinencia	Podemos encontrar que más de 100 mil hogares en la zona rural cumpliendo corresponsabilidad en el componente de educación.				
Fórmula	$PHTMCCS\ n = (HaCE\ ^n / HaRTMCn) \times 100$				
Definición de variables	HaCE ⁿ = Hogares activos que reciben transferencias en el componente de Educación. HaRTMCn = Hogares activos que reciben transferencia				
Fuente del dato	Dirección de Transferencias Monetarias/Unidad de Sistemas de Información Gerencial (SIG)				
Ámbito	Cantidad hogares de participantes que pueden recibir una transferencia monetaria, tomando como dato el cumplimiento de asistencia u matrícula a los centros educativos.				
Responsable de la recolección	SEDUC				
Responsable del cálculo	Unidad del Sistema de Información Gerencial (SIG)				
Responsable del Reporte del Dato al SPGR	Dirección de Transferencias Monetarias/SIG				
Frecuencia o periodicidad de la recolección de los datos	Semestral				
Evolución del indicador	Línea Base 2015 2016 2017 2018 2014 65%				
COMENTARIOS					
FUENTE: SEDIS					

Indicador 3:

Número de hogares en extrema pobreza beneficiados con programas del Corredor Seco.

El GDIS, conjuntamente con SEDIS y los demás actores involucrados, continuará el proceso de revisión de los indicadores actuales y/o en la formulación de un indicador que cumpla con las expectativas de lo que se desea monitorear en cuanto a la seguridad alimentaria y nutricional. Mientras tanto, un indicador para referencia es: “Porcentaje de Estudiantes del Corredor Seco que están recibiendo alimentación escolar”.

Nombre del indicador	Porcentaje de estudiantes del corredor seco con acceso a la Alimentación Escolar.				
Descripción	Muestra la proporción de estudiantes del corredor seco que están recibiendo alimentación escolar.				
Relevancia o pertinencia	Disminuir la desnutrición infantil y deserción escolar.				
Fórmula	$\text{Porcentaje} = \left(\frac{\text{Número de estudiantes con acceso a la alimentación escolar}}{\text{Número total de estudiantes}} \right) \times 100$				
Definición de variables	Número de estudiantes con acceso a la alimentación escolar: Se refiere al número de estudiantes que están recibiendo alimentación escolar en las escuelas del Corredor Seco. Número total de estudiantes: Se refiere al número total de estudiantes matriculados en las escuelas del Corredor Seco.				
Fuente del dato	Dirección General de Integración y Regionalización (DGIR)/Programa de Alimentación Escolar (PAE), Secretaría de Educación.				
Ámbito	Protección Social				
Responsable de la recolección y Cálculo	Dirección de Integración y Regionalización (DGIR)				
Responsable del Reporte del Dato al SPGR	Asistente de Planificación de la Dirección de Integración y Regionalización				
Frecuencia o periodicidad de la recolección de los datos	Mensual				
Evolución del indicador	Línea Base 2014	2015	2016	2017	2018
		897,182	897,182	897,182	897,182
		96.62%	96.62%	96.62%	96.62%
COMENTARIOS					

FUENTE: SEDIS

Indicador 4:

Años promedio de escolaridad

Contenido	Descripción
Título o denominación del indicador	10. Años de Estudio Promedio.
Niveles	
Descripción	Permite dar cuenta de los años de escolaridad promedio que efectivamente posee una población y así poder caracterizar el capital humano de un territorio que condiciona la inserción al mercado laboral y las potencialidades de desarrollo social y económico. Es el promedio de años de estudio declarados por las personas en la Encuesta Permanentes de Hogares como efectivamente cursados entre la población de 15 años y más, con algún grado de escolaridad.
Fórmula	$AEP = \frac{(\sum AEP_{15+})}{\sum P \text{ con algún g}^{\circ} \text{ de e}} \times 100$ Donde: AEP: Años de estudio promedio de la población de 15 años y más. $\sum AEP_{15+}$ Sumatoria de los años de estudio declarados como efectivamente cursados por la población de 15 años y más. $\sum P$ con algún g° de e: Sumatoria de la población con algún grado de escolaridad.
Fuente	Encuesta Permanente de Hogares, INE.
Limitaciones del indicador	
Desagregaciones posibles	☐ Geográfico: Nacional, Departamental y municipal. ☐ Zona: Urbana y rural ☐ Sexo: Femenino y masculino ☐ Edades: Rangos de edad ☐ Ingreso: Quintiles ☐ Ocupación: ☐ Niveles educativos: Básica, Media y Superior
Presentación de resultados	Tabla de datos y gráficos
Periodicidad del cálculo	Anual

FUENTE: PEI Secretaría de Educación 2014-2018

Indicador 5:

Tasa de analfabetismo de la población de 15 años o más

Contenido	Descripción
Título o denominación del indicador	6. Tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más de edad.
Niveles	
Descripción	Este indicador identifica la proporción de la población de 15 años y más que no sabe leer, ni escribir. También identifica las características de la población analfabeta y la zona geográfica de residencia.
Fórmula	$TA_{15 \text{ años y más}} = \left(\frac{A_{15 \text{ años y más}}}{P_{15 \text{ años y más}}} \right) \times 100$ $TA_{15 \text{ años y más}}$: Tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más $A_{15 \text{ años y más}}$: Cantidad de personas que no saben leer y escribir de 15 años y más $P_{15 \text{ años y más}}$: Población total de 15 años y más
Fuente	• Censos nacionales de población y vivienda (INE) • Encuesta Permanente de Hogares (INE)
Limitaciones del indicador	La fuente usualmente censal considera como analfabetos aquellos que declaran no saber leer y escribir ante la pregunta censal. "¿Sabe leer y escribir?" Si ___ No ___
Desagregaciones posibles	☐ Geográfico: Nacional ☐ Zona: Urbano y Rural. ☐ Sexo: Femenino y Masculino.
Presentación de resultados	Gráficos y Tablas de Datos
Periodicidad del cálculo	2 veces al año, como resultado de la aplicación de las Encuestas permanentes de Hogares, que realiza el INE, responsable del cálculo de este indicador.

FUENTE: PEI Secretaría de Educación 2014-2018

Indicador 6:

Tasa de cobertura neta de matrícula en educandos de 5 años de edad en el año obligatorio de Educación Pre-Básico

Contenido	Descripción
Título o denominación del indicador	1. Tasa de Cobertura Neta de Matrícula de Educandos de 5 años de edad en el año obligatorio de Educación Pre-Básica.
Niveles	☒ Educación Pre-Básica
Descripción	Muestra la participación relativa de la población matriculada en el año obligatorio en el nivel de Educación Pre-Básica en la edad teórica, en relación al total de la población proyectada por el INE en esa misma edad.
Fórmula	$TCN_{5 \text{ años PB}} = \left(\frac{M_{5 \text{ años}}}{P_{5 \text{ años}}} \right) \times 100$ TCNM_{5 años en PB}: Tasa Cobertura Neta de Matrícula de 5 años de edad en el año obligatorio de Educación Pre-Básica M_{5 años}: Sumatoria de matrícula de educandos de 5 años de edad en el año obligatorio de Pre-Básica P_{5 años}: Sumatoria de la población de 5 años
Fuente	Base de Datos de la Secretaría de Educación (Matrícula Inicial) Proyecciones de población (INE)
Limitaciones del indicador	El resultado se puede ver afectado por la falta de actualización de las estimaciones de población por edades simples.
Desagregaciones posibles	☐ Geográfico: Nacional y Departamental. ☐ Sexo: Femenino y Masculino.
Presentación de resultados	Tablas y Gráficos
Periodicidad de cálculo	Anual

FUENTE: PEI Secretaría de Educación 2014-2018

Indicador 7:

Tasa de cobertura neta de matrícula en Educación Básica en primero y segundo ciclo

Contenido	Descripción
Título o denominación del indicador	2. Tasa de cobertura neta de matrícula en Educación Básica en primero y segundo ciclo.
Niveles	☒ Educación Básica (I y II Ciclo)
Descripción	Muestra la participación relativa de la población matriculada en el nivel de Educación Básica en sus dos primeros ciclos, en la edad teórica (6 a 11 años), en relación al total de la población proyectada por el INE en ese mismo rango de edad.
Fórmula	$TCNM_{I y II ciclo} = \left(\frac{M_{I y II ciclo de 6 a 11 años}}{P_{6 a 11 años}} \right) \times 100$ TCNM_{I y II ciclo}: Tasa de Cobertura Neta de Matrícula en el primer y segundo ciclo de educación básica. M_{I y II ciclo de 6 a 11 años}: Total de matrícula del primero y segundo ciclo de educación básica de 6 a 11 años de edad. P_{6 a 11 años}: Sumatoria de la población de 6 a 11 años de edad.
Fuente	Base de Datos de la Secretaría de Educación (Matrícula Inicial) Proyecciones de población (INE)
Limitaciones del indicador	El resultado se puede ver afectado por la falta de actualización de las estimaciones de población por edades simples.
Desagregaciones posibles	☐ Geográfico: Nacional y Departamental ☐ Sexo: Femenino y Masculino. ☐ Ciclo: Primero y Segundo
Presentación de resultados	Tablas y Gráficos
Periodicidad de cálculo:	Anual

FUENTE: PEI Secretaría de Educación 2014-2018

Indicador 8:

Tasa de cobertura en neta de matrícula en Educación Básica en tercer ciclo

Contenido	Descripción
Título o denominación del indicador	3. Tasa de Cobertura Neta de Matrícula en Educación Básica en Tercer Ciclo.
Niveles	☒ Educación Básica (III Ciclo)
Descripción	Muestra la participación relativa de la población matriculada en el nivel de Educación Básica en el Tercer Ciclo, en la edad teórica (12 a 14 años), en relación al total de la población proyectada por el INE en ese mismo rango de edad.
Fórmula	$TCNM_{III\text{ ciclo}} = \left(\frac{M_{III\text{ ciclo de 12 a 14 años}}}{P_{12\text{ a 14 años}}} \right) \times 100$ TCNM_{III ciclo}: Tasa de Cobertura Neta de Matrícula en el Tercer Ciclo de Educación Básica. M_{III ciclo de 12 a 14 años}: Total de matrícula del tercer ciclo de Educación Básica de 12 a 14 años de edad. P_{12 a 14 años}: Sumatoria de la población de 12 a 14 años de edad.
Fuentes:	Base de Datos de la Secretaría de Educación (Matrícula Inicial) Proyecciones de Población (INE)
Limitaciones del indicador	El resultado se puede ver afectado por la falta de actualización de las estimaciones de población por edades simples.
Desagregaciones posibles	☐ Geográfico: Nacional y Departamental ☐ Sexo: Femenino y Masculino.
Presentación de resultados	Tablas y Gráficos
Periodicidad:	Anual

FUENTE: PEI Secretaría de Educación 2014-2018

Indicador 9:

Tasa de cobertura neta de matrícula en la Educación Media

Contenido	Descripción
Título o denominación del indicador	4. Tasa de Cobertura Neta de Matrícula en Educación Media.
Niveles	Educación Media
Descripción	Muestra la participación relativa de la población matriculada en el nivel de Educación Media, en la edad teórica (15 a 17 años), en relación al total de la población proyectada por el INE en ese mismo rango de edad.
Fórmula	$TCNM_{Ed. Media} = \left(\frac{M_{media de 15 a 17 años}}{P_{15 a 17 años}} \right) \times 100$ TCNM_{Ed. Media}: Tasa de Cobertura Neta de Matrícula en educación media M_{media de 15 a 17 años}: Total de matrícula de educación media de 15 a 17 años de edad. P_{15 a 17 años}: Sumatoria de la población de 15 a 17 años de edad.
Fuentes:	Base de datos Secretaría de Educación (Matrícula Inicial) Proyecciones de población por edades simples (INE)
Limitaciones del indicador	El resultado se puede ver afectado por la falta de actualización de las estimaciones de población por edades simples.
Desagregaciones posibles	☐ Geográfico: Nacional y Departamental ☐ Sexo: Femenino y Masculino.
Presentación de resultados	Tablas y Gráficos
Periodicidad de cálculo	Anual

FUENTE: PEI Secretaría de Educación 2014-2018

Indicador 10:

% de rendimiento promedio en español en la educación básica

Contenido	Descripción
Título o denominación del indicador	7. Porcentaje de Rendimiento Promedio de Español y Matemáticas.
Niveles	☒ Básica ☒ Media
Descripción	Es el promedio de respuestas correctas por estudiante, en las asignaturas de español y matemáticas, dividido entre el total de preguntas de las pruebas respectivas, luego se calcula el promedio de esos porcentajes. Ofrece una visión general sobre los logros alcanzados y permite comparar el logro de las metas educativas de rendimiento académico entre distintos grupos de los centros educativos gubernamentales y no gubernamentales que tomaron la misma prueba.
Fórmula	$RPE = \frac{(\sum \text{RENDE})}{TA} \times 100$
Fuente	Informe de Rendimiento Académico Secretaría de Educación.
Limitaciones del indicador	
Desagregaciones posibles	☐ Geográfico: Nacional y Departamental. ☐ Grado y Ciclos: De primero a doceavo grado ☐ Zona: Urbana y rural. ☐ Administración: Gubernamental y no gubernamental ☐ Tipo de centro según número de docentes: Unidocentes, bidocentes, multidocentes ☐ Sexo: Femenino y masculino
Presentación de resultados	Tablas de datos y Gráficos
Periodicidad de resultados	Anual

FUENTE: PEI Secretaría de Educación 2014-2018

Indicador 11:

% de rendimiento promedio en matemáticas en la educación básica

Contenido	Descripción
Título o denominación del indicador	7. Porcentaje de Rendimiento Promedio de Español y Matemáticas.
Niveles	☒ Básica ☒ Media
Descripción	Es el promedio de respuestas correctas por estudiante, en las asignaturas de español y matemáticas, dividido entre el total de preguntas de las pruebas respectivas, luego se calcula el promedio de esos porcentajes. Ofrece una visión general sobre los logros alcanzados y permite comparar el logro de las metas educativas de rendimiento académico entre distintos grupos de los centros educativos gubernamentales y no gubernamentales que tomaron la misma prueba.
Fórmula	$RPE = \frac{(\sum \text{RENDE})}{TA} \times 100$
Fuente	Informe de Rendimiento Académico Secretaría de Educación.
Limitaciones del indicador	
Desagregaciones posibles	☐ Geográfico: Nacional y Departamental. ☐ Grado y Ciclos: De primero a doceavo grado ☐ Zona: Urbana y rural. ☐ Administración: Gubernamental y no gubernamental ☐ Tipo de centro según número de docentes: Unidocentes, bidocentes, multidocentes ☐ Sexo: Femenino y masculino
Presentación de resultados	Tablas de datos y Gráficos
Periodicidad de resultados	Anual

FUENTE: PEI Secretaría de Educación 2014-2018

Indicador 12:

% de cobertura de atención ambulatoria del sector público

Nombre del indicador	Cobertura de atención ambulatoria del sector público				
Descripción	Expresa el porcentaje de población que tiene acceso a los servicios de atención ambulatoria en los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud y del IHSS.				
Relevancia o pertinencia	Nos permite conocer, de una manera aproximada, la población que hace uso de los servicios de salud brindados por el sector público, en un período anual.				
Fórmula	$\frac{\text{Número de atenciones nuevas ambulatorias en servicios de salud del primer y segundo nivel de atención de la SESAL más las del IHSS en un determinado periodo}}{\text{Población total}} * 100$ $((\#SESAL + \#IHSS)/\text{Total de la población}) * 100$				
Definición de variables	<i>Numerador:</i> #SESAL: Número de atenciones nuevas ambulatorias en servicios de salud del primer y segundo nivel de atención de la SESAL en un determinado periodo. #IHSS: Número de atenciones nuevas ambulatorias en servicios de salud del primer y segundo nivel de atención del IHSS en un determinado periodo. <i>Denominador:</i> Población total <i>Constante:</i> 100				
Fuente del dato	SESAL: ATA e Informe Mensual de Atenciones Ambulatorias (AT2R) IHSS: ATI (ISOFT - Electrónico) INE: Proyecciones de población				
Ámbito	Nacional, departamental, institucional				
Responsable de la recolección	SESAL: Área Estadística de la Salud IHSS: Departamento de Estadística				
Responsable del cálculo	Área Estadística de la Salud de la SESAL				
Responsable del Reporte del Dato al SPGR	Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social				
Frecuencia o periodicidad de la recolección de los datos	Anual				
Evolución del indicador	Línea Base 2014	2015	2016	2017	2018
	58	59	62	62	62
COMENTARIOS - Se entiende como cobertura el número de habitantes que hace uso a un determinado servicio de salud. - Se consideran atenciones nuevas ambulatorias la primera vez que se consulta al establecimiento en un determinado período. Se toman en cuenta las emergencias del segundo nivel. - Se entiende por sector público: SESAL + IHSS.					

FUENTE: Nota Técnica de la Secretaría de Salud, dirigida al GDIS y a la SCGG, con fecha del 26 de mayo de 2016.

Indicador 13:

Población con acceso a servicios de salud con gestión descentralizada

Nombre del indicador	Población con acceso a servicios de salud con gestión descentralizada					
Descripción	Expresa el número de personas que habitan en los municipios priorizados que han sido identificados y reciben servicios de salud bajo la modalidad de gestión descentralizada.					
Relevancia o pertinencia	El Plan Nacional de Salud 2014-2018 retoma esta situación y le da prioridad al acceso de servicios de salud a grupos sociales que por razón de índole económica y social carecen de cualquier posibilidad de satisfacción de sus necesidades de atención médica.					
Fórmula	Número de personas que habitan en los municipios priorizados que han sido identificados y reciben servicios de salud bajo la modalidad de gestión descentralizada.					
Definición de variables	Número de personas que habitan en los municipios priorizados que han sido identificados y reciben servicios de salud bajo la modalidad de gestión descentralizada.					
Fuente del dato	Convenios de gestión descentralizada					
Ámbito	Nacional, Intermedio, Local					
Responsable de la recolección de datos	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud (DGRIS) / Unidad de Gestión Descentralizada (UGD)					
Frecuencia o periodicidad de la recolección de los datos	Anual, Trimestral					
Evolución del indicador	Línea Base 2013	2014	2015	2016	2017	2018
	1,150.748	1,150.839	1,356.639	1,510.418	1,578.016	1,603.302
COMENTARIOS - Los municipios priorizados por la secretaria de salud para el periodo 2014 – 2018 son 104 con una población total a cubrir de 1,510.418. - Del total de los municipios 45 son financiados con fondos nacionales y 49 con fondos del BID donde estos fondos están garantizados hasta el mes de noviembre del 2016 La población a cubrir para los años 2017 y 2018 con gestión descentralizada depende de la disponibilidad de presupuesto de la SESAL para ese fin. - Para el 2014 se espera cubrir un 76% de la población esperada para los 104 municipios. Para el 2015 se espera cubrir un 89% de la población esperada Para el 2016 se cubrirá el total de la población con gestión descentralizada esperada en los 104 municipios priorizados por la SESAL.						

FUENTE: Nota Técnica de la Secretaría de Salud, dirigida al GDIS y a la SCGG, con fecha del 26 de mayo de 2016.

Indicador 14:

Tasa de incidencia de Dengue, por 100,000 habitantes

Nombre del indicador	Código PEI-6.I	Tasa de incidencia de dengue
Descripción		Expresa el número de casos nuevos por dengue en establecimientos de la Secretaría de Salud del primer y segundo nivel de atención de un periodo determinado.
Relevancia o pertinencia		El dengue es una de las primeras causas de morbilidad en el país y el control de esta patología reduce el riesgo de mortalidad por esta misma causa. La disminución de la tasa de incidencia de dengue es una prioridad y consta en: i) el Plan de Nación (Indicador 24); el Plan Nacional de Salud 2014-2018 (Componente Estratégico 3); el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 (El Objetivo Estratégico 6 incluye como grupo priorizado las enfermedades vectoriales, el dengue y la malaria).
Fórmula		$\frac{\text{Número de casos nuevos de dengue registrados en establecimientos del primer y segundo nivel de atención en el periodo}}{\text{Población total del periodo estimada por el INE}} \times 100,000 \text{ habitantes.}$
Definición de variables		<i>Numerador:</i> Número de casos nuevos de dengue en el periodo en establecimientos de la Secretaría de Salud del primer y segundo nivel de atención. <i>Denominador:</i> Población total en el periodo estimada por el INE <i>Constante:</i> 100,000.
Fuente del dato		<i>Numerador:</i> Registro administrativo ATA, Informe mensual de Enfermedades de Notificación Obligatoria (TRANS). <i>Denominador:</i> Población estimada por el INE
Ámbito		Nacional, Intermedio, Local
Responsable de la recolección de datos		Área de estadística de la Unidad de Gestión de la Información (UGI). Secretaría de Salud.
Frecuencia o periodicidad de la recolección de los datos		Anual
COMENTARIOS La incidencia mide la frecuencia de un evento nuevo relacionado con la salud: enfermedad, muerte, curación, etc. Se calcula dividiendo el número de sucesos que ocurren en una población a lo largo de un periodo de tiempo específico, entre la población expuesta a padecer ese evento. La tasa de incidencia o densidad pretende responder esta pregunta: ¿cuántos casos de una enfermedad han aparecido en un determinado período de tiempo?. Expresa la fuerza que una enfermedad tiene para cambiar el estatus de sano a enfermo por unidad de tiempo en una población susceptible Se entiende por caso confirmado de dengue: los pacientes con fiebre de aparición y elevación brusca con dos o más de los siguientes síntomas (dolor de cuerpo, dolor de coyuntura o lumbalgias, dolor de cabeza, dolor retro ocular, exantema cutáneo, fatiga, anorexia, postración) más un resultado positivo de serología (ELISA-IgM)		

FUENTE: Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados SIMEGpR 2016 de la Secretaría de Salud.

Indicador 15:

Tasa de incidencia de Malaria, por 100,000 habitantes

Nombre del indicador	Código	Tasa de incidencia de malaria
	PEI-6.3	
Descripción		Expresa la proporción de casos nuevos de malaria registrados en establecimientos del primer y segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud de un periodo determinado.
Relevancia o pertinencia		La malaria ocupa una de las primeras causas de morbilidad en el país. La disminución de la tasa de incidencia de malaria es una prioridad y consta en: i) el Plan de Nación (Indicador 24); el Plan Nacional de Salud 2014-2018 (Componente Estratégico 3); el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 (El Objetivo Estratégico 6 incluye como grupo priorizado las enfermedades vectoriales, el dengue y la malaria).
Fórmula		$\frac{\text{Número de casos nuevos de malaria confirmado registrados en establecimientos del primer nivel y segundo nivel de atención en el periodo}}{\text{Población total del periodo}} \times 100,000 \text{ habitantes}$
Definición de variables		<i>Numerador:</i> Número de casos nuevos de malaria confirmados en el periodo en establecimientos de la Secretaría de Salud del primer y segundo nivel de atención <i>Denominador:</i> Población total en el periodo <i>Constante:</i> 100,000 habitantes
Fuente del dato		<i>Numerador:</i> Registro ATA, Informe mensual de Enfermedades de Notificación Obligatoria (TRANS), línea de casos confirmados por malaria. <i>Denominador:</i> Población estimada por el INE para el periodo
Ámbito		Nacional, Intermedio, Local
Responsable de la recolección de datos		Área de estadística de la Unidad de Gestión de la Información (UGI). Secretaría de Salud.
Frecuencia o periodicidad de la recolección de los datos		Anual, Trimestral, Mensual
COMENTARIOS La incidencia mide la frecuencia de un evento nuevo relacionado con la salud: enfermedad, muerte, curación, etc. Se calcula dividiendo el número de sucesos que ocurren en una población a lo largo de un periodo de tiempo específico, entre la población expuesta a padecer ese evento. La tasa de incidencia o densidad pretende responder esta pregunta: ¿cuántos casos de una enfermedad han aparecido en un determinado periodo. Expresa la fuerza que una enfermedad tiene para cambiar el estatus de sano a enfermo por unidad de tiempo en una población susceptible. Se entiende por caso de malaria al paciente con fiebre intermitente, con escalofríos que por lo regular se acompaña de cefalalgias y náuseas que terminan con sudoración profunda – después de un lapso sin fiebre se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudores todos los días, en días alternos o en cada tercer día. Se confirma por laboratorio.		

FUENTE: Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados SIMEGpR 2016 de la Secretaría de Salud.

Indicador 16:

Tasa de incidencia de Tuberculosis, por 100,000 habitantes

Nombre del indicador	Código	Tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar	
	PEI-7.4		
Descripción	Expresa el número de casos nuevos de tuberculosis pulmonar registrados en establecimientos de la Secretaria de Salud del primer y segundo nivel de atención en un determinado periodo.		
Relevancia o pertinencia	La tuberculosis pulmonar es una de las primeras causas de morbilidad en el país y el control de esta patología reduce el riesgo de mortalidad por esta misma causa. Su importancia radica en cortar la cadena de transmisión de la tuberculosis a través de la detección y tratamiento de los casos bacilíferos, mediante investigación por tos y expectoración de más de 15 días de evolución a todo consultante mayor de 15 años independientemente del motivo de la consulta. La disminución de la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar es una prioridad definida en los diferentes planes y políticas de Salud.		
Fórmula	Número de casos nuevos de tuberculosis pulmonar registrados en establecimientos del primer nivel de atención / Población total del periodo * 100,000 habitantes.		
Definición de variables	Numerador: Número de casos nuevos de tuberculosis pulmonar registrados en el periodo en establecimientos de la Secretaria de Salud del primer nivel de atención Denominador: Población total en el periodo Constante: 100,000.		
Fuente del dato	Numerador: Registro ATA, Informe mensual de Enfermedades de Notificación Obligatoria (TRANS) Denominador: Población estimada por el INE		
Ámbito	Nacional, Intermedio		
Responsable de la recolección de datos	Unidad de Gestión de la Información (UGI)		
Frecuencia o periodicidad de la recolección de los datos	Anual		
COMENTARIOS			
La incidencia mide la frecuencia de un evento nuevo relacionado con la salud: enfermedad, muerte, curación, etc. Se calcula dividiendo el número de sucesos que ocurren en una población a lo largo de un periodo de tiempo específico, entre la población expuesta a padecer ese evento. La tasa de incidencia o densidad pretende responder esta pregunta: ¿cuántos casos de una enfermedad han aparecido en un determinado período de tiempo? Expresa la fuerza que una enfermedad tiene para cambiar el estatus de sano a enfermo por unidad de tiempo en una población susceptible.			

FUENTE: Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados SIMEGpR 2016 de la Secretaría de Salud.

Indicador 17:

% de personas con VIH/SIDA en terapia antiretroviral

Nombre del indicador	Código	Porcentaje de personas con VIH/Sida con tratamiento antiretroviral
	PEI-7.1	
Descripción	Expresa la proporción de pacientes de 15 a 49 años con VIH/Sida que están recibiendo tratamiento antirretroviral (ARV) en el los Centros de Atención Integral (CAI) de la Secretaria de Salud.	
Relevancia o pertinencia	La buena adherencia al TARV es un factor decisivo para el éxito del tratamiento y la no adherencia puede tener importantes implicancias en la salud pública. Las características virológicas del VIH determinan que cuando existen niveles sub-terapéuticos de TARV el virus puede replicarse y desarrollar resistencia Virus fármaco-resistentes pueden transmitirse a otras personas durante actividades de alto riesgo, que luego puede limitar las opciones terapéuticas para otros. Dado que la adherencia a los medicamentos antirretrovirales de las personas que viven con VIH es esencial tanto para la efectividad clínica como para la salud pública, la investigación en este ámbito ha aumentado durante los últimos años.	
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes de 15 a 49 años viviendo con VIH/SIDA, que están recibiendo ARV en el CAI en un periodo}}{\text{Número de pacientes de 15 a 49 años viviendo con VIH/SIDA con ARV programados en un determinado periodo}} * 100$	
Definición de variables	<i>Numerador:</i> Número de pacientes de 15 a 49 años viviendo con VIH/SIDA, que están recibiendo tratamiento antirretroviral en los CAI de la Secretaria de Salud. <i>Denominador:</i> Número de pacientes de 15 a 49 años viviendo con VIH/SIDA programados. <i>Constante:</i> 100	
Fuente del dato	Centro de Atención Integral (CAI) a través de la cohorte establecida de forma periódica.	
Ámbito	Nacional, Intermedio	
Responsable de la recolección de datos	CAI / Unidad de Gestión de la Información (UGI)	
Frecuencia o periodicidad de la recolección de los datos	Anual	
COMENTARIOS		
La buena adherencia al TARV es un factor decisivo para el éxito del tratamiento y la no adherencia puede tener importantes implicancias en la salud pública. Las características virológicas del VIH determinan que cuando existen niveles sub-terapéuticos de TARV el virus puede replicarse y desarrollar resistencia		

FUENTE: Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados SIMEGpR 2016 de la Secretaría de Salud.

Indicador 18:

% de Cobertura de Parto Institucional

Nombre del indicador	Código PEI-4.3	Cobertura de parto institucional
Descripción		Expresa los partos que son atendidos en establecimientos de la red pública del primer y segundo nivel de la SESAL (Hospitales y Clínicas Materno Infantiles), en relación a la población menor de un año determinada para el periodo.
Relevancia o pertinencia		A nivel internacional se estima que dos de los factores relacionados con la muerte y la supervivencia materna son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia, sobre dónde acudir en caso de una complicación durante el embarazo, parto o puerperio. La mortalidad y la morbilidad de la madre y el recién nacido se reducen en la medida que incrementa el parto institucional. La mujer en condición de embarazo es uno de los grupos priorizados en el Plan Nacional de Salud 2014-2018 en el componente 3, línea de acción 3.5 y en el PEI 2014-2018, en el primer y segundo nivel de atención. Este indicador mide uno de los resultados trazadores de dicho grupo que corresponde al Objetivo Estratégico 4: “Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo”, además responde al indicador 23 del Plan de Nación.
Fórmula		Número de partos atendidos en Hospital y Clínica Materno Infantil de la Secretaria de Salud / Total de población menor de un año del país * 100
Definición de variables		<i>Numerador:</i> Número de partos atendidos en Hospitales y Clínica Materno Infantil de la Secretaria de Salud en el primer y segundo nivel en un periodo <i>Denominador:</i> Población menor de un año para el periodo <i>Constante:</i> 100
Fuente del dato		<i>Numerador:</i> Establecimientos de la SESAL: Egreso Hospitalario tanto en CMI como Hospital. <i>Denominador:</i> Instituto Nacional de Estadística: datos de Población
Ámbito		Nacional, Intermedio
Responsable de la recolección de datos		Unidad de Gestión de la Información (UGI). Secretaría de Salud.
Frecuencia o periodicidad de la recolección de los datos		Anual
COMENTARIOS		
Para la atención del parto Institucional se han diseñado y actualizado las normas que contienen los procedimientos básicos necesarios para que los proveedores de salud, tanto públicos como privados, puedan brindar una atención oportuna, segura y eficaz a las mujeres que demanden atención en hospitales y clínicas materno infantiles, a fin de favorecer la normal evolución del parto, prevenir complicaciones e identificarlas precozmente para un manejo oportuno.		

FUENTE: Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados SIMEGpR 2016 de la Secretaría de Salud.

Indicador 19:

Tasa de incidencia de diarrea en menores de cinco años, por cada 1,000 menores de cinco años

Nombre del indicador	Código	Tasa de incidencia de diarrea en menores de cinco años
	PEI-5.4	
Descripción	Refleja el número de casos nuevos de diarrea en los menores de cinco años que son atendidos en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención de la Secretaria de Salud.	
Relevancia o pertinencia	La diarrea es una de las primeras causas de mortalidad en los menores de cinco años y con la intervención oportuna puede prevenirse tanto la enfermedad como la muerte. El Plan Nacional de Salud 2014-2018 contempla en la Línea de Acción 3.5 y el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 en el Objetivo Estratégico 5, a los menores de cinco años como un grupo prioritario. El Plan de Nación y Visión de País integra el indicador 25 relativo a: “Tasa de incidencia de casos de enfermedades infecciosas asociadas a condiciones materiales de vida”, entre las cuales, consta la diarrea.	
Fórmula	$\frac{\text{Número de casos nuevos por diarrea en menores de cinco años durante un periodo}}{\text{Población menor de cinco años en dicho periodo}} * 1,000$	
Definición de variables	<i>Numerador:</i> Número de casos nuevos por diarrea en menores de cinco años que son atendidos en los establecimientos de la Secretaria de Salud durante un determinado periodo. <i>Denominador:</i> Población menor de cinco años estimada por el INE para dicho periodo <i>Constante:</i> 1,000	
Fuente del dato	<i>Numerador:</i> Registro AT2R (línea 38) de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de la Secretaria de Salud <i>Denominador:</i> Población estimada por el INE	
Ámbito	Nacional, Intermedio, Local	
Responsable de la recolección de datos	Área de estadística de la Unidad de Gestión de la Información (UGI). Secretaría de Salud.	
Frecuencia o periodicidad de la recolección de los datos	Anual	
COMENTARIOS		
La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa, que puede definirse como la eliminación de tres (3) o más evacuaciones intestinales líquidas o blandas sin sangre, en un periodo de 24 horas. Puede acompañarse de vómitos y fiebre. Es posible que un niño tenga más de un episodio al año de diarrea, sin embargo, dado que el dato se obtiene de registro “atenciones nuevas por diarrea del AT2R” únicamente es posible identificar el número total de atenciones ambulatorias que se prestan en los establecimientos del primer y segundo nivel de la Secretaria de Salud por diarrea. La incidencia mide la frecuencia de un evento nuevo relacionado con la salud: enfermedad, muerte, curación, etc. Se calcula dividiendo el número de sucesos que ocurren en una población a lo largo de un periodo de tiempo específico, entre la población expuesta a padecer ese evento. La tasa de incidencia o densidad pretende responder esta pregunta: ¿cuántos casos de una enfermedad han aparecido en un determinado periodo de tiempo?. Expresa la fuerza que una enfermedad tiene para cambiar el estatus de sano a enfermo por unidad de tiempo en una población susceptible.		

FUENTE: Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados SIMEGpR 2016 de la Secretaría de Salud.

Indicador 20:

Tasa de incidencia de Neumonía/Bronconeumonía en menores de cinco años, por cada 1,000 menores de cinco años

Nombre del indicador	Código	Tasa de incidencia de neumonía / bronconeumonía en menores de cinco años
	PEI-5.2	
Descripción		Refleja el número de Atenciones nuevas de neumonía / bronconeumonía registrados en los establecimientos del primer nivel de la Secretaría de Salud entre los menores de cinco años en un determinado periodo.
Relevancia o pertinencia		Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) especialmente la neumonía, junto la diarrea y la desnutrición, constituyen una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez. Según ENDESA 2011-2012, el 13% de los menores de 5 años tuvieron signos de neumonía El Plan Nacional de Salud 2014-2018 contempla en la Línea de Acción 3.5 y el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 en el Objetivo Estratégico 5, a los menores de cinco años como un grupo prioritario. El Plan de Nación y Visión de País integra el indicador 25 relativo a: “Tasa de incidencia de casos de enfermedades infecciosas asociadas a condiciones materiales de vida”, entre las cuales, consta la neumonía / bronconeumonía.
Fórmula		$\frac{\text{Número de atenciones nuevos por neumonía / bronconeumonía en menores de cinco años durante un periodo}}{\text{Población menor de cinco años del periodo}} * 1,000$
Definición de variables		<i>Numerador:</i> Número de atenciones nuevos por neumonía / bronconeumonía en menores de cinco años durante un periodo que son atendidos en los establecimientos del primer nivel de atención de la SESAL <i>Denominador:</i> Población menor de cinco años en dicho periodo <i>Constante:</i> 1,000
Fuente del dato		<i>Numerador:</i> Registros administrativos ATA, AT2R (líneas 41) en los establecimientos de salud de la Secretaría de Salud <i>Denominador:</i> Población estimada por el INE para el periodo
Ámbito		Nacional, Intermedio, Local
Responsable de la recolección de datos		Área de estadística de la Unidad de Gestión de la Información (UGI). Secretaría de Salud.
Frecuencia o periodicidad de la recolección de los datos		Anual
COMENTARIOS La incidencia mide la frecuencia de un evento nuevo relacionado con la salud: enfermedad, muerte, curación, etc. Se calcula dividiendo el número de sucesos que ocurren en una población a lo largo de un periodo de tiempo específico, entre la población expuesta a padecer ese evento. La tasa de incidencia o densidad pretende responder esta pregunta: ¿cuántos casos de una enfermedad han aparecido en un determinado periodo. Expresa la fuerza que una enfermedad tiene para cambiar el estatus de sano a enfermo por unidad de tiempo en una población susceptible.		

FUENTE: Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados SIMEGpR 2016 de la Secretaría de Salud.

Indicador 21:

% de embarazos en adolescentes (15 a 19 años)

2

Porcentaje de embarazos en adolescentes (PEMA)

OBJETIVO Y LINEAMIENTO ESTRATÉGICO AL QUE HACE REFERENCIA

Objetivo 1: Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social.

Lineamiento Estratégico No.1: Desarrollo sostenible de la población.

DESCRIPCIÓN

Muestra el número de adolescentes con al menos un hijo nacido vivo o embarazadas por primera vez, en relación al total de adolescentes por cada 100 adolescentes. (Probabilidad de pasar de nulípara a madre durante la adolescencia).

UNIDAD DE MEDIDA

Porcentaje.

FÓRMULA DE CÁLCULO

$$\frac{\text{NAE}}{\text{NTA}} * 100$$

Variables:

NAE: número de adolescentes (15 a 19 años) con al menos un hijo nacido vivo o embarazadas por primera vez en los últimos 3 años.

NTA: número total de adolescentes (15 a 19 años).

RECOPIACIÓN Y FUENTE DE DATOS

Los datos para este indicador provienen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA), la cual se realiza cada 5 años. La última disponible a la fecha corresponde al 2005-2006.

PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN

Quinquenal.

NIVEL DE DESAGREGACIÓN

Nacional, nivel educativo, quintil de riqueza, área de residencia (urbana y rural) y departamental.

OBSERVACIONES Y LIMITACIONES

Se considera como adolescentes las mujeres de 15 a 19 años de edad.

Este indicador está incluido en el Plan Nacional de Salud 2021, cuya meta para dicho año es 5%⁵.

La fecundidad en adolescente se refiere a la frecuencia relativa de nacimientos dentro de la edad de las adolescentes y se mide según la cantidad de nacimientos de madres de 15 a 19 años por cada 1.000

⁵Plan Nacional de Salud 2021, página 52; Cuadro 5.1, meta 10.

mujeres de esa edad. La maternidad adolescente, por su parte, identifica la probabilidad de pasar de nulípara a madre durante la adolescencia⁶.

FUENTE: Manual de Indicadores del Plan de Nación, Noviembre 2013, SEPLAN.

A continuación se presenta un indicador de la Secretaría de Salud que puede servir para monitoreo.

Nombre del indicador	Código	Porcentaje de parto institucional en adolescentes
	PEI-4.4	
Descripción		Expresa los partos que son atendidos a las adolescentes, en Hospitales y en Clínicas Materno Infantiles (CMI) en establecimientos de gestión no descentralizada y descentralizada de la Secretaría de Salud.
Relevancia o pertinencia		A nivel internacional se estima que dos de los factores relacionados con la muerte y la supervivencia materna son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia, sobre dónde acudir en caso de una complicación durante el embarazo, parto o puerperio. La mortalidad y la morbilidad de la madre y el recién nacido se reducen en la medida que incrementa el parto institucional. La mujer en condición de embarazo es uno de los grupos priorizados en el Plan Nacional de Salud 2014-2018 en el componente 3, línea de acción 3.5 y en el PEI 2014-2018, en el primer y segundo nivel de atención. Este indicador mide uno de los resultados trazadores de dicho grupo que corresponde al Objetivo Estratégico 4: “Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo”, además responde al indicador 23 del Plan de Nación.
Fórmula		$\frac{\text{Número de partos atendidos en Hospital y en Clínica Materno Infantil de la SESAL a adolescentes durante un periodo}}{\text{Total de partos atendidos en Hospital y en Clínica Materno Infantil de la SESAL}} * 100$
Definición de variables		<i>Numerador:</i> Número total de partos atendidos a adolescentes en Hospital y Clínica Materno Infantil de la Secretaría de Salud durante un periodo <i>Denominador:</i> Total de partos atendidos en Hospital y Clínica Materno Infantil de la SESAL durante dicho periodo. <i>Constante:</i> 100
Fuente del dato		<i>Numerador y Denominador:</i> Establecimientos de la Secretaría de Salud: Egreso Hospitalario tanto en CMI como Hospital.
Ámbito		Nacional, Intermedio
Responsable de la recolección de datos		Unidad de Gestión de la Información (UGI). Secretaría de Salud.
Frecuencia o periodicidad de la recolección de los datos		Anual, Trimestral, Mensual
COMENTARIOS La adolescencia comprende mujeres de 10 a 19 años y en él se pueden distinguir dos periodos: de 10 a 14 años y de 15 a 19 años (fuente: Modelo Nacional de Salud)		

FUENTE: Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados SIMEGpR 2016 de la Secretaría de Salud.

6 UNICEF: DESAFÍOS, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos del desarrollo del Milenio. Número 4, enero de 2007, ISSN 1816-7527. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe Tendencias, problemas y desafíos

Indicador 22:

% de población con servicio adecuado de agua potable



Porcentaje de personas con acceso a un servicio adecuado de agua (PPSAA).

OBJETIVO Y LINEAMIENTO ESTRATÉGICO AL QUE HACE REFERENCIA.

Objetivo 1: Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social.

Lineamiento Estratégico No.5: Salud como fundamento para la mejora de las condiciones de vida.

DESCRIPCIÓN

Muestra la proporción de personas que cuentan con acceso a un sistema adecuado de agua, donde adecuado corresponde a un servicio brindado por un prestador de servicio de agua por tubería dentro de la vivienda o de la propiedad (área urbana), y acceso al agua de un sistema de tubería ó agua de pozo protegido de llave comunitaria ubicada a menos de 100 metros de la vivienda (área rural).

UNIDAD DE MEDIDA

Porcentaje.

FÓRMULA DE CÁLCULO

$$\frac{NPSAA}{TP} * 100$$

Variables:

NPSAA: número de personas con acceso a un sistema adecuado de agua.

TP: total de población.

RECOPIACIÓN Y FUENTE DE DATOS

Para el cálculo del indicador se utilizan los datos de la EPHPM, de mayo de cada año, realizada por el INE.

PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN

Anual.

NIVEL DE DESAGREGACIÓN

Nacional.

Con fines de análisis se recomienda desagregar por urbano, rural y por sexo.

OBSERVACIONES Y LIMITACIONES

Este indicador mide el acceso a agua sin tomar en cuenta la calidad de la misma, a diferencia del considerado en el Plan Nacional de Salud 2021 (porcentaje de población con acceso a agua potable)⁷.

⁷ Página 52 del Plan, cuya meta es 100% al 2021.

La Ley Marco del Sector Agua Potable y Saneamiento define el agua potable como aquella apta para el consumo humano. Sin embargo, mediante las EPHPM es difícil medir su calidad puesto que se requeriría equipar a los encuestadores con la tecnología necesaria.

Por otro lado, en los ODM también se incluye un indicador para este tema. La unidad de análisis en los informes de país, es la vivienda y no la persona. De esta forma, el indicador, proporción de viviendas con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua, se refiere al “porcentaje de cobertura del servicio en las viviendas con acceso razonable a cualquiera de los siguientes tipos de fuentes de agua potable: conexiones residenciales, fuentes públicas, pozos perforados, pozos excavados protegidos, manantiales protegidos y depósitos de agua lluvia⁸”.

Originalmente este indicador se denominó “Porcentaje de Cobertura de Hogares Rurales con acceso a Agua Potable (INE)” y se modificó para medirlo a nivel nacional y como porcentaje de personas. De ésta forma, el indicador se refiere a las personas, que son las que ven afectada su salud y condiciones de vida por carecer de un servicio adecuado de agua.

Además el indicador se alinea con el establecido en los ODM: Objetivo 7, Meta 10: Reducir a la mitad, antes del 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable.

Indicador ODM: Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua mejorada (conexión domiciliaria o fácil acceso); y se describe como el porcentaje de la población con acceso razonable a cualquiera de los siguientes tipos de fuentes de aguapotable: conexiones residenciales, fuentes públicas, pozos reforzados, pozos excavados protegidos, manantiales protegidos y depósitos de agua de lluvia. Se define como acceso razonable la disponibilidad de al menos 20 litros diarios por persona de una fuente situada en un radio de un kilómetro de distancia de la vivienda del usuario.⁹

No existe un acuerdo a nivel internacional respecto a la medición del indicador de acceso al agua potable, como puede apreciarse en lo expresado por Pauline Stockins en 6o Seminario Regional sobre Indicadores para el monitoreo de los ODM y en las definiciones que se incluyen posteriormente:

Discrepancias más comunes entre los estimados de cobertura nacional e internacional¹⁰ ODM 7C. Agua y Saneamiento.

- Definiciones de acceso.
- Tipos de fuentes consideradas fuentes mejoradas.
- Diferenciación de fuentes consideradas mejoradas: áreas urbanas y rurales.
- Fuentes utilizadas para las estimados de población, distribuciones entre las poblaciones urbanas y rurales.
- Denominador: Población, Hogares, Viviendas.
- Desfase en últimas encuestas o censos.

Banco Mundial: Acceso a agua potable: El acceso a agua potable se mide por el número de personas que pueden obtener agua potable con razonable facilidad, expresado como porcentaje de la población total. Es un indicador de la salud de la población del país y de la capacidad del país de conseguir agua,

⁸Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010. Tercer Informe de País. Página 238.

⁹ PNUD; ODM, Informe para Honduras del 2007

¹⁰Pauline Stockins, CEPAL Discrepancias observadas de indicadores en el reporte de agua y saneamiento. 6o Seminario Regional "Indicadores para el monitoreo de los ODM de América Latina y el Caribe". Ciudad de México, 1 y 2 de diciembre, 2011

purificarla y distribuirla. **En las zonas urbanas, el acceso "razonable" significa que existe una fuente pública o un grifo a menos de 200 metros del hogar.**

En las **zonas rurales** significa que los integrantes del hogar **no tienen que pasar demasiado tiempo todos los días en ir a buscar agua**. El agua es potable o no dependiendo de la cantidad de bacterias que contenga. Por lo general, una persona necesita unos 20 litros de agua por día para satisfacer sus necesidades metabólicas, higiénicas y domésticas.

Informe 2012 OMS/UNICEF: progresos sobre el agua potable y saneamiento: El nivel de acceso al agua potable se calcula en función del porcentaje de la población que utiliza una fuente de agua potable mejorada.

El acceso al agua potable se evalúa con referencia al indicador sustitutivo: la proporción de personas que utilizan una fuente de agua potable mejorada: conexiones domiciliarias; grifos públicos; pozos perforados; pozo excavado protegido; manantial protegido; y acopio de agua de lluvia.

Conexiones domiciliarias de agua potable – agua corriente en vivienda, patio o solar.

FUENTE: Manual de Indicadores del Plan de Nación, Noviembre 2013, SEPLAN.

Indicador 23:

% de población con acceso adecuado saneamiento básico

34

Porcentaje de personas con acceso a un sistema adecuado de saneamiento básico (PPSSA).

OBJETIVOS Y LINEAMIENTO ESTRATÉGICO AL QUE HACE REFERENCIA.

Objetivo 1: Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social.

Lineamiento Estratégico No.5: Salud como fundamento para la mejora de las condiciones de vida.

DESCRIPCIÓN

Porcentaje de personas que cuentan con un sistema adecuado de saneamiento básico.

Se considera sistema adecuado de saneamiento básico en zonas urbanas: inodoros conectados a alcantarillado, a pozo séptico. En el sector rural se considera un sistema de saneamiento adecuado: inodoros conectados a alcantarilla o a pozo séptico, letrina con cierre hidráulico, letrina con pozo séptico y letrina con pozo negro¹¹.

UNIDAD DE MEDIDA

Porcentaje.

FÓRMULA DE CÁLCULO

$$\frac{NPSSB}{TP} * 100$$

Variables:

NPSSB: número de personas con acceso a un sistema adecuado de saneamiento básico.

TP: total de población.

RECOPIACIÓN Y FUENTE DE DATOS

Para el cálculo del indicador se utilizan los datos de la EPHPM, de mayo de cada año, realizada por el INE.

PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN

Anual.

NIVEL DE DESAGREGACIÓN

Nacional.

Con fines de análisis se recomienda desagregar por urbano, rural y por sexo.

¹¹ Cálculo en base al método de las Necesidades Básicas Insatisfechas.

OBSERVACIONES Y LIMITACIONES

En el tema de saneamiento, el Plan Nacional de Salud 2021 incluye el indicador porcentaje de población con acceso a sistemas de eliminación de excretas¹².

Por otro lado, en los ODM también se incluye un indicador para este tema, definido como “Porcentaje de la población con acceso a instalaciones adecuadas para la eliminación de excretas.....”. Sin embargo, la unidad de análisis en los informes de país, es la vivienda y no la persona. De esta forma, el indicador, proporción de las viviendas con acceso a servicios de saneamiento mejorados, se refiere al “porcentaje de las viviendas con acceso a instalaciones adecuadas para la eliminación de excretas, como la conexión a inodoros, desagües o sistemas de fosa séptica, letrinas de cisterna, letrinas de fosa simple o letrinas mejoradas de fosa ventilada mejorada¹³”.

Originalmente este indicador se denominó “Porcentaje de Cobertura de Hogares con acceso a Sistemas de Eliminación de Excretas (INE)” y se modificó para medirlo a nivel nacional de personas, que son las que ven afectada su salud y condiciones de vida por carecer de un servicio de saneamiento básico adecuado.

Además el indicador se alinea con el establecido en los ODM: Población con acceso a saneamiento sostenible. Es el porcentaje de la población con acceso a instalaciones adecuadas para la eliminación de excretas, como la conexión a desagües o sistemas de fosa séptica, letrinas de cisterna, letrinas de fosa simple o letrinas mejoradas de fosa ventilada mejorada. Se considera que un sistema de eliminación de excretas es adecuado si permite evitar eficazmente que las personas, los animales o los insectos, entren en contacto con los excrementos.

Cabe señalar que en la ERP este indicador se estableció en términos de porcentaje de personas.

FUENTE: Manual de Indicadores del Plan de Nación, Noviembre 2013, SEPLAN.

¹² Página 52 del Plan, cuya meta es 100% al 2021.

¹³Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010. Tercer Informe de País. Página 238.

ANEXO 5 – Glosario

Capital Humano: conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y talentos que poseen las personas de una comunidad y les hace ser aptas, para desarrollar actividades específicas. Se entiende que este proceso se inicia desde la gestación y durante el ciclo de vida.

Desarrollo Social: Concepto concerniente a los procesos de cambio que lidera a las mejoras en el bienestar humano, relaciones sociales e instituciones sociales que son equitativas, sostenibles y compatibles con los principios democráticos de gobernabilidad y justicia social.

Desarrollo e Inclusión Social: Proceso mediante el cual, la persona humana apoyada en sus potencialidades y capacidades, busca las oportunidades de autorrealización para su bienestar personal, así como el bienestar familiar y colectivo.

Desarrollo Sostenible: es definir proyectos viables y reconciliar los aspectos económico, social, y ambiental de las actividades humanas; "tres pilares" que deben ser tenidos en cuenta por las comunidades y las personas.

Equidad e Inclusión: Es asegurar la igualdad de oportunidades de acceso a la educación sin discriminación alguna y atender las necesidades educativas especiales, de diversidad cultural, lingüística, social e individual como elementos centrales en el desarrollo.

Familias: Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. Tiene como finalidad generar nuevos individuos a la sociedad.

Gabinete Social: Es el conjunto de instituciones del Gobierno especialmente del sector social alineadas y coordinadas con la planificación estratégica y el presupuesto a ellas asignado.

Hogares: Es aquel formado por una sola persona o grupo de dos o más personas unidas o entre sí por vínculos familiares, que se asocian para ocupar total o parcialmente una vivienda particular así como para proveer el presupuesto para la satisfacción de sus necesidades de alimentación o de otra índole.

Inclusión Social: Proceso dinámico y multisectorial que supone que las personas que pertenecen a diferentes grupos sociales reúne sus capacidades para lograr el bien común.

Índice Multidimensional de pobreza (IPM): Determina a una persona en situación de pobreza cuando esta posee una cantidad específica de carencias en alguno de estos cinco aspectos básicos; educación, salud, trabajo, niñez y nivel de vida.

Piso de Protección Social: Iniciativa que dirige promover en el ámbito nacional, estrategias que garanticen un mínimo de acceso a servicios y a la seguridad del ingreso para el conjunto de la población. Se plantea como un punto de partida sujeto a sucesivas ampliaciones tanto horizontales como verticales.

Plan Estratégico: Es un **documento oficial** donde los responsables de una **organización** que estipula, cuál será la estrategia que seguirán en el medio plazo. Por lo general, este tipo de planes tienen una vigencia de entre uno y cinco años.

Pobreza extrema: Hogares que tienen un ingreso per cápita inferior al costo de la Canasta Básica de Alimentos indispensables para satisfacer los requerimientos nutricionales necesarios para desarrollar un nivel de actividad medio.

Pobreza relativa: Se refiere a las líneas de pobreza en relación con la distribución total de ingresos o consumo de un país.

Pobreza: Situación social y económica caracterizada por una carencia marcada en la satisfacción de las necesidades básicas que inciden en el nivel y calidad de vida de las personas.

Protección Social: Es el conjunto de medidas públicas adoptadas por el Sistema Nacional de Coordinación y Articulación de Políticas Públicas en Materia Social, como respuesta a los niveles de vulnerabilidad, riesgo y privación que se consideran socialmente inaceptables

Políticas Públicas: Conjunto de leyes, reglamentos y programas, así como lineamientos mediante los cuales se pretende alcanzar desde las estructuras del Estado, en forma sistemática, coherente y articulada, determinados objetivos de interés para el bienestar de toda la población.

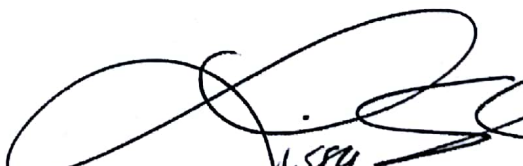
Registro Único de Participantes (RUP): Se construye con el levantamiento de la Ficha Única de Protección Social y con la integración de las diferentes bases de datos (Registro Nacional de las Personas, el Sistema de Registro de Beneficiarios de Honduras (SIRBHO), entre otras) de las instituciones que ejecutan programas sociales y cuentan con registros. Será utilizado mediante una combinación de focalización geográfica (mapas de pobreza) y focalización individual (hogares y personas que lo componen), para lograr avanzar en una medición multidimensional de la pobreza.,

Sector: Conjunto de entidades públicas y privadas cuya misión converge sobre un mismo ámbito de actividad.

Seguridad Alimentaria y Nutricional: Es una aspiración por la cual todas las personas puedan disponer en forma oportuna y permanente de acceso a los alimentos que necesitan en cantidad, calidad y biológicamente aceptables para su adecuado consumo y utilización, garantizándole a las personas su pleno desarrollo humano.

Subsector: Conjunto de prestaciones, que converge en la satisfacción de una necesidad humana específica priorizada por el Sector.

Valor público: Es el bienestar colectivo que crean diferentes actores sociales. Entre esos actores sociales, los llamados principalmente a la creación de valor público son el gobierno y las restantes entidades públicas. Ese valor no es apropiable por ninguna persona para su beneficio particular, sino que cubre amplios segmentos de la población, y a veces toda la población de un país.


Lic. Lissa María Elvir Matute
Secretaria Técnica Sectorial (Por Delegación)

