



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

2018 - 2022

JUNIO 2019

Autoridades

Alba Consuelo Flores

Secretaría de Estado en el Despacho de Salud

Roberto Cosenza

Subsecretario de Redes Integradas de Servicios de Salud

Nery Cerrato

Subsecretaría de Proyecto e Inversión

Elvia Ardón

Directora General de Normalización

Silvia Yolanda Nazar

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Mireya Gertrudis Fuentes

Directora General de Desarrollo de Recursos Humanos

Alcides Martínez

Director General de Redes Integradas de Servicios de salud

Janethe Aguilar Montano

Directora de la Unidad de Planeamiento y
Evaluación de la Gestión

Sara Álvarez

Secretaría General

Cesar Barrientos

Gerente Administrativo

EQUIPO TÉCNICO CONDUCTOR

Dra. Janethe Aguilar Montano

Directora de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión

Dra. Xioleth Rodríguez Rivera

Sub Directora de la Unidad de planeamiento y evaluación de la Gestión

Equipo Técnico de la UPEG responsable

Dr. Carlos Eduardo Flores

Dra. Iris Soveida Padilla

Dr. José Ángel Vásquez

Licda. Dinora Suyapa Alvarado

Dr. Marco Antonio Pinel

Dr. Osmin Padilla

Licda. María de Jesús Ortiz

Lic. Alexander Morales

Licda. Auristela Vásquez

Dra. Brenda Morales

Dra. Angela Flores García

Dra. Carmen Sevilla

Abog. Sergio Coello

Dra. Lyda Esther Núñez

Ing. Loyda Ventura

Contenido

.....	1
Autoridades	2
EQUIPO TÉCNICO CONDUCTOR	3
Siglas	7
Lista de Figuras	8
Lista de Cuadros.....	9
I. CONTEXTO GENERAL DEL PAÍS	10
1.1 Estructura Poblacional	10
1.2 Determinación Social	13
1.2.1 Componente I: Determinantes Sociales.....	13
1.2.2 Componente II: El Estado en su papel Constitucional de Protección de los Derechos de la población	18
1.2.3. Componente III: Participación activa de la sociedad desde una perspectiva de Derecho	19
II. SITUACIÓN DE SALUD	19
2.1 Mujer en condición de embarazo	20
2.2 El niño menor de cinco años	25
2.3. Enfermedades transmisibles priorizadas	28
2.3.1. Vectoriales priorizadas.....	28
2.3.2. Infecciosas priorizadas	29
2.4. Enfermedades Crónicas No Transmisibles Priorizadas	30
2.5 Otros aspectos relevantes de la situación de salud de Honduras	33
III. Gestión Estratégica Institucional para la Creación de Valor Público	37
3.1 Gestiones Institucionales	37
Ante el conocimiento del contexto general y situación de salud en el país, es pertinente describir y aproximarnos a un análisis de las gestiones institucionales de la SESAL, con el propósito de reconocer sus diferentes ámbitos de acción.....	37
3.2 Estructura Organizacional	39
IV. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL.....	42
3.1. Marco normativo general.....	42

3.2. Marco normativo específico en salud.....	43
V. FUNDAMENTOS DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD.....	45
4.1 Fundamentos Generales de la Planificación Estratégica	45
4.2 Fundamentos Específicos de la Planificación Estratégica	47
4.2.1 Sistema Nacional de Salud	48
4.2.2 Ejercicio de la Función Rectora	48
4.2.3 Ejercicio de la Función de Proveedor de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud	50
VI. METODOLOGÍA	57
Experiencias previas en planificación estratégica de la Secretaría de Salud	58
Etapa I. Actividades de coordinación entre personal de la UPEG y Técnicos facilitadores de la Dirección de Coordinación de Gobierno.	59
Etapa II. Análisis Situacional.....	59
Etapa III. Direccionamiento Estratégico.....	59
Etapa IV. Programación Estratégica.....	59
Etapa V. Gestión del Plan Estratégico Institucional.	59
VI. Orientación Estratégica de la SESAL	60
6.1 Visión y Misión.....	60
6.2. Principios y Valores.....	60
6.3 Enfoque del Plan Estratégico Institucional:	62
VII. Objetivos del PEI 2018-2022.....	62
7.1 Objetivo General.....	62
7.2 Objetivos Específicos	62
VIII. Propuesta Estratégica del PEI 2018-2022.....	63
8.1. Estructura y Contenido del PEI 2018-2022	63
8.1.1 Funciones sustantivas	63
8.1.2. Prioridad Nacional de Salud.....	64
8.1.3. Salud de la población en general	65
8.1.4. Matriz Estratégica del Plan Estratégico Institucional 2018-2022	65
8.2 Estrategias del PEI 2018-2022.....	80
8.2.1. Ampliación de cobertura y aseguramiento.....	80
8.2.2. Reestructuración organizativa	80
8.2.3. Calidad de los servicios de salud.....	80
8.2.4. Atención Primaria de Salud.....	81

8.2.5. Descentralización de la gestión de la Provisión de los Servicios de Salud	82
8.2.6. Gestión basada en resultados	83
8.2.7. Focalización y priorización	83
8.2.8. Estrategia de la Institucionalidad de la Perspectiva de Equidad de Género e Interculturalidad	84
8.2.9. Estrategia de Atención Integral del Adulto Mayor	89
8.2.10. Estrategia de Atención a la Salud de los Migrantes	90
8.2.11. Sistema de información integrado en salud	91
8.2.12. Estrategia de abordaje a la Salud Mental	92
8.2.13. Estrategia de abordaje a las Lesiones de Causa Externa	93
IX. Presupuesto Plurianual 2018-2022	93
X. Vinculación del Plan Estratégico con el Plan Operativo Anual	94
a. El proceso de planificación estratégica y operativa.	95
b. Entendimiento de elementos de la Planificación Interna o Institucional	122
c. Áreas de valor público	123
XI. Monitoreo y evaluación del Plan Estratégico	124
11.1. Monitoreo y evaluación orientado a resultados.....	125
11.2. Propósito del monitoreo y la evaluación	126
11.3. Metas e indicadores.....	126
11.4. Indicadores de Resultados de la Gestión Institucional	128
XII. Aseguramiento en salud	133
GLOSARIO.....	140
ANEXOS.....	142

Siglas

AEP	Años de Estudio Promedio
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
APS	Atención Primaria de Salud
APSR	Atención Primaria de Salud Renovada
CENISS	Centro Nacional de Información del Sector Social de Honduras
CGPSS	Conjunto Garantizado de Prestaciones de Servicios de Salud
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
DINAF	Dirección de la Niñez Adolescencia y Familia
DPPI	Presupuesto por Resultados e Inversión Pública
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPI	Índice de Desempeño Ambiental
EPP	Estructura Programática Presupuestaria
ESFAM	Equipo de Salud Familiar
GS	Gabinete Sectorial
IHADFA	Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISFL	Instituciones Sin Fines de Lucro
LMSPS	Ley Marco del Sistema de Protección Social
MNS	Modelo Nacional de Salud
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMI	Objetivo Meta Indicador
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PEI	Plan Estratégico Institucional
PEU	Plan Estratégico de la Unidad
PIB	Producto Interno Bruto
PNS	Plan Nacional de Salud
pp	puntos porcentuales

PRAF	Programa de Asignaciones Familiares
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
SCGG	Secretaría de Coordinación General de Gobierno
SEDIS	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social
SEFIN	Secretaría de Finanzas
SESAL	Secretaría de Salud
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SMSP	Sistema Mesoamericano de Salud Pública
SIMEGpR	Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados
SINARR	Sistema Nacional de Referencia y Respuesta
SNCS	Sistema Nacional de Calidad en Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
UPEG	Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión

Lista de Figuras

- Figura No 1. Estructura de la población según edad y sexo, Honduras, 1990 y 2015
- Figura No 2 Hogares en Situación de Pobreza (porcentajes)
- Figura No 3 Coeficiente de Gini (porcentaje)
- Figura No 4 Atención Parto Institucional por Departamento
- Figura No 5 Cobertura de vacunación según tipo de vacuna en niños de 12 a 23 meses de edad
- Figura No 6 Número de casos de VIH notificados según estadio. Honduras 2010-2017
- Figura No 7 Estructura Organizacional de la Secretaría de Salud
- Figura No 8 Vinculación del Plan Estratégico con el Plan Operativo - Presupuesto y Sistemas de Monitoreo y Evaluación
- Figura No 9 Creación de valor público de la SESAL con enfoque sistémico

Lista de Cuadros

- Cuadro N° 1 Comportamiento del Dividendo Demográfico - Honduras
1980 - 2015 – 2025 – 2035 - 2045 -2100
- Cuadro N° 2 Indicadores de Educación Honduras, 2014-2017
- Cuadro N° 3 Razón de Mortalidad Materna por Departamento 1997 y 2010
- Cuadro N° 4 Número de Egreso por Parto en Adolescentes 2013 - 2017
- Cuadro N° 5-A Número de Egreso por Embarazo en Adolescentes terminado en aborto
2013 – 2017
- Cuadro No 5-B Número de Egreso por Embarazo terminado en aborto 2013 - 2017
- Cuadro N° 6 Número de Muertes Maternas en Adolescentes 2013 - 2017
- Cuadro N° 7 Mortalidad en menores de cinco años. Honduras 2006 – 2012
- Cuadro N° 8 Número de Defunciones según causa 2010
- Cuadro N° 9 Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. LAS 13 METAS SANITARIAS.
- Cuadro N° 10 Categorización y Tipificación de Establecimientos de Salud: Por escalón de complejidad y características distintivas según nivel de atención
- Cuadro N° 11 Objetivos Estratégicos y Resultados de Gestión del PEI según Función Esencial en Salud 2018-2022
- Cuadro N° 12 Matriz de Elementos Estratégicos Plan Estratégico Institucional 2018 – 2022
- Cuadro N° 13 Matriz Articulación del Plan Estratégico 2018 – 2022 con sus Planes Operativos Anuales

I. CONTEXTO GENERAL DEL PAÍS

1.1 Estructura Poblacional

Honduras es uno de los países de mayor extensión del istmo centroamericano con una superficie de 112.492 Km². Tiene una población estimada según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el año 2016 de 8.7 millones de habitantes, donde el 47 % de su población es menor de 20 años y 1 de cada 5 personas tiene entre 15 y 24 años. El 8.2% de la población se identifica como perteneciente a uno de los siete pueblos indígenas y dos pueblos afrodescendientes que existen en el país¹.

El tamaño de la población hondureña experimentó un rápido crecimiento en las últimas décadas, de acuerdo a los datos de los últimos censos de población y vivienda realizados en el país. En 1950 la población era de 1.3 millones de habitantes que se incrementó a 1.8 millones para 1961, a 2.6 para 1974, a 4.2 para 1998, llegando a 6.0 millones en 2001. Prácticamente en los últimos 20 años la población de Honduras se ha duplicado.

Hay que considerar que Honduras es un país predominantemente joven, y que está atravesando por un proceso de transición demográfica en el que se materializa el fenómeno del Dividendo Demográfico conocido como Bono Demográfico ó Ventana de Oportunidades, con una duración de 35 años y el cual se estima culminara en el 2045. Este consiste en un aumento del peso relativo de la población en edad de trabajar y una reducción del peso relativo de la población en edades dependientes (niños y adultos) y por lo tanto el potencial productivo de la economía es mayor. El dividendo demográfico implica una mejora en el potencial productivo del país en general y de las familias en particular, al incrementarse el número de personas en edad productiva, pero solamente podrá volverse realidad si existen políticas apropiadas, especialmente en materia de educación y empleo, que garanticen la inclusión en términos de igualdad de la población joven que es mayoritaria al interior de la fuerza de trabajo². El Bono Demográfico es sumamente importante en las diferentes dinámicas del país relacionadas directamente con el ámbito de desarrollo (trabajo, ingresos económicos, etc.) como también con el de las necesidades o demandas sociales (salud, educación, vivienda, etc.).

En el siguiente cuadro se observa el cambio de la estructura demográfica según los años de acuerdo incluido los 35 años del bono demográfico:

¹ Instituto Nacional de Estadísticas: XVII Censo Nacional de Población y VII Censo Nacional de Vivienda 2013.

² Estado de Población Mundial 2017. Mundos Aparte, La Salud y los Derechos Reproductivos en tiempos de Desigualdad. Honduras. UNFPA.

Cuadro N° 1
Comportamiento del Dividendo Demográfico - Honduras
1980 - 2015 – 2025 – 2035 - 2045 -2100

Grupo de edad	1980	2015	2025	2035	2045	2100
Población Adulta (60 y + años)	3	5	6	8	11	31
Población Menor (menores de 15 años)	47	34	29	24	20	15
Población Productiva (de 15 a 59 años)	50	61	65	68	69	54

Fuente: infopweb. INFOP. La Importancia del Bono Demográfico y la Formación Profesional para Honduras. INFOP –UNFPA. Publicado Septiembre 2014. Honduras

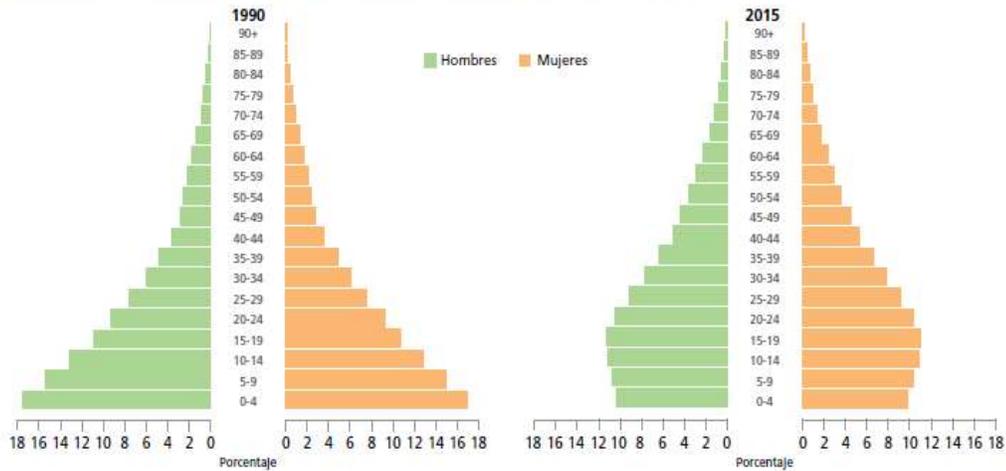
Este ritmo de crecimiento constituye un desafío en materia de implementación de políticas sociales para hacerle frente a la satisfacción de necesidades básicas de esta población. Sin embargo, la tendencia de la tasa de crecimiento anual de la población se ha lentificado. En el período intercensal (1988-2001), la tasa de crecimiento fue de 2.7 por ciento, mientras que para el período 2001-2013 la tasa de crecimiento se redujo a 2.0³.

La tasa global de fecundidad para el total de la población hondureña para el período 2009-2012 es de 2.9 hijos por mujer, lo cual representa un descenso importante si se compara con la tasa estimada en la ENDESA 2005-2006, en la cual la tasa global para los tres años anteriores a la encuesta se estimó en 3.3 hijos por mujer.

³ INE XVII, Censo Nacional de Población y vivienda 2013

Figura N° 1

Estructura de la población según edad y sexo, Honduras, 1990 y 2015



Fuente: Salud de las Américas 2017

Tal como se observa en la figura N° 1 la población de Honduras paso de una estructura piramidal de base ancha, con franco predominio de personas menores de 19 años en 1990 a una composición poblacional de base más estrecha e incrementos sustanciales en grupos de mayor edad en el 2015, lo cual genera nuevos desafíos al Sistema Nacional de Salud (SNS) al experimentarse cambios en los patrones sociales y epidemiológicos en la población.

La esperanza de vida al nacer aumentó de 75.2 años en 2014 a 76.2 años en el 2018. En las mujeres aumento de 78.9 a 80.0 en el mismo período, mientras que en los hombres aumento de 71.6 a 72.5⁴.

El número de migrantes internacionales ha crecido rápidamente durante los últimos quince años: de 173 millones en el año 2000 (2.8 % de la población mundial), paso a 222 millones en 2010 (3.2 % de la población mundial) y a 244 millones en 2015 (3.3 % de la población mundial).

Las circunstancias y condiciones particulares que enfrentan las personas migrantes en las diferentes etapas del ciclo migratorio, tales como la falta de alojamiento adecuado, falta de alimento y poco acceso a servicios básicos de salud y saneamiento les exponen a riesgos para su seguridad y salud física y mental entre otros⁵.

En Honduras la Migración es un fenómeno de atención prioritaria, actualmente afecta por igual a hombres y mujeres, adultos y menores. Siendo los principales factores de la migración: la pobreza, la violencia y la falta de oportunidades de trabajo (especialmente para los Jóvenes).

⁴ Proyecciones Nacionales de Población 2013-2030. CNPV 2013

⁵ Lineamientos estratégicos para el abordaje de la salud de las personas migrantes en tránsito por Mesoamérica, Oficina Regional de OIM, para Centroamérica y el Caribe, 2017

Según datos de El Centro Nacional de Información del Sector Social de Honduras (CENISS), el número de población de Migrantes retornados para el año 2016 fue de 27,137 personas, dónde las dos principales razones de la migración fueron por razones económicas y familiares. Los dos departamentos con mayor porcentaje de migración son Cortes con un 20 % (5,427 personas) y Francisco Morazán con un 14 % (3,799 personas) respectivamente.

En Honduras la migración es un fenómeno de atención prioritaria. Durante el año 2017 de enero a octubre, se reportaron 39,857 personas deportadas.

1.2 Determinación Social

La determinación social es definida como “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, o sea, la distribución del poder, el dinero y los recursos”⁶. Los problemas que enfrenta la población hondureña son multidimensionales que van desde la falta de satisfacción de las necesidades básicas hasta la pérdida de los valores humanos, morales y sociales que redundan en una pobreza generalizada y estructurada. En este sentido las soluciones tienen que ser articuladas entre los distintos sectores, con el protagonismo fundamental de la población como sujeto de su propio desarrollo.

La determinación social así entendida, está basada en los siguientes tres componentes:

1.2.1 Componente I: Determinantes Sociales

La Pobreza

Tal como se muestra en la figura No.2, la pobreza extrema disminuyó en 1.9 puntos porcentuales (pp) en 2017 con respecto al nivel mostrado en 2013, aún se mantiene por arriba de la media del período, de 40.3%. Asimismo, el porcentaje de hogares en situación de pobreza relativa subió en 1.7 pp, en 2017 con relación a 2013, y se mantiene también por arriba del promedio del período, de 23%. Si solo se consideran los datos de 2013 y 2017, se podría suponer que los hogares que dejaron de ser pobres extremos en el período pasaron a engrosar el número de hogares en pobreza relativa, ya que el total de pobres (extremos + relativos) se mantuvo entre 64.5% y 64.3%.

⁶ “Promoción de la salud: una antología”. Publicación Científica No 557, OPS. 1986

Figura N° 2
Hogares en Situación de Pobreza (porcentajes)



Uno de los factores que impiden mayores avances en la disminución de la pobreza, se refiere a la desigualdad en la distribución del ingreso, ya que esto impide que el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita tenga una mayor tasa de transformación en reducción de pobreza. En efecto, el coeficiente Gini ha mejorado en 3 puntos porcentuales (pp) en diez años, al pasar de 0.55 en 2008 a 0.52 en 2017.

Figura N° 3
Coeficiente de Gini (porcentaje)



Desempleo

Entre 2013-2017 se observa un incremento del desempleo y el subempleo. En este período, la Población Económicamente Activa (PEA), entendida como oferta de trabajadores, ha venido aumentando en un promedio de 116,000 personas por año, mientras que el promedio de empleos creados (demanda) fue de 83,000, generando una desocupación por

año de 33,000 personas, y acumulada de 131,000 nuevos desocupados. La desocupación es mayor en el área urbana, mientras que en el ámbito rural se observa una variación negativa, indicando una creciente migración rural-urbana de la población, en búsqueda de mejores oportunidades³.

La desocupación y subocupación afectan en mayor medida a los jóvenes de 15 a 29 años y a las mujeres, con una tasa de desocupación en 2017 de aproximadamente de 12% y de 10.8%, respectivamente. Los mayores porcentajes de desocupados en 2017, se localizan en las actividades de manufactura, construcción y comercio; mientras que en las actividades agropecuarias apenas representa el 1% de la PEA de este sector, aunque la mayor parte del empleo en estas actividades se concentra en las categorías de Cuenta Propia y Trabajo No Remunerado, dejando solo un 35% como trabajadores asalariados⁷.

Analfabetismo

Los principales problemas de la educación, a nivel nacional, son el Analfabetismo y el bajo número de Años de Estudio Promedio de la Población (AEP), a pesar de pequeños avances logrados en los últimos años, especialmente en la tasa de analfabetismo, que disminuyó de 14.5% en 2013 a 11.8% en 2017.

El porcentaje de analfabetos en el área urbana es de 6%, mientras que en el área rural supera el 19%, lo cual indica que 3 de cada 4 analfabetos se encuentran en el ámbito rural. Además, el analfabetismo es más alto a medida que la persona es mayor, de manera que para 2017, la tasa era menor al 10% hasta los 35 años, pero a partir de los 36 años aumenta de manera progresiva hasta alcanzar un 30.2% en la población de 60 años. Sin embargo, es más preocupante saber que en 2017 un total de 255 mil jóvenes, entre 15 y 29 años, no saben leer ni escribir.

Por otra parte, los AEP de la población pasó de 7.5 años a 7.7 años, entre 2013 y 2017, lo que implica una mejora de apenas la quinta parte de un año de estudio (0.2) en un período de cinco años⁸; indicando de esta manera la necesidad de realizar esfuerzos mayores, especialmente en educación pre básica y secundaria.

Cuadro N° 2

⁷ Plan Estratégico de Gobierno 2018-2022. Honduras Avanza con paso firme.

⁸ INE, EPHPM 2013 y 2017

Indicadores de Educación Honduras, 2014-2017

Años	Tasa de Analfabetismo	Años de Estudio Promedio
2017	11.8	7.7
2016	11.0	7.9
2015	12.1	7.8
2014	12.8	7.8
2013	14.5	7.5

Fuente: EHPM- INE

Factor Climático

El Cambio climático es definido como cualquier cambio climático producido durante el transcurso del tiempo, ya sea debido a la variabilidad natural o a la actividad humana. La evidencia más contundente de que el cambio climático está ocurriendo es El Calentamiento global (incremento en la temperatura)⁹.

Los efectos del cambio climático en la salud humana influyen en los determinantes sociales y medioambientales de la salud, a saber, un aire limpio, agua potable, alimentos suficientes y una vivienda segura. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que las tendencias de calentamiento y precipitación durante los últimos 30 años han provocado alrededor de 150,000 muertes; y proyecta que para el período de 2030 a 2050 el cambio climático causará unas 250,000 defunciones adicionales cada año, debido a la malnutrición, la zoonosis, la diarrea y el estrés calórico. Se estima que el coste de los daños directos a la salud se sitúa entre 2000 y 4000 millones de dólares de aquí a 2030¹⁰.

El cambio climático ocasiona [efectos en la salud por causas no infecciosas](#), tales como los eventos relacionados con [temperaturas extremas](#) (frío o calor) provocando morbilidad y mortalidad relativamente alta. Por ejemplo: en el verano de 2003 en Europa, el más caliente en los últimos 500 años: entre 22,000 y 45,000 muertes relacionadas con el calor. [La pérdida de cosechas](#) por causas climáticas es otro gran problema de salud. Según la OMS, existen aproximadamente 800 millones de personas en el mundo que sufren desnutrición. Las sequías y otros eventos extremos impactan directamente los cultivos e influyen en el aprovisionamiento de alimentos al alterar la ecología de los patógenos de plantas.

Los cambios a la sensibilidad a la temperatura, puede modificar el incremento de enfermedad, alterando por ejemplo las tasas de picadura de los insectos, la dinámica de población del vector y las tasas de contacto con humanos. Los vectores pueden adaptarse a los cambios de temperatura cambiando su distribución geográfica y hay evidencia sobre adaptaciones genéticas de los vectores para adaptarse a temperaturas crecientes. En época

⁹ Panel Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático de la ONU (IPCC). 2016.

¹⁰ Binational Symposium: Exploring Environmental and Health Aspects of Zika, Dengue, Chikungunya, and Rocky Mountain Spotted Fever. Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático. INECC. Nogales, Son. 14 de octubre de 2016

de calor la chinche (*Triatoma infestans*, *T. sordida* y *T. guasayana*) se reproduce y pica con mayor frecuencia. La Chinche pica cuando su huésped está en reposo; no le gusta la luz por lo cual sale de noche.

Mayores precipitaciones pueden favorecer la aparición de hábitats favorables para los vectores (hábitats larvales o de alimentación), favoreciendo así el crecimiento de las poblaciones. Las inundaciones pueden favorecer el contacto de vectores insectos o roedores con poblaciones humanas (ejemplo de leptospirosis, enfermedad transmitida por roedores después de inundaciones)¹¹.

El cambio climático ocasiona **Efectos en la salud por causas infecciosas**. Las variaciones climáticas y los eventos extremos tienen impactos profundos en las enfermedades infecciosas. Los agentes infecciosos (protozoo, bacteria y virus) y sus vectores asociados (mosquitos, garrapatas y ácaros), están desprovistos de mecanismos termostáticos y las tasas de reproducción y supervivencia son fuertemente influenciados por fluctuaciones en la temperatura. Las dependencias en la temperatura se pueden observar cómo correlaciones entre la tasa de infecciones y las variaciones climáticas. Los mosquitos del género *Aedes* son los animales más letales del mundo. Su habilidad para portar y diseminar enfermedades causa millones de muertes cada año (Patz, et.al., 2005).

Para la correlación entre variables climáticas y densidad simulada de *Aedes aegypti*, se desarrolló un modelo computacional donde la fisiología y el desarrollo del mosquito, son afectados por la variación inter-mensual e inter-anual de algunos parámetros ambientales (temperatura, humedad, radiación solar y precipitación), reflejándose esto en fluctuaciones simuladas de la densidad de *Aedes*. Se encontró que existe una correlación significativa entre el modelo y la cantidad de reportes de infecciones de dengue y dengue hemorrágico en varios países. Esto fue significativo para países pequeños como Honduras, Nicaragua y Tailandia, no así para países grandes como Brasil, China, India y México (Patz, et.al., 2005).

La Evaluación Ambiental y del Cambio Climático de FIDA (2010), refleja que Honduras se encuentra en un proceso de desarrollo insostenible, considerando que su Huella Ecológica (2014) (área de tierra productiva y agua que requiere un individuo, población y actividad para producir todos los recursos que consume y absorber los residuos que genera) es de 1.73 ha por persona, mientras que su biocapacidad (la capacidad de los ecosistemas de producir materiales biológicos de utilidad para el hombre, así como de absorber los desechos producidos por el hombre) es de 1.66 ha per cápita. La Huella Ecológica ha disminuido en las últimas décadas y se mantiene relativamente estable, mientras que la biocapacidad ha disminuido considerablemente. Otro punto de referencia ambiental es el Índice de Desempeño Ambiental (EPI – Environmental Performance Index) medido por la Universidad de Yale, donde Honduras tiene una calificación de 51.5, situándola en la posición 114 (sobre 132), y en el puesto 19 en América Latina.

Las categorías con más baja calificación para Honduras fueron: i) acceso y calidad del agua potable y saneamiento; ii) metales pesados, en agua, suelo y aire; iii) bosque, siendo el indicador principal la pérdida de la cobertura boscosa; iv) contaminación del aire; y v) agricultura, donde se mide los impactos de la agricultura en agua, suelo y minerales. En

¹¹ Ministerio de Medio Ambiente y MARN. Recursos Naturales. El Salvador Mayo de 2014

Honduras, los cambios en el clima son también evidentes con respecto al comportamiento histórico. En los últimos años han ocurrido una gran cantidad de eventos adversos, con una mayor frecuencia e intensidad, especialmente con períodos prolongados. Entre el 2015 y 2016 se dieron los siguientes impactos asociados al fenómeno El Niño: i) 1,350,000 personas afectadas por la sequía; ii) alrededor de 461,000 personas con inseguridad alimentaria severa y moderada; iii) pérdidas de cosechas en un 60% en el cultivo de maíz y 80% en el cultivo de frijol; iv) la sequía prolongada ocasionó la propagación de la plaga forestal del gorgojo descortezador del pino; y mayores racionamientos de agua potable en la ciudad capital al disminuir drásticamente los niveles de las represas por debajo del 50% de su capacidad¹².

Disponibilidad y Calidad del Agua

En lo que refiere a recursos hídricos, el país está conformado por 23 cuencas hidrográficas, que descargan en un año normal, un promedio de 92,813 millones de metros cúbicos (m³) de precipitación, proporcionando aproximadamente 1,524 m³/s. Diecisiete desembocan en el Océano Atlántico (87%) y seis (13%) en el Océano Pacífico¹³. No obstante, el país tiene serios problemas para disponer de agua para los diferentes usos, debido a la falta de infraestructura para almacenarla y al uso no racional del recurso.

Las principales variables que tiene incidencia en el uso del agua en Honduras son: población, agricultura, industria e hidroelectricidad. La GWP (Programa Global de Agua) en el 2011 en su informe de “Situación de los Recursos Hídricos en Centro América” estimó que la demanda de agua en Honduras es de 1,900 millones de m³ al año, requiriendo un 60% la actividad agrícola, un 16.5% para consumo humano y un 16% para hidroeléctricas.

Por otra parte, la calidad del agua se ve comprometida por la contaminación, por factores que incluyen las descargas de aguas residuales de origen doméstico e industrial, el arrastre de otros contaminantes derivado de fuentes difusas como botaderos a cielo abierto de residuos sólidos, campos agrícolas, sitios contaminados, entre otros.

1.2.2 Componente II: El Estado en su papel Constitucional de Protección de los Derechos de la población

La salud es un bien público y la Constitución de la República establece como mandato del Estado la intervención de la misma. La salud como uno de los objetivos sociales fundamentales de los gobiernos, busca la forma de garantizar que los ciudadanos puedan vivir vidas social y económicamente productivas, son declaraciones aceptadas por los Estados Miembros de la OMS¹⁴. Ante lo anterior, los gobiernos deben formular y ejecutar políticas públicas basadas en evidencias científicas para dar solución a las necesidades y prioridades del sector salud.

¹² Plan de Adaptación al Cambio Climático 2018

¹³ Agenda Ambiental, Mi Ambiente 2017

¹⁴ “Promoción de la Salud: Una Antología”. Publicación Científica N° 557, OPS. 1986.

Honduras en el Artículo 145 de la Constitución de la República el cual enuncia “Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas¹⁵.”

Bajo esta declaración y Artículo constitucional, El país reconoce que la agenda en salud debe ser tanto una responsabilidad política y social como una responsabilidad individual, lo que obliga a crear lazos entre el sistema de salud y el pensamiento político, a fin de lograr que se concreten las medidas necesarias para influir en el entorno físico y social, considerando que el individuo y su entorno constituyen un todo.

La formulación de Políticas de Estado en salud, requiere de un proceso de diálogo, consulta y concertación nacional, a través del cual es posible lograr acuerdos nacionales que orienten la salud como un eje transversal de todas las políticas públicas.

1.2.3. Componente III: Participación activa de la sociedad desde una perspectiva de Derecho

La participación social en la cogestión de la salud, es la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud como un derecho humano. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada.

La toma de decisiones públicas se manifiesta en el ejercicio del poder político para el fortalecimiento de un sistema democrático y este debe ser inherente a la participación de los ciudadanos en los procesos decisorios. La participación social en los procesos decisorios adquiere especial importancia en el ámbito municipal por ser allí donde tiene lugar el proceso de reproducción social y donde se toman las decisiones que mayor incidencia tienen en la vida cotidiana de la población.

En los últimos años, la Secretaría de Salud ha fortalecido la política de incentivar la participación activa de la comunidad, promoviendo modelos de gestión para la implementación de programas de prevención de riesgo de enfermedades y promoción de la salud. A nivel hospitalario, se han constituido Comités de apoyo, como asociaciones apolíticas sin fines de lucro con personería jurídica, que agrupan en su seno a personas naturales y personas jurídicas nacionales y extranjeras del sector público y privado. Entre sus fines consta el mejoramiento de la estructura física, mantenimiento del equipo y realizar auditorías sociales.

II. SITUACIÓN DE SALUD

En materia de Salud, Honduras ha alcanzado importantes logros en los últimos años. Indicadores tales como, la razón de mortalidad materna y la mortalidad infantil han

¹⁵ Constitución de la República de Honduras. Artículo 145

disminuido, igualmente cabe señalar los logros en cobertura de vacunación infantil que ha conllevado la erradicación de enfermedades prevenibles por vacunación, como: la poliomielitis, el sarampión y el tétano neonatal, enfermedades que impactaban grandemente en la mortalidad infantil. De igual modo, la cobertura de atención de control prenatal ha aumentado ostensiblemente y las acciones de control de la malaria, tuberculosis y VIH/Sida, han sido constantes. No obstante, otras condiciones del país afectan la orientación de los recursos, la demanda de atenciones en las emergencias de todos los hospitales como consecuencia de los índices de violencia y accidentes de tránsito, consumen importantes cantidades del presupuesto; por otra parte, el incremento de factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo, el estrés han condicionado el aumento de otros problemas de salud como la diabetes, hipertensión, problemas degenerativos, depresión y otros.

Se observa una alta incidencia de enfermedades transmisibles y vectoriales dimensionadas en: la incidencia de dengue, así como otras Arbovirosis (Chikungunya y Zika) de reciente ingreso al país, la presencia de Malaria, Leishmaniasis y Chagas en zonas específicas; la prevalencia de Tuberculosis y las tasas de incidencia del VIH/Sida en población general y en aquellas de alto riesgo. Sin haber superado las enfermedades características de la pobreza, emergen en el escenario nacional, las enfermedades crónicas y degenerativas, como las enfermedades Cardiovasculares, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal, enfermedades Oncológicas y la existencia de un número importante de discapacidad temporal o permanente, que hacen más complejo el panorama de la salud de la población hondureña. Los cambios demográficos experimentados en las últimas décadas muestran un importante incremento en la población de adultos mayores, lo cual representa nuevos desafíos para el Sistema Nacional de Salud (SNS).

La situación de salud de la población hondureña se caracteriza por presentar altas tasas de mortalidad materno-infantil y morbilidad por causas infecciosas prevenibles. A enfermedades como diarrea, respiratorias agudas y desnutrición que continúan siendo causas de muerte en la niñez, se agregan otras enfermedades y otros daños tales como lesiones de causa externa ocasionadas por accidente y violencia, suicidio y otras relacionadas con hábitos de vida no saludables como el alcoholismo, el tabaquismo, la obesidad, sedentarismo, la drogadicción y farmacodependencia, entre otras.

En este contexto de salud del país y de la definición de prioridades nacionales de salud por la Secretaría de Salud (SESAL), para focalizar las intervenciones a estos grandes problemas de salud, es que se presentan los aspectos relevantes de la situación de salud de Honduras y se describen a continuación:

2.1 Mujer en condición de embarazo

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

La razón de mortalidad materna si bien es cierto ha disminuido en los últimos años, todavía constituye un problema muy importante en Salud Pública. De acuerdo a los estudios

realizados, entre 1997 y 2010 se registró un descenso de la razón de la mortalidad materna de 108 a 73 por 100,000 nv respectivamente¹⁶. Las principales causas de muertes maternas son las hemorragias, los trastornos hipertensivos y la sepsis. Por grupos de edad, el mayor número de muertes se producen entre los 15 y 34 años, vistos por departamento muestra los siguientes resultados.

Cuadro N° 3
Razón de Mortalidad Materna por Departamento 1997 y 2010

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

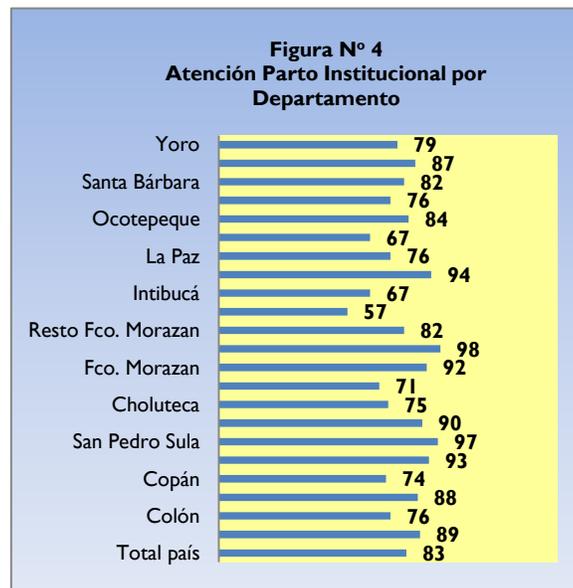
Fuente: Secretaría de Salud / Área de Sistemas de Información - ASI

La tasa global de fecundidad en Honduras descendió de 3.3 hijos por mujer registrado en el 2005 - 2006 a 2.9 hijos por mujer 2011-2012. Tales cambios pueden ser ligados a una alta tasa de utilización de métodos anticonceptivos y a un discreto incremento en la edad del establecimiento de la primera unión de las mujeres. Es importante destacar que para 2011 y 2012 el 10% de las mujeres entre 25 y 49 años se unieron antes de cumplir los 15 años, el

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

37% antes de los 18 años y el 56% antes de los 20 años, todas las cifras mencionadas son un tanto inferiores a las registradas en la medición del 2005-2006.

La cobertura de la atención prenatal, en 2011 - 2012 se incrementó de 92% a 97%; también se registra una mejora en cuanto al porcentaje de mujeres que recibieron cuatro o más controles, pasando de 81% a 89%; en referencia a la captación temprana de la mujer antes del cuarto mes de embarazo ha pasado de un 69% a 78%; en referencia a la inmunización a mujeres en condición de embarazo contra el tétanos neonatal paso de un 70% a 72%. El porcentaje del parto institucional paso de un 67% a 83% (78% en establecimiento público y 5% en establecimiento privado).



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

Embarazo en adolescentes:

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

Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados en condiciones sanitarias inadecuadas. El 24% de las mujeres entre 15 y 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada según datos de la ENDESA 2011 – 2012 lo cual representa un aumento de dos puntos porcentuales con respecto a la ENDESA 2005 – 2006.

En el cuadro siguiente, podemos apreciar el comportamiento del número egresos por partos en mujeres adolescentes según grupo de edad, los cuales presentan un aumento progresivo en el transcurso de los años 2014 y 2015 en relación al año 2013. En el 2016 se presenta un descenso de 1,323 (3.77%) partos en relación al 2015 y de 2,679 (4%) en 2017 en relación al año 2015.

Cuadro N° 4
Número de Egreso por Parto en Adolescentes
2013 - 2017

Grupo de edad	AÑOS					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
10 a 14	962	906	847	778	819	4312
15 a 19	30772	31705	32302	31047	29649	155475
Total	33747	34625	35164	33841	32485	159787

Fuente: Área de Estadística de la Salud. SESAL

Una de las complicaciones de los embarazos a temprana edad es el aborto o interrupción del embarazo, el cual puede ser de manera espontánea o practicado de forma no segura; estos últimos constituyéndose en un problema de salud pública. La captación de estos eventos en salud solo son contabilizados como egresos hospitalarios. En las adolescentes de 10 a 14 años los casos reportados se mantienen similares durante los años 2013 al 2016, sin embargo, hay un aumento de 13 casos en el año 2017 en relación al 2016.

En relación al grupo de edad de 15 a 19 de edad reportadas como egresos por aborto en el año 2014 muestra un incremento de 16% en relación al año 2013, y un aumento de 4% en el 2015 en relación al año 2014. Es para el 2017 que se presenta una disminución de 7% de los egresos por aborto en relación al 2016 (Ver Cuadro N° 5).

Cuadro N° 5-A
Número de Egreso por Embarazo en Adolescente terminado en aborto
2013 – 2017

Grupo de edad	Años					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
10 a 14	103	116	103	102	115	539
15 a 19	2175	2528	2650	2654	2451	12458

Total	2278	2644	2753	2756	2566	12997
-------	------	------	------	------	------	-------

Fuente: Área de Estadística de la Salud. SESAL

De manera general en el cuadro N°5-B se observa que durante el período de 2013 al 2017 el porcentaje de abortos en adolescentes en relación al total de casos se mantiene en un promedio del 20%.

Cuadro N° 5-B
Número de Egreso por Embarazo terminado en aborto
2013 – 2017

Grupo de edad	2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
10 a 14	103	0.90	116	0.89	103	0.73	102	0.73	115	0.87	539	0.82
15 a 19	2175	19.07	2528	19.43	2650	18.78	2654	18.94	2451	18.52	12458	18.94
Total 10 a 19	2278	19.97	2644	20.33	2753	19.51	2756	19.67	2566	19.39	12997	19.76
20 a 54	9128	80.03	10364	79.67	11356	80.49	11253	80.33	10666	80.61	52767	80.24
Total	11406	100	13008	100.00	14109	100	14009	100	13232	100	65764	100

En relación específica a la mortalidad materna en adolescentes entre 2013 a 2017 se reportan entre 3 a 6 casos por años, haciendo un total de 21 muertes maternas. Estas muertes se presentaron entre las edades de 15 a 19 años de edad. Es para el 2017 en relación al 2013 donde se observa una disminución comparativa en un 50% de las muertes.

Cuadro N° 6
Número de Muertes Maternas en Adolescentes
2013 - 2017

Año	2013	2014	2015	2016	2017
-----	------	------	------	------	------

						Total
Edad	16-17-18-19 años	17-18-19 años	15-16-18-19 años	16-17-19 años	16-18-19 años	15 a 19 años
# Muertes Maternas	6	3	5	4	3	21

Fuente: Área de Estadística de la Salud. SESAL

2.2 El niño menor de cinco años

La mortalidad infantil ha disminuido ligeramente de 25 a 24 x 1,000 nv, en relación a la ENDESA 2005 – 2006, 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. La mortalidad neonatal representa más de la mitad de las muertes infantiles (61%) siendo las causas más importantes trauma/asfixia, malformaciones congénitas, prematuréz e infecciones propias del período perinatal.

Cuadro N° 7
Mortalidad en menores de cinco años
Honduras, 2006-2012

Mortalidad	Tasa x mil nacidos vivos
Infantil:	24
Neonatal	18
Post neonatal	6
1-4 años	5
<5 años	29

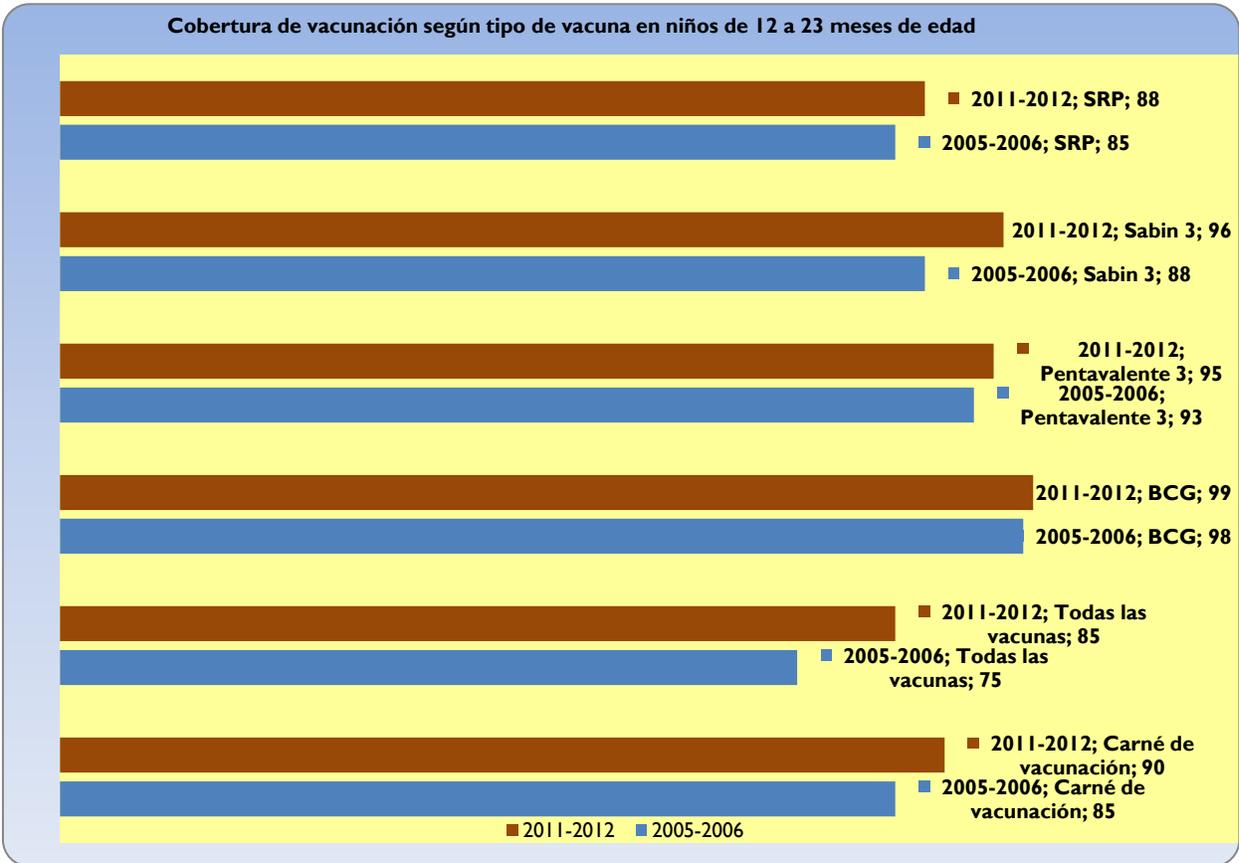
Fuente: ENDESA 2011-2012

El 96% de los niños nacidos en los dos años previos a la ENDESA 2011 – 2012 recibieron lactancia materna alguna vez y el 64% la había recibido dentro de la primera hora de nacido, lo cual ayuda a prevenir la hemorragia postparto y la prevención de enfermedades infecciosas prevenibles (diarreas y neumonías) en los primeros dos años de vida.

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



Figura N° 5



El 18% de niños encuestados reportaron enfermedad diarreica¹⁷, de los cuales, un 52% fueron llevados a un proveedor de salud, y de ellos un 71% recibió Tratamiento de Rehidratación Oral (TRO).

Debido al éxito alcanzado por la sociedad hondureña en el control de las enfermedades inmunoprevenibles, es importante destacar los logros siguientes al 2017:

- 36 años sin registrarse casos de Difteria (último caso en 1981).
- 28 años sin registrarse casos de Poliomieltis (último caso en 1989).
- 20 años sin registrarse casos de Sarampión (últimos casos en 1997).
- 16 años sin registrarse casos de Síndrome de Rubéola Congénita (último caso en 2001)
- 13 años sin casos de Rubéola (último caso en 2004).
- Reducción significativa de Tétanos Neonatal, Meningitis TB (último caso en 2012) y por Hib, diarreas por Rotavirus, neumonías bacterianas en menores de cinco años y Parotiditis (Fuente PAI).

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

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

De acuerdo a la ENDESA 2011 – 2012, un 23% de los niños menores de 5 años adolecen de retardo en el crecimiento mientras tanto el sobre peso/obesidad afecta al 5% de los niños en el país (ENDESA 2011-2012).

2.3. Enfermedades transmisibles priorizadas

2.3.1. Vectoriales priorizadas

Arbovirosis (Dengue, Chikungunya y Zika)

Durante el 2017 se registraron a nivel nacional 5,217 casos de Dengue, siendo la Región Metropolitana del Distrito Central con el mayor número de casos con 2,275, mientras que la Región de Cortes le seguía con 515 casos. En los últimos años han ocurrido varios brotes, el más importante fue en 2010, en el cual se contabilizaron 66,814 casos, de los cuales el 83.6% corresponden a Tegucigalpa y de ellos se notificaron 3,180 casos de dengue grave que representan el 4.7%.

A partir de su introducción en 2014 y 2015, tanto Chikungunya como Zika ocasionaron brotes importantes entre la población hondureña de tal forma que en 2016 se presentaron 15,884 casos acumulados de Chikungunya y 32,136 casos de Zika¹⁸. Sin embargo, en 2017 el número de casos disminuyó de manera significativa a 536 y 475 para Chikungunya y Zika respectivamente¹⁹. Desde su ingreso a Honduras se ha observado un incremento en los casos de microcefalia y Síndrome de Guillian Barre posiblemente asociados al Zika.

Malaria

Honduras es uno de los países que han alcanzado la meta fijada en el 6º Objetivo de Desarrollo del Milenio para 2015, de reducir la incidencia de los casos de malaria más del 75%. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, la malaria sigue siendo un problema de salud pública; su control requiere la intervención contra el parásito y el vector. La malaria es una enfermedad tropical asociada a la pobreza y a la falta de desarrollo social y económico de la población. El problema se focaliza en zonas de mayor vulnerabilidad, marginación y pobreza, donde el acceso de la población a los servicios básicos es muy limitado.

El área geográfica malárica en Honduras es de 97,516 Km² (87% del territorio nacional), donde habita una población en riesgo de 4,988,583 habitantes (63% de la población total). A partir del año 1996, presenta un descenso importante de sus casos, desde 91,799 casos hasta 9,085 casos el año 2010. Sin embargo, a pesar de la disminución, la proporción de casos causados por Plasmodium falciparum casi se ha duplicado (de 6,2% en 2005 a 10,7% en 2010).²⁰

¹⁸ Boletín epidemiológico. Unidad de Vigilancia de la Salud. Honduras. 2017

¹⁹ Boletín epidemiológico Unidad de Vigilancia de la Salud. Honduras. 2018

²⁰ Secretaría de Salud de Honduras. Dirección General de Promoción de la Salud. Norma de Malaria en Honduras. Primera Edición. Agosto 2010

Chagas

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

En el 2014, se informó de 48 casos de enfermedad de Chagas en menores de 15 años y de 58 casos en la población de 15 años y más edad.²¹

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

Leishmaniasis

Las Leishmaniasis son un grupo de manifestaciones clínicas, causadas por parásitos protozoarios flagelados, agrupados en el género *Leishmania*. Las Leishmaniasis son transmitidas por insectos vectores hematófagos conocidos como flebótomos, que tienen como reservorios a muchos animales mamíferos. En Honduras, existen más de 30 especies de flebótomos. En el 2017, se notificaron 1,212 casos de Leishmaniasis en el país (Unidad de Vigilancia de la Salud. Secretaría de Salud).

2.3.2. Infecciosas priorizadas

VIH/Sida

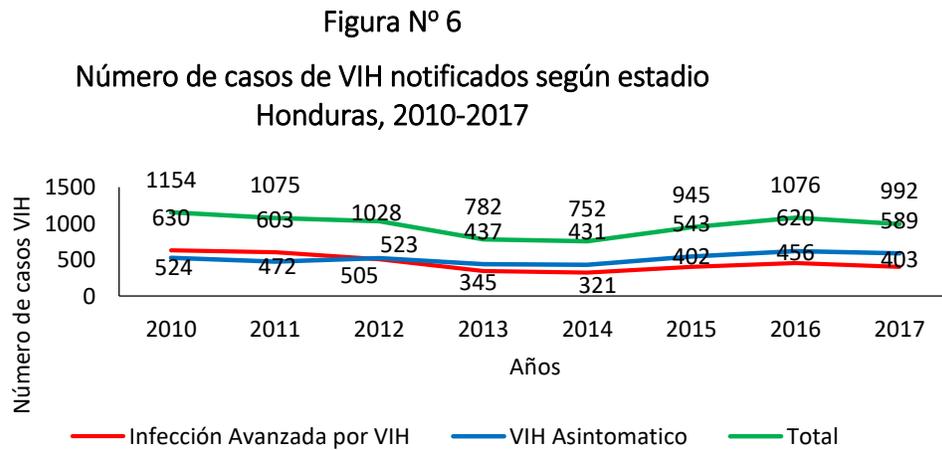
Según estimaciones y proyecciones del VIH realizadas por la Secretaría de Salud de Honduras (SESAL) con apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), mediante la metodología Spectrum V 5.63, para el cierre del año 2017, se estimaron 22,110 (17,480 - 26,670) personas viviendo con VIH (13,508 hombres y 8,602 mujeres), 879 nuevas infecciones y 1,034 muertes a causa del sida para ese mismo año.

Desde inicios de la epidemia en 1985 hasta diciembre del 2017, la Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS) de la SESAL ha registrado por notificación, un total de 35,685 casos acumulados de los cuales 24,035 fueron reporte de casos por Infección Avanzada y 9,836 casos de VIH asintomáticos. Cabe precisar que las cifras anteriores se refieren a casos acumulados y que debido a brechas en el sistema de información y de vigilancia epidemiológica, no es posible diferenciar los que se mantienen vivos a la fecha de los que ya han fallecido.

Para el 2017 la UVS registró 992 casos nuevos de estos los casos de infección avanzada en hombres fueron de 259, mientras que en mujeres la cifra corresponde a 144. En lo que

²¹ Unidad de Vigilancia de la Salud. Secretaria de Salud

respecta a los casos VIH asintomáticos, se notificaron 392 casos en hombres y 197 en mujeres para ese mismo año.



Fuente: Base de datos de Notificación de casos de VIH/Sida, UVS/ Secretaría de Salud, Honduras 2010-2017(este último año son datos preliminares)*

Tuberculosis

Para el 2016 la incidencia estimada de TB todas las formas (TBTF) en los países de las Américas es de 27.5 por 100,000 habitantes, Honduras se ubica en el 12avo lugar con una incidencia superior a esta media con 39.5 y el 4to lugar con respecto a los países de Centroamérica²².

A partir del año 2000, Honduras logró una importante reducción de los casos incidentes de TB hasta el año 2006, a partir del mismo se presentan una tendencia estacionaria con una tasa de incidencia Tuberculosis Todas las Formas (TBTF) al 2017 de 31,6 por 100,000 habitantes, tanto de los estimados por la OMS como de los notificados por el país, con un reporte de 2,813 casos de TBTF de estos corresponden casos nuevos 2,579 (91.7%) y recaídas 219 (7.8%).

2.4. Enfermedades Crónicas No Transmisibles Priorizadas

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

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

²² Base de datos del Informe Mundial de TB OMS-2017

vida saludables, requiere la decisión urgente del abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La mayor parte de estas enfermedades son prevenibles o se pueden reducir sus efectos. Muchas son reversibles y curables y dependen de la detección oportuna y del control de los principales factores de riesgo: alimentación, sedentarismo, obesidad y sobrepeso, tabaquismo y alcoholismo entre otras. Ello ha promovido su inclusión como una prioridad nacional de salud, incorporándolo en un objetivo específico dentro del Plan Nacional de Salud 2018-2022 y, por ende, en el Plan Estratégico Institucional.

Neoplasias malignas

Según la información generada por el Departamento de Estadísticas de la SESAL a partir de los egresos hospitalarios, en 2010 se registraron 4,723 egresos por tumor maligno en los hospitales estatales, correspondiendo el 57% de estos a mujeres y el 43% a hombres. En general los sitios primarios priorizados son:

- Tumor maligno del Cuello del Útero
- Tumor maligno del Estomago
- Tumor maligno de Mama
- Tumor maligno de Bronquios o Pulmón
- Tumor maligno de Próstata

Diabetes

La estimación de las enfermedades crónicas en general y de la diabetes en particular enfrentan serias limitaciones en el contexto de sistemas de información que no están diseñados para la generación de datos que permitan caracterizarlas en términos de su frecuencia, magnitud y factores asociados, tal como sucede en Honduras, en que generalmente están subregistradas.

La mortalidad por estas enfermedades usualmente se conoce a través de los egresos hospitalarios de la red estatal. En el caso de la diabetes solamente 113 muertes aparecen registradas en 2010 en el cuadro de defunciones según causa básica a nivel nacional. La morbilidad es registrada como un evento de declaración obligatoria pero es muy posible que en este caso se encuentre sobre notificada ya que al ser una enfermedad crónica cada contacto con el establecimiento de salud puede ser tomado como un caso nuevo. Tomando en consideración lo anterior en 2010 el sistema de información de eventos de notificación obligatoria reportó un total de 62,464 casos de diabetes.

Según estimaciones consignadas en el Atlas de Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes, para 2013 la prevalencia de esta enfermedad en Honduras sería de 6.28% y las muertes relacionadas serían 2,625 mientras que el costo por persona con diabetes estaría en el orden de los 198 dólares anuales.

De acuerdo a la Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas más conocida como CAMDI, realizada entre 2003 y 2006 en las capitales centroamericanas en población de 20 años o más, para la población de esta edad de Tegucigalpa el 2.5% mencionaba que anteriormente se le había diagnosticado diabetes,

mientras que a otro 2.9% se le diagnosticó durante la encuesta. Los valores son similares entre hombres y mujeres.

Enfermedad cardiovascular (cardíacas y cerebrovasculares)

El infarto agudo de miocardio aparece como la segunda causa de defunción entre las 22 más frecuentes según los egresos hospitalarios estatales de 2010 con 201 casos que representan el 3.43% de todas las muertes. Sin embargo, si se suman todas las manifestaciones clínicas de la enfermedad cardiovascular para ese año en ese listado, un total de 527 (8.99%) defunciones ocurrieron por esta causa.

Cuadro N° 8
Numero de Defunciones según causa
2010

Causa	Número de defunciones (miles)
<i>Enfermedad isquémica del corazón</i>	5,2
<i>Accidente Cerebrovascular</i>	3,0
<i>Violencia Interpersonal</i>	2,6
<i>VIH/SIDA</i>	1,7
<i>Infecciones del tracto respiratorio inferior</i>	1,6
<i>Lesiones causadas por el tránsito</i>	1,5
<i>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</i>	1,4
<i>Enfermedades diarreicas</i>	1,3
<i>Complicaciones del parto prematuro</i>	1,1
<i>Anomalías congénitas</i>	0,8

Fuente: Honduras: WHO statistical profile. <http://www.who.int/gho/countries/hnd.pdf?ua=1>

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles se encuentran los siguientes, tomando en cuenta la disponibilidad de información que en la mayoría de los casos son incompletas o estimaciones hechas por organismos internacionales:

Hipertensión arterial: en 2010 la hipertensión esencial primaria fue con 7,238 casos la novena más frecuente entre los egresos hospitalarios estatales según todas las causas. De acuerdo a Infobase Global de la OMS para el 2010 la presión arterial sistólica promedio en hombres mayores de quince años era de 124.6 mmHg mientras que para mujeres de esa

edad era de 123. El control adecuado de la hipertensión arterial es una de las estrategias clave para la reducción de la morbilidad por enfermedad cardiovascular

Según el estudio CAMDI la población de Tegucigalpa de veinte años o mayor era normotensa en el 52% mientras que fue considerada como pre-hipertensa en el 25%. La proporción con diagnóstico previo de hipertensión o hipertensión en estadio 1 y 2 durante la entrevista ascendió al 23%. Entre los hombres esta última condición afectaba al 25% mientras que entre las mujeres correspondía al 21%.

Tabaco: el 14% de varones y mujeres entre 13 y 15 años de edad fumaban al momento de realizarse la Encuesta Global de Tabaco en población joven realizada en 2003 en Tegucigalpa sin diferencias por género. La misma encuesta aplicada a jóvenes de San Pedro Sula y La Ceiba indicó que el 12% de ellos fumaba, con diferencias entre los sexos pues los varones lo hacían en el 17% mientras que las muchachas lo hacían en el 7.4%. Por otra parte, según la ENDESA 2011-2012 el 2% de las mujeres de 15 a 49 años y el 25% de los hombres de esa edad fumaban al momento de la entrevista.

De acuerdo a la CAMDI, en población de 20 años o más de Tegucigalpa la proporción de fumadores actuales era de 16.4%, más elevada entre los varones (27.2%) que entre las mujeres (3.4%).

Intolerancia a la glucosa: se reconoce junto con la intolerancia a la glucosa en ayunas, como una etapa precedente a la diabetes cuando los valores sanguíneos de glucosa son más altos que lo normal por lo que las persona con esta condición están en un riesgo elevado de desarrollar diabetes tipo 2. De acuerdo al Atlas de Diabetes la prevalencia de intolerancia a la glucosa en Honduras para 2013 es de 7.4%.

Sobrepeso: los datos de la ENDESA 2011-2012 indican que el 51% de las mujeres de 15 a 49 años tenía sobrepeso u obesidad (29% sobrepeso y 22% obesidad) lo que representa un incremento de cuatro puntos porcentuales con respecto a 2005-2006 en que fue de 47% sobre todo a expensas de aumento en el peso de las mujeres rurales.

El 52.3% de las personas de 20 años o más de la ciudad de Tegucigalpa según el estudio CAMDI mostraban valores del colesterol de 200 mg/dl o mayor, siendo esta proporción más elevada entre los hombres (53.8%) que entre las mujeres (50.4%). Mientras, tanto como el 47% de las personas incluidas en la encuesta registraron valores de triglicéridos iguales o mayores a 150 mg/dl, siendo mayor entre los varones (52%) que entre las mujeres (42%).

2.5 Otros aspectos relevantes de la situación de salud de Honduras

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

En el Plan Estratégico Institucional 2018 - 2022 se ha reservado un Objetivo Estratégico específico, destinado a implementar intervenciones por curso de vida con énfasis en los grupos vulnerables para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población. Este comprende todos los grupos poblacionales y todas las enfermedades a excepción de los que se incorporaron como prioridades en los otros objetivos estratégicos.

Salud del adulto mayor

Oficialmente el país designa al adulto mayor o de la tercera edad a toda persona nacional o extranjera que haya cumplido 60 años.

Según las estimaciones y Proyecciones de Población para el 2011 la población de adultos mayores ascendía al 6.2% del total de la población nacional, lo que equivale a aproximadamente 509,447 personas de las cuales el 55% son mujeres. Se calcula que únicamente el 7.3% de las personas de la tercera edad cuentan con algún tipo de jubilación o pensión mensual que en la mayoría de los casos no alcanza a satisfacer sus necesidades básicas, aproximadamente un 6% cuenta con patrimonio propio y el 9% reciben atención de su propia familia. Por lo que habría alrededor del 80% de los adultos mayores que viven en condiciones de pobreza o extrema pobreza.

Salud de las personas con discapacidad

En Honduras los estudios acerca del tema de discapacidad son escasos y limitados. Según los resultados de la Encuesta Permanente de Hogares con Propósitos Múltiples del INE realizada en septiembre 2002, se encontró que en Honduras existían 177,516 personas con discapacidad (PcD), lo que representa una prevalencia de 2.65%, con predominio masculino (55%) en comparación de la población femenina (45%). Sin embargo, hay datos contradictorios sobre el número de PcD en Honduras. Según datos del 2009 de la Dirección General de Empleo de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, dentro de la población en edad de trabajar (PET) se identificaron 314,174 personas con discapacidad (140,389 hombres y 172,785 mujeres). Los datos del Censo 2013 del INE indicaron 205,423 personas con discapacidad, y otro estudio de Flores, et al (2014) encontró una tasa de prevalencia del 4.6%, que significa un total de 381,287 personas que viven con discapacidades asumiendo una población de 8.2 millones.

Los tipos más comunes de discapacidad fueron los relacionados con discapacidades físicas de locomoción y destreza. En años anteriores los tipos de discapacidad se referían a problemas de visión, audición, lenguaje y retardo mental. Las causas más frecuentes de discapacidad en Honduras en el año 2002 fueron: enfermedad (36%), congénita (27%), accidente (20%) y envejecimiento (14%). También, las personas con discapacidad tienen más probabilidades de estar desempleadas, y generalmente obtienen un menor salario cuando laboran. Un estudio reciente realizado por el postgrado de Medicina Física y Rehabilitación de Honduras (2013-2014) determinó una prevalencia de discapacidad de 4.6% en la población comprendida entre las edades de 18 a 65 años de edad, siendo mayor en mujeres (5.5% versus 3.4%). La prevalencia identificada duplica la información por INE 2002.

Aunque la prevalencia fue mayor en mujeres, los hombres presentaron mayor discapacidad moderada-completa.

Salud Mental

La atención en salud mental en Honduras es uno de los aspectos más débiles de su agenda institucional y es débilmente funcional ya que cuenta con escaso financiamiento, el cual se concentra mayoritariamente en dos hospitales psiquiátricos nacionales ubicados en la capital de la república donde se destinan la mayoría de los recursos humanos y financieros. De hecho, únicamente el 1.75% del presupuesto en salud se destina para servicios de salud mental particularmente para los hospitales psiquiátricos que absorben el 88% del mismo.

En el año 2010 estos dos centros hospitalarios reportaron un total de 3,248 egresos de los cuales el 77% correspondió a hombres. La mitad de estos casos están vinculados con el consumo crónico o agudo de alcohol mientras que el 15% corresponden a trastornos bipolares, el 7% corresponden a trastornos esquizoafectivos, el 7% a trastornos relacionados con el uso de múltiples drogas u otras sustancias psicoactivas, el 4% son egresos por esquizofrenia y el 3% se relacionan con depresión.

Lesiones de causa externa²³

Durante el año 2017, Honduras registró 7,027 muertes por causa externa y una reducción del 14.9% con relación al año 2016. Los homicidios fueron la principal manera de muerte al acumular el 55.0% (3,866) del total de casos y en comparación con el año anterior mostraron una disminución del 24.9%. Los eventos de tránsito mantuvieron un comportamiento interanual alcista del 5.8%, mientras que, los suicidios sumaron 396 víctimas con un aumento del 30.7%; del mismo modo, las muertes no intencionales reportaron cinco casos más que el año anterior y en relación a los registros tipificados como indeterminados, estos acumularon 596 muertes, reflejando un descenso del 17.8%.

Homicidios²¹

La tasa nacional de homicidios fue de 43.6 por 100,000 habitantes, se registraron un total de 3,866 homicidios, 1,284 menos que el año anterior, la media mensual fue de 322 homicidios y un promedio diario de 11 víctimas. Durante el fin de semana (sábado y domingo) ocurrieron 37.0% de los homicidios.

Los departamentos de Cortés, Francisco Morazán, Yoro, Comayagua y Atlántida acumularon el 65.5% de los homicidios, el arma de fuego fue utilizada en 70.4% (2,720) de los homicidios.

²³ Boletín N° 48. Observatorio de la Violencia. Enero a Diciembre 2017. UNAH Honduras.

En 2017 perdieron la vida de manera violenta 388 mujeres, en promedio 32 cada mes lo que implica que cada 22 horas con 30 minutos una mujer perdió la vida en estas circunstancias. El resultado del análisis de las muertes violentas de mujeres y femicidios (mvmyf), mostró que los femicidios acumularon el 60.6% del total de violencia hacia la mujer, en segundo lugar, los homicidios con el 26.0% y en el 13.4% la información no es suficiente para determinar si es un homicidio o un femicidio. El análisis comparativo con el año anterior (2016), evidenció un incremento porcentual del 3.6%.

Las muertes violentas de mujeres y femicidios se mantienen en las edades de 15 a 34 años, al acumular el 54.6% y de estas las jóvenes de 20 a 24 años fueron las más afectadas. Las niñas de 0 a 17 años representan el 14.9% y las adultas mayores suman el 5.4% del total y en cinco casos las autoridades no lograron determinar la edad.

Suicidios²¹

En Honduras, durante el año 2017 se reportaron 396 suicidios que representan el 6.2% del total de muertes por causa externa. La tasa nacional de suicidios fue de 5.1 por cada 100 mil habitantes, el promedio mensual fue de 33 suicidios.

El departamento con mayor incidencia fue Francisco Morazán con 103 casos, el 77.3% de las víctimas fueron hombres con 306 casos. En el 48.9% de los suicidios se utilizó como mecanismo la asfixia por suspensión (ahorcamiento), el grupo etario que mayor incidencia reportó fueron los jóvenes de 20 a 24 años con 51 hombres y 14 mujeres que representa el 16.5% del total. El 9.6% de los suicidios se registraron en los adultos mayores.

Los niños y niñas entre 10 y 14 años registraron 11 víctimas, entre ellas, la más joven del período, una niña de 10 años del departamento de Gracias a Dios.

Eventos de tránsito²¹

Un total de 1,489 personas fueron víctimas de eventos de tránsito, la tasa nacional fue de 16.8 por cada 100 mil habitantes, en promedio se registraron 124 eventos de tránsito al mes y una media de cuatro víctimas por día, el 43.0% de los eventos de tránsito ocurrieron el fin de semana.

Los departamentos con mayor incidencia en 2017, fueron Cortés, Francisco Morazán, Comayagua, Yoro y Atlántida al sumar 70.1% del total de víctimas, los hombres sumaron el 81.6% (1,215) de los casos, los grupos etarios con más víctimas fueron de 20 a 29 años con el 28.0% de los casos (418) y los adultos mayores con el 16.8% (251).

Delitos sexuales²¹

En 2017, del total de mujeres y niñas evaluadas por agresión (3,196), las más afectadas fueron las mujeres de 20 a 39 años al acumular 75.8% (2,422) del total de casos. Las edades donde se registró el menor número de lesiones fueron en las niñas menores de 14 años (1.2%) y en adultas mayores (0.4%). En todo el curso de vida las mujeres reciben algún tipo de agresión, pero la mayor cantidad de evaluaciones se practicaron entre los 25 y 29 años.

De las lesiones evaluadas, el 65% fueron cometidas por un agresor conocido mientras que, el 35% sostuvieron que no conocían a su victimario. Las personas conocidas (amigos, vecinos, compañeros de trabajo o estudio) y familiares fueron los principales agresores al

acumular 6,929 casos, y en contextos donde el agresor fue la pareja o expareja 410 evaluaciones. Las lesiones provocadas por policías o militares sumaron 524, es decir, 99 más en relación al 2016.

Los delitos sexuales evaluados en 2017 acumularon un total de 3,105 casos. Las mujeres sumaron el 88.9% (2,761) y los hombres el 10.4% (324) de las agresiones. Respecto al grupo de edad, el 58.0% de los abusos se dio en mujeres entre 10 y 19 años, disminuyendo notablemente su vulnerabilidad a partir de los 20 años. En relación a los hombres se mostró una tendencia diferente, éstos sufren más agresiones durante la infancia, pero al llegar a la adolescencia los abusos sexuales se reducen 52.3%.

La prestación de atenciones médicas brindadas a sobrevivientes de violencia sexual de acuerdo al informe de actividades de Médicos Sin Fronteras en el 2017²⁴ en los servicios de atención prioritaria que cuenta con tres puntos de atención en la ciudad de Tegucigalpa (Centro Integral Alonzo Suazo, Hospital Escuela Universitario y Centro Integrado Dolores) se presentaron 589 casos de violencia sexual, de los cuales se puede describir que: 46% se presentaron en menores de 18 años de edad versus 54% en mayores de 18 años; 86% en mujeres y 14% en hombres; de acuerdo al tipo de evento 66% fue por violación y 34% por otras formas de violencia sexual; 49% de las personas atendidas por violación fue menor o igual a las 72 horas posteriores al evento. En las atenciones médicas (de los 589 casos de violencia sexual) se detectaron: 36 mujeres embarazadas, de los cuales en el 81% declararon que el embarazo era producto de la violación. Se brindó pruebas de VIH: inicialmente a 337 personas, control a los 3 meses a 104 personas y a los 6 meses a 103; 216 personas cumplían con los criterios de inicio de Profilaxis Post Exposición para VIH (PEP), iniciaron PEP 214 y finalizaron su tratamiento 148 (69%). En la prestación de atenciones psicológicas los principales problemas de salud mental atendidos fueron: trastornos de estrés post-traumático (38%), depresión (15%), ansiedad (10%).

III. Gestión Estratégica Institucional para la Creación de Valor Público

Bajo el cumplimiento de las diferentes funciones y atribuciones institucionales establecidas para la SESAL, a partir de las cuales contribuirá para la creación de valor público en la salud. Para esto es necesario conocer la situación actual de su constitución y funcionalidad en los siguientes ámbitos:

3.1 Gestiones Institucionales

Ante el conocimiento del contexto general y situación de salud en el país, es pertinente describir y aproximarnos a un análisis de las gestiones institucionales de la SESAL, con el propósito de reconocer sus diferentes ámbitos de acción.

²⁴ Médicos Sin Fronteras. Informe de actividades 2018.

Gestión Programática

Está hace referencia a la Misión institucional, es decir, a la formulación, diseño, control, seguimiento y evaluación de las políticas, normas, planes y programas nacionales de salud; ejercer la rectoría del sector; orientar los recursos del sistema nacional de salud; generar evidencia en salud; brindar atención a las necesidades y demandas de salud, garantizar la seguridad y calidad de bienes y servicios de interés sanitario, así como realizar intervenciones sobre riesgos y daños colectivos a la salud.

Lo que implica realizar las funciones en salud como el ejercicio de la rectoría a nivel nacional, a través de la vigilancia de la salud, la conducción del SNS, la regulación y vigilancia del cumplimiento del marco normativo, la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento y la armonización de la provisión de servicios.

Gestión Organizacional

Entendida como la capacidad operativa para el cumplimiento de su Misión y el logro de resultados. Incluye lo relacionado con la planificación y el presupuesto, la selección y gestión de los recursos humanos, la asignación de recursos, la cultura y el desarrollo organizacional, el soporte administrativo, la organización del trabajo y los procesos de apoyo, el monitoreo y evaluación.

Gestión Política

Entendida como el diálogo político necesario para la gobernanza en materia de salud a nivel nacional²⁵, enmarca las decisiones, medidas y acciones que contribuyen al logro de legitimidad de la institución, la interacción con el entorno que le facilita lograr los recursos, el apoyo y respaldo de la autoridad a diferentes niveles para implementar los planes (estratégicos y operativos).

Esta acción es realizada por la autoridad máxima de la institución (Secretario de Estado en el Despacho de Salud y los subsecretarios), en la actualidad algunos de los espacios de este ejercicio son el Consejo de Ministros, Gabinete Social, Mesa de Cooperantes en Salud (Mesa CESAR), CONCOSE, etc.

También esta gestión política es realizada a nivel local (comunitaria), con la representación de su autoridad máxima ejercida por el Director Regional de Salud (o su representante a nivel local) en espacios como en: Consejo de Desarrollo Municipal (CODEM)²⁶, Consejo de Desarrollo Local (CODEL), Cabildo Abierto, otros espacios de Salud (Mesa Sectorial, Mesa Interinstitucional, Mesas Temáticas, etc.).

Ante la descripción realizada de las gestiones que realiza la SESAL, es reconocido que se presenta una serie de debilidades en: gestión programática (rectoría y provisión), gestión política (gobernanza), gestión organizacional (sistematización del trabajo, monitoreo y evaluación de la gestión, cultura organizacional, gestión de la adquisición de productos

²⁵ La gestión política conlleva el diálogo político interno y externo con todos los interesados en el problema: personas en general, familias y comunidad; sociedad civil; autoridades locales; sector público y privado; academia; gremios; cooperación externa. Marco Moreno. Curso Planificación y Gestión Estratégica para las políticas Públicas ILPES-AECID.

²⁶ Ley de Municipalidades de Honduras. Capítulo VI. Decreto 134-90. Última publicación Diario Oficial La Gaceta número 27739 de fecha 24 de agosto de 1995

internos críticos (insumos, medicamentos, materiales y equipamiento), gestión y desarrollo de los recursos humanos con competencias que apoyen el abordaje integral de la salud. Es así que más adelante, el presente PEI plantea estrategias y acciones encaminadas a mejorar y superar estas debilidades.

3.2 Estructura Organizacional

De conformidad con el ámbito de competencia donde se ejecutan las funciones, la estructura organizacional de la SESAL se divide en dos niveles: central y regional (regiones de salud departamentales y metropolitanas).

La Secretaría de Salud de Honduras posee una estructura funcional²⁷ por:

Nivel de Conducción Superior. - ejerce la dirección máxima de la SESAL. En este se definen las políticas institucionales y los objetivos organizacionales, se toman las decisiones sobre las funciones sustantivas y de los apoyos necesarios para que la institución logre alcanzar las metas definidas y, como tal, exige el cumplimiento de éstas. Este nivel está conformado por su orden de jerarquía: (i) el Secretario de Estado en el Despacho de Salud (máxima autoridad); (ii) las Subsecretarías, (iii) la Secretaría General; y, (iv) las Direcciones Generales. Los cuales conforman el Consejo Consultivo del Secretario de Estado (CONCOSE).

Nivel de Conducción Estratégica. - está conformado por todas aquellas instancias que apoyan el desarrollo institucional desde el punto de vista de la conducción estratégica. Su finalidad primordial consiste en definir los lineamientos estratégicos que permitan operativizar las políticas, programas, proyectos y servicios de la institución. Las unidades organizativas que integran este nivel dependen jerárquicamente del Despacho del Secretario de Salud. Este nivel es el responsable directo ante el nivel de conducción superior de conformidad a su adscripción, de planificar, organizar, coordinar y controlar las actividades sustantivas y de apoyo dirigidas al logro de los objetivos institucionales. Este nivel es ejercido por: (i) La Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG); (ii) La Unidad de Gestión de la Información (UGI); (iii) La Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS); (iv) La Unidad Técnica de Gestión de Proyectos (UTGP) y (v) La Unidad de Comunicación Social.

Nivel de Apoyo a la Gestión. - lo constituyen aquellas unidades que permiten que la gestión de recursos financieros, humanos, de comunicación institucional y legal se ejecuten de manera eficiente coadyuvando al cumplimiento de los objetivos legales y misionales de la SESAL. Entre las unidades se menciona a: (i) La Gerencia Administrativa (apoya la gestión de recursos humanos, recursos materiales y contabilidad); (ii) La Unidad Administradora de Fondos de Cooperación Externa (UAFCE); (iii) La Unidad de Logística de Medicamentos, Insumos y Equipamiento (ULMIE); (iv) La Unidad de Auditoría Interna; (v) La Unidad de Transparencia y Acceso a la Información; (vi) Las Unidades de Servicios Legales, de Comunicación y de Cooperación Externa, las cuales están bajo la coordinación de Secretaría General.

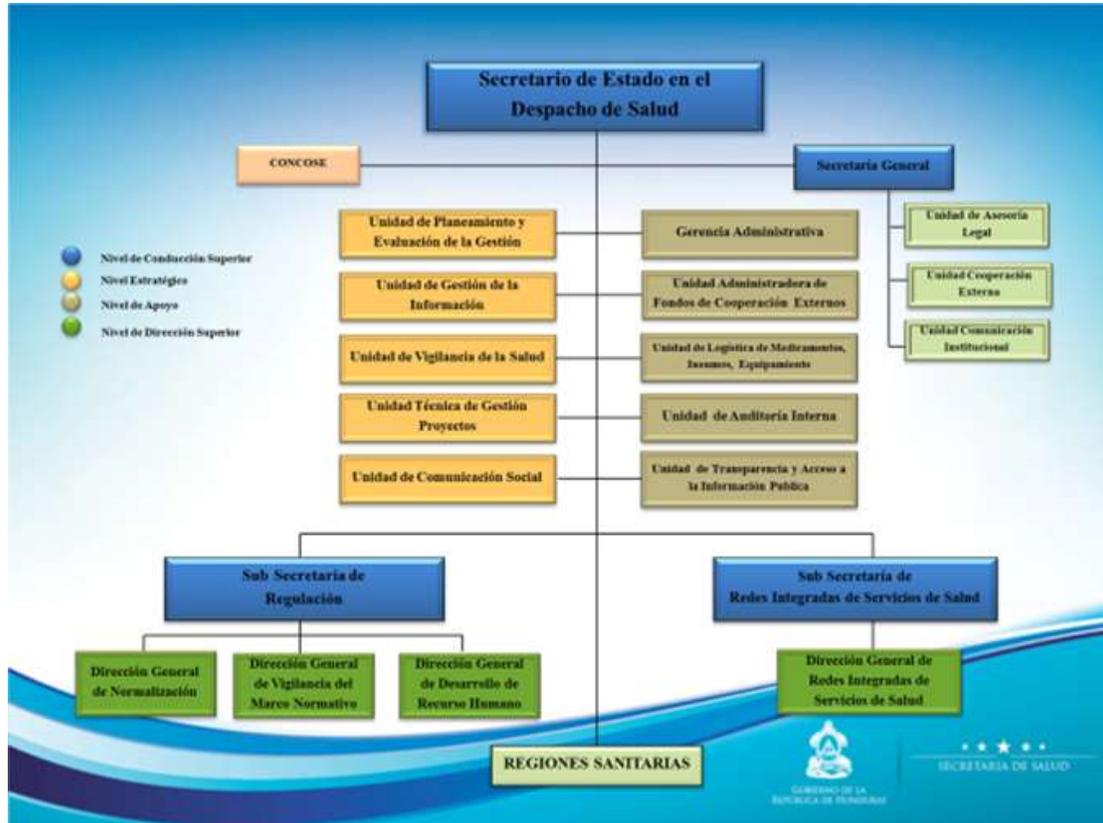
²⁷ Reglamento Interno de Organización y Funciones. Acuerdo No 406. 15 mayo 2014.

Las Instancias Consultivas y de Integración.- integrado por los consejos consultivos y de integración debido a la finalidad de su creación no forman parte de la estructura normal (Consejo de Conducción Estratégica, Consejo Consultivo de la Calidad de la Secretaría de Salud – CONCCASS, Consejo de Agua Potable y Saneamiento –CONASAR, Consejo Nacional de Salud - CONSALUD, Comisión Nacional de Salud Ocupacional de los Trabajadores – CONASATH, Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud - CONARUSH, Comisión Sectorial de Normalización en Salud – CSNS).

Nivel de Conducción Regional. - lo conforman las 18 Regiones Sanitarias Departamentales, y dos Regiones Sanitarias Metropolitanas (Tegucigalpa y San Pedro Sula). Estas actúan como representantes de la autoridad sanitaria nacional en el ámbito geográfico de su competencia, ejerciendo las funciones sustantivas de conducción, aseguramiento, vigilancia de la salud, vigilancia del marco normativo sanitario, armonización de la provisión, así como las funciones de las áreas administrativas, financieras, legales y la gestión del recurso humano.

Figura N° 7

Estructura Organizacional de la Secretaría de Salud ²⁸



Debe hacerse mención del Decreto Ejecutivo Número *PCM-026-2018, que establece lo siguiente:

Artículo 1.- “Créase la Comisión Especial para la transformación del Sistema Nacional de Salud”, que tiene como función acompañar al Secretario de Estado en el Despacho de Salud en la definición y transformación del Sistema Nacional de Salud para beneficiar al pueblo hondureño mediante la implementación de un plan integral que favorezca el fortalecimiento institucional que permita ofrecer servicios de salud a los habitantes de la República mediante el uso eficiente de los recursos humanos, logísticos y financieros del Estado.

Artículo 2.- La Comisión Especial para la transformación del Sistema Nacional de Salud, que en adelante se denominará La Comisión Especial, está integrada de la manera siguiente:

- a) El Secretario de Estado en el Despacho de Salud, quien la preside;
- b) Seis (6) representantes de la Sociedad Civil; nombrados por el Presidente de la República.

²⁸ Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Acuerdo No. 406 A.54-55. 2014

IV. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL

El basamento para la elaboración del Plan Estratégico Institucional 2018-2022 está respaldado en dos niveles:

3.1. Marco normativo general. Este justifica y orienta por qué la SESAL está obligada a hacer sus planes estratégicos institucionales, e indica quienes son las instituciones que lo conducen. Este marco está constituido fundamentalmente por los siguientes referentes:

- La Constitución de la República. Establece en su Art. 329 que el “Estado promueve el desarrollo económico y social, que estará sujeto a una planificación estratégica. La Ley regulará el sistema y proceso de planificación con la participación de los Poderes del Estado y las organizaciones políticas, económicas y sociales debidamente representadas” y “...el Estado con visión a mediano y largo plazo diseñará concertadamente con la sociedad hondureña una planificación contentiva de los objetivos precisos y los medios y mecanismos para alcanzarlos...”.
- Ley para el Establecimiento de una Visión de País y la Adopción de un Plan de Nación. En respuesta al mandato constitucional, en diciembre de 2009 se aprobó el Decreto Legislativo No. 286-2009, la Ley para el Establecimiento de una Visión de País (2010-2038) y la Adopción de un *Plan de Nación (2010-2024)*²⁹ para Honduras. Dicha Ley representa el inicio de una orientación hacia la Planificación Estratégica Institucional basada en resultados. Uno de los soportes principales de la gestión orientada a resultados es el desarrollo de capacidades institucionales en materia de planificación estratégica, en la medida que ello permita a las instituciones, establecer objetivos estratégicos consistentes y coherentes con los objetivos nacionales y las prioridades de gobierno, y por otro lado, se desarrollen los mecanismos para el monitoreo y evaluación de los resultados, aspectos necesarios para una rendición de cuentas transparente.
- El Decreto Ejecutivo No.PCM-009-2018, modifica el Decreto Legislativo No. 266-2013, y el PCM-001-2014; y que a su vez fue reformado por el PCM 025-2018, modifica la estructura y las funciones de las Direcciones Presidenciales de la Secretaría de Coordinación General de Gobierno (SCGG). Conformándose cinco Gabinetes Sectoriales (GS). Los Gabinetes son:
 - Gabinete de Gobernabilidad (GG).
 - Gabinete Social (GS).
 - Gabinete Económico (GE).
 - Gabinete de Infraestructura Servicios y Empresas Públicas (GISEP)

²⁹ El Plan de Nación cubre una primera fase de la Visión de País (2010-2022) y se conforma de lineamientos estratégicos, objetivos e indicadores que marcarán las progresivas responsabilidades de los próximos tres gobiernos en torno a la Visión de País.

*El cual fue derogado en el PCM-024-2019 publicado 3 de junio 2019 diario oficial la gaceta Num.34,960

- Gabinete de Prevención, Seguridad y Defensa (GPSD)

En resumen, el Gabinete Sectorial es la entidad administrativa que coordina todo lo relacionado con la planificación y la presupuestación, de las instituciones que están bajo su dirección o liderazgo; mientras que el sector (de desarrollo) es el espacio donde la planificación y el presupuesto se concretizan en procesos de creación de bienes y servicios de beneficio público (valor público). Los sectores de desarrollo son los siguientes:

- Bienestar y Desarrollo Social
- Crecimiento Económico, Incluyente y Sostenible
- Infraestructura y Desarrollo Logístico
- Sociedad más justa, Pacífica e Inclusiva
- Gobernabilidad Democrática y Desarrollo.

Salud es considerado como uno de los componentes o subsector del Sector de Bienestar y Desarrollo Social y coordinado por el Gabinete de Bienestar y Desarrollo Social³⁰.

- Decreto Ejecutivo PCM 002-2014, publicado en La Gaceta el 28 de febrero de 2014 (Creación de la Dirección Presidencial de Planificación Estratégica, Presupuesto e Inversión Pública).
- Plan Estratégico de Gobierno 2018-2022, Honduras avanza con paso firme
- Ley Para Optimizar la Administración Pública, Mejorar los Servicios a la Ciudadanía, Fortalecimiento y Transparencia en el Gobierno (Decreto Ejecutivo PCM 266-2013, publicado en La Gaceta el 23 de enero de 2014).

3.2. Marco normativo específico en salud. Este justifica los contenidos de la planificación estratégica institucional y sus orientaciones. Siendo:

- La Constitución de la República. En el Capítulo 7 Artículo 149, señala que es responsabilidad de la SESAL la coordinación de todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados mediante un plan nacional de salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados, cuya finalidad es alcanzar el completo bienestar físico y psicosocial de la población.
- Código de Salud (1996). Desde el punto de vista legal, el Artículo 5³¹, establece que “La salud considerada como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico, es un derecho inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación”³². En ese contexto el Artículo 3 señala que: “Le corresponde a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública, la definición de la política nacional de salud, la normalización, planificación y coordinación de todas las

³⁰ Plan Estratégico de Gobierno 2018-2022: Honduras avanza con paso firme

³¹ Decreto 65-91, publicado en la Gaceta 26509 de Agosto de 1991.

³² Artículo 1 del Código de Salud. Decreto 65-91, de 27 de diciembre de 1996.

actividades públicas y privadas en el campo de la salud. En los niveles departamental y municipal actuará por medio de las jefaturas regionales y áreas sanitarias, respectivamente, bajo un racional principio de coordinación y descentralización administrativa”³³.

- Ley Marco del Sistema de Protección Social (LMSPS), aprobada en mayo 2015 mediante decreto legislativo N° 56-2015. Tiene por objeto crear el marco legal de las políticas públicas en materia de protección, a fin de permitir a los habitantes, alcanzar de forma progresiva y sostenible financieramente, acceso a la cobertura de sus necesidades en las diferentes etapas del curso de la vida y en el marco de los derechos humanos y constitucionales. Su estructuración está basada en un sistema Multipilar compuesto por cinco regímenes: Piso de Protección Social, Seguro de Previsión Social, Seguro de Atención de la Salud, Seguro de Riesgos Profesionales y Seguro de cobertura laboral. Con respecto al pilar del seguro de atención de la salud, es importante señalar, se desarrollará dentro del Sistema Nacional de Salud (Artículo N°16 LMSPS), el cual será rectorado únicamente por la SESAL (Artículo N° 17 LMSPS), a través del ejercicio de sus dimensiones rectoras: Conducción del Sistema Nacional de Salud, Regulación/Normalización, Vigilancia del Marco Normativo en Salud, Modulación del Financiamiento, Garantía del Aseguramiento, Armonización de la Provisión y Vigilancia de la Salud.³⁴
- El Reglamento de Organización y Funciones (ROF). Mediante PCM 061-2013 de fecha 18 de diciembre de 2013 publicado en la Gaceta de fecha 29 de enero 2014 se reformaron los artículos N° 67, 68 y 69 del Reglamento de organización, funcionamiento y competencia del poder ejecutivo otorgándole a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud una nueva estructura de organización con la definición de las funciones sustantivas. Es así como la SESAL elabora su reglamento de organización y funciones (mediante acuerdo ministerial N° 406 del 15 de mayo 2014). Dentro de esta organización la Unidad Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG) es una instancia de carácter estratégico que depende directamente del Secretario de Estado, la cual tiene definida 22 funciones, en la que se destaca conducir y elaborar la metodología y el proceso de la planificación estratégica institucional según sus funciones que responde a las prioridades nacionales de salud.
- Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del sector salud (2009), contiene los elementos claves de la reforma del sector salud, la cual propone construir un Sistema Nacional de Salud plural, integrado y debidamente regulado, en el que se incorporen todos los actores públicos y no públicos vinculados con la salud; coordinando y articulando las capacidades resolutorias existentes en las distintas instituciones, estableciendo con claridad los roles y las relaciones entre los actores con una normativa que defina todos sus aspectos impulsándolo a garantizar el acceso a todos los ciudadanos a un conjunto de prestaciones de salud, definido con criterios de equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad³⁵.

³³ Artículo N° 3 del Código de Salud. Decreto 65-91, de 27 de diciembre de 1996.

³⁴ Ley Marco del Sistema de Protección Social (LMSPS), aprobada en mayo 2015 mediante decreto legislativo N° 56-2015

³⁵ Secretaría de Salud. Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud (2009)

En el actual contexto nacional el país está inmerso en un reordenamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual está plasmado en la Ley Marco del Sistema de Protección Social, la cual reafirma la separación de las funciones de rectoría y provisión de servicios de salud. Esta separación de funciones se ve evidenciada en la Estructura Programática Presupuestaria (EPP) vigente a partir de 2013. En esta estructura programática, se visualiza el ejercicio de dicha función en las unidades ejecutoras del nivel central y en las Regiones Sanitarias; además incorpora productos específicos a las instancias de conducción superior para lograr medir su gestión.

- Modelo Nacional de Salud, aprobado según Decreto Ejecutivo PCM 51-2017. Instrumento de carácter político y estratégico de la Secretaría de Salud, define los principios y los lineamientos para la transformación y desarrollo del SNS. Consta de tres componentes:
 - A. Atención/Provisión
 - B. Gestión
 - C. Financiamiento
- El Decreto Ejecutivo PCM 032-2017 (Creación de la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA)).
- Decreto Ejecutivo PCM 026-2018 Comisión Especial para la Transformación del Sistema Nacional de Salud. 20 agosto 2018. Gaceta No 34,723.
- Reglamento Sanitario Internacional 2005.
- Agenda de Salud Sostenible de la Región de las Américas (ASSA 2018-2030). LXX Asamblea General Septiembre 2015.
- Política Regional de Salud del SICA 2015-2022.
- Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020.
- Sistema Mesoamericano de Salud Pública ³⁶(SMSP). 2008.
- Atención Primaria en Salud Renovada. 46º Consejo Directivo, 57ª Sesión del Comité Regional. Washington D.C. EUA. 26 -30 de septiembre 2005.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible y Agenda de Desarrollo Sostenible 2030. Septiembre 2015.

V. FUNDAMENTOS DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD

4.1 Fundamentos Generales de la Planificación Estratégica

La SESAL como Institución Pública forma parte del sistema nacional de planificación que inicia en el año 2009, por decreto Legislativo N° 286-2009 el cual era conducido por la Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa (SEPLAN), a inicios del 2014 se realizaron varias reformas a la Ley General de la Administración Pública, entre las que

³⁶ Para disminuir las brechas en salud de la población de 10 países de Mesoamérica, en el 2008 se puso en marcha en SMSP. Uno de sus componentes del proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica (Belice, Costa Rica, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y República Dominicana).

destaca la creación de la Secretaría de Coordinación General de Gobierno (SCGG), la cual asumió las funciones de SEPLAN y por consiguiente las funciones de conducción del sistema nacional de planificación.

Con la implementación de la Ley para el Establecimiento de una Visión de País y la adopción de un Plan de Nación (Decreto Legislativo N° 286-2009) se inició uno de los más notables esfuerzos dirigidos a estructurar un modelo de gestión pública basado en un sistema de planificación estratégica con visión de largo plazo y sustentado en un compromiso compartido por los diversos sectores de la sociedad hondureña.

El Sistema Nacional de Planificación se estructura en dos grandes niveles: Global e Institucional.

El nivel Global está constituido: por **la Visión de País** que es considerada como “la situación objetivo que expresa las características sociales, políticas y económicas que distinguirán al país en el largo plazo. Constituye el instrumento de planificación global de mayor jerarquía. Cumple la función de guía orientadora de las políticas gubernamentales, durante los distintos períodos de gobierno. Se rige por el principio de direccionalidad estratégica”³⁷.

En estos términos, la Visión de País define la situación objetivo de largo plazo y un conjunto de objetivos fundamentales e instrumentales, altamente consensuados en el ámbito político y de la sociedad civil. En estos objetivos se incorporan los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Además, se desarrolla un cuerpo reducido de indicadores trazadores principalmente de impacto, con metas de mediano y largo plazo.

Los ODS son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas y se enuncian las medidas que los países y la comunidad internacional deberían impulsar con carácter prioritario para alcanzar los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que entran en vigor el 1 de enero de 2016 los cuales se componen de una Declaración de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas que los Estados Miembros han convenido en tratar de alcanzarlos para 2030.

El Plan de Gobierno es el segundo instrumento de planificación Global. Se dirige por el principio de selectividad estratégica y contiene prioridades de gobierno, objetivos, líneas estratégicas y metas de mediano plazo que contribuyen a los objetivos e impactos esperados en la Visión de País. El resultado esperado en este plan relacionado al área de salud es incrementar la esperanza de vida de la población hondureña, mediante la reducción de la morbilidad y mortalidad, con énfasis en los sectores más vulnerables y priorizados.

El Plan de Gobierno sirve de enlace con la planificación institucional al definir las entidades responsables de la implementación (sean rectoras o ejecutoras) y brinda orientaciones generales para la planificación de las instituciones públicas.

La Secretaría de Coordinación General de Gobierno es la encargada de preparar y coordinar la ejecución del plan estratégico de gobierno para el período 2018-2022.

³⁷ “ Sobre el Sistema Nacional de Planificación “... Informe de consultoría Jorge Sotelo, pag.23, SCGG – MADGEP.2017

El segundo nivel del sistema nacional de planificación comprende el proceso de planificación de las instituciones públicas, el cual se expresa en planes estratégicos, planes operativos y presupuesto institucional, con un horizonte de mediano y corto plazo.

El proceso de planificación estratégica y operativa es de cumplimiento obligatorio, para todas las instituciones públicas del Estado y siguiendo lineamientos normativos como parte del sistema nacional de planificación, conducido por la Secretaría de Coordinación General de Gobierno (SCGG) a través de la Dirección Presidencial de Planificación, Presupuesto por Resultados e Inversión Pública (DPPI).

4.2 Fundamentos Específicos de la Planificación Estratégica

La SESAL a través de su Plan Estratégico Institucional (PEI) se articula con los demás instrumentos del sistema nacional de planificación utilizando la perspectiva de la cadena de valor público porque son los resultados e impactos expresados en dicha cadena, los conectores entre los diferentes instrumentos de planificación.

De esta manera el PEI responde a una serie de responsabilidades designadas a la Secretaría de Salud que persigue avanzar y dar cumplimiento a una serie de planificaciones generales de país orientadas al desarrollo, y como fin último al alcance del pleno goce en todas las esferas de la persona.

El PEI 2018-2022 de la SESAL, se elaboró siguiendo lineamientos de conducción del Sistema Nacional de Planificación, por medio del cual se alinea con Visión de País (2010-2038)/Plan de Nación (2010-2022) en el que se responde a uno de los Objetivo de interés Nacional: N°1 alcanzar “Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana con sistemas consolidados de previsión social” y la meta 1.4: Alcanzar 95% de cobertura de salud en todos los niveles del sistema.

Además, en cumplimiento de la Agenda Nacional 2030, la salud ocupa un lugar fundamental en el ODS 3 «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades».

La mayoría de los ODS están relacionados directamente con la salud o contribuirán a la salud indirectamente, plasman un nuevo eje que gira en torno a las enfermedades no transmisibles y el logro de la cobertura sanitaria universal.

Cuadro N° 9

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. LAS 13 METAS SANITARIAS.

N°	META
3.1	De aquí a 2030, reducir la razón mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos
3.2	De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1000 nacidos vivos
3.3	De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles

3.4	De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar
3.5	Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol
3.6	De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo
3.7	De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales
3.8	Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos
3.9	De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la contaminación y contaminación del aire, el agua y el suelo
3.a	Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda
3.b	Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos
3.c	Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo
3.d	Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

El planteamiento estratégico que contiene este PEI sigue los lineamientos de vinculación con los instrumentos del nivel global (Visión de País, Plan de Nación, Agenda Nacional ODS 2030, Plan Estratégico de Gobierno) del Sistema Nacional de Planificación.

4.2.1 Sistema Nacional de Salud

Los contenidos elaborados en el PEI de la SESAL se desarrollan de acuerdo a su posicionamiento en el SNS, entendido este como el que 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 está constituido por el sector público y el sector no público o privado, con y sin fines de lucro³⁸. Este tiene las funciones de: Rectoría, Aseguramiento/Financiamiento y Provisión de Servicios de salud³⁹.

4.2.2 Ejercicio de la Función Rectora

En el SNS, la rectoría es una función indelegable y designada a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, misma que la Ley Marco del Sistema de Protección Social le ratifica en el Artículo N° 17 del capítulo II.

La SESAL como ente rector conduce y coordina la reforma del SNS planteado en el documento Marco Conceptual, Político, Estratégico de la Reforma del Sector Salud, el cual orienta la transformación gradual y progresiva del actual sistema hacia un nuevo sistema plural, integrado y debidamente regulado, centrado en la mejora equitativa del estado de salud de la población hondureña y financieramente solidario.

³⁸ Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, 2009

³⁹ LMSPS. Artículo 16

La **rectoría** es la función mediante la cual la SESAL lidera, promueve y articula de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce sus potestades de Autoridad Sanitaria para proteger y mejorar la salud de la población.

Las 7 dimensiones de rectoría en Honduras fueron definidas en el marco del proceso de desarrollo organizacional de la SESAL⁴⁰, siendo las siguientes:

- a) **Conducción:** Definir, dirigir, orientar, organizar y formular políticas, estrategias, planes, programas y proyectos sectoriales en base a prioridades y objetivos nacionales de salud, asegurando su implementación, a través de la concertación y movilización del sector institucional y social;
- b) **Regulación:** Definir el marco normativo sanitario que deben acatar toda persona natural y jurídicas que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario, que influyan en la producción social de la salud, que realizan actividades o mantiene conductas que por su naturaleza puedan afectar la salud de la población, ambientes de vida y trabajo; a fin de promover y proteger la salud de individuos, familias y comunidades;
- c) **Vigilancia del marco normativo sanitario:** Vigilar, controlar y fiscalizar la aplicación del marco normativo sanitario que debe acatar toda persona natural y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario; o que realiza actividades o mantiene conductas que por su naturaleza puedan afectar la salud de la población, ambientes de vida y trabajo; a fin de proteger la salud de individuos, familias y comunidades;
- d) **Vigilancia de la salud:** Generar conocimiento, analizar y dar seguimiento sobre el estado de salud de la población, sus condicionantes / determinantes, tendencias y necesidades con el propósito de identificar riesgos e impacto, para tomar decisiones oportunas que permitan proteger y mejorar la salud y la calidad de vida de la población;
- e) **Modulación del financiamiento:** Coordinar, alinear y armonizar los recursos financieros de las diferentes fuentes de financiamiento del sistema de salud, con las prioridades y objetivos nacionales, enmarcado con criterios de complementariedad, eficiencia, eficacia, efectividad y equidad en la financiación, asignación y distribución de los mismos;
- f) **Garantía del aseguramiento:** Establecer, dar seguimiento y evaluar a la implementación de un sistema plural de aseguramientos en salud a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, mediante la definición de políticas, mecanismos de financiamiento y planes de explícitos beneficios de acuerdo a necesidades, nivel de exclusión, riesgo, vulnerabilidad y disponibilidad de recursos financieros;
- g) **Armonización de la provisión de servicios:** Garantizar la complementariedad, coordinación y articulación de los diferentes regímenes y/o modalidades con que se gestiona la provisión de servicios de salud a la población hondureña, a fin de asegurar la continuidad y la integralidad en la atención, de acuerdo al Modelo Nacional de Salud y a los planes, objetivos y prioridades nacionales, evitando duplicidad en el uso de los recursos.

⁴⁰ Art. 67. Reglamento de organización, funcionamiento y competencias del poder ejecutivo, contenido en el decreto PCM-008-97 de 02/06/2014, reformado mediante PCM-061-2013.

La SESAL como ente rector es el que ejerce las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) en el SNS, las cuales son condiciones que permiten un mejor desempeño de la gestión en salud pública con el fin de mejorar la salud de la población en general. Estas FESP son:

1. Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
3. Promoción de la salud
4. Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud
5. Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional
6. Regulación y fiscalización en salud pública
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
9. Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

La SESAL como ente rector en el ejercicio de la dimensión de conducción operativiza el funcionamiento del SNS deseado a través de la definición del Modelo Nacional de Salud (MNS). Considerado como un instrumento de **carácter político y estratégico**. Centrado en la persona, la familia y la comunidad. Fortalece la participación de la comunidad en la gestión de los servicios locales y en los procesos de petición y rendición de cuentas.

El MNS es uno de los documentos guía para la consecución de los cambios aspirados por la reforma y a través del cual se establecen los principios, las políticas y las líneas estratégicas para la planeación de la gestión, el financiamiento y la provisión de los servicios integrales de salud a la población en general, muy particularmente, a aquellos segmentos de población que por sus condiciones de vida, están más expuestos a sufrir daño a su salud y, en consecuencia, más necesitados de atención y servicios. El MNS consta de tres componentes: Provisión, Gestión y Financiamiento. Estos deberán abordarse de manera integral y complementaria, teniendo como eje operativo central el Componente de Provisión, de forma tal que puedan contribuir de manera efectiva y confiable en la constitución del sistema de salud plural e integrado.⁴¹

4.2.3 Ejercicio de la Función de Proveedor de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud

Para fines de desarrollo de los contenidos del PEI, relacionados con el ejercicio de la función de proveedor de la SESAL, nos fundamentamos en el componente de Provisión del MNS basado en atención primaria.

4.2.3.1 Componente de Provisión de Servicios de Salud del Modelo Nacional de Salud

El MNS a través de su componente de provisión orientará sus esfuerzos hacia el cumplimiento del objetivo de mejorar y facilitar el acceso a los servicios de salud a toda la población de acuerdo al curso de vida, y poblaciones prioritarias del país. Este componente, es el eje operativo central para lograr un SNS Plural integrado y debidamente regulado. En

⁴¹ Decreto Ejecutivo PCM 051-2017

él se establece con claridad los roles y las relaciones entre los actores y asegurando el acceso a todas las personas a servicios de salud, que contribuyan a reducir las brechas entre los distintos segmentos de la población en función de la equidad, la vulnerabilidad y el respeto al derecho a la salud, sin distinciones y proveerá los criterios a seguir para priorizar, estructurar, organizar y brindar la atención y servicios a través de un Conjunto Garantizado de Prestaciones de Servicios de Salud (CGPSS), de manera integral, completa, continua y equitativa, promoviendo la participación activa y responsable de los individuos (hombres y mujeres), las familias y las comunidades. Es la herramienta que define la organización de la provisión de servicios de salud, a través de la articulación y la coordinación entre los diferentes proveedores de salud (públicos y no públicos) organizados e integrados en redes, con base a niveles de atención y capacidad resolutoria, que facilitan el acceso y aseguran la continuidad y complementariedad de los servicios de salud²³.

El MNS incluye en la Provisión de Servicios de Salud intervenciones: A. Individuales: orientadas a la protección⁴², recuperación y rehabilitación de la salud; B. Colectivas: cuyo consumo es masivo y producen beneficios para toda la población; comprenden actividades de protección³² y prevención; como información, educación y comunicación para la salud; de vigilancia de la salud; la eliminación de prácticas y barreras que ocasionan inequidades en salud; y el mejoramiento del medio ambiente. De alto impacto social y externalidad²³.

El Componente de Provisión de Servicios de Salud se implementa a través de una serie de instrumentos de carácter regulador. Estos instrumentos incluirán, entre otros:

Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud (CGPSS)

Es un instrumento regulador, definido por el ente rector por medio del cual se establecen los estándares de calidad deseados de los servicios y productos brindados en el SNS y es el insumo para la vigilancia de los proveedores que garantiza la calidad y seguridad de los mismos que recibe la población. La definición del CGPSS es un proceso continuo y dinámico por medio del cual se realizan ajustes y actualizaciones necesarias para validar y dar vigencia en su operativización. Del CGPSS se deriva el respaldo para la definición del listado nacional de medicamentos e insumos que corresponderá a las necesidades para proveer las prestaciones y servicios planteados.

El CGPSS, es el eje ordenador de la producción de Servicios de Salud de lo universal, gradual y progresivo que junto a las prioridades nacionales, regionales y locales será incluida de manera diferenciada los principales servicios que demanda la población y aquellos orientados a enfrentar los factores de riesgo para la salud de la población, incluyendo factores no biológicos (como la violencia, condiciones de vida, entre otros). Constituye el mandato de lo que los proveedores de servicios de salud de cualquier nivel de atención y complejidad, deberán hacer prioritariamente.

El CGPSS incluye dos tipos de prestaciones: a. Servicios personales y b. Servicios de Salud Pública o de Interés Sanitario. Brindadas de acuerdo al curso de vida y el tipo de atención según salud pública (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación).

⁴² Protección. - entendida como la prestación de promoción de la salud que se brinda en los servicios de salud.

Niveles de Atención.

El Modelo Nacional de Salud para dar respuesta a las necesidades de la población y garantizar la continuidad y complementariedad de la atención define organizar la provisión de Servicios de Salud en **dos Niveles de Atención**: El Primer Nivel de Atención que brinda servicios ambulatorios y el Segundo Nivel de Atención que es eminentemente hospitalario, cada uno de estos a su vez contienen servicios de diferente escalón de complejidad creciente. Estos niveles son formas de organizar y jerarquizar los Establecimientos de Salud, de acuerdo a su complejidad, recursos humanos y tecnológicos disponibles, acceso y tipos de problemas de salud de diferente magnitud y severidad a resolver con eficacia y eficiencia.²³

El Primer Nivel de Atención, es el de mayor cobertura, menor complejidad y más cercano a la población, es el primer contacto de la familia con los Servicios de Salud y deberá cumplir las siguientes funciones: Ser la puerta de entrada al sistema; Atender ambulatoriamente el mayor volumen de la demanda de salud, incluyendo urgencias médicas de menor severidad; Facilitar y coordinar el tránsito o itinerario de sus pacientes y asegurar la continuidad de la atención; Proveer bienes y servicios de atención en salud, especialmente de promoción y prevención de enfermedades y daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades prevalentes y de baja complejidad, brindado por personal institucional, agentes de salud o comunitarios en los diferentes ambientes de intervención; en el hogar, la comunidad, y en los ambientes escolar y laboral y otros; y, Asegurar el registro y la organización de la información de sus pacientes o usuarios.²³

El Primer Nivel de Atención se caracteriza en concretizar la finalidad de la Estrategia de Atención Primaria de Salud articulando sus servicios con la comunidad a través de la definición del rol y conformación de los **Equipo de Salud Familiar (ESFAM)** constituyéndose en la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de salud. Los ESFAM son el conjunto básico y multidisciplinario de profesionales y técnicos de la salud del Primer Nivel de Atención, responsable del cuidado de la salud de un número determinado de personas y familias asignadas. Deben responder al tamaño del espacio poblacional asignado y a las necesidades de salud de los individuos, las familias y las comunidades que residen en ese espacio o territorio. Sus integrantes deberán poseer las competencias adecuadas para el cumplimiento de sus responsabilidades y mantener una relación muy estrecha y efectiva con la comunidad.²³

El Segundo Nivel de Atención, es aquel en el que se brindan todas aquellas prestaciones de servicios de salud de menor cobertura pero que requieren una mayor complejidad, que garantizan la continuidad y complementariedad para la solución de problemas y satisfacción de necesidades de salud detectados en la red. Indistintamente del Nivel de Atención y complejidad, están en la obligación de cumplir con los procesos y las actividades que derivan del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Pública y aquellas otras de las Funciones Esenciales de la Salud Pública que les corresponde ejecutar, según las Normas Nacionales.

Entre otras funciones este nivel deberá cumplir: Servir de tránsito y derivación hacia las unidades de referencia de los casos que así lo ameriten; Ofrece servicios de emergencia,

de hospitalización y atención quirúrgica de acuerdo a su capacidad resolutive, durante las 24 horas de los 7 días de la semana entre éstos la atención de urgencias, la consulta externa, el hospital de día, hospital sin paredes, internación, cirugía general y especializada, etc.; Se enfoca en la promoción y protección de la salud, la prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de mediana complejidad (Niveles de Complejidad 4 y 5) y en la provisión de servicios de atención especializada ambulatoria y de hospitalización; Proveer Servicios de Atención Integral Ambulatoria (consulta externa y emergencia) y Hospitalización altamente especializada de enfermedades y daños de alto riesgo y complejidad, pues incluye los Centros de Referencia de mayor complejidad (Nivel de Complejidad 6 y 7); Investigación: proponer y desarrollar líneas de investigación específicas de interés institucional y nacional; Docencia: desarrollar actividades de docencia al más alto nivel en las especialidades de su competencia; y Normativa: proponer normas respecto a las guías protocolos y procedimientos de atención para todos los niveles.

Categorizar y Tipificar los Establecimientos de Salud en el marco de la Atención Primaria en Salud

La SESAL en su condición de ente regulador de la Organización y Armonización de la Provisión de Servicios en el SNS y responsable de la habilitación/ licenciamiento de Establecimientos de Salud; ha establecido los criterios técnicos para la tipificación y caracterización de los Establecimientos de Salud (ES) de Primer y Segundo nivel, estos criterios están relacionados con la oferta, la demanda, el acceso y las formas de articulación entre los diferentes niveles y sus establecimientos de salud, como parte constitutivas de las Redes Integradas de Servicios de Salud (Ver ANEXO N° 1).

La Categorización es la clasificación por categorías de los ES, determinando el tipo de Establecimiento de Salud que son necesarios para atender las demandas de salud de la población, constituye uno de los aspectos importantes de la organización de la oferta, porque permite organizar y consolidar redes asistenciales articuladas por niveles de complejidad, un sistema de referencia y respuesta efectiva y principalmente el ordenamiento de la actual oferta de servicios.

Los criterios para la Categorización de los ES por nivel de complejidad creciente son:

- A) **Capacidad Resolutiva.** Es la capacidad que tiene la oferta de servicios del ES, para satisfacer las necesidades y demandas de salud de la población asignada y bajo su responsabilidad y la que le es referida, en términos:
 - **Cuantitativos:** capacidad que tienen los recursos del ES para producir la cantidad de servicios suficientes para satisfacer el volumen de necesidades existentes en la población; depende de la cantidad de sus recursos disponibles.
 - **Cualitativos:** capacidad que tienen los recursos del ES para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad de las necesidades o demandas de la población; depende de la especialización y tecnificación de sus recursos.

- B) **Nivel de Complejidad.** Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado merced a la especialización y tecnificación de sus recursos. Los

criterios para la definición de los niveles de atención se establecerán; desde la demanda, tanto por su volumen y calidad y la carga de enfermedad que representa, como por el grado de especialización requerido para su atención y; desde la oferta, por la capacidad instalada (capacidad resolutive y nivel de complejidad) y las necesidades de desarrollo del país.

- C) **Cobertura Geográfica-Poblacional.** El concepto de cobertura implica el reconocimiento de una relación dinámica entre las necesidades y aspiraciones de la población (demanda de servicios) y los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas e institucionales (oferta) para satisfacer esa demanda. Implica extensión territorial y tamaño poblacional bajo su responsabilidad o, su “área programática”; que se determinará como primer paso del proceso de configuración de las Redes Integradas de Servicios de Salud.
- D) **Actividades de Docencia e investigación.** Implica la existencia formal de una relación docente asistencial, vigente mediante convenio acordado y firmado por las partes interesadas.

La determinación de la categoría de los ES se realiza mediante un proceso ordenado de categorización, diseñado, conducido y ejecutado por la SESAL en los niveles respectivos: Nacional, Regional y Local. Lo que contribuirá a la implementación de las RISS y del Sistema de Referencia y Respuesta, así como al ordenamiento de los flujos de gestión, de provisión y de información.

La Categorización de los ES es una Norma, que tiene como propósito corregir la fragmentación del actual Sistema de Salud, mediante la organización de los servicios adecuados a nuestra realidad nacional y la racionalización de los recursos disponibles, la mejor distribución de los mismos y el aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios y lograr la continuidad de la atención hasta el nivel de resolución necesario con el objetivo de ordenar la oferta de los proveedores de servicios de salud en categorías, según el criterio de estratificación establecido, en concordancia con las necesidades de la población y que contribuye al alcance de un SNS plural, integrado y debidamente regulado. Ver Anexo N° 1.

En coherencia a lo antes descrito, y en base al Acuerdo Ministerial N° 3224 del 13 de diciembre del 2016 indica que en el **primer nivel de atención** se establecen tres tipos de ES de complejidad creciente en:

- Tipo I Unidad de Atención Primaria de Salud (UAPS). (Ver Anexo N° 2).
- Tipo II Centro Integral de Salud (CIS). (Ver Anexo N° 3).
- Tipo III Policlínico. (Ver Anexo N° 4).

Lo relevante de esta categorización es la incorporación de Médico General en el Tipo I y de Médico Especialista (Pediatría, Ginecológica y Medicina Interna) en el Tipo III Policlínico.

En el **segundo nivel**, con el fin de garantizar una capacidad resolutive mayor de acuerdo a las necesidades de la red, el Acuerdo Ministerial N° 4006 del 16 noviembre del 2015 establece cuatro tipos y categorización de Hospitales de complejidad creciente:

- Tipo I Hospital Básico (HB).
- Tipo II Hospital General (HG).
- Tipo III Hospital de Especialidades y Subespecialidades (Hesp).
- Tipo IV Instituto e Instituto altamente especializado (I).

De acuerdo a la implementación del MNS se definió que hospitales públicos corresponderán a la tipificación y categorización descrita (Ver Anexo N° 5, 6 y 7).

Cuadro N° 10
Categorización y Tipificación de Establecimientos de Salud:
Por escalón de complejidad y características distintivas según nivel de
atención

Redes

	Escalón de Complejidad Creciente	Categoría y Tipo de ES	Característica distintiva del ES
Primer Nivel de Atención (Ambulatorio)	Nivel de complejidad 1	ES Tipo 1 Unidad de Atención Primaria de Salud (UAPS)	Con Médico General, Auxiliar de enfermería y Promotor
	Nivel de complejidad 2	ES Tipo 2 Centro Integral de Salud (CIS)	Lo anterior, más odontología y laboratorio
	Nivel de complejidad 3	ES Tipo 3 Policlínico (Equipo de Apoyo Técnico)	Lo anterior más tres especialidades básicas: Medicina Interna, G-O y Pediatría, USG, R-X y Atención de partos de bajo riesgo las 24 horas. Puede contar con camas de corta estadía (12 horas)
Segundo Nivel de Atención (Hospitalario)	Nivel de Complejidad 4	ES Tipo 1 Hospital Básico	Atención de urgencias, especialidades básicas, consulta externa especializada
	Nivel de Complejidad 5	ES Tipo 2 Hospital General	Lo anterior más otras especialidades y de otras subespecialidades.
	Nivel de Complejidad 6	ES Tipo 3 Hospital especialidades	Lo anterior. Hospital especializado de referencia nacional
	Nivel de Complejidad 7	ES Tipo 4 Instituto	Lo anterior, altamente especializado, de Referencia nacional.

Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Honduras define a partir del MNS que la Provisión de Servicios de Salud se organizará en RISS, considerando los niveles de atención, complejidad y capacidad resolutoria de los ES, para mejorar la calidad técnica en la prestación de servicios, garantizar el uso racional y eficiente de los recursos disponibles, disminuir los costos innecesarios de producción y mejorar la satisfacción de los usuarios a través de: garantizar el acceso, la oportunidad, la continuidad, la complementariedad y la integralidad de la atención; así como el cumplimiento de las metas e impacto en la salud, con criterios de costo efectividad y sostenibilidad.

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) se entenderá como el conjunto ordenado y articulado de todos los proveedores de Servicios de Salud, tanto Públicos como No Públicos, que ofertan sus bienes y servicios, como mínimo el CGPSS y los paquetes específicos para grupos especiales, a una población y en un territorio definidos, sujetos a una instancia común, y que deberán estar dispuestos a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

Los Proveedores de Servicios de Salud del país se organizarán en RISS y conformarán la Red Nacional de Servicios de Salud. Estas redes estarán compuestas por los diferentes Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, con sus diferentes

categorizaciones, articuladas entre sí y con su respectivo ES de Referencia del Segundo Nivel de Atención.

Sistema Nacional de Referencia y Respuesta (SINARR). Constituirá el mecanismo de coordinación que favorece el cumplimiento del compromiso de la APS de asegurar una atención oportuna integral, completa y continua en cada ES de la red, mediante el adecuado y ágil flujo de usuarios y pacientes referidos y atendidos entre los diferentes escalones de complejidad del primer nivel de atención (horizontal) y entre niveles de atención (vertical).⁴³

VI. METODOLOGÍA

El Plan Estratégico Institucional 2018-2022, se ha elaborado con procesos participativos a través de varias etapas, iniciando con la consulta del PEI 2014-2018 al igual que revisiones bibliográficas y análisis de los documentos legales y técnicos de ámbito Nacional e Internacional de carácter global y específico de salud, revisión y análisis del mandato institucional del “Plan de todos para una vida mejor”, Plan Estratégico de Gobierno 2018-2022 “Honduras avanza con paso firme”, Planificación Estratégica Institucional con Enfoque de Resultados de la Dirección Presidencial de Planificación, Presupuesto por Resultados e Inversión Pública, Marco Legal vigente, indicadores estadísticos de la situación nacional de salud, entre otros.

Este Plan Estratégico Institucional 2018-2022 de la SESAL se ha elaborado bajo la conducción del equipo de Integración de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión donde están representadas las áreas de: Planificación, Monitoreo y Evaluación, Estudios Financieros y Económicos, Organización y Métodos y la Unidad de Apoyo a la Dirección.

Además, para el fortalecimiento del PEI se Realizaron diversos talleres de consultas:

- Al interior de la UPEG con los técnicos de las diversas áreas que conforman la UPEG
- Direcciones Generales, Unidades Estratégicas, de Apoyo y Unidades Ejecutoras del Primer y Segundo Nivel de la Secretaría de Salud.
- Otras instancias de Gobierno, incluyendo la Dirección Presidencial de Planificación, Presupuesto por Resultados e Inversión Pública, Dirección Presidencial de Monitoreo y Evaluación.

Con todas ellas se ha trabajado de forma integral y coordinada bajo lineamientos, instrumentos y guías para la operativización de la gestión orientada a resultados y la creación de valor público, así como apoyo metodológico para la priorización a través de la construcción de árboles de problemas del Sistema Nacional de Salud.

⁴³ Sistema Nacional de Referencia y Respuesta SINARR

Como referentes principales para construir la estructura y contenido del plan se ha tomado en cuenta:

- A. Metodología para la Planificación Estratégica Institucional con Enfoque de Resultados.
- B. El Manual para la elaboración planes estratégicos en salud, que ha proporcionado la direccionalidad de la estructura.
- C. El análisis de los componentes del triángulo estratégico para la creación de valor proporcionando las bases analíticas para identificar las dimensiones fundamentales de valor público⁴⁴.
- D. La situación de salud, que ha proporcionado el diagnóstico del objeto central para crear valor público.
- E. Los mandatos institucionales, descritos en: Visión de País (2010-2038) /Plan de Nación (2010-2022), Plan para una vida mejor, Plan Estratégico de Gobierno 2018-2022: Honduras avanza con paso firme y el Plan Nacional de Salud 2018-2022.

Experiencias previas en planificación estratégica de la Secretaría de Salud

Es importante mencionar que, en la SESAL, se han elaborado planes estratégicos a nivel institucional, donde las Unidades Ejecutoras elaboraron sus Planes Estratégicos por primera vez en el 2013, en el marco de los lineamientos descritos en el “Manual para la Elaboración de Planes Estratégicos en Salud”⁴⁵. Fue un ejercicio que permitió dar a conocer los principios de la lógica de la planificación y la necesaria armonización de todos los planes para alcanzar los objetivos institucionales, sectoriales y nacionales.

Adicionalmente, se pueden mencionar experiencias en ámbitos específicos de la salud, por ejemplo: Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control del Cáncer (2009-2013); Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH/Sida (2008-2012); Plan Estratégico Nacional de Chagas 2003-2007 y 2014-2025; y Plan de Implementación al 2014 de la Política Pública para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia, entre otros.

Para la formulación del Plan Estratégico Institucional 2018-2022 de la Secretaría de Salud de Honduras, realizó la aplicación de un conjunto de herramientas metodológicas (árbol de problemas, árbol de solución y cadena de valor), que garantizan la coherencia interna entre los problemas identificados, las estrategias propuestas y los cambios deseados (resultados).

Para desarrollar la metodología de trabajo se realizaron las siguientes etapas de la Planificación Estratégica Institucional:

⁴⁴ Ramírez Arango, JS. La Democracia eficaz. Planeamiento estratégico para gobiernos y entidades públicas en países democráticos en desarrollo. Volumen II. Versión electrónica 2011.

⁴⁵ Secretaría de Salud. Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión. Manual para la elaboración de planes estratégicos en salud. Mayo 2013.

Etapa I. Actividades de coordinación entre personal de la UPEG y Técnicos facilitadores de la Dirección de Coordinación de Gobierno.

Etapa II. Análisis Situacional.

- Análisis del Marco legal
- Análisis de la producción Institucional actual
- Análisis de Problemas

Esta etapa conto con el apoyo técnico de la Dirección Presidencial de Planificación Estratégica Presupuesto e Inversión Pública a través de dos consultores. Con amplia participación de un equipo técnico de integración de la UPEG, donde a través de talleres se socializo con las Direcciones Generales y Unidades Ejecutoras de nivel central. Arboles de Problemas y Arboles de Solución (Ver Apéndice).

Etapa III. Direccionamiento Estratégico

- Misión, Visión y Valores Institucionales
- Objetivos y Resultados Estratégicos
- Definición de Efectos e Impactos
- Tablero de Direccionamiento Estratégico y su relación con la Visión de País y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Durante esta etapa se trabajó con la conducción del equipo de integración de la UPEG y con el apoyo técnico por la Secretaría de Coordinación General de Gobierno, definiéndose los **Objetivos Estratégicos y Resultados de Gestión del PEI según Función Esencial en Salud, 2018-2022**. Ver Cuadro N° 7.

Etapa IV. Programación Estratégica.

- Ejes Estratégicos y Resultados Intermedios
- Intervenciones y Productos

En esta etapa se definió la **Matriz Elementos Estratégicos del Plan Estratégico Institucional 2018 – 2022**, con sus respectivos productos finales y Productos intermedios del respectivo resultado de Gestión. Ver Cuadro N° 8.

Además, en esta etapa se elaboró la Matriz de Articulación del Plan Estratégico 2018-2022 con sus planes operativos anuales. Ver Cuadro N° 9.

Etapa V. Gestión del Plan Estratégico Institucional.

- Elaboración de Documento PEI
- Comunicación de la Estrategia (Interna y Externa)
- Elaboraciones de Planes Estratégicos de la Unidades Ejecutoras (PEU) de la Secretaría de salud
- Integrar la Planeación al presupuesto
- Integración de la Estrategia con la Operación
- Gestión por Procesos

El actual Plan Estratégico Institucional 2018-2022, está fundamentado en optimizar el valor público generado por las instituciones del Estado especialmente las incluidas en el Sector Social, para lograr los cambios y transformaciones en la población objetivo, los grupos de interés, los sectores y la sociedad en su conjunto, el mismo será objeto posterior de seguimiento y evaluación sistemática para medir su efectividad. Son estos elementos los que principalmente hacen la diferencia en la calidad del gasto público entre un modelo tradicional y uno con enfoque de resultados. Este nuevo modelo viene siendo impulsado por la SCGG desde 2016 y el presente PEI 2018-2022 de la SESAL gira en torno a este propósito⁴⁶.

VI. Orientación Estratégica de la SESAL

6.1 Visión y Misión

VISIÓN

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

MISIÓN

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

6.2. Principios y Valores

La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, como ente Rector del Sistema Nacional de Salud, establece como principios los siguientes:

1. **Equidad:** representa un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos. Consiste en la organización de la atención, la

⁴⁶ Secretaría de Coordinación General de Gobernación – Unión Europea. Planificación Estratégica Institucional con Enfoque de Resultados. Marzo 2018

distribución y asignación de los servicios y recursos para tal fin de acuerdo con las necesidades de los hombres y mujeres, manejo de riesgos a lo largo de su curso de vida garantizando la participación y la representación de los grupos vulnerables en los procesos de desarrollo social sostenible.

2. **Integralidad:** se refiere a la conjunción armónica y efectiva de los distintos componentes del sistema de salud para la satisfacción de las necesidades de salud de las mujeres y hombres, en consideración de la diversidad de la población en cuanto a condiciones sociales, culturales, étnicas, de género, religiosas y otras.
3. **Interculturalidad:** En el entendido que la organización de los servicios de salud respetará las prácticas, conocimientos, valores y creencias de la población que no representen un riesgo a su salud y adaptará algunos servicios a sus mejores prácticas, previa verificación de su inocuidad.
4. **Solidaridad:** es la acción mediante la cual todos los hombres y mujeres, en todas las etapas de su vida, contribuyen al desarrollo integral de la salud de acuerdo a sus posibilidades y capacidades. La red integral pública de salud propiciará este compromiso recíproco y garantizará los servicios a la población.
5. **Universalidad:** Entendida como el derecho de todas las personas a la oportunidad de acceder a los servicios de salud para el cuidado, protección y recuperación con base a sus necesidades y demandas.
6. **Corresponsabilidad:** es la responsabilidad compartida entre el Estado y las personas y sus organizaciones, expresada en el ejercicio de la ciudadanía activa para: i) la identificación, definición, priorización y solución de los problemas de salud; ii) la planificación, organización, operación y control de los servicios de salud y, iii) la definición de los mecanismos que garanticen el uso eficiente y transparente de los recursos asignados.
7. **Complementariedad:** complementación de múltiples actores de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a toda la población. Para ello, se establecerán mecanismos de coordinación y articulación de acciones que permitan implementar políticas de prevención y de intervención, tendientes a incrementar, preservar, mantener y recuperar la salud de las personas, familias, comunidades y de la población de todo el territorio nacional.
8. **Continuidad:** Es la capacidad del Sistema Nacional de Salud de asegurar la atención integral oportuna del ser humano, desde el primer contacto con los servicios de salud hasta el nivel en el que se expresa efectivamente la resolución del problema.
9. **Calidad:** Es el cumplimiento de un conjunto de estándares o normas establecidas por el ente rector que respondan a: i) la adecuación técnica de los procesos y procedimientos; y ii) la aceptación del servicio por el usuario (hacer las cosas bien desde el inicio y siempre bien).
10. **Equidad de género:** Acceso con justicia e igualdad de condiciones, al uso, control, aprovechamiento y beneficio de los bienes y servicios de salud.
11. **Transparencia:** Cumplir con la obligación de educar a la población, rendir cuentas y permitir el acceso a la información pública.

6.3 Enfoque del Plan Estratégico Institucional:

- **Derecho a la protección de la salud:** reconocido en la Constitución de la República, el cual es fundamental para garantizar el acceso a la población excluida y más vulnerable a servicios de salud oportunos y de calidad. Desde la formulación de políticas, estrategias y programas con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas.
- **Equidad de Género:** la equidad en salud, es la minimización de disparidades evitables en la salud – y sus determinantes – entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social. Este enfoque indica la incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y estrategias de salud e implica: que los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres; los servicios se reciban según las necesidades particulares de cada sexo; y el financiamiento y pago de los servicios se ajusten a la capacidad económica.
- **Intersectorialidad:** implica abordar la salud desde los determinantes de la salud, y promover la participación popular en acciones que mejoren la salud desde un compromiso y generación de consenso.
- **Gestión del riesgo:** es la estimación de la probabilidad de ocurrencia de amenazas y del impacto que tendrá y definirá las medidas más pertinentes para reducir los factores de riesgo, fortalecer los factores protectores y controlar las amenazas a la salud.
- **Gestión para Resultados:** facilita la dirección efectiva e integrada de los procesos de creación de valor público, a fin de optimizar y asegurar la máxima eficacia, eficiencia y efectividad del desempeño, el alcance de los objetivos y la mejora continua de sus instituciones.

VII. Objetivos del PEI 2018-2022

7.1 Objetivo General

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

7.2 Objetivos Específicos

- Determinar los objetivos estratégicos y resultados de gestión de mediano plazo, orientados al cumplimiento del mandato institucional contenido en el Plan Nacional de Salud 2018-2022 en la búsqueda de creación de valor público.
- Determinar las estrategias para alcanzar los objetivos y resultados, focalizados hacia la cobertura universal y la priorización en poblaciones vulnerables, en el marco de un nuevo sistema nacional de salud, plural, integrado y debidamente regulado.

- Implementar las medidas para la transformación y fortalecimiento de la gobernanza de la SESAL como entidad rectora y mejorar la calidad de la provisión de los servicios de salud que brinda.

VIII. Propuesta Estratégica del PEI 2018-2022

La propuesta estratégica del Plan Estratégico Institucional 2018-2022 se ha elaborado a partir de los componentes, los objetivos estratégicos y resultados planteados en el Plan Nacional de Salud 2018-2022 bajo una lógica de alineamiento al mandato institucional superior.

8.1. Estructura y Contenido del PEI 2018-2022

De acuerdo a la situación de salud y a los resultados esperados por el gobierno actual y tomando como base el Plan Estratégico de Gobierno 2018-2022, el contexto de la Ley Marco del Sistema de Protección Social y el Plan Nacional de Salud 2018-2022 se ha elaborado el plan que integra los objetivos estratégicos y los resultados de gestión, los cuales se han ordenado alrededor de las funciones sustantivas del SNS que ejerce la SESAL: Rectoría y Provisión.⁴⁷

A continuación se explica con mayor precisión como el plan estratégico se ordena en torno a las dos funciones sustantivas.

8.1.1 Funciones sustantivas

Rectoría, incluye aquellas acciones derivadas del rol rector de la Secretaría de Salud en el marco político, normativo y estratégico en el Sistema Nacional de Salud y aplicable en el nivel central de la SESAL y en su nivel intermedio a través de las Regiones Sanitarias.

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

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

⁴⁷ En este contexto, se entiende por función, aquellas actividades que tienen por objeto satisfacer en forma directa e inmediata las necesidades colectivas e individuales que se realizan a través de las instituciones centralizadas y descentralizadas.

Provisión, comprende los productos y resultados que la Secretaría de Salud sigue ejerciendo para la implementación de la separación de funciones. Los productos y resultados del ejercicio de esta función se orientan hacia los grupos priorizados, las enfermedades prevalentes priorizadas y las demás enfermedades en el primer y segundo nivel de atención. Además, de los productos de recuperación y rehabilitación se incorporan productos de prevención y promoción, en respuesta al enfoque de atención primaria en salud.

Esta será la estructura (Rectoría y Provisión) alrededor de la cual se plantean el abordaje del quehacer de la SESAL.

8.1.2. Prioridad Nacional de Salud

La SESAL en su condición de rector del SNS y en el ejercicio de la dimensión de conducción realiza los análisis de situación de salud (nacionales, regionales y locales) por medio del cual se analizan las causas, condicionantes y determinantes del estado de salud de la población. Buscando o identificando cuáles son esos grandes problemas de salud que causan más morbi-mortalidad, y se hace una propuesta técnica basada en métodos científicos identificando cuáles son las acciones o actividades que contribuyen a la mejora o solución del problema de salud.

Esto es lo que se convierte en la propuesta técnica que se presenta a las autoridades políticas para que a través de ellas establezcan y oficialicen cuáles serán las prioridades nacionales en salud que orientaran la planificación de mediano plazo, alineando los esfuerzos y definiendo estrategias, planes, programas o políticas que garanticen el logro de los resultados esperados en salud para este período y que aporte a alcanzar el más alto nivel de salud de la población. Y operativizado en los POA presupuesto a través de la definición de la producción ideal requerida, estableciendo productos, metas, tiempo de realización, necesidades financieras, e identificando a que logro contribuyen.

La SESAL con estos fines ha clasificado a las prioridades de dos tipos: por grupo poblacional y por enfermedad.

8.1.1.1 Grupos Priorizados

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

8.1.1.2 Enfermedades Priorizadas

En este PEI se han incluido dos tipos de enfermedades que representan una mayor carga de enfermedad por su impacto en la morbilidad y mortalidad. Siendo: enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles.

8.1.1.2.1 Enfermedades Transmisibles Priorizadas:

- **Vectoriales priorizadas:** Dengue, Chikungunya, Zika, Malaria, Chagas y Leishmaniasis
- **Infeciosas priorizadas:** VIH/Sida y Tuberculosis

8.1.1.2.2 Enfermedades No Transmisibles Priorizadas

Estas incluyen Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedades Oncológicas priorizadas (Cáncer de: Cuello Uterino, Mama, Próstata, Pulmón y Gástrico), y Enfermedad Renal Crónica.

8.1.3. Salud de la población en general

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

Es por ello, que este PEI define un objetivo estratégico específico en donde se incluyen las acciones realizadas en el primer y segundo nivel de atención para todos los grupos poblacionales, exceptuando los ya mencionados incorporados en los objetivos que incluyen las prioridades nacionales.

8.1.4. Matriz Estratégica del Plan Estratégico Institucional 2018-2022

En la construcción de la matriz estratégica del PEI de la SESAL se desarrollaron sus contenidos o elementos estratégicos de acuerdo al ejercicio de las funciones de: rectoría y provisión de servicios de salud, para lo cual se utilizaron criterios relacionados a cada una de estas funciones.

En relación a los objetivos estratégicos se definieron 9 de los cuales tres (3) (Objetivo 1, 2 y 3) responden al desarrollo de las acciones relacionadas con la función de rectoría, utilizando para estos los criterios de las dimensiones de dicha función, lo que orienta a poder identificar en cuál de los objetivos se definieron los elementos por medio de los cuales medirían las diferentes dimensiones. Es así, que a continuación se enuncian los objetivos y su vinculación a las dimensiones:

1. Conducir en todas sus fases el Sistema Nacional de Salud hacia la integración y pluralidad. Vinculado a las dimensiones de: conducción, armonización de la provisión, modulación del financiamiento y garantía del aseguramiento.
2. Mejorar la seguridad y calidad de los bienes y servicios que recibe la población para incidir en el riesgo de enfermar y morir de los usuarios del Sistema. Vinculado a las dimensiones de: regulación/normalización y vigilancia del marco normativo.

3. Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población. Vinculado a la dimensión de vigilancia de la salud.

Los seis (6) objetivos restantes (4,5,6,7,8 y 9) responden al ejercicio de la función de provisión de servicios de salud, utilizando para el desarrollo de sus elementos estratégicos los criterios de si es o no prioridad nacional de salud, niveles de atención I y II, tipos de atención de: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. A continuación, se enuncian los objetivos y su vinculación con las prioridades nacionales dado que los otros dos criterios aplican para el desarrollo de este grupo de objetivos:

4. Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo. Vinculado a la prioridad nacional de salud mujer en condición de embarazo.
5. Mejorar las condiciones de salud del menor de cinco años. Vinculado a la prioridad nacional de salud del niño menor de cinco años.
6. Mejorar el control y manejo de enfermedades vectoriales priorizadas. Vinculado a la prioridad nacional de salud de enfermedades transmisibles vectoriales priorizadas.
7. Mejorar el control y manejo de enfermedades infecciosas priorizadas. Vinculado a la prioridad nacional de salud de enfermedades transmisibles infecciosas priorizadas.
8. Mejorar el control y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles priorizadas. Vinculado a la prioridad nacional de salud enfermedades no trasmisibles priorizadas.
9. Implementar intervenciones por curso de vida con énfasis en los grupos vulnerables para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población. Está vinculado a todas las acciones realizadas en el primer y segundo nivel de atención para todos los grupos poblacionales, exceptuando los ya mencionados e incorporados en los objetivos que incluyen prioridades nacionales.

Los objetivos estratégicos y resultados de gestión, para las funciones sustantivas de rectoría y provisión se sintetizan en el cuadro siguiente, el cual se estructura en dos componentes: rectoría y provisión que comprende para el período 2018-2022, el cumplimiento de 3 Objetivos Estratégicos en Rectoría, 6 Objetivos Estratégicos en Provisión y 16 Resultados de Gestión.

Cuadro N° 11
Objetivos Estratégicos y Resultados de Gestión del PEI según Función
Esencial en Salud 2018-2022

	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	RESULTADOS DE GESTIÓN	
RECTORÍA	1. Conducir en todas sus fases el Sistema Nacional de Salud orientado hacia la integración y pluralidad.	1.1. Implementado el Sistema Nacional de Salud pluralista e integrado.	RECTORÍA
	2. Mejorar la seguridad y calidad de los bienes y servicios que recibe la población para incidir en el riesgo de enfermar y morir de los usuarios del Sistema.	2.1. Incrementado el cumplimiento del marco normativo en salud (establecimientos, recursos humanos, bienes y servicios).	
	3. Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población.	3.1. Incrementada la capacidad del Sistema Nacional de Salud para disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población.	
PROVISIÓN	4. Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo.	4.1. Mejorada la salud materna a través de atenciones integrales de salud (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación).	PROVISIÓN
	5. Mejorar las condiciones de salud del menor de cinco años.	5.1. Mejorada la salud en menores de cinco años a través de atenciones integrales de salud (promoción, prevención recuperación y rehabilitación).	
	6. Mejorar el control y manejo de enfermedades vectoriales priorizadas.	6.1. Disminuida la incidencia de las enfermedades transmitidas por el vector Aedes; (Dengue, Chikungunya y Zika) 6.2. Alcanzar la Eliminación de la malaria en el país. 6.3. Disminuida la incidencia de Chagas, 6.4. Disminuida la incidencia de Leishmaniasis.	
	7. Mejorar el control y manejo de enfermedades infecciosas priorizadas.	7.1. Disminuida la incidencia de VIH/Sida. 7.2. Disminuida la incidencia de Tuberculosis.	
	8. Mejorar el control y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles priorizadas y sus factores de riesgo.	8.1. Mejorada la salud de las personas con Hipertensión Arterial. 8.2. Mejorada la salud de las personas con Diabetes Mellitus. 8.3. Mejorada la salud de las personas con enfermedades Oncológicas priorizadas (Cáncer de: mama, cuello uterino, prostático, pulmón y gástrico) 8.4. Mejorada la salud de las personas con Enfermedad Renal Crónica.	
	9. Implementar intervenciones por curso de vida para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población.	9.1. Brindadas las atenciones de salud (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación) a la población general por curso de vida.	

Los Resultados de la Gestión Institucional se alcanzan a través de los productos finales e intermedios, los cuales contribuyen a alcanzar los Resultados de impacto medidos de acuerdo a las funciones que ejerce la SESAL en el Sistema Nacional de Salud, junto con los resultados de gestión de otras instituciones que los complementan.

En el siguiente cuadro se describe la matriz de elementos estratégicos en la que se detalla por cada una de las funciones sustantivas de **Rectoría y Provisión**: los Objetivos Estratégicos, Resultados de Gestión, Productos Finales y Productos Intermedios para el período 2018-2022.

De los nueve (9) Objetivos Estratégicos, tres (3) corresponden a Rectoría y seis (6) de Provisión, a ellos van orientadas todas las actividades, estrategias y tareas de las Unidades ejecutoras a través de sus planes estratégicos de acuerdo a su función asignada por la SESAL.

La producción de la provisión de las Unidades de Gestión Descentralizada se agrega al componente de provisión de los Plan Operativo Anual – Presupuesto (POA-P) de la Región de Salud los cuales derivan del plan estratégico de la región como unidad ejecutora.

Cuadro N° 12
MATRIZ ELEMENTOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2018 – 2022

RECTORÍA

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

	1.1.4 Desarrollado el Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS)	1.1.4.1. El Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) implementado
	1.1.5 Implementado el modelo de gestión de desarrollo del talento humano basado en competencias	1.1.5.1. Modelo de gestión del talento humano basado en competencias, implementado

Objetivo Estratégico N° 2	Mejorar la seguridad y calidad de los bienes y servicios que recibe la población para incidir en el riesgo de enfermar y morir de los usuarios del sistema	
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios
Descripción	Descripción	Descripción
2.1. Incrementado el cumplimiento del marco normativo en salud (establecimientos, recursos humanos, bienes y servicios).	2.1.1. Marco normativo de atención a las personas definido.	2.1.1.1. Marco normativo de atención a las personas actualizado e implementado.
	2.1.2. Marco normativo sanitario definido	2.1.2.1. Marco normativo de los establecimientos proveedores de servicios de salud Y OTROS actualizado e implementado.
	2.1.3. Intervenciones de vigilancia al cumplimiento del marco normativo en salud.	
2.1.3.2. Aplicadas las acciones de vigilancia y control de atención a las personas en cumplimiento del marco normativo.		

Objetivo Estratégico N° 3	Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población	
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios
Descripción	Descripción	Descripción
3.1. Definidas y Actualizadas las prioridades Nacionales para la Vigilancia de la Salud	3.1.1. Actualizado el Perfil de Salud	3.1.1.1. Actualizado el Análisis de Situación de Salud Nacional 3.1.1.2. Actualizado el Análisis de Situación de Salud Regional. 3.1.1.3. Actualizado el Perfil Epidemiológico Nacional 3.1.1.4. Funcionando el Sistema de Alerta Respuesta a Nivel Nacional. 3.1.1.5. Funcionando el Sistema de Alerta Respuesta a Nivel Regional 3.1.1.6. Plan de Contingencias elaborado y/ o actualizado para la Respuesta Nacional ante las Emergencias y Desastres. 3.1.1.7. Plan de Contingencias elaborado y/o actualizado para la Respuesta Regional ante las Emergencias y Desastres. 3.1.1.8. Implementado el reglamento sanitario internacional.

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

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

Objetivo Estratégico N° 6	Mejorar el control y manejo de enfermedades vectoriales priorizadas	
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios
Descripción	Descripción	Descripción
6.1. Disminuida la incidencia de las enfermedades priorizadas transmitidas por el vector Aedes; (Dengue, Chikungunya y Zika).	6.1.1. Brindadas las atenciones integrales a la población y al ambiente por enfermedades priorizadas transmitidas por el vector Aedes en el primer nivel de atención.	6.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la población general por Dengue.
		6.1.1.2. Brindada la atención de promoción a la población general por Chikungunya.
		6.1.1.3. Brindada la atención de promoción a la población general por Zika.
		6.1.1.4. Brindadas las atenciones de prevención por enfermedades priorizadas transmitidas por vector Aedes a la población y al ambiente.
		6.1.1.5. Brindada la atención clínica a la población por Dengue (CE).
		6.1.1.6. Brindada la atención clínica a la población por Chikungunya (CE).
		6.1.1.7. Brindada la atención clínica a la población por Zika (CE).
	6.1.2. Brindadas las atenciones integrales a la población y al ambiente por enfermedades priorizadas transmitidas por el vector Aedes en el segundo nivel de atención.	6.1.2.1. Brindados los servicios de hospitalización a la población por Dengue.
		6.1.2.2. Brindados los servicios de hospitalización a la población por Chikungunya.
		6.1.2.3. Brindados los servicios de hospitalización a la población por Zika.
		6.1.2.4. Brindada la atención de consulta externa a la población por Dengue.

		6.1.2.5 Brindada la atención de consulta externa a la población por Chikungunya
		6.1.2.6 Brindada la atención de consulta externa a la población por Zika
6.2. Alcanzar la Eliminación de la Malaria en el país.	6.2.1. Brindadas las atenciones integrales a la población y al ambiente por Malaria en el primer nivel de atención	6.2.1.1. Brindada la atención de promoción a la población general por Malaria.
		6.2.1.2. Brindada la atención de prevención por Malaria a la población y al ambiente.
		6.2.1.3. Brindada la atención clínica a la población por Malaria (CE).
	6.2.2. Brindadas las atenciones integrales a la población por Malaria en el segundo nivel de atención.	6.2.2.1. Brindados los servicios de hospitalización a la población por Malaria.
6.2.2.2. Brindada la atención de consulta externa a la población por Malaria.		
6.3. Disminuida la Incidencia de Enfermedad de Chagas.	6.3.1. Brindada la atención integral a la población y al ambiente por Enfermedad de Chagas en el primer nivel de atención	6.3.1.1 Brindada la atención de promoción a la población general por Enfermedad de Chagas
		6.3.1.2 Brindada la atención de prevención por Enfermedad de Chagas a la población y al ambiente.
		6.3.1.3 Brindada la atención clínica a la población por Enfermedad de Chagas
	6.3.2. Brindada la atención integral a la población por Enfermedad de Chagas en el segundo nivel de atención.	6.3.2.1. Brindados los servicios de hospitalización a la población por Enfermedad de Chagas
6.3.2.2. Brindada la atención de consulta externa a la población por Enfermedad de Chagas		
6.4. Disminuida la Incidencia de la Enfermedad de Leishmaniasis	6.4.1. Brindada la atención integral a la población y al ambiente por Enfermedad	6.4.1.1 Brindada la atención de promoción a la población general por Enfermedad de Leishmaniasis

	de Leishmaniasis en el primer nivel de atención	6.4.1.2 Brindada la atención de prevención por Enfermedad de Leishmaniasis a la población y al ambiente.
		6.4.1.3 Brindada la atención clínica a la población por Enfermedad de Leishmaniasis (CE).
	6.4.2. Brindada la atención integral a la población por Enfermedad de Leishmaniasis en el segundo nivel de atención.	6.4.2.1. Brindados los servicios de hospitalización a la población por Enfermedad de Leishmaniasis.
		6.4.2.2. Brindada la atención de consulta externa a la población por Enfermedad de Leishmaniasis.

Objetivo Estratégico N° 7	Mejorar el control y manejo de enfermedades infecciosas priorizadas	
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios
Descripción	Descripción	Descripción
7.1. Disminuida la incidencia de VIH/Sida	7.1.1. Brindadas las atenciones integrales a la población por VIH/Sida en el primer nivel de atención.	7.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la población por VIH/ Sida.
		7.1.1.2. Brindado el tratamiento Antiretroviral a las personas viviendo con VIH/Sida
		7.1.1.3. Brindada la atención clínica a las personas viviendo con VIH/ Sida (CE).
	7.1.2. Brindadas las atenciones integrales a la población por VIH/Sida en el segundo nivel de atención.	7.1.2.1 Brindada la atención de hospitalización por VIH/Sida
7.1.2.2. Brindada la atención de consulta externa a las personas viviendo con VIH/Sida.		
7.2. Disminuida la incidencia de Tuberculosis		7.2.1.1. Brindada la atención de promoción a la población por Tuberculosis.

	7.2.1. Brindadas las atenciones integrales a la población por Tuberculosis en el primer nivel de atención.	7.2.1.2. Brindada la atención de prevención a la población por Tuberculosis.
		7.2.1.3. Brindada la atención clínica por Tuberculosis (CE)
	7.2.2. Brindadas las atenciones integrales a la población por Tuberculosis en el segundo nivel de atención.	7.2.2.1 Brindada la atención de hospitalización por Tuberculosis.
		7.2.2.2 Brindada la atención de consulta externa por Tuberculosis.

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

8.2. Mejorada la salud de las personas con Diabetes Mellitus.	8.2.1. Brindadas las atenciones integrales a la población por Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención.	8.2.1.2. Brindada la atención de prevención a la población por Diabetes Mellitus.
	8.2.2. Brindadas las atenciones integrales a la población por Diabetes Mellitus en el segundo nivel de atención.	8.2.1.1. Brindada la atención de promoción a la población por Diabetes Mellitus.
		8.2.2.1. Brindados servicios de hospitalización a la población por Diabetes Mellitus.
		8.2.2.2. Brindada la atención de consulta externa a la población por Diabetes Mellitus.
8.3. Mejorada la salud de las personas con enfermedades Oncológicas priorizadas (Cáncer de: mama, cuello uterino, prostático, pulmón y gástrico)	8.3.1. Brindadas las atenciones integrales a la población con enfermedad oncológica priorizada en el primer nivel de atención.	8.3.1.1. Brindada la atención de promoción por enfermedad oncológica priorizada a la población.
		8.3.1.2. Brindada la atención de prevención por enfermedad oncológica priorizada a la población.
	8.3.2. Brindadas las atenciones integrales a la población con enfermedad oncológica priorizada en el segundo nivel de atención.	8.3.2.1. Brindados los servicios de hospitalización a la población por enfermedad oncológica priorizada.
		8.3.2.2. Brindada la atención de consulta externa a la población por enfermedad oncológica priorizada.
8.4. Mejorada la salud de las personas con Enfermedad Renal Crónica	8.4.1. Brindadas las atenciones integrales a la población por Enfermedad Renal Crónica en el primer nivel de atención.	8.4.1.1. Brindada la atención de promoción a la población general por Enfermedad Renal Crónica.
		8.4.2. Brindadas las atenciones integrales a la población por Enfermedad Renal Crónica en el segundo nivel.

		8.4.2.3. Brindado el procedimiento de diálisis.
--	--	---

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

8.2 Estrategias del PEI 2018-2022

8.2.1. Ampliación de cobertura y aseguramiento

Una de las dimensiones de la función de rectoría de la salud es la **garantía del aseguramiento**, que implica “establecer, dar seguimiento y evaluar la implementación de un sistema plural de aseguramiento en salud a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, mediante la definición de políticas, de financiamiento y planes explícitos de beneficios de acuerdo a necesidades, nivel de exclusión, riesgo y vulnerabilidad de la población y disponibilidad de recursos financieros⁴⁸”, la cual tiene por objetivo incrementar el acceso y lograr la cobertura universal.

La ampliación de cobertura de salud a la población mediante la implementación de un sistema plural de aseguramiento público consta asimismo como un objetivo en el Plan de Nacional de Salud 2018-2022, para lo cual se prevé que el sistema asegure a la población un conjunto de prestaciones a garantizar y un plan obligatorio de salud.

El aseguramiento público de la salud, de acuerdo al marco jurídico legal vigente, que se establece en la Constitución de la República⁴⁹, se desarrolla dentro de la seguridad social y al amparo del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

8.2.2. Restructuración organizativa

En el marco de la separación de funciones, propuesta en el documento “Marco conceptual, político y estratégico de la reforma del sector salud” (2009) y para su operacionalización, la Secretaría de Salud se ha dotado de una nueva estructura organizacional y funcional en el nivel central y en el nivel intermedio. Ello ha permitido que las regiones sanitarias ejerzan el rol rector de algunas funciones de la Secretaría de Salud en su ámbito geográfico de competencia y con los alcances establecidos en las normas, apoyado por el proceso de descentralización en las unidades administrativas del nivel regional, bajo un racional principio de coordinación y descentralización administrativa⁵⁰.

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

8.2.3. Calidad de los servicios de salud

El Sistema Nacional de Calidad en Salud (SNCS) identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el “conjunto de

⁴⁸ Decreto ejecutivo PCM -061-2013 de fecha 29 de enero 2014

⁴⁹ Constitución de la República de Honduras, artículo 142.

⁵⁰ Acuerdo 2760 de 9 de agosto de 2012, por el que se aprueba el Manual de Organización y Funciones de las Regiones Sanitarias.

procesos, procedimientos, normas y reglamentos que, de forma ordenada y transparente desarrollan los actores del SNCS bajo el liderazgo de la SESAL, como entidad rectora, encaminado a la normalización y la vigilancia de la calidad de los Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario (PSEIS) y de los procesos de atención, gestión y producción, con el fin de proteger la salud y garantizar la seguridad y satisfacción de la población”⁵¹.

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

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

8.2.4. Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Los principios básicos de la APS⁵² y que han sido retomados por la SESAL son:

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

El nuevo MNS definido por la SESAL se basa en la APS, en la cual la promoción de la salud y las acciones de prevención y recuperación forman parte de la APS. Su prestación se está realizando a través de los Establecimientos de Salud (ES) y de los Equipos de Salud Familiar (ESFAM), con el fin de garantizar que la población sea atendida en diferentes ámbitos próximos a sus hogares. Con la política de salud actual, dichas unidades están siendo reorganizadas en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

La Secretaría como ente rector de la salud, ha venido realizando esfuerzos importantes desde el año 1972 en el proceso de atención primaria en salud en el país, por ser considerado el núcleo del sistema de salud y formar parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad⁵³. La experiencia más reciente en marcha es el Convenio de Cooperación Institucional⁵⁴, entre la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Secretaría de Estado en el Despacho

⁵¹ Secretaría de Salud. Política Nacional de Calidad en Salud. Marzo 2011

⁵² Salud para todos en el año 2000: Estrategias. Documento oficial N° 173 OPS/OMS, 1980

⁵³ OMS/OPS. http://www.who.int/topics/primary_health_care/es

⁵⁴ Convenio de Cooperación Institucional. Decreto PCM 25-2012 de 10 de julio de 2012, publicado en La Gaceta el 13 de julio de 2012

de Educación, Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa, Alcaldía Municipal de Colinas, Santa Bárbara y el primer Hospital Popular Garífuna.

Este convenio tiene por objeto la ejecución del Sistema Integral de Atención Familiar de salud, en los 298 municipios del país, aplicándose de manera gradual de acuerdo a la disponibilidad de recursos económicos, físicos y humanos.

8.2.5. Descentralización de la gestión de la Provisión de los Servicios de Salud

La descentralización es una política de Estado⁵⁵, que tiene por objetivo específico, entre otros, “impulsar y profundizar la descentralización del Estado, así como la modernización, unidad y eficiencia del Estado, mediante la transferencia de competencias y recursos acorde con el modelo para la descentralización del Estado y alineado al diseñado en el marco de la Visión de País y Plan de Nación, para ampliar el acceso, cobertura y abastecimiento de servicios públicos”.

En el Marco Conceptual, Político y Estratégico del Sector Salud, “Se postula que la separación de la gestión de los servicios de salud del conjunto de funciones de la rectoría, a través de un proceso efectivo y acelerado de descentralización administrativa, constituye la Estrategia fundamental para hacer posible la extensión de la cobertura de servicios de salud priorizando los grupos excluidos y sub atendidos. La descentralización de la gestión de la provisión de servicios de salud dentro de la Secretaría de Salud, como el instrumento de la separación de funciones para permitir el fortalecimiento de la rectoría, constituye un componente esencial del proceso de la reforma del sector salud. Dado el peso específico que ha tenido hasta el momento la Secretaría de Salud como proveedora de servicios, con la descentralización se logrará que el sistema de salud en su conjunto adquiera la capacidad de respuesta eficaz, eficiente, oportuna y organizada, que las circunstancias actuales demandan”⁵⁶. Para ello con la descentralización:

Se avanzará en un proceso acelerado de extensión de cobertura a través de gestores descentralizados para la provisión de servicios.

Se estimulará la autonomía de gestión de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Se estimulará el desarrollo y uso de instrumentos para la transferencia de recursos a proveedores públicos o sociales, tal como, los compromisos, convenios o contratos de gestión, en el marco de un sistema integrado por diversos tipos de proveedores.

Se establecerán mecanismos para el uso transparente y eficiente de los recursos y el control social.

La planificación y programación de intervenciones se realizarán en el marco de las necesidades de la población según el perfil de salud de un área determinada.

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

⁵⁵ Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo. Decreto Ejecutivo PCM 021-2012.

⁵⁶ Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. Enero 2009.

Se está desarrollando en el primer y segundo nivel gestión descentralizada de la provisión de servicios a través de mecanismos, tales como Compromisos de Gestión, Convenios y Contratos. Aproximadamente, un millón quinientas mil y dos millones seiscientos mil personas están recibiendo servicios del primer y segundo nivel de atención respectivamente con modelos de gestión descentralizada⁵⁷.

8.2.6. Gestión basada en resultados

Uno de los principios fundamentales de la Visión de País al 2038, establece: “El Gobierno basara su accionar en un sistema de planificación estratégica conformado de manera coherente y eficiente, con apego a los principios de liderazgo y apropiación ciudadana, gestión basada en resultados y responsabilidad compartida con el resto de los poderes del Estado”.⁵⁸

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

Lo anterior tiene su asidero en el trabajo que a lo largo de muchos años han demostrado los expertos en el tema, así la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública⁵⁹, señala que la administración pública tiene dos propósitos fundamentales: i) Lograr la satisfacción de los ciudadanos; ii) Adoptar una gestión orientada a resultados.

Toda gestión pública debe estar orientada a la satisfacción del ciudadano, ya sea como usuario o beneficiario de servicios y programas públicos como legítimo participante en el proceso de formulación, ejecución y control de las políticas públicas bajo el principio de corresponsabilidad. Además, la gestión pública orientada a resultados debe estar sujeta a diversos controles sobre sus acciones, tal como, la responsabilidad de ejecución de la autoridad pública por medio del control social y la rendición de cuentas de forma periódica.

El instrumento que operativiza este concepto son los compromisos y contratos de gestión firmados con cada uno de los gerentes de los servicios de salud propios y no propios de la SESAL, estableciendo indicadores específicos y el cronograma para su monitoreo y evaluación.

8.2.7. Focalización y priorización

La focalización y priorización son instrumentos de gestión pública para mejorar la eficacia de las intervenciones y la eficiencia en el uso de los recursos. Surgen de la necesidad de la equidad, de la escasez y del conflicto de satisfacer las necesidades ilimitadas y crecientes

⁵⁷ Fuente: Unidad de Gestión Descentralizada SESAL

⁵⁸ Republica de Honduras. Visión de País 2010-2038. Plan Nación 2010-2022.

⁵⁹ Aprobada en el X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado en el año 2008.

con recursos limitados. La inequidad no resulta de las diferencias de consumo entre grupos sino del consumo inferior a un mínimo socialmente aceptable.

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

La opción retomada por la SESAL es la equidad vertical (asignación de diferentes recursos para diferentes niveles de necesidad) priorizando la población más pobre asegurándoles una cartera de prestaciones; pero sin exclusión del resto de población. Una vez realizada la focalización, la priorización es la acción de ordenar algo con respecto de otra, en tiempo o en orden, que en el caso de la SESAL se han priorizado: i. Grupos específicos (mujer en condición de embarazo; los menores de cinco años); ii. Enfermedades transmisibles (infecciosas: VIH/Sida y TB; y vectoriales: Dengue, Chikungunya, Zika, Malaria, Chagas y Leishmaniasis); iii. Enfermedades No Transmisibles (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Oncológica Priorizada, Enfermedad Renal Crónica).

El mandato del Plan de Gobierno de Salud 2018-2022 es focalizar las intervenciones en los municipios más pobres del país y en la población de las zonas de extrema pobreza de las cinco ciudades con más de 100,000 habitantes. Además, de priorizarse los municipios ubicados en la Zona del Corredor Seco.

8.2.8. Estrategia de la Institucionalidad de la Perspectiva de Equidad de Género e Interculturalidad

Honduras ha asumido compromisos en diferentes cumbres, conferencias, tratados y políticas internacionales, regionales y nacionales sobre la integración de la perspectiva de equidad de género en sus políticas públicas, las cuales tienen como fin evidenciar y disminuir las desigualdades de género mediante la implementación de intervenciones y acciones que consideren estas situaciones. Específicamente como Estado Miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), de la Organización de Estados Americanos (OEA) y del Sistema de Integración Centroamericana (SICA), ha suscrito y ratificado la mayoría de Tratados y Convenios, por tanto, se ha inscrito en el Sistema Universal e Interamericano de Protección de los Derechos Humanos. Algunos donde Honduras es signatario son: Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las Mujeres (CEDAW), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo 1994 2), IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing ONU (1995), Convención Interamericana para prevenir, Erradicar, y Sancionar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem Do Para” (1995), Cumbre de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible y la Aprobación de la Agenda 030, Política de Igualdad de Género en Salud (OPS 2005), Política Regional de Igualdad y Equidad de Género (PRIEG), Ley Contra la Violencia Domestica – Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer (2014-2022), Plan de Nación 2010-2022 y Visión de País 2010-2038, II Plan de Igualdad y Equidad de Género 2010-2022 (II PIEGH), Política Pública y el Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (2013),

Política Nacional de Género en Salud 2015, Plan Nacional de Salud 2018-2022, Disposiciones Presupuestarias para 2019 (Presupuestos Sensibles al Género).

La igualdad de género, es un aspecto fundamental de los compromisos asumidos a nivel mundial como los compromisos de los ODS. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos para el período 2015 – 2030, en su Agenda 2030 promueven la igualdad de género, específicamente en el ODS 5 “*Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Sin embargo, todos sus objetivos incluyen una dimensión de género. Por lo que es esencial para el desarrollo garantizar los derechos humanos de las mujeres y hombres por igual.*

El empoderamiento de las mujeres es una condición previa para lograr estos objetivos. Las mujeres tienen un papel crucial que jugar en todos los ODS, con muchos objetivos reconociendo la igualdad y el empoderamiento de las mujeres, tanto como el objetivo en sí como parte de las soluciones.

La agenda pide la incorporación sistemática de la perspectiva de género en los 17 objetivos. Específicamente en la Meta 5.4 de los ODS se llama a reconocer y valorar el trabajo doméstico no remunerado por medio de servicios públicos, infraestructura y políticas de protección social, así como promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia. Este marca nuevos retos para que el Estado de Honduras pueda avanzar en el logro de los mismos.

La SESAL en su proceso de planificación adquiere el compromiso de contribuir al cumplimiento de los ODS específicamente el ODS dedicado a promover el derecho a la salud (ODS-3 *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*). El cual se desarrollará mediante la incorporación de la perspectiva de la equidad de género en todas sus políticas con la finalidad de la identificación, análisis y acciones direccionadas hacia la disminución de las brechas de desigualdad entre los géneros.

Conceptualización de términos utilizados y entendimientos en Salud

Equidad, no es lo mismo que igualdad; paralelamente, no toda desigualdad es considerada como inequidad. La noción de **inequidad** adoptada por OMS/OPS es la de “**desigualdades innecesarias y evitables y, además, injustas**”⁶⁰. Mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos. En términos operacionales, **la equidad en salud es la minimización de disparidades evitables en la salud – y sus determinantes – entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social.**

Al abordar la equidad en salud, conviene distinguir entre estado de salud y atención de la salud. **Estado de salud** tiene que ver con el bienestar físico, psíquico, y social de las personas, mientras que la **atención de la salud** es solo uno de los múltiples determinantes del estado de salud. La atención se refiere a aspectos centrales de los servicios de salud, como son la accesibilidad, la utilización, la calidad, la asignación de recursos, y el financiamiento. En consecuencia, La equidad en el **estado de salud** apunta al logro por parte

⁶⁰ Whitehead, M., The concepts and principles of equity and health. Document EUR/ICP/RPD/414., WHO Office for Europe, Copenhagen, 1990

de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos. La equidad en la **atención de la salud** implicaría que: los recursos se asignen según la necesidad; los servicios se reciban de acuerdo con la necesidad, y el pago por servicios se haga según capacidad económica. La necesidad está en la base del concepto de equidad distributiva, que apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos.

Género es un concepto relacional. Su objeto de interés no es la mujer o el hombre; son las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres –o entre los ámbitos “masculinos” y “femeninos” -- en torno a la distribución del poder. Género ocupa un lugar central –junto con clase y etnia--en el nivel macro de asignación y distribución de recursos dentro de una sociedad jerárquica. La relevancia de género en el nivel macro radica en su función articuladora de dos dimensiones complementarias de la economía: trabajo no remunerado (trabajo reproductivo) y trabajo remunerado (trabajo productivo).

La participación social desempeña un papel crucial en el logro efectivo y sostenible de los objetivos de la equidad en un sentido amplio, y de género en particular. La participación se concibe como el ejercicio del derecho ciudadano a incidir sobre los procesos que afectan el propio bienestar. Es urgente eliminar el enfoque instrumentalista que ha predominado con respecto a la participación femenina en el sistema de salud en aras de una mayor equidad en la distribución de las responsabilidades y el poder en la producción de la salud.

La perspectiva de género se ha definido como una herramienta conceptual que busca mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres se dan, más que por su determinación biológica, por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos

Adoptar la perspectiva de género en salud implica vincular la división por sexo del trabajo y del poder dentro de una población, con los perfiles epidemiológicos, y con las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud de esa población. En consecuencia, las inequidades de género en salud se refieren a una o más de las siguientes dimensiones: Estado de salud y sus determinantes; Acceso efectivo a atención de acuerdo con necesidad; Financiamiento de la atención según capacidad de pago; Balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud.

En relación a la distribución de las responsabilidades y el poder en la producción de la salud, las mujeres representan el 80% de la fuerza laboral en salud, y son las principales gestoras y proveedoras de atención dentro de la familia y la comunidad. Más del 85% de la atención de la salud ocurre fuera de los servicios y esta atención es provista mayoritariamente por mujeres en el hogar y en la comunidad de manera gratuita (campañas de vacunación, detección y tratamiento temprano de enfermedades, atención de los ancianos, de los niños, de los enfermos, de los sanos). Constituyéndose en una recomendación el promover el desarrollo de estudios sobre la distribución de los costos visibles e invisibles de los cuidados de salud que permitan avanzar en la discusión sobre una distribución justa y eficiente de los cuidados de la salud entre el Estado, el mercado y las familias⁶¹.

⁶¹ Políticas de Salud OPS. Valora el trabajo no remunerado de cuidado de la salud: transforma la vida de las mujeres.

Las diferencias y los roles sociales asignados por género se encuentran presentes en todos los ámbitos donde se desenvuelve el ser humano, y están íntimamente vinculados con las diferentes situaciones de salud que enfrentan. Estableciéndose brechas de desigualdad según sexo y donde el ámbito de salud no se encuentra exento de estas e inclusive atiende las consecuencias de estas desigualdades de otros ámbitos íntimamente relacionados con la salud, como es el caso de las repercusiones en salud de los distintos tipos de violencia contra la mujer siendo un problema de salud pública. Estas diferencias de género permiten identificar diversas problemáticas de salud y su forma de atención, con una visión que distingue inequidades y su repercusión en los procesos de salud – enfermedad de hombres y mujeres. En este sentido, las causas de morbilidad y mortalidad, así como las expectativas de vida diferenciales, responden en gran medida a las inequidades de género, las cuales se articulan con otras desigualdades de clase social, etnia y edad.⁶²

Es importante reconocer que el abordaje de salud sin perspectiva de género contribuye a potencializar, profundizar y mantener estas desigualdades. En el ámbito de la salud sexual reproductiva en relación a las mujeres se encuentra una serie de eventos indispensables de ser abordados y atendidos desde la perspectiva de género y los derechos humanos, como ser todos los tipos de violencia en especial la violencia sexual y la interrupción del embarazo (aborto) donde ambos se constituyen en problemas de salud pública; y en relación a los hombres en términos generales su mayor problema de salud lo constituyen las muertes por causas violentas (como también está presente el desconocimiento de situaciones de salud sexual y reproductiva específicas), todo lo anterior derivados del estilo de vida, la influencia cultural y el comportamiento de género los cuales requieren diversas estrategias tanto preventivas como curativas.

Frente a esta situación en salud es necesario realizar acciones especialmente en la generación de información sobre la situación y los determinantes de las inequidades de género en el ámbito de la salud, traducir esta información de manera comprensible a políticos – planificadores – y activistas, elaborar políticas encaminadas a prioridades de acción conducentes a una mayor equidad en salud, definir mecanismos institucionales para la incorporación de manera democrática y sostenible en los procesos de gestión de políticas.

Ante lo antes expuesto, la integración del enfoque y perspectiva de género se considera imprescindible e indelegable en salud. Es así, que la SESAL inició actividades en género desde finales de la década de los ochenta, a partir de lineamientos del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS (para toda la Región de las Américas), encaminados a la incorporación de la transversalización de la perspectiva de género en salud en algunos procesos y acciones.

En el 2013 la SESAL elaboró un Diagnóstico de la Transversalización de la Perspectiva de Igualdad de Género⁶³, siendo una de sus recomendaciones: la elaboración de una política de género, que permitiera impulsar el proceso de transversalización de género. Esta recomendación se vio reforzada y considerada con la:

⁶² Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones 2005. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en colaboración con el Centro Nacional de Estudios de la Mujer y la Familia (CEMyF). Secretaría de Salud de México. 2005.

⁶³ Secretaría de Salud de Honduras. Diagnóstico de la Transversalización de la Perspectiva de Género en la Secretaría de Salud de Honduras. 2013.

- A. Aprobación y puesta en marcha del Modelo Nacional de Salud en mayo del 2013, que define el enfoque de género como un eje transversal y mandatorio en todo el accionar de la SESAL. Este tomará en consideración e incorporará en todas sus intervenciones: a) las barreras que limitan el acceso de hombres y mujeres a servicios de salud; b) las necesidades específicas de mujeres y hombres en su diversidad e interculturalidad; c) la identificación de potenciales desigualdades y sesgos de género; d) la identificación y eliminación de factores de discriminación, desigualdad, inequidad o determinantes negativos psicosociales de género; e) potenciar el empoderamiento y la participación de mujeres y hombres en el autocuidado personal, familiar y comunitario de la salud⁶⁴.
- B. Elaboración y aprobación de la Política Nacional de Género en Salud en el 2015, la cual está alineada a la Ley Marco de Protección Social.
- C. Elaboración del Plan Nacional de Salud 2018-2022. Este retoma en sus principios y valores la inclusión de la equidad de género⁶⁵.

La institucionalización de la Transversalización de Género⁶⁶ en Salud entendido como el proceso activo de establecer iniciativas, desarrollar relaciones, prácticas y procedimientos para convertirlo en algo duradero y sostenible es imprescindible, y necesario para lograr avanzar en la incorporación de un enfoque de género.

En la SESAL se quiere contribuir en el logro de la igualdad de género, para alcanzar la igualdad de oportunidades en un SNS que sea inclusivo, equitativo y justo para lo cual se institucionalizara la transversalización de género e interculturalidad en todos los procesos de gestión en salud (rectoría, atención y provisión de servicios de salud), todo esto cumpliendo con la Ley del Sistema Nacional de Salud establecido en la Ley Marco del Sistema Nacional de Protección Social. Con lo que se pretende mejorar el acceso a la población hondureña a una atención integral en salud de calidad y calidez de acuerdo a sus necesidades de manera diferenciada, con énfasis a la población en situación de exclusión y vulnerabilidad social.

Para la institucionalización de la transversalización (incorporación) de género, la SESAL:

- Organizará un equipo de integración de género con representación de cada una de las unidades técnicas estratégicas de nivel central, para que fortalezca el proceso en la institución acompañada por un grupo consultivo de actores estratégicos para este proceso (INAM, Agencias de Cooperación, Proyectos y otros) que definirán el abordaje estratégico de la cultura organizacional en sus diferentes espacios de trabajo. Especialmente, entre el personal del nivel técnico-normativo para la elaboración de documentos normativos que le competen como ente rector entre los cuales están leyes, políticas, acuerdos, convenios, lineamientos, planes estratégicos, presupuestos, proyectos, etc. y cualquier otro instrumento que se labore en materia de salud.

⁶⁴ Modelo Nacional de Salud. 2013.

⁶⁵ Guía para transversalizar la perspectiva de igualdad de género. USAID-ULAT (2014)

⁶⁶ La Transversalidad, es el proceso que permite garantizar la incorporación de la perspectiva de género con el objetivo de valorar las implicaciones que tiene para las mujeres y los hombres cualquier acción que se programe, tratándose de legislación, políticas públicas, actividades administrativas, económicas y culturales en las instituciones públicas y privadas.

- En su papel de rector, orientara a los formadores de recursos humanos en salud para la inclusión de género en la currícula de las carreras del área de la salud y otra relacionadas.
- Definirá y desarrollará mecanismos de comunicación interna y externa sensible a género, así como la implementación de mecanismos de denuncia en coordinación con los entes competentes (Ministerio Público, Secretaría de Derechos Humanos, etc.)
- En la inducción y/o desarrollo de capacidades de los recursos humanos se brindará conocimientos conceptuales en el tema de género, política de género, estrategia y el plan de implementación de la misma; así como con los documentos normativos para la prestación de servicios de salud relacionados con los temas de género. Que le permita la sensibilidad personal facilitándole su aplicación en el puesto laboral y en el ejercicio de sus funciones.
- A partir del desarrollo de competencias de los recursos humanos de la SESAL, estos poseerán las capacidades para la implementación de la transversalización de género, en todos los procesos institucionales que contribuyan a la promoción de la equidad e igualdad de salud, especialmente por sexo, edad, discapacidad, orientación sexual, pertenencia étnica y territorial que dé respuestas a las necesidades y especificidades de la población.
- En relación al conocimiento, se promoverá y fortalecerá la generación, análisis, uso y difusión oportuna de evidencia científica relacionada a las diferencias de género, que den cuenta de las brechas de inequidad/desigualdad e impacto de las intervenciones en salud de las mujeres y hombres que sirva de base para la toma de decisiones.
- Gestionará y facilitará los medios para lograr el conocimiento necesario y adecuado en sus equipos técnicos responsables de la elaboración de presupuesto, sobre la aplicación de metodologías que impulsen la formulación de presupuestos sensibles a género de forma progresiva y adecuada de acuerdo a las capacidades de la institución y en coordinación con INAM, SEFIN, Congreso Nacional, entre otros. Para este proceso se deberán desarrollar y aplicar herramientas de análisis presupuestario que brinden información desagregada y analice inequidades del gasto y financiamiento (gasto de bolsillo, gastos gubernamentales y de Cooperación Internacional) en salud de mujeres y hombres.

8.2.9. Estrategia de Atención Integral del Adulto Mayor

Con esta estrategia de salud de la persona adulta mayor⁶⁷ se pretende contribuir a mantener o recuperar la autonomía, orientando los cuidados de salud a potenciar el desarrollo de las actividades que el adulto mayor necesite o desee realizar. En términos más amplios a contribuir a prolongar su vida, con calidad. A través de:

⁶⁷ Adulto mayor como aquellas personas que tienen sesenta (60) años de edad y más.

- Asegurar a las personas adultas mayores el acceso oportuno a servicios de salud integrales y de calidad.
- Prevenir o atenuar episodios de morbilidad aguda o reagudización de patologías crónicas.
- Promover prácticas adecuadas de cuidado a las personas adultas mayores.
- Disminuir la mortalidad por causas prevenibles o evitables.
- Promover los estilos de vida saludable y el auto cuidado desde etapas tempranas de la vida y en la vejez.
- Asegurar a las personas adultas mayores el acceso oportuno a medicamentos e insumos necesarios para el tratamiento de sus afecciones crónicas y degenerativas.
- Promover la formación de recurso humano en atención geriátrica, gerontológica, así como capacitación de personal institucional y no institucional en atención y cuidados para los adultos mayores.
- Fortalecer acciones intersectoriales y el empoderamiento de los gobiernos locales para la atención de los adultos mayores.

Para operativizar todas las acciones estratégicas mencionadas se impulsarán con mayor énfasis los componentes de promoción y prevención de la salud en el marco de la Atención Primaria Renovada, en los dos niveles de atención de la red de servicios de salud de la SESAL y a través de un conjunto garantizado de prestación de servicios de Salud.

8.2.10. Estrategia de Atención a la Salud de los Migrantes

A fin de alcanzar la visión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 - *no dejar a nadie atrás* -, es indispensable abordar adecuadamente los derechos a la salud y las necesidades de los migrantes en el pacto mundial para una migración segura, ordenada y regular. A pesar de que la salud es un requisito previo para el desarrollo sostenible, no figura en las seis sesiones temáticas de las modalidades para la elaboración del pacto mundial ni en los 24 elementos contenidos en el anexo II de la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes. Con objeto de abordar este tema, el Consejo Ejecutivo de la OMS, en su 140ª Reunión en enero del 2017, solicitó que la Secretaría de la OMS elaborara un marco de prioridades y principios rectores en estrecha colaboración con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) a fin de promover la salud de los refugiados y migrantes.⁶⁸

⁶⁸Organización Mundial de la Salud. Consejo Ejecutivo, decisión EB140 (9), *Promoción de la salud de refugiados y migrantes*.

En Honduras la Migración es un fenómeno de atención prioritaria. Durante el año 2017 (Enero a Octubre) han sido deportados al país un total de 39,857 hondureños y se comporta de manera ascendente.

La Secretaría de Salud ha definido las siguientes líneas de Acción estratégica:

- Fortalecer la coordinación interinstitucional y los mecanismos de colaboración para lograr sinergias y eficiencias en la cooperación técnica nacional y sub regional en el tema de Salud y Migración
- Fortalecer las acciones en el marco del reglamento sanitario Internacional, principalmente con los 31 puntos de Entrada establecidos en el país, articulándolos en las RIIS, respectivas
- Contribuir hacia el logro de los objetivos de Desarrollo Sostenible, en el componente de salud.
- Implementación del Subsistema de Información de atención en salud al migrante debidamente incorporado en el Sistema Integral de Información de la SESAL
- Activar los equipos de integración multisectorial para la atención integral de los retornados en lo que corresponde a salud.

8.2.11. Sistema de información integrado en salud

Los sistemas de información en el país se han caracterizado por su alta fragmentación, indefinición rectora en la conducción de sus componentes, falta de claridad y estandarización de sus flujos y procesos, así como la débil articulación entre las diferentes unidades involucradas en la generación del dato y su transformación en evidencia, entre otras, que lo hace inadecuado para el seguimiento de las intervenciones que se han puesto en práctica en el marco del desarrollo de los procesos críticos de la SESAL.

Para superar estas brechas, la SESAL cuenta con una propuesta para la construcción de un Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) para lo cual se plantea las siguientes acciones estratégicas de los siguientes componentes:

- a) Reingeniería de procesos, que tendrá como producto final el diseño de un sistema de información basado en procesos reales y actuales.
- b) Nominalidad del registro de los datos, evitando la duplicidad a través de un código único de identificación (Cedula de identidad o CUI-T código único de identificación temporal).
- c) La selección de tecnologías adecuadas para la captura y procesamiento del dato, entendiéndose que estas parten de un análisis del contexto en el que se producen y como consecuencia de la reingeniería de procesos.
- d) El empleo de metodologías para la auditoria del dato que permitan contar con información confiable y precisa.
- e) Sistematización del análisis para producir evidencia, conformando un centro integrador de información estratégica donde los diferentes actores puedan confluir

para un análisis conjunto y complementario de la problemática general de salud, incluyendo temas específicos según las necesidades concretas de la institución en términos de tomar decisiones oportunas y basadas en evidencia sólida.

8.2.12. Estrategia de abordaje a la Salud Mental

Con esta estrategia se pretende contribuir a un desarrollo humano sostenible de la población hondureña, donde la salud mental es uno de los pilares del desarrollo social, económico y político de una nación. Por lo tanto, es urgente el abordaje de una atención de manera integral a la salud de los habitantes de este país.

Es importante mencionar que los cambios socioeconómicos, culturales, políticos y ambientales en nuestro país independientemente de la condición de clase social, edad, etnia y género afectan a toda la población en general, al igual que el abordaje a los factores de riesgo que causan los problemas de salud mental requieren una intervención coordinada de manera interinstitucional e intersectorial, respetando principios fundamentales como ser el respecto a la Diversidad (etnia, clase social, género y opción sexual). Esta estrategia de abordaje para preservar y /o recuperar la salud mental se divide en seis áreas estratégicas descritas a continuación.⁶⁹

- 1) **Ética y Derechos Humanos.** Se debe desarrollar impulsando la Cultura (valores) de respeto de los derechos humanos desde la diversidad y con el ejercicio de los derechos ciudadanos para lograr un ambiente en el que esté presente la promoción, atención y rehabilitación de la salud mental.
- 2) **Violencia Intrafamiliar, Social y de Género.** La violencia es un problema estructural y afecta la salud mental de las personas a lo largo de su ciclo de vida, deben desarrollarse acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud mental a nivel individual, familiar y comunitario.
- 3) **Promoción y Prevención.** Promover contenidos, relaciones y espacios saludables fortaleciendo el trabajo intersectorial y con los gobiernos locales y prevención de la salud en los niveles primarios, secundarios y terciarios para fortalecer las practicas saludables que conllevan a la salud mental de la población en general.
- 4) **Identidad, cultura y Migración.** Fortalecer la identidad nacional, creatividad y reflexión colectiva a partir del respecto de la diversidad de género, edad, etnia y clase social, rehabilitando y reinsertando a la población migrante con atención a su salud mental.
- 5) **Fortalecimiento Institucional.** Fortalecimiento de las instituciones y organizaciones públicas y privadas cuyo accionar contribuye a la salud mental integral de la población y adecuación del marco institucional y fortalecimiento de la coordinación y apoyo mutuo entre los actores involucrados.
- 6) **Investigación Científica.** Investigaciones cualitativas y cuantitativas en poblaciones en posición de vulnerabilidad y Adecuación de estrategias y acciones para ser más eficaces en la reducción de la vulnerabilidad de los grupos seleccionados

⁶⁹ Política Nacional de Salud Mental (2004-2021), Tegucigalpa 14 de enero del 2004

8.2.13. Estrategia de abordaje a las Lesiones de Causa Externa

Esta estrategia es de mucha importancia para la atención integral de las Lesiones de Causa Externa que pueden convertirse en enfermedades catastróficas en vista que pueden demandar varios días de estancia en los hospitales además de una o varias operaciones quirúrgicas, significan la posibilidad de que la familia afectada por este evento ocasione la catástrofe de empobrecer al afectado y al resto de miembros del hogar⁷⁰, además de colapsar financieramente al sistema de Salud del País.

Áreas Estratégicas:

- Contribuir al Control de factores de riesgo causantes de accidentes y eventos que causan lesiones de causa externa a través de estrategias de prevención, con un abordaje interinstitucional e intersectorial y la Elaboración de un Plan de Información, Educación y Comunicación.
- Conformar en lo inmediato, equipos técnicos multidisciplinarios para el establecimiento de un sistema de información gerencial que genere información oportuna y confiable sobre: costos, gasto y cuentas nacionales de Lesiones de Causa Externa.
- Construcción y funcionamiento del Hospital especializado en Trauma, de carácter público que conformará la red de atención de servicios Hospitalarios de la SESAL, con una capacidad de 200 camas a un costo aproximado de 1,400 millones de lempiras con fondos de préstamo por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), que atenderá los pacientes víctimas de Lesiones de causa Externas a través de un conjunto garantizado de prestación de servicios.

IX. Presupuesto Plurianual 2018-2022

Las prioridades de la Secretaría de Salud plasmadas en el PEI 2018-2022 son la base para la elaboración del POA y el Presupuesto para cada año del período del PEI, en el marco de la gestión orientada a resultados y la creación de valor público.

Esta vinculación entre el Plan Estratégico con el Plan Operativo se ve reflejada a través del Sistema de Administración Financiera Integrada (SIAFI), el cual es un conjunto de subsistemas y módulos informáticos integrados, para la planificación, gestión y control de los recursos del Estado, es decir, constituye un sistema de gestión relacionada con el registro, orientado a reemplazar el flujo de papeles por el flujo de información computarizada, permitiendo que cada usuario, en la Unidad en la cual presta servicios, alimente la información una sola vez y en tiempo real en el sistema, para lo cual deberán contar con una clave de acceso que tendrá un nivel de responsabilidad la cual le permitirá desarrollar la labor asignada de acuerdo a su perfil de puesto.

El proceso de incorporación del Plan Estratégico al SIAFI se realiza a través de la ingreso al sistema de misión y visión institucional, los objetivos estratégicos, producto final primario, productos finales secundarios, productos intermedios primarios y productos intermedios secundarios; cada uno de estos ha sido redactado con la finalidad de dar respuesta a un

⁷⁰ Impacto Económico y Financiero de las Lesiones de Causa Externa en el Hospital Escuela, Honduras 2007

conjunto de actividades o tareas que realizan las unidades ejecutoras (nivel central, regiones de salud, hospitales y proyectos), dentro de estos se han tomado en cuenta cada una de las unidades que pueden realizar actividades que sean medibles a través del tiempo vinculadas a la ejecución de presupuesto y que estén orientadas a cumplir con rol de creación de valor público, es así que mediante el SIAFI podemos ver reflejado la vinculación entre la planificación estratégica y el presupuesto institucional, aunque este no determine un concepto real de un costeo si no que una relación entre las actividades realizadas por la institución y su presupuesto asignado orientado en la Gestión por Resultados.

El resultado final que se pretende con la articulación de la planificación estratégica y la planificación operativa y presupuestaria es la creación de valor público que se genera al satisfacer las necesidades o demandas de la población,⁷¹ y:

- Sean políticamente deseables como consecuencia de un proceso de legitimación democrática.
- Sean de propiedad colectiva, caracterizando así su naturaleza pública.
- Promuevan la generación de cambios sociales (resultados) que modifican ciertos aspectos del conjunto de la sociedad o de algunos grupos específicos reconocidos como destinatarios legítimos de los bienes públicos⁷².

X. Vinculación del Plan Estratégico con el Plan Operativo Anual

Las prioridades de la SESAL plasmadas en el PEI 2018-2022 son la base para la elaboración del POA y el Presupuesto para cada año del período del PEI, en el marco de la gestión orientada a resultados y la creación de valor público.

El resultado final que se pretende con la articulación de la planificación estratégica y la planificación operativa y presupuestaria es la creación de valor público que se genera al satisfacer las necesidades o demandas de la población,⁷³ y:

- Sean políticamente deseables como consecuencia de un proceso de legitimación democrática.
- Sean de propiedad colectiva, caracterizando así su naturaleza pública.
- Promuevan la generación de cambios sociales (resultados) que modifican ciertos aspectos del conjunto de la sociedad o de algunos grupos específicos reconocidos como destinatarios legítimos de los bienes públicos⁷².

En esa misma línea de pensamiento y dirigiendo los esfuerzos hacia una **Gestión para Resultados**, que implica un tipo de gestión guiado por objetivos y la obtención de resultados en función de los recursos empleados y el impacto producido, se ha retomado en este

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

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

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

proceso cada uno de sus componentes, tal como: i) la planificación estratégica y operativa; ii) el ciclo presupuestario; y iii) la estructura organizativa, para apoyar la administración pública, que se articulan en un proceso continuo que implica la redefinición de roles, atribuciones e interrelaciones entre autoridades de los diferentes niveles de gestión y las áreas de la institución, lo que facilitará evidenciar los resultados mediante el seguimiento y la evaluación de la gestión y mejorar la rendición de cuentas por resultados⁷⁴.

Se trata de una modalidad de gestión que utiliza información exhaustiva para la formulación de políticas; involucra herramientas prácticas de planificación, gestión del riesgo, seguimiento y evaluación. La gestión orientada a resultados en términos de desarrollo implica un cambio en el cual se pasa de un enfoque centrado en los aportes financieros y productos inmediatos (“¿Cuánto puedo gastar?”) hacia un enfoque de desempeño y logro de resultados concretos con repercusiones a largo plazo (“¿Qué puedo lograr con ese dinero?”)⁷⁵.

a. El proceso de planificación estratégica y operativa.

La SESAL en el desarrollo de su proceso de planificación ha tenido que identificar dos momentos para poder operativizar con sus unidades ejecutoras y a la vez cumplir con los requerimientos de programación y ejecución a lo interno de la institución y de otros requerimientos por entes externos a los cuales estamos obligados a rendir cuentas en forma periódica.

Es así que se identifica un primer momento, definido como **Planificación Interna o Institucional**, en el cual se brinda lineamientos y se orienta la planificación de forma homologada que deben de seguir cada una de nuestras unidades ejecutoras de acuerdo a las funciones que desarrolla o le son asignadas (rectoría y provisión de servicios de salud). Con este fin la SESAL ha definido ciertos elementos de planificación entre los que se pueden mencionar: los Productos Programables (PP), Grupos de Productos Programables (GPP) y Productos Trazadores (PT). Siendo este último, la base que vincula la planificación estratégica con la operativa, ya que a partir de ella es que se definen todos los elementos requeridos por los entes externos a la SESAL en sus respectivas plataformas de seguimiento y monitoreo.

El segundo momento, es el que llamamos **Planificación Externa de la SESAL**, la cual surge para poder cumplir con los requerimientos de información de acuerdo a los lineamientos establecidos por los entes responsables de darle seguimiento a los procesos de planificación de nuestra institución, como ser Secretaría de Finanzas, Secretaría de Coordinación General de Gobierno, entre otros.

Los Planes Estratégicos de las Unidades ejecutoras, elaborados en el marco del Plan Estratégico Institucional 2018-2022, son el referente de dichas Unidades, para la programación operativa anual y la elaboración del presupuesto. Tanto en la elaboración del

⁷⁴ SEFIN. Manual de Inducción y formulación del POA Presupuesto 2012. SEPLAN, mayo 2011, en SESAL “Modelo Nacional de Salud”, mayo 2013.

⁷⁵ “Gestión orientada a los resultados en términos de desarrollo”. 3° Foro de Alto Nivel sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo. ACRR. Septiembre 2008.

Plan Estratégico como del Plan Operativo, las Unidades ejecutoras deberán tener en cuenta las necesidades de las otras Unidades, dado que es probable, que el resultado de un producto de una Unidad sea requerido por otra Unidad para el desarrollo de su propio producto. Por ejemplo, la disponibilidad de una determinada norma o reglamento es imperativo para el desarrollo del objeto de los mismos.

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

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

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

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

En el gráfico siguiente se puede observar la vinculación entre los diversos tipos de productos y cómo estos van construyendo la cadena de valor de la producción para la creación de valor público en los dos niveles de Planificación: Estratégica y Operativa, que son visualizados a través de indicadores de: resultados, producción y cumplimiento, que alimentan el Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados (SIMEGpR) de la Secretaría de Salud (cuyo ámbito de monitoreo y evaluación es el resultado de la gestión institucional). Este a su vez alimentan las siguientes plataformas:

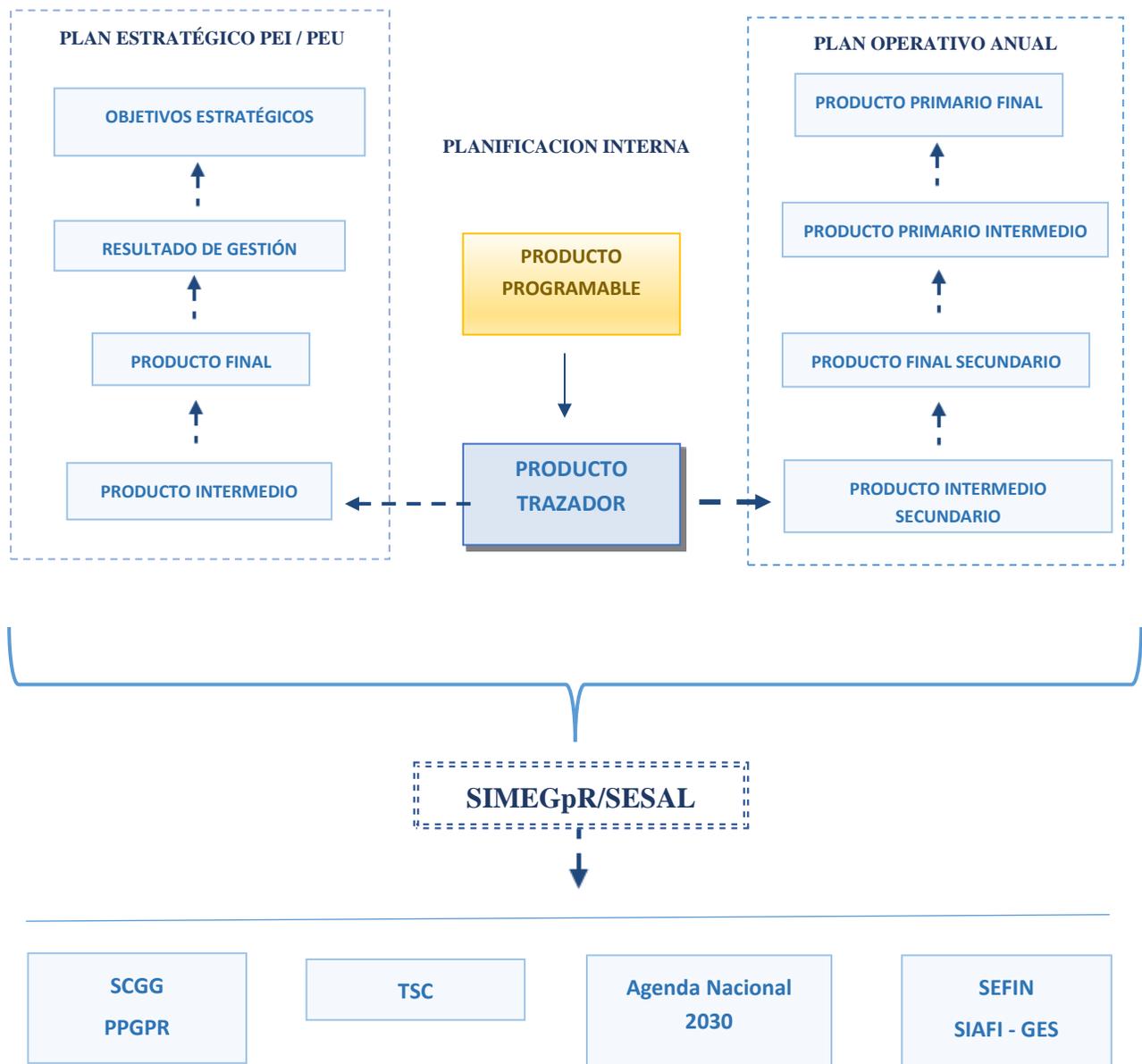
- Sistema de Monitoreo y Evaluación del Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS).
- Sistema de Administración Financiera Integrada de Gestión para Resultados (SIAFIGES) de la Secretaría de Finanzas.
- Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Dirección Presidencial de Gestión por Resultados (DPGPR).

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

Para ello, se requiere disponer de sistemas que armonicen los flujos de datos y de información para responder de forma oportuna y confiable ante los requerimientos

periódicos relativos a la ejecución de las intervenciones previstas para la construcción de indicadores y la medición de las metas.

Figura N° 8
Vinculación del Plan Estratégico con el Plan Operativo - Presupuesto y Sistemas de Monitoreo y Evaluación*





En el cuadro siguiente se visualiza la matriz que operativiza la figura anterior:

Cuadro N° 13

MATRIZ DE ARTICULACION DEL PLAN ESTRATÉGICO 2018 – 2022 CON SUS PLANES OPERATIVOS ANUALES

RECTORÍA

PLAN ESTRATÉGICO			PLAN OPERATIVO
Objetivo Estratégico N° 1	Conducir en todas sus fases un Sistema Nacional de Salud orientado hacia la integración y pluralidad		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
1.1. Implementado el Sistema Nacional de Salud Pluralista e Integrado.	1.1.1. Implementado el Modelo Nacional de Salud basado en Atención Primaria de Salud en todos sus componentes.	1.1.1.1. Componente de Atención diseñado e implementándose.	1.1.1.1.1 Servicios de Salud a nivel Nacional organizados en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de acuerdo a los lineamientos de la SESAL.
			1.1.1.1.2 Municipios priorizados con servicios de salud con gestión descentralizada.
			1.1.1.1.3 Población de las zonas de extrema pobreza de las cinco ciudades con más de 100,000 habitantes con cobertura de servicios de salud.
			1.1.1.1.4 Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS) atendiendo a la población de los municipios más postergados.

		1.1.1.1.5 Establecimientos de Salud tipo III del primer nivel (Policlínico) funcionando.
	1.1.1.2. Componente de Gestión para resultados elaborado e implementándose.	1.1.1.2.1 Unidades del primer nivel y segundo nivel funcionando bajo un compromiso de gestión no descentralizada.
		1.1.1.2.2 Redes Integradas de servicios de Salud desarrollando la estrategia de Mejora Continua de Calidad.
		1.1.1.2.3 Unidades de salud del segundo nivel funcionando bajo un convenio de gestión descentralizada.
		1.1.1.2.4 Planes y estrategias elaborados para el abordaje de problemas de salud priorizados.
		1.1.1.2.5. Redes de servicios de salud debidamente abastecidas de medicamentos e insumos necesarios para la atención integral.
	1.1.1.3. Componente de Financiamiento elaborado e implementándose.	1.1.1.3.1 Modulación del financiamiento.
		1.1.1.3.2 Sistema Nacional de Aseguramiento.
1.1.2. Diseñada e implementada la estructura organizacional de la Secretaría de salud basada en la separación de funciones de rectoría y provisión.	1.1.2.1. Desarrollo Organizacional del nivel central y el nivel intermedio implementándose.	1.1.21.1 Desarrollo Organizacional (DO) del Nivel Central implementado.
		1.1.2.1.2 DO del Nivel Intermedio implementado.
1.1.3. Desarrollada la Planificación institucional basada	1.1.3.1. Plan de priorización y focalización en base a	1.1.3.1.1 Diagnóstico sobre los grupos poblacionales y problemas de salud.

en el ejercicio de sus funciones de rectoría y de Provisión	grupos poblacionales y problemas de salud elaborado.	1.1.3.1.2 Análisis de necesidades financieras elaborado.
		1.1.3.1.3. Planes institucionales con enfoque de género, interculturalidad y derechos humanos.
	1.1.3.2. Desarrollada la Evaluación de la gestión institucional.	1.1.3.2.1. SIMEGpR Actualizado.
		1.1.3.2.2. SIMEGpR Socializado e implementado.
		1.1.3.2.3. Evaluación de la gestión institucional realizada
1.1.3.3. Desarrollada la Evaluación del SNS a través de las Funciones Esenciales de Salud Pública	1.1.3.3.1. Evaluación del SNS a través de las Funciones Esenciales de Salud Pública realizada.	
1.4.1. Desarrollado el Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS)	1.1.4.1. El Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) implementado.	1.1.14.1. Funcionando el sistema integrado de información en salud, bajo enfoque modular. 1.1.14.2. Elaboración del Diseño del SIIS. 1.1.14.3. Definición del Sistema alerta respuesta.
1.5.1. Implementado el modelo de gestión de desarrollo del talento humano basado en competencias	1.5.1.1. Modelo de gestión del talento humano basado en competencias, implementado	1.5.1.1.1. Desarrolladas las capacidades del recurso humano para todo el modelo nacional de salud.

PLAN ESTRATÉGICO			PLAN OPERATIVO
Objetivo Estratégico N° 2	Mejorar la seguridad y calidad de los bienes y servicios que recibe la población para incidir en el riesgo de enfermar y morir de los usuarios del sistema		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
2.1 Incrementado el cumplimiento del marco normativo en salud (establecimientos, RRHH, bienes y servicios)	2.1.1. Marco normativo de atención a las personas definido.	2.1.1.1. Marco normativo de atención a las personas actualizado e implementado.	2.1.1.1.1 Documentos normativos de atención a las personas elaborados (nuevo).
			2.1.1.1.2 Documentos normativos de atención a las personas actualizadas (existentes).
	2.1.2. Marco normativo sanitario definido.	2.1.2.1. Marco normativo de los establecimientos proveedores de servicios de salud Y OTROS actualizado e implementado.	2.1.2.1.1 Documentos normativos de los establecimientos proveedores de servicios de salud y otros elaborados (nuevos).
			2.1.2.1.2 Documentos normativos de los establecimientos proveedores de servicios de salud y otros actualizados (existentes).
	2.1.3. Intervenciones de vigilancia al cumplimiento del marco normativo en salud.	2.1.3.1. Aplicadas las acciones de vigilancia y control sanitario en cumplimiento del marco normativo.	2.1.3.1.1 Licencias Sanitarias a Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud
			2.1.3.1.2 Otras acciones de Vigilancia del Marco Normativo en Salud.
			2.1.3.1.3 Otras autorizaciones.
		2.1.3.2. Aplicadas las acciones de vigilancia y control de atención a las	2.1.3.2.1 Auditoría médica sistemática.
	2.1.3.2.2 Auditoría médica no sistemática.		

		personas en cumplimiento del marco normativo.	
--	--	---	--

PLAN ESTRATÉGICO			PLAN OPERATIVO
Objetivo Estratégico N° 3	Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población.		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
3.1. Definidas y Actualizadas las prioridades Nacionales para la Vigilancia de la Salud	3.1.1. Actualizado el Perfil de Salud	3.1.1.1. Actualizado el Análisis de Situación de Salud Nacional	3.1.1.1.1. Análisis de Situación de Salud Nacional
		3.1.1.2. Actualizado el Análisis de Situación de Salud Regional.	3.1.1.2.1. Análisis de Situación de Salud Regional.
		3.1.1.3. Actualizado el Perfil Epidemiológico Nacional	3.1.1.3.1. Perfil Epidemiológico Nacional
		3.1.1.4. Funcionando el Sistema de Alerta Respuesta a Nivel Nacional	3.1.1.4.1. Boletines Epidemiológicos Semanales elaborados
		3.1.1.5. Funcionando el Sistema de Alerta Respuesta a Nivel Regional	3.1.1.5.1. Vigilancia de Brotes - Epidemias

		3.1.1.6. Plan de Contingencias elaborado y/ o actualizado para la Respuesta Nacional ante las Emergencias y Desastres.	3.1.1.6.1. Plan de Contingencias elaborado y/o actualizado para la Respuesta Nacional ante las Emergencias y Desastres.
		3.1.1.7. Plan de Contingencias elaborado y/o actualizado para la Respuesta Regional ante las Emergencias y Desastres.	3.1.1.7.1. Plan de Contingencias elaborado y/o actualizado para la Respuesta Regional ante las Emergencias y Desastres.
		3.1.1.8. Implementado el reglamento sanitario internacional	3.1.1.8.1. Oficina Sanitaria Internacional de puntos de entrada funcionando. En base a los parámetros del RSI.
			3.1.1.8.2. Plan Estratégico para el cumplimiento de la Implementación del RSI en el ámbito de salud.

PROVISIÓN

PLAN ESTRATÉGICO			PLAN OPERATIVO
Objetivo Estratégico N° 4	Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
4.1. Mejorada la salud materna a través de atenciones integrales de salud (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación).	4.1.1. Brindadas las atenciones integrales a la mujer en condición de embarazo en el primer nivel de atención.	4.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la mujer en condición de embarazo.	4.1.1.1.1 Acciones de promoción a la mujer en condición de embarazo.
		4.1.1.2. Brindada la atención de prevención a la mujer en condición de embarazo.	4.1.1.2.1 Atenciones de Prevención a la Mujer en Condición de Embarazo.
			4.1.1.2.2 Atención de planificación familiar
		4.1.1.3. Brindada la atención prenatal.	4.1.1.3.1 Atención prenatal.
		4.1.1.4. Brindada la atención de parto institucional.	4.1.1.4.1 Atención de parto Institucional.
		4.1.1.5 Brindada la atención de puerperio.	4.1.1.5.1 Atención puerperal.
4.1.1.6. Brindadas otras atenciones por morbilidad general a la mujer en condición de	4.1.1.6.1 Atención a mujer embarazada por enfermedad.		

	embarazo, parto y puerperio.	
4.1.2. Brindadas las atenciones integrales a la mujer en condición de embarazo en el segundo nivel de atención.	4.1.2.1. Brindada la atención de prevención a la mujer en edad fértil.	4.1.2.1.1 Atención por Planificación Familiar.
	4.1.2.2 Brindada la atención prenatal.	4.1.2.2.1 Atención prenatal.
	4.1.2.3. Brindada la atención de parto institucional.	4.1.2.3.1 Atención de parto Institucional.
	4.1.2.4. Brindada la atención de puerperio.	4.1.2.4.1 Atención puerperal.
	4.1.2.5. Brindadas otros servicios de hospitalización por morbilidad causada por el embarazo parto o puerperio.	4.1.2.5.1 Egresos por Emergencias Obstétricas
4.1.2.5.2 Atención a mujer embarazada por enfermedad (consulta externa).		

PLAN ESTRATÉGICO			PLAN OPERATIVO
Objetivo Estratégico	Mejorar las condiciones de salud del menor de cinco años.		
N° 5			
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
5.1. Mejorada la salud de menores de cinco años a través de atenciones integrales de salud (promoción, prevención recuperación y rehabilitación).	5.1.1. Brindadas las atenciones integrales a menores de cinco años en el primer nivel de atención.	5.1.1.1. Brindada la atención de promoción a menores de cinco años.	5.1.1.1.1 Acciones de Promoción en la población Menor de Cinco Años.
		5.1.1.2 Aplicado el esquema completo de vacunación a menores de un año.	5.1.1.2.1 Esquema Completo de Vacuna Pentavalente en la población Menor de un año.
		5.1.1.3. Brindadas otras atenciones de prevención a menores de cinco años.	5.1.1.3.1 Control de Crecimiento y Desarrollo en la población Menor de Cinco Años
			5.1.1.3.2 Otras acciones de Prevención en la población Menor de Cinco Años
		5.1.1.4. Brindada la atención de neumonía / bronconeumonía a menores de cinco años.	5.1.1.4.1 Atención por Neumonía y Bronconeumonía en la población Menor de Cinco Años
		5.1.1.5. Brindada la atención por diarrea a menores de cinco años.	5.1.1.5.1 Atención por Diarrea en la población Menor de Cinco Años
5.1.1.6. Brindadas otras atenciones por	5.1.1.6.1 Otras atenciones por Morbilidad General en la población Menor de Cinco años		

		morbilidad general a menores de cinco años.	
	5.1.2. Brindadas las atenciones integrales a menores de cinco años en el segundo nivel de atención.	5.1.2.2. Brindada los servicios de hospitalización a menores de cinco años.	5.1.2.2.1 Egresos en la población Menor de Cinco Años
		5.1.2.1. Brindada la atención de consulta externa a menores de cinco años.	5.1.2.1.1 Atención de Consulta Externa en la población Menor de Cinco Años



SECRETARÍA DE SALUD

**PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL
2018-2022**

PLAN ESTRATÉGICO			Plan Operativo
Objetivo Estratégico N° 6	Mejorar el control y manejo de enfermedades vectoriales prioritizadas		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
6.1. Disminuida la incidencia de las enfermedades prioritizadas transmitidas por el vector Aedes (Dengue, Chikungunya y Zika.)	6.1.1. Brindadas las atenciones integrales a la población y al ambiente por enfermedades prioritizadas transmitidas por el vector Aedes en el primer nivel de atención.	6.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la población general por Dengue.	6.1.1.1. Acciones de Promoción sobre Dengue
		6.1.1.2. Brindada la atención de promoción a la población general por Chikungunya.	6.1.1.2. Acciones de Promoción sobre Chikungunya.
		6.1.1.3. Brindada la atención de promoción a la población general por Zika.	6.1.1.3.1 Acciones de promoción sobre Zika
		6.1.1.4. Brindadas las atenciones de prevención por enfermedades prioritizadas transmitidas por vector Aedes a la población y al ambiente.	6.1.1.4.1 Intervenciones de prevención y control a la población y ambiente por enfermedad transmitida por el vector Aedes
		6.1.1.5. Brindada la atención clínica a la	6.1.1.5.1 Atención clínica por Dengue.

		población por Dengue (CE).	
		6.1.1.6. Brindada la atención clínica a la población por Chikungunya (CE).	6.1.1.6.1 Atención clínica por Chikungunya.
		6.1.1.7. Brindada la atención clínica a la población por Zika (CE).	6.1.1.7.1 Atención clínica por Zika.
	6.1.2. Brindadas las atenciones integrales a la población y al ambiente por enfermedades prioritizadas transmitidas por el vector Aedes en el segundo nivel de atención.	6.1.2.1. Brindados los servicios de hospitalización a la población por Dengue.	6.1.2.1.4.1 Egresos por Dengue.
		6.1.2.2. Brindados los servicios de hospitalización a la población por Chikungunya.	6.1.2.5.1 Egresos por Chikungunya.
		6.1.2.3. Brindados los servicios de hospitalización a la población por Zika.	6.1.2.6.1 Egresos por Zika.
		6.1.2.4. Brindada la atención de consulta externa a la población por Dengue.	6.1.2.1.1 Atención de consulta externa por Dengue.
		6.1.2.5 Brindada la atención de consulta	6.1.2.1.2 Atención de consulta externa por Chikungunya.

		externa a la población por Chikungunya	
		6.1.2.6 Brindada la atención de consulta externa a la población por Zika	6.1.2.1.3 Atención de consulta externa por Zika.
6.2. Alcanzar la Eliminación de la malaria en el país.	6.2.1. Brindadas las atenciones integrales a la población y al ambiente por Malaria en el primer nivel de atención	6.2.1.1. Brindada la atención de promoción a la población general por Malaria.	6.2.1.1.1 Acciones de promoción de Malaria.
		6.2.1.2. Brindada la atención de prevención por Malaria a la población y al ambiente.	6.2.1.2.1 Intervenciones de Prevención y control de Malaria
		6.2.1.3. Brindada la atención clínica a la población por Malaria (CE).	6.2.1.3.1 Atención clínica por Malaria.
	6.2.2. Brindadas las atenciones integrales a la población por Malaria en el segundo nivel de atención.	6.2.2.1. Brindados los servicios de hospitalización a la población por Malaria.	6.2.2.2.1 Egresos por Malaria.
		6.2.2.2. Brindada la atención de consulta externa a la población por Malaria.	6.2.2.1.1 Atención de consulta externa por Malaria.
	6.3 Disminuida la Incidencia de Enfermedad de	6.3.1 Brindada la atención integral a la población y al	6.3.1.1 Brindada la atención de promoción a la población general

Chagas	ambiente por Enfermedad de Chagas en el primer nivel de atención	por Enfermedad de Chagas	
		6.3.1.2 Brindada la atención de prevención por Enfermedad de Chagas a la población y al ambiente.	6.3.1.2.1 Intervenciones de Prevención y control por Enfermedad de Chagas
		6.3.1.3 Brindada la atención clínica a la población por Enfermedad de Chagas	6.3.1.3.1 Atención Clínica por Enfermedad de Chagas
	6.3.2 Brindada la atención integral a la población por Enfermedad de Chagas en el segundo nivel de atención.	6.3.2.1. Brindados los servicios de hospitalización a la población por Enfermedad de Chagas	6.3.2.2.1 Egresos por Enfermedad de Chagas
		6.3.2.2. Brindada la atención de consulta externa a la población por Enfermedad de Chagas	6.3.2.1.1 Atención de consulta externa por Enfermedad de Chagas
6.4 Disminuida la Incidencia de la Enfermedad de Leishmaniasis	6.4.1 Brindada la atención integral a la población y al ambiente por Enfermedad de Leishmaniasis en el primer nivel de atención	6.4.1.1 Brindada la atención de promoción a la población general por Enfermedad de Leishmaniasis	6.4.1.1.1 Acciones de Promoción por Enfermedad de Leishmaniasis.
		6.4.1.2 Brindada la atención de prevención por Enfermedad de	6.4.1.2.1 Intervenciones de Prevención y control por Enfermedad de Leishmaniasis

		Leishmaniasis a la población y al ambiente.	
		6.4.1.3 Brindada la atención clínica a la población por Enfermedad de Leishmaniasis (CE).	6.4.1.3.1 Atención Clínica por Enfermedad de Leishmaniasis.
	6.4.2 Brindada la atención integral a la población por Enfermedad de Leishmaniasis en el segundo nivel de atención.	6.4.2.1. Brindados los servicios de hospitalización a la población por Enfermedad de Leishmaniasis.	6.4.2.2.1 Egresos por Enfermedad de Leishmaniasis
		6.4.2.2. Brindada la atención de consulta externa a la población por Enfermedad de Leishmaniasis.	6.4.2.1.1 Atención de consulta externa por Enfermedad de Leishmaniasis

PLAN ESTRATÉGICO			Plan Operativo
Objetivo Estratégico N° 7	Mejorar el control y manejo de enfermedades infecciosas priorizadas		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
7.1. Disminuida la incidencia de VIH/Sida.	7.1.1. Brindadas las atenciones integrales a la población por VIH/Sida en el primer nivel de atención.	7.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la población por VIH/Sida.	7.1.1.1.1 Acciones de promoción de VIH/Sida.
		7.1.1.2. Brindado el tratamiento Antiretroviral a las personas viviendo con VIH/Sida	7.1.1.2.1 Tratamiento con antirretrovirales entregados a la población viviendo con VIH/Sida.
		7.1.1.3. Brindada la atención clínica a las personas viviendo con VIH/ Sida (CE).	7.1.1.3.1 Atención Clínica por VIH/Sida
	7.1.2. Brindadas las atenciones integrales a la población por VIH/Sida en el segundo nivel de atención.	7.1.2.1 Brindada la atención de hospitalización por VIH/Sida.	7.1.2.1.1 Egresos por VIH/Sida
		7.1.2.2. Brindada la atención de consulta externa a las personas viviendo con VIH/Sida.	7.1.2.2.1 Atención de Consulta Externa por VIH/Sida

7.2. Disminuida la incidencia de Tuberculosis.	7.2.1. Brindadas las atenciones integrales a la población por Tuberculosis en el primer nivel de atención.	7.2.1.1. Brindada la atención de promoción a la población por Tuberculosis.	7.2.1.1.1 Acciones de promoción de Tuberculosis.
		7.2.1.2. Brindada la atención de prevención a la población por Tuberculosis.	7.2.1.2.1 Detección de sintomático respiratorio.
		7.2.1.3 Brindada la atención clínica a la población por Tuberculosis (CE).	7.2.1.3.1 Atención Clínica por Tuberculosis.
	7.2.2. Brindadas las atenciones integrales a la población por Tuberculosis en el segundo nivel de atención.	7.2.2.2 Brindada la atención de hospitalización por Tuberculosis.	7.2.2.1.1 Egresos por Tuberculosis.
		7.2.2.1 Brindada la atención de consulta externa por Tuberculosis.	7.2.2.2.2 Atención de Consulta Externa por Tuberculosis.

PLAN ESTRATÉGICO			Plan Operativo
Objetivo Estratégico N° 8	Mejorar el control y manejo integral de las enfermedades crónicas no transmisibles prioritizadas y sus factores de riesgo		
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
8.1. Mejorada la salud de las personas con Hipertensión Arterial.	8.1.1. Brindadas las atenciones integrales a la población por Hipertensión Arterial en el primer nivel.	8.1.1.1. Brindada la atención de promoción a la población por Hipertensión Arterial.	8.1.1.1.1 Acciones de promoción por Hipertensión Arterial.
		8.1.1.2. Brindada la atención de prevención a población en riesgo por Hipertensión Arterial.	8.1.1.2.2 Acciones de Prevención a la población por Hipertensión Arterial.
		8.1.1.3. Brindada la atención clínica a la población por Hipertensión Arterial. (CE)	8.1.1.3.3 Atención Clínica por Hipertensión Arterial
	8.1.2. Brindadas las atenciones integrales a la población por Hipertensión Arterial en el segundo nivel.	8.1.2.1. Brindados servicios de hospitalización a la población por Hipertensión Arterial.	8.1.2.1.1 Egresos por Hipertensión Arterial.
		8.1.2.2. Brindada la atención de consulta	8.1.2.1.1 Atención de Consulta Externa por Hipertensión Arterial

		externa a la población por Hipertensión Arterial.	
8.2. Mejorada la salud de las personas con Diabetes Mellitus.	8.2.1. Brindadas las atenciones integrales a la población por Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención.	8.2.1.1. Brindada la atención de promoción a la población por Diabetes Mellitus.	8.2.1.1.1 Acciones de promoción a la población sobre Diabetes Mellitus.
		8.2.1.2. Brindada la atención de prevención a la población por Diabetes Mellitus.	8.2.1.2.1 Acciones de Prevención a la población por Diabetes Mellitus
		8.2.1.3. Brindada la atención clínica a la población por Diabetes Mellitus. (CE)	8.2.1.3.1 Atención Clínica por Diabetes Mellitus
	8.2.2. Brindadas las atenciones integrales a la población por Diabetes Mellitus en el segundo nivel de atención.	8.1.2.1. Brindados servicios de hospitalización a la población por Diabetes Mellitus.	8.1.2.1.1 Egresos por Diabetes Mellitus.
		8.2.2.2. Brindada la atención de consulta externa a la población por Diabetes Mellitus	8.2.2.1.2 Atención de Consulta Externa por Diabetes Mellitus
	8.3. Mejorada la salud de las personas con enfermedades Oncológicas	8.3.1. Brindadas las atenciones integrales a la población con enfermedad oncológica priorizada	8.3.1.1. Brindada la atención de promoción por enfermedad oncológica priorizada a la población.

priorizada (Cáncer de: mama, cuello uterino, prostático, pulmón y gástrico)	en el primer nivel de atención.	8.3.1.2. Brindada la atención de prevención por enfermedad oncológica priorizada a la población.	8.3.1.2.1 Atención por Toma de Citología Vaginal
			8.3.1.2.2 Otras acciones de prevención por enfermedad oncológica priorizada a la población.
	8.3.2. Brindadas las atenciones integrales a la población con enfermedad oncológica priorizada en el segundo nivel de atención.	8.3.2.1. Brindados los servicios de hospitalización a la población por enfermedad oncológica priorizada.	8.3.2.1.1. Egresos por enfermedad oncológica priorizada.
		8.3.2.2. Brindada la atención de consulta externa a la población por enfermedad oncológica priorizada.	8.3.2.2.2. Atención de Consulta Externa por Enfermedades Oncológicas Priorizadas.
8.4. Mejorada la salud de las personas con Enfermedad Renal Crónica	8.4.1. Brindadas las atenciones integrales a la población por Enfermedad Renal Crónica en el primer nivel de atención.	8.4.1.1. Brindada la atención de promoción a la población general por enfermedad Renal Crónica.	8.4.1.1.1 Acciones de promoción a la población sobre la Enfermedad Renal Crónica.
	8.4.2. Brindadas las atenciones integrales a la población por Enfermedad Renal Crónica en el segundo nivel.	8.4.2.1. Brindada servicios de hospitalización a la población por enfermedad renal crónica	8.4.2.1.1 Egresos por Enfermedad Renal Crónica

	8.4.2.2. Brindada la atención de consulta externa a la población por Enfermedad Renal Crónica.	8.4.2.2.1 Atención de consulta externa por Enfermedad Renal Crónica
	8.4.2.3. Brindado el procedimiento de diálisis.	8.4.2.3. Procedimiento de diálisis.

PLAN ESTRATÉGICO			Plan Operativo
Objetivo Estratégico	Implementar intervenciones por curso de vida para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población.		
N° 9			
Resultados de Gestión	Productos Finales	Productos Intermedios	Productos Trazadores
Descripción	Descripción	Descripción	Descripción
9.1. Brindadas las atenciones de salud (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación) a la población general por curso de vida.	9.1.1. Brindadas las atenciones integrales a la población general por curso de vida en el primer nivel.	9.1.1.1. Brindada la atención de promoción no priorizada a la población general por curso de vida.	9.1.1.1.1 Acciones de Promoción no Priorizadas a Grupos y Enfermedades.
		9.1.1.2. Brindada la atención de prevención no priorizada a la	9.1.1.2.1 Intervenciones de Prevención por Rabia
			9.1.1.2.2 Intervenciones de Prevención de Odontología
			9.1.1.2.3 Acciones de vacunación a la población en general

	población general por curso de vida.	9.1.1.2.4. Otras Acciones de prevención a la población general.
	9.1.1.3. Brindada la atención clínica no priorizada a la población general por curso de vida, en Consulta Externa (CE).	9.1.1.3.1 Atención clínica No priorizada brindada a la población por Curso de Vida
9.1.2. Brindadas las atenciones integrales a la población general por curso de vida en el segundo nivel.	9.1.2.1. Brindada la atención de hospitalización no priorizada a la población general.	9.1.2.2.1 Egresos no priorizados de la población en general.
	9.1.2.2. Brindada la atención de consulta externa no priorizada a la población general	9.1.2.2.2 Atenciones de Consulta Externa no priorizada a la Población en General por Curso de Vida.
	9.1.2.3. Brindada la atención de emergencia a la población en general.	9.1.2.3.3 Atenciones de emergencia.

b. Entendimiento de elementos de la Planificación Interna o Institucional

Producto Programable (PP). Son todos aquellos productos definidos en la SESAL que cumplen con las condiciones de ser factibles de programar y de darle seguimiento o monitorear en su ejecución. Se entiende, como toda acción, actividad o tarea cuya ejecución requiere determinados insumos relacionados.

Grupo de Producto Programables. Una vez que se definen los PP estos se agrupan de acuerdo a una afinidad entre ellos y aquí se clasifican en dos tipos de acuerdo a su uso en la construcción de la meta física y financiera de los productos trazadores:

- **Producto Programable Financiero.** Se consideran a todos los productos que forman parte de un grupo de productos programable, debido a que todo producto tiene una expresión financiera de acuerdo a determinados insumos para su producción.
- **Producto Programable Estadístico.** Son todos aquellos productos identificados dentro de un GPP y que la meta física de ellos es sumable para la construcción de la meta estadística del producto trazador.

Producto Trazador. Es aquel producto definido por la SESAL y que representa a un GPP. Este PT es la base de la programación interna de la SESAL, con la cual se construyen o definen todos los elementos utilizados en la planificación externa requerida (SIAFI-GES, Plataforma Presidencial o Plataforma para Gestión de Resultados).

A cada PT se le define una meta financiera y una estadística. La meta financiera es igual a la suma de los presupuestos de cada PP relacionado a un GPP. La meta estadística o física, será igual a la suma de las metas físicas de los productos programables estadísticos definidos dentro de cada GPP.

Se utilizan como un instrumento interno de la SESAL y cumplen un rol esencial en los procesos de: Planificación, Programación y Monitoreo y Evaluación, que surgen:

- Debido a las múltiples cadenas de valor a lo interno de la institución, surgen los productos trazadores como una expresión representativa de un conjunto de productos programables.
- La necesidad de vincular el presupuesto a los productos y resultados, en el marco de la cadena de valor de la gestión pública.
- La necesidad de orientar la gestión hacia resultados, la cual requiere vincular la producción con el presupuesto.

- La necesidad de monitorear y evaluar los Productos y Resultados del PEI como elemento para medir la gestión orientada a resultados y evaluar los logros alcanzados.
- Por la necesidad de tener un instrumento interno esencial y básico para la definición de los diferentes elementos de la planificación, tanto operativa (Producto Intermedio Secundario, Producto Final Secundario, Producto Primario Intermedio, Producto Primario Final) y estratégica (Producto Intermedio, Producto Final, Resultado de Gestión, Objetivo Estratégico).

c. Áreas de valor público

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

Estas áreas se definieron a partir de la misión de cada una de las unidades de la SESAL, llenando los siguientes requisitos⁷⁶:

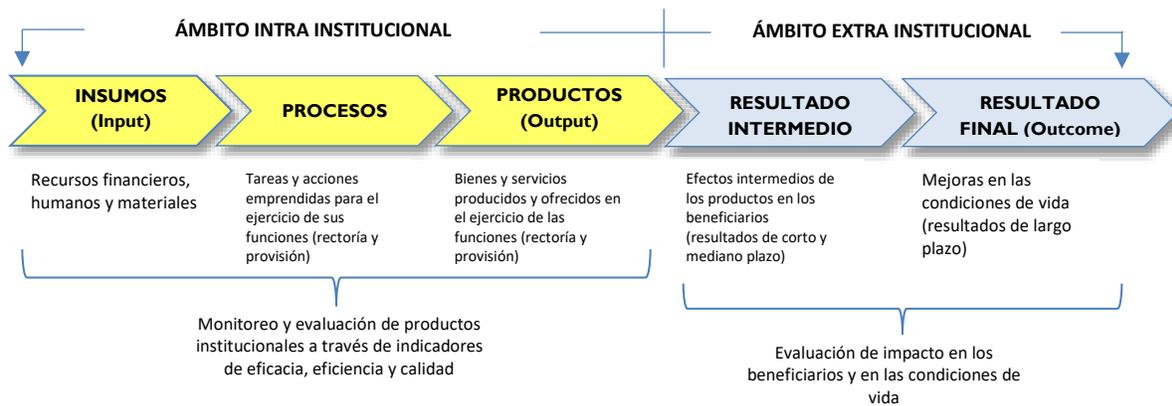
- Congruente con la misión de la institución.
- Definirla de manera que se pueda entender en qué consiste el valor público que se está creando.
- Representa un conjunto importante de actividades de cada instancia.
- Forma un todo coherente y con un alto grado de sinergia entre sí.
- En su conjunto, las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

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

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

⁷⁶ Ramirez Arango, JS. "La democracia eficaz: Planeamiento estratégico para gobiernos y entidades públicas en países democráticos en desarrollo. Edición electrónica 2011.

Figura N° 9
Creación de valor público de la SESAL con enfoque sistémico



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

XI. Monitoreo y evaluación del Plan Estratégico

La Secretaría de Salud en el marco de los lineamientos de Gobierno, ha adoptado la Gestión para Resultados (GpR) orientada a la creación de valor público, dirigido a mejorar su desempeño para lograr la eficiencia y efectividad de las acciones de la institución en la provisión de bienes y servicios para alcanzar metas cuantificables de manera eficiente; promover la toma de decisiones con base en evidencia y atender las demandas de la población en materia de transparencia y rendición de cuentas.

La gestión para resultados está centrada en la administración de los recursos públicos orientados al cumplimiento de las acciones estratégicas definidas en la Visión de País y Plan de Nación y en el Plan de Todos Para Una Vida Mejor, hacia un modelo de gestión que privilegie los resultados por sobre los procedimientos y priorice la transparencia en la gestión.

La implementación de este modelo de gestión se fundamenta en cinco pilares:⁷⁷

- Pilar 1: Planificación orientada a resultados.
- Pilar 2: Presupuesto por resultados.
- Pilar 3: Gestión financiera pública.
- Pilar 4: Gestión de programas y proyectos.
- Pilar 5: Sistemas de seguimiento y evaluación.

⁷⁷ Plan Estratégico de Gobierno (PEG), 2018-2022.

Un elemento importante a tomar en cuenta, respecto a la GpR, y en lo que concierne al Monitoreo y Evaluación (M&E), es que cada uno de dichos pilares opera sobre una misma cadena productiva, o cadena de valor desde el ámbito intra institucional hasta el ámbito extra institucional.

La Secretaría de Salud es responsable del análisis, diseño, monitoreo y evaluación de las políticas, programas, proyectos en salud en el marco de sus funciones a nivel institucional y nacional, vela para que la ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos de las Unidades Ejecutoras este alineada con los compromisos asumidos en el Plan Estratégico Institucional 2018-2022, que responde al Plan de Gobierno al Plan de Nación y Visión de país así como otros compromisos regionales e internacionales.

El Sistema de Monitoreo y Evaluación SIMEGpR da seguimiento al cumplimiento de lo propuesto en los planes estratégicos y operativos que orienta al cumplimiento de resultados para satisfacer necesidades de la población en términos de bienestar como un derecho a la salud ...“Requiere la identificación de los indicadores y las metas para monitorear las políticas, planes, programas, proyectos y estrategias institucionales que responden al mandato de gobierno y que constituyen la agenda estratégica de la Secretaría de Salud con la frecuencia y utilizando los canales establecidos.” ...⁷⁸

11.1. Monitoreo y evaluación orientado a resultados

El Sistema de monitoreo y evaluación de la gestión institucional orientada a resultados está centrada en la cuantificación de los productos que generan las unidades ejecutoras de la Secretaría de Salud en el periodo establecido en la planificación, para esta medición se consideran tres Componentes:

- i) Sistema de indicadores para el monitoreo enfocado a resultados:
- ii) Evaluaciones de resultados anuales;
- iii) Evaluaciones de impacto.

A través de estos tres componentes, se traslada el énfasis de la gestión tradicional concentrada en la ejecución de insumos a la consecución de resultados alcanzados.⁷⁹

a) Monitoreo orientado a resultados

El monitoreo permite desarrollar un seguimiento sistemático y permanente sobre la implementación de las actividades, en función de la gestión dirigida al avance de lo planificado en las metas físicas describiendo qué tipo de servicios se prestan, cuantos servicios se producen (volumen de producción), donde y quién los ha recibido, facilitando visualizar el grado de avance de los resultados propuestos.

⁷⁸ Plan Estratégico Institucional 2014-2018

⁷⁹ Manual del SIMEGpR

Evaluación de la gestión para resultados

El proceso de evaluación permite determinar el grado de avance de los objetivos de la planificación estratégica a partir del cumplimiento de las metas establecidas en la planificación operativa, además proporciona información creíble y útil que permita incorporar lecciones aprendidas para la toma de decisiones.

- **Evaluación anual**

Ante el planteamiento del Plan Estratégico Institucional 2018- 2022, se desarrolla un proceso de autoevaluación anual del POA-P para la rendición de cuentas en el ejercicio de cada año fiscal, verificando el avance en el cumplimiento de los objetivos del Plan Estratégico Institucional según los lineamientos institucionales y sectoriales con el propósito de transparentar la gestión institucional.

- **Evaluación de impacto**

Para evidenciar los cambios y efectos que han tenido en la salud de la población las políticas, planes, programas, proyectos y estrategias institucionales, se desarrollan evaluaciones a medio término a los 2 años y final a los 4 años para medir el avance de la implementación del Plan Estratégico Institucional (PEI) donde se analizan los resultados para ser utilizados en la toma de decisiones sobre la adecuación y continuidad de los procesos.

11.2. Propósito del monitoreo y la evaluación

- Realizar el seguimiento del avance a la ejecución de productos y resultados del Plan Estratégico Institucional a través de las políticas, planes, programas y proyectos.
- Establecer un marco para el desarrollo de las evaluaciones: anuales, medio término y de impacto, las cuales permitan determinar el efecto de las intervenciones en la mejora de las condiciones de salud de la población.
- Proporcionar información a los tomadores de decisiones para la asignación de recursos y el diseño de las intervenciones.
- Estimular los procesos armonizados de planificación de corto, mediano y largo plazo en el ámbito institucional y nacional.

11.3. Metas e indicadores

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



- **Metas**⁸⁰: Describen el nivel de desempeño que se pretende alcanzar y se vinculan a indicadores, proveen la base para la planificación operativa y el presupuesto,
- **Indicador**: Es una herramienta que entrega información cuantitativa respecto del desempeño (gestión o resultados) en la entrega de productos (bienes o servicios) generados por la unidad, cubriendo aspectos cuantitativos o cualitativos.
 - **Tipos de indicadores:**
 - **Indicador de Insumo**: Cuantifica los recursos tanto físicos como humanos, y financieros utilizados en la producción de los bienes y servicios. Estos indicadores dan cuenta de cuantos recursos son necesarios para el logro final de un producto o servicio.
 - **Indicador de proceso**: Se refiere a aquellos indicadores que miden el desempeño de las actividades vinculadas con la ejecución para producir los bienes y servicios.
 - **Indicador de producto**: Muestra los bienes y servicios de manera cuantitativa producidos y provistos por la unidad ejecutora. Es el resultado de una combinación de insumos y actividades.
 - **Indicador de resultado (Inmediato)**: Son los cambios en el comportamiento, estado o certificación de los beneficiarios una vez recibidos los bienes o servicios.
 - **Indicador de impacto (Resultado Final)**: Mide los resultados a nivel del fin último esperado con la entrega de los bienes y servicios.

Todas las Unidades Ejecutoras de la Secretaría de Salud deben de focalizarse en el seguimiento de las metas previstas en las matrices que a continuación se detallan:

⁸⁰ Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social

11.4. Indicadores de Resultados de la Gestión Institucional

METAS E INDICADORES DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2018-2022

RECTORÍA

OBJETIVO ESTRATEGICO 1. Conducir en todas sus fases el Sistema Nacional de Salud orientado hacia la integración y pluralidad.					
INDICADORES	2017 (Línea Base)	2018	2019	2020	2021
1.1. Porcentaje de población con acceso a servicios de salud del primer nivel de atención con gestión descentralizada. ⁸¹	17 %	17%	17%	18%	18%
1.2. Población con acceso a servicios de salud del primer nivel de atención con gestión descentralizada. ⁸²	1,530,098	1,554,847	1,578,696	1,648,491	1,723,920
1.3. Porcentaje de 104 municipios priorizados con cobertura de salud con gestión descentralizada.	90%	90%	90%	100%	100%
1.4. Porcentaje de 10 hospitales funcionando con la modalidad de gestión descentralizada.	90%	80%	90%	100%	100%
1.5. Número de Equipos de Salud Familiar prestando servicios de atención a la población asignada. ⁸³	520	520	520	520	520
1.6. Número de RISS nuevas funcionando, que cumplan con 20 requerimientos de los	0	0	11	14	15

⁸¹ Ind. 1,2 y 3; Unidad de Gestión Descentralizada, UGD de la SESAL.

⁸² Ind. 1,2 y 3; Unidad de Gestión Descentralizada, UGD de la SESAL.

⁸³ Ind. 4 y 5: Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS-SESAL.

primeros 7 atributos de las RIIS.					
-----------------------------------	--	--	--	--	--

OBJETIVO ESTRATEGICO 2. Mejorar la seguridad y calidad de los bienes y servicios que recibe la población para incidir en el riesgo de enfermar y morir de los usuarios del Sistema.					
INDICADORES	2017 (Línea Base)	2018	2019	2020	2021
2.1. Número de licencias sanitarias emitidas a establecimientos proveedores de servicios de salud y otros. ⁸⁴	*	100	144	158	173
2.2. Número de inspecciones sanitarias por vigilancia y control a establecimientos proveedores de servicios de salud y otros.	*	144	240	264	290
2.3. Numero de gestores prestadores /administradores de servicios de salud certificados.	*	0	5	8	10
2.4. Numero de documentos normativos elaborados (Nuevos) en base a las prioridades. ⁸⁵	*	29	18	18	18
2.5. Numero de documentos normativos actualizados (Existentes) en base a las prioridades.	*	2	1	1	1

*Estos indicadores no se le daban seguimiento en el 2017

⁸⁴ Ind 6,7 y 8: Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo

⁸⁵ Ind 9y10: Dirección General de Normalización

OBJETIVO ESTRATEGICO 3. Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población.					
INDICADORES	2017 (Línea Base)	2018	2019	2020	2021
3.1. Perfil Epidemiológico Nacional. ⁸⁶	0	0	1	0	1
3.2. Número de Investigaciones en salud.	8	18	10	10	10
3.3. Implementado el Plan Nacional de respuesta y multi amenaza	1	1	1	1	1
3.4. Número de puntos de entrada fortalecidos en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).	2	2	3	3	4

*Estos indicadores no se le daban seguimiento en el 2017

PROVISIÓN

OBJETIVO ESTRATEGICO 4. Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo.					
INDICADORES	2017 (Línea Base)	2018	2019	2020	2021
4.1. Cobertura de atenciones prenatales. ⁸⁷	100%	100%	100%	100%	100%
4.2. Cobertura de parto institucional.	74%	74%	75%	75%	76%
4.3. Cobertura de atenciones puerperales.	66%	64%	64%	65%	65%
4.4. Número de parejas protegidas según métodos de planificación familiar.	207,923	203,672	204,704	205,742	206,785

⁸⁶ Ind 11, 12, 13 Y 14: Unidad de Vigilancia de la Salud-SESAL.

⁸⁷ Ind, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22 Y 23: Área de Estadísticas de Salud AES- UGI-SESAL.

4.5. Porcentaje de parto institucional en adolescentes.	21%	20%	19%	19%	19%
---	-----	-----	-----	-----	-----

OBJETIVO ESTRATEGICO 5. Mejorar las condiciones de salud del menor de cinco años.					
INDICADORES	2017 (Línea Base)	2018	2019	2020	2021
5.1. Cobertura de tercera dosis de pentavalente en menores de un año. ⁸⁸ .	90	91	92	93	94
5.2. Tasa de incidencia de diarrea en menores de cinco años (por 1,000 menores de cinco años).	128	128	130	132	134
5.3 Tasa de incidencia de neumonía/bronconeumonía en menores de cinco años (por 1,000 menores de cinco años).	39	29	28.6	28.2	27.7
5.4. Número de egresos de menores de cinco años.	81,606	78,408*	81,999	82,394	82,791

*Dato preliminar 2018 (Este dato se brinda en el mes de junio)

OBJETIVO ESTRATEGICO 6. Mejorar el control y manejo de enfermedades vectoriales priorizadas.					
INDICADORES	2017 (Línea Base)	2018	2019	2020	2021
6.1. Tasa de incidencia de Dengue (por 100,000 habitantes). ⁸⁹	40	63	230*	60	45
6.2. Tasa de incidencia de Chikungunya (por 100,000 habitantes). ⁹⁰	6.05	2.05	1.66	2.75	2.55

⁸⁸ Ind, 21: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) AE-UGI-SESAL

⁸⁹ Ind. Numero 24: Unidad de Vigilancia de la Salud /Informe Mensual de Enfermedades de Notificación Obligatoria TRANS/ UGI-SESAL. *Se pronostica que puede ser año epidémico. Unidad de Vigilancia de la Salud

⁹⁰ Ind. Número 25, 26, 27, 28, 29 y 30: Unidad de Vigilancia de la Salud/ AES-UGI-SESAL

6.3. Tasa de incidencia de Zika (por 100,000 habitantes).	5.36	1.70	1.53	1.96	2.05
6.4. Tasa de incidencia de Malaria (por 100,000 habitantes).	8	4	3	3	3
6.5. Índice Parasitario Anual (IPA) Malaria por 1000 habitantes.	0.64	0.32	0.16	0	0
6.6. Tasa de incidencia de Chagas (por 100,000 habitantes).	8.96	7.18	8.97	6.72	8.06
6.7. Tasa de incidencia de Leishmaniasis (por 100,000 habitantes).		18.87	23.58	17.68	20.33

*Se pronostica que puede ser año epidémico, según comportamiento. UVS/SESAL

OBJETIVO ESTRATEGICO 7. Mejorar el control y manejo de enfermedades infecciosas prioritizadas.					
INDICADORES	2017 (Línea Base)	2018	2019	2020	2021
7.1. Porcentaje de personas con VIH/Sida en terapia antirretroviral. ⁹¹	78%	53%	60%	67%	74%
7.2. Tasa de incidencia de tuberculosis (por 100,000 habitantes).	27	28	29	30	31
7.3. Número de casos nuevos de tuberculosis pulmonar. ⁹²	2359	2480	2580	2684	2793
7.4. Tasa de prevalencia de VIH/Sida en población de 15 a 49 años. ⁹³	0.4	0.33	0.32	0.31	0.30
7.5. Número de casos nuevos por VIH/Sida.	1164	823	620	563	535

OBJETIVO ESTRATEGICO 8. Mejorar el control y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles prioritizadas y sus factores de riesgo.					
INDICADORES	2017 (Línea Base)	2018	2019	2020	2021

⁹¹ Ind. 31 y 32: Unidad de Gestión de la Información, UGI-SESAL

⁹² Ind. 33: TRANS, Área de Estadística AES UGI-SESAL

⁹³ Ind. 34 y 35: Estimación por Spectrum-UVS-SESAL.

8.1. Número casos nuevos por hipertensión arterial en los establecimientos de la SESAL. ⁹⁴	111,023	111,549	108,939	106,391	103,902
8.2. Número de casos nuevos por diabetes mellitus en los establecimientos de la SESAL.	59,241	60,342	60,690	61,041	61,393
8.3. Número de Egresos Hospitalarios por enfermedades oncológicas priorizadas.	2,678	2,517	2,619	2,725	2,835
8.4. Número de muertes por enfermedades oncológicas priorizadas en el segundo nivel.	124	128	131	135	139
8.5. Número de egresos hospitalarios por enfermedad renal crónica.	538	508	480	453	428
8.6. Número de muertes por Enfermedad Renal Crónica.	69	65	61	58	55

OBJETIVO ESTRATEGICO 9. Implementar intervenciones por curso de vida para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población.					
INDICADORES	2017 (Línea Base)	2018	2019	2020	2021
9.1. Número de egresos hospitalarios.	398,126	388,988*	407,144	416,366	425,797
9.2. Número de atenciones ambulatorias brindadas a nivel nacional.	10,505,425	10,534,460	10,577,473	10,620,661	10,664,026

*Dato preliminar 2018 (Este dato se brinda en el mes de junio)

XII. Aseguramiento en salud

La propuesta estratégica del PEI 2018-2022 está orientada hacia el aseguramiento de salud a la población. De acuerdo a la LMSPS la cual propone un Modelo Multipilar (5 pilares) de un sistema de protección social, en la cual el Régimen del Seguro de Atención en Salud (pilar

⁹⁴ Ind. 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, y 45: Área de Estadísticas de Salud AES-UGI-SESAL.

3) se desarrolla en el SNS en donde la SESAL lo rectora por lo tanto también, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); y le corresponderá su regulación y armonización.

El SPSS es un instrumento financiero del Estado que asegura a la población la provisión de servicios de salud a las personas, en condiciones de equidad⁹⁵. Su propósito es la ampliación efectiva y eficiente de la cobertura a toda la población del país de forma que dé respuestas a sus demandas, vinculando los recursos invertidos y los resultados obtenidos.

Todo lo que se desarrolla en salud o vincula procesos o acciones directas o indirectas a la salud se hacen dentro de lo que se conoce como el SNS, el cual se define en el Artículo N° 16 de la LMSPS y en el Artículo N° 17 se ratifica que es la SESAL quien es el rector del SNS. Dentro de esta función indelegable, se deriva una dimensión de la rectoría que es la Garantía del Aseguramiento en Salud, por medio de la cual la SESAL debe garantizar la cobertura de la población a los servicios de salud de calidad con equidad y es a través de un Sistema de Aseguramiento Público en Salud con el que se avanza al logro de la prioridad establecida en el Plan Nacional de Salud 2018-2022 sobre la extensión de cobertura de servicios de salud a toda la población.

El Sistema de Protección Social en Salud, se define como un subsistema del Sistema de Protección Social, el cual contempla, a su vez, dos subsistemas de aseguramiento De acuerdo con el marco jurídico vigente o LMSPS, el aseguramiento público tiene dos regímenes: i) Régimen contributivo; y ii) Régimen no contributivo.

La SESAL como rector del SNS es quien conduce la definición o elaboración de los regímenes de aseguramiento en salud junto con otros actores del SNS, para garantizar un sistema de Aseguramiento Público en Salud, Unificado y Universal.

Con tales fines la SESAL, hará énfasis en tres elementos esenciales para la definición de los regímenes que son:

1. Determinación de los beneficiarios de los diferentes regímenes, para lo cual el rector define los criterios a considerar para la caracterización de la población, su identificación y su tipificación.
2. Definición de los beneficios a brindar, para lo cual el rector define el Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud (CGPSS)⁹⁶ y además el Listado Nacional Esencial de Medicamentos, por medio de los cuales se regulará y vigilará la calidad de las prestaciones brindadas a la población.
3. Financiamiento: identificación de fuentes, administración de fondos y mecanismos de pago.

Por ser un tema de interés político y social establecido en la LMSPS es objeto especial de abordaje, no obstante, no se puede obviar desde la óptica de la salud que su urgencia está determinada por la condición de exclusión social configurada entre otros por: la pobreza, la desigualdad, el desempleo, la ausencia de oportunidades, la violencia, la delincuencia, la falta de acceso a los sistemas de salud y educación, condicionando a los miembros de los grupos excluidos a una mayor postergación.

⁹⁵ Secretaría de Salud. Modelo Nacional de Salud. 2013

⁹⁶ LMSPS. Artículo 20.- estructura y cobertura

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

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

A

Agenda Ambiental, Mi Ambiente 2017

B

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

C

Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública. Aprobada en la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado. 2008.

Código de Salud. Corte Suprema de Justicia. Congreso Nacional. Decreto Número 65-91. 27 de diciembre de 1996.

Constitución de la República de Honduras. Artículo 145

Convenio de Cooperación Institucional entre la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Secretaría de Estado en el Despacho de Educación, Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa, Alcaldía Municipal de Colinas, Santa Bárbara y el primer Hospital Popular Garífuna. Decreto PCM 21-2012, 10 de julio de 2012. Publicado en La Gaceta el 13 de julio de 2012.

E

Elsa Gómez documento Equidad, Género y Salud para “incorporación de la perspectiva de género en las políticas y estrategias de salud. 2005

G

Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones 2005. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en colaboración con el Centro Nacional de Estudios de la Mujer y la Familia (CEMyF). Secretaría de Salud de México. 2005.

“Gestión orientada a los resultados en términos de desarrollo”. 3° Foro de Alto Nivel sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo. ACRRRA. Septiembre 2008.

Gobierno de Honduras. Visión de País y Plan de Nación Decreto 286-2009 publicado el 2 de febrero de 2010.

Gobierno de Honduras. Plan Estratégico de Gobierno 2018-2022. Honduras Avanza con paso firme.

Guía para transversalizar la Perspectiva de Igualdad de Género. USAID-ULAT (2014).

I

Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático. INECC. Nogales, Son. Binational Symposium: Exploring Environmental and Health Aspects of Zika, Dengue, Chikungunya, and Rocky Mountain Spotted Fever. 14 de octubre de 2016.

Instituto Nacional de Estadísticas. XVII, Censo Nacional de Población y vivienda 2013.

Instituto Nacional de Estadísticas. Proyecciones Nacionales de Población 2013-2030. CNPV 2013.

Instituto Nacional de Estadísticas, Honduras. Encuesta permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM). 2013

Instituto Nacional de Estadísticas, Honduras. Encuesta permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM). 2017

Instituto Nacional de la Mujer. Política Nacional de la Mujer. II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010-2022. II PIEGH. Honduras 2010.

L

Ley de Protección Integral al Adulto Mayor y Jubilado, publicada el 21 de julio del año 2007.

Ley Marco del Sistema de Protección Social (LMSPS). Decreto Legislativo N° 56-2015. Honduras. Mayo 2015.

Lineamientos estratégicos para el abordaje de la salud de las personas migrantes en tránsito por Mesoamérica, Oficina regional de OIM, para Centroamérica y el Caribe. 2017.

M

Marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes.

Mark H. Moore. Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. Barcelona, 1998.

Ministerio de Medio Ambiente y MARN. Recursos Naturales. El Salvador. Mayo de 2014

O

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2000: Estrategias. Documento oficial N° 173 OPS/OMS, 1980.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Promoción de la salud: una antología”.
Publicación Científica No 557, OPS. 1986

Organización internacional de Migración (OIM). Lineamientos estratégicos para el abordaje
de la salud de las personas migrantes en tránsito por Mesoamérica, Oficina Regional de
OIM, para Centroamérica y el Caribe, 2017.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPS).
http://www.who.int/topics/primary_health_care/es

Organización Mundial de la Salud (OMS). Base de datos del Informe Mundial de TB -2017

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Políticas de Salud OPS. Valora el trabajo no
remunerado de cuidado de la salud: transforma la vida de las mujeres.

[https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=1441:valor
a-el-trabajo-no-remunerado-de-cuidado-de-la-salud-transforma-la-vida-de-las-
mujeres&Itemid=225](https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=1441:valor-a-el-trabajo-no-remunerado-de-cuidado-de-la-salud-transforma-la-vida-de-las-mujeres&Itemid=225)

Organización Panamericana de la Salud. ☐ Resolución WHA70.15, Promoción de la salud
de refugiados y migrantes.

P

Panel Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático de la ONU (IPCC). 2016.

Patz, J. A., Campbell-Lendrum, D., Holloway, T. et al. (2005). Impact of Regional Climate
Change on Human Health. Nature, 438, 310-317.

Plan de Adaptación al Cambio Climático 2018.

Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo. Decreto Ejecutivo PCM 021-
2012. Diario Oficial “La Gaceta” 10 de agosto del 2012.

Prevención de accidentes y lesiones, serie PALTEX para ejecutores de programas de salud
N° 29,1993

R

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

S

Secretaría de Coordinación General de Gobernación – Unión Europea. Planificación
Estratégica Institucional con Enfoque de Resultados. Marzo 2018.

Secretaría General de Gobierno y de los Gabinetes Sectoriales. Decreto Ejecutivo PCM 001-
2014.

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

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

Secretaría de Salud (SESAL). Honduras. Plan Nacional de Salud 2021. 2005

Secretaría de Salud (SESAL). Honduras. Sistema de Monitoria y Evaluación de la Gestión (SIMEG). 2008.

Secretaría de Salud de Honduras. Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. 2009.

Secretaría de Salud de Honduras. Dirección General de Promoción de la Salud. Norma de Malaria en Honduras. Primera Edición. Agosto 2010

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

Secretaría de Salud de Honduras. Manual de Organización y Funciones de las Regiones Sanitarias. Acuerdo No 2760. 09 de agosto de 2012.

Secretaría de Salud de Honduras. Reglamento Interno de Organización y Funciones (ROF). Acuerdo N° 406. 15 mayo 2014

Secretaría de Salud de Honduras. Manual para la elaboración de planes estratégicos en salud. Julio 2013.

Secretaría de Salud de Honduras. Diagnóstico de la Transversalización de la Perspectiva de Género en la Secretaría de Salud de Hondura. 2013.

Secretaría de Salud de Honduras. Reglamento interno de organización y funciones de la Secretaría de Salud. Acuerdo Ministerial 406 de 15 de mayo de 2014.

Secretaría de Salud de Honduras. Plan Nacional de Salud 2014-2018. Junio 2014

Secretaría de Salud de Honduras. Plan Estratégico Institucional (PEI) 2014-2018. 2014

Secretaría de Salud de Honduras. Política Nacional de Género en Salud. Noviembre 2015.

Secretaría de Salud de Honduras. Modelo Nacional de Salud. Decreto Ejecutivo Numero PCM 051-2017

Secretaría de Salud de Honduras. Boletín epidemiológico. Unidad de Vigilancia de la Salud. Honduras. 2017.

Secretaría de Salud de Honduras. Boletín epidemiológico. Unidad de Vigilancia de la Salud. Honduras. 2018

Secretaría de Salud de Honduras. Sistema Nacional de Referencia y Respuesta SINARR

Sobre el Sistema Nacional de Planificación “... Informe de consultoría Jorge Sotelo, pag.23. SCGG – MADGEP.2017

W

Whitehead, M., The concepts and principles of equity and health. Document EUR/ICP/RPD/414., WHO Office for Europe, Copenhagen, 1990.

GLOSARIO

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

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

Conducción: definir, dirigir, orientar, organizar, formular, coordinar, y evaluar las políticas, estrategias, planes, programas y proyectos sectoriales en base a prioridades y objetivos nacionales de salud, asegurando su implementación, a través de la concertación y movilización del sector institucional y social

Equidad en salud: es la minimización de disparidades evitables en la salud – y sus determinantes – entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social. Al abordar la equidad en salud, conviene distinguir entre estado de salud y atención de la salud. Estado de salud tiene que ver con el bienestar físico, psíquico, y social de las personas, mientras que la atención de la salud es solo uno de los múltiples determinantes del estado de salud. La atención se refiere a aspectos centrales de los servicios de salud, como son la accesibilidad, la utilización, la calidad, la asignación de recursos, y el financiamiento. En consecuencia, La equidad en el estado de salud apunta al logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos. La equidad en la atención de la salud implicaría que: los recursos se asignen según la necesidad; los servicios se reciban de acuerdo con la necesidad, y el pago por servicios se haga según capacidad económica. La necesidad está en la base del concepto de equidad distributiva, que apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos.

Garantía del Aseguramiento: establecer, evaluar y dar seguimiento a la implantación de un sistema plural de aseguramientos en salud a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, mediante la definición de políticas, mecanismos de financiamiento y planes de beneficios de acuerdo a necesidades, nivel de exclusión, riesgo, vulnerabilidad y disponibilidad de recursos financieros

Género: es un concepto relacional. Su objeto de interés no es la mujer o el hombre; son las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres –o entre los ámbitos “masculinos” y “femeninos” -- en torno a la distribución del poder. Género ocupa un lugar central –junto con clase y etnia--en el nivel macro de asignación y distribución de recursos dentro de una

sociedad jerárquica. La relevancia de género en el nivel macro radica en su función articuladora de dos dimensiones complementarias de la economía: trabajo no remunerado (trabajo reproductivo) y trabajo remunerado (trabajo productivo).

Modulación del Financiamiento: coordinar, alinear y armonizar los recursos financieros provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento del sistema de salud, con las prioridades y objetivos nacionales, enmarcado en criterios de complementariedad, eficiencia, eficacia, efectividad y equidad en la financiación, asignación y distribución de los mismos

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

Protección social en salud: la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo.

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

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

ANEXOS

- ANEXO N° 1 La categorización y tipificación de Establecimientos de Salud. Primer y Segundo Nivel de Atención
- ANEXO N° 2 Primer Nivel de Atención. Unidad de Atención Primaria de Salud según Recurso Humanos y Servicios
- ANEXO N° 3 Primer Nivel de Atención. Centro Integral de Salud según Recurso Humanos y Servicios
- ANEXO N° 4 Primer Nivel de Atención. Policlínico según Recurso Humanos y Servicios
- ANEXO N° 5 Definición de la Nueva Categorización de Hospitales
- ANEXO N° 6 Redistribución de los Hospitales de la SESAL en base a la nueva tipología
- ANEXO N° 7 Especialidades Médicas según nueva caracterización de Hospitales



ANEXOS

ANEXO N° 1

La categorización y tipificación de Establecimientos de Salud Primer y Segundo Nivel de Atención



ANEXO N° 2

Primer Nivel de Atención

Unidad de Atención Primaria de Salud según Recurso Humanos y Servicios

Categoría Ambulatorio del Primer Nivel de Atención con Escalón de Complejidad 1	Recursos Humanos	Servicios de:
<p align="center">UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (UAPS)</p> <p>Establecimiento de salud, del Primer Nivel de Atención, de Complejidad 1, ambulatorio.</p> <p>Cubre una población de 3,000 personas a 6,000 personas (600 a 1,200 familias), que residen a no más de 2 horas del establecimiento, utilizando el medio de transporte más usual.</p> <p>Su horario es de 8 horas, con servicios integrales de medicina general, con énfasis en la promoción y protección de la salud, prevención, atención y control de enfermedades, riesgos y daños a la salud de menor severidad, y de rehabilitación basada en la comunidad.</p> <p>Fomenta la participación de la comunidad, mantiene contacto directo y permanente con autoridades locales. Agentes intersectoriales, organizaciones comunitarias vinculadas o no al sector salud, y con los Agentes Comunitarios de Salud, en el marco de la APS.</p> <p>Todo el personal del Establecimiento de Salud es el equipo de Salud Familiar, responsable del cuidado de la salud de las familias asignadas bajo su responsabilidad.</p> <p>Este funcionara de acuerdo a los lineamientos establecidos por la SESAL.</p>	<p>Médico (a) General</p> <p>Auxiliar de enfermería.</p> <p>Un Promotor(a) de Salud por cada 300 familias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina general. 2. Promoción de la Salud y Prevención de riesgos y enfermedades. 3. Visita y Atención domiciliaria. 4. Rehabilitación con Base Comunitaria 5. Vacunación 6. Terapia Respiratoria (Nebulización) 7. Terapia de rehidratación Oral. 8. Toma de muestras para diagnóstico temprano. (Pruebas rápidas, Pruebas de esputo y otras) 9. Dispensación de medicamentos

ANEXO N° 3

Primer Nivel de Atención

Centro Integral de Salud según Recurso Humanos y Servicios

Categoría Ambulatorio del Primer Nivel de Atención con Escalón de Complejidad 2 CENTRO INTEGRAL DE SALUD (CIS)	Recursos Humanos	Servicios de:
<p>Establecimiento de Salud, del Primer Nivel de Atención, de complejidad 2, ambulatorio, centro de referencia de la Red a la que pertenece, por lo que atiende referencias de Establecimientos Tipo 1 (Unidad de Atención Primaria de Salud UAPS).</p> <p>Cubre una población asignada de <u>6,001 a 10,000 personas</u> (1,201 a 2,000 familias como máximo), que residirá 1 hora o menos del Establecimiento.</p> <p>Su horario de atención es de 8 horas, con servicios integrales de medicina general para atención de la morbilidad prevalente de la red a la que pertenece, odontología general, laboratorio, farmacia; hace énfasis en la promoción y protección de la salud, prevención y control de enfermedades, riesgos y daños a la salud, de mediana severidad, y rehabilitación con base comunitaria.</p> <p>Fomenta la participación de la comunidad, mantiene contacto directo y permanente con autoridades locales. Agentes intersectoriales, organizaciones comunitarias vinculadas o no al sector salud, y los Agentes Comunitarios de Salud, en el marco de la APS.</p> <p>Todo el personal del Establecimiento de Salud es el equipo de Salud Familiar, responsable del cuidado de la salud de las familias asignadas bajo su responsabilidad.</p> <p>Apoya y sirve de referencia de pacientes de los Establecimientos de Salud Tipo 1.</p> <p>(+) Puede o no brindar atención de partos de bajo riesgo, las 24 horas, como un servicio excepcional</p>	<p>Médico(a) General. Licenciada(o) en Enfermería. Auxiliar de Enfermería. Un Promotor(a) de Salud por cada 300 familias Odontólogo(a) General. Técnico(a) Laboratorio. Asistentes (farmacia, archivo, estadística y administrativo).</p> <p>Si cuenta con atención de parto, deberá contar además con una enfermera profesional adicional</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina general. 2. Promoción de la Salud y Prevención de riesgos y enfermedades. 3. Visita y Atención domiciliaria. 4. Rehabilitación con Base Comunitaria 5. Vacunación 6. Terapia Respiratoria (Nebulización) 7. Terapia de rehidratación Oral. 8. Dispensación de medicamentos 9. Odontología General. 10. Laboratorio Clínico I. 11. Atención de partos de bajo riesgo (+). <p>*Si cuenta con atención de parto, deberá contar además con servicio de Transporte de pacientes.</p>

ANEXO N° 4

Primer Nivel de Atención

Policlínico según Recurso Humanos y Servicios

Categoría Ambulatorio del Primer Nivel de Atención con Escalón de Complejidad 3	Recursos Humanos	Servicios de:
<p style="text-align: center;">POLICLÍNICO</p> <p>Establecimiento de Salud, del Primer Nivel, de Atención de mayor complejidad de la Red (Complejidad 3), ambulatorio, urbano, cabecera y centro de referencia de la Red a la que pertenece, por lo que atiende referencias de Establecimientos Tipo 1 (Unidad de Atención Primaria de Salud (UAPS)) y del Tipo 2 ((Centro Integral de Salud (CIS)).</p> <p>Cuenta con un horario extendido de consulta externa de 12 horas (7:00 am a 7:00pm), todos los días, incluyendo sábados y domingos, con servicios de apoyo diagnóstico de: laboratorio, radiología simple y ultrasonido, atención de partos de bajo riesgo; atiende urgencias, y estabilización las emergencias para ser referidos a otro establecimiento de salud de mayor complejidad, del Segundo Nivel de Atención.</p> <p>Este Establecimiento de Salud, es responsable de satisfacer las necesidades y demandas de salud del espacio-población bajo su responsabilidad, realiza acciones de promoción, y protección de la salud; de prevención y control de enfermedades prevalentes y de daños a la salud y; de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de enfermedades de mayor severidad a las que atienden el UAPS y el CIS, así como la atención del parto normal o de bajo riesgo, puerperio, así como la atención inmediata y de calidad del recién nacido (+)</p> <p>Algunos, debidamente seleccionados, dispondrán de quirófano para cirugías ambulatorias programadas (+)</p>	<p>Médico(a) General. Pediatra. Internista. Gineco-obstetra Odontólogo(a) general. Doctora en Química y farmacia Licenciada(o) en Enfermería. Psicólogo(a) Microbiólogo(a). Trabajador(a) Social. Técnico(a) en Terapia Física Funcional. Auxiliares de Enfermería Promotores(as) de Salud Técnicos(as) de Laboratorio. *Auxiliar de Farmacia. *Técnico(a) de Radiología. *Administrador(a) * Director(a) *Asistentes (farmacia, archivo y estadística)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pediatría. 2. Medicina Interna. 3. Gineco-obstetricia. 4. Medicina general. 5. Promoción de la Salud y prevención de riesgos y enfermedades. 6. Visita y Atención domiciliaria. 7. Rehabilitación con Base Comunitaria 8. Vacunación 9. Terapia Respiratoria (Nebulización) 10. Terapia de rehidratación Oral. 11. Farmacia 1 12. Odontología General. (servicios de endodoncia y otros) 13. Laboratorio Clínico I. 14. Servicio de Cirugía ambulatoria(+) 15. Nutrición. 16. Psicología. 17. Transporte Asistencial I Básico ATAB. 18. Urgencias I. 19. Radiología Convencional (Rayos X). 20. Ultrasonido I. 21. Obstetricia I (Atención de partos de bajo riesgo)(+)

ANEXO N° 5

Definición de la Nueva Categorización de Hospitales

Hospital Básico (HB)	Hospital General (HG)	Hospital de Especialidades (Hesp)	Instituto (I)
Brinda servicios de atención de urgencia, hospitalización y consulta externa especializada a la población que le es referida por el primer nivel de atención y a la que de forma espontánea demanda atención.	Brinda servicios de atención de urgencia, hospitalización y consulta externa especializada y de otras subespecialidades definidas, a la población que le es referida por el primer nivel de atención, por el hospital básico y a la que de forma espontánea demanda atención en urgencias.	Hospital especializado de Referencia Nacional. Brinda servicios de atención de urgencia, hospitalización, consulta externa especializada y de subespecialidades definidas a la población que le es referida y a la que de forma espontánea demanda atención en urgencias.	Especializado, de Referencia Nacional. Brinda servicios de atención de urgencia, hospitalización, consulta externa Especializada y subespecialidades según su definición a la población que le es referida y a la que de forma espontánea demanda atención en urgencias.

ANEXO N° 6

Redistribución de los Hospitales de la SESAL en base a la nueva tipología

Tipo	Nueva Categorización de Los Hospitales	Nivel de Complejidad (MNS)	No. de hospitales	Hospitales
I	Hospital Básico (HB)	4	14	Roberto Suazo Córdova, Salvador Paredes, San Marcos de Ocotepeque, Manuel de Jesús Subirana, San Lorenzo, Roatán, Puerto Lempira, Juan Manuel Gálvez, Aníbal Murillo Escobar, Gabriela Alvarado, Enrique Aguilar Cerrato, Puerto Cortes, Santa Bárbara Integrado, Tela Integrado.
II	Hospital General (HG)	5	7	De Occidente, Del Sur, Atlántida, San Francisco, Santa Teresa, El Progreso, San Isidro
III	Hospital de Especialidades (Hesp).	6	7	San Felipe, Escuela, María, de Especialidades Pediátricas, Leonardo Martínez Valenzuela, Mario Catarino Rivas. Hospitales Psiquiátricos: Mario Mendoza, Santa Rosita.
IV	Institutos (I)	7	1	Instituto Nacional Cardio Pulmonar
	TOTAL		29	

ANEXO N° 7

Especialidades Médicas según nueva caracterización de Hospitales

Hospital Básico	Hospital General	Hospital de Especialidades	Instituto
<p>Especialidades Hospital Básico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina interna, • Pediatría, • Neonatología, • Ginecología y Obstetricia, • Cirugía General • Ortopedia y traumatología <p>Servicios de apoyo terapéutico con que cuentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imagenología básica según sus especialidades • Laboratorio clínico (Bioquímica clínica, hematología y microbiología) y de enfermedades objeto de vigilancia de salud pública • Banco de Sangre/Servicios de transfusión <p>Otros servicios con que cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hospital de día para: 	<p>Especialidades de Hospital Básico más: Otras especialidades y subespecialidades según perfil o necesidad justificada, ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urología • Oftalmología • Rehabilitación • ORL • Dermatología <p>Servicios de apoyo terapéutico con que cuentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Imagenología para especialidades y subespecialidades y para responder a la referencia del hospital básico y del primer nivel. • Laboratorio clínico (Bioquímica clínica, hematología y microbiología y otras de acuerdo a su perfil) y de enfermedades objeto de vigilancia de salud pública <p>✓ Banco de</p>	<p>Especialidades de Hospital Básico y general más otras Especialidades, y Subespecialidades para la atención de población pediátrica y de adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiología, • Endocrinología, • Neurología, • Otorrinolaringología • Oftalmología • Oncología • Dermatología • Neurocirugía • Urología • Cirugía Vascular • Angiología • Urología • Cirugía Reconstructiva • Cirugía de Tórax • Cirugía Oncológica • Proctología • Hematología • Hematooncología • Cirugía oral y Maxilo facial • Inmunología • Neumología • Reumatología • Infectología • Nefrología • Gastroentero 	<p>Especialidades y Subespecialidades definidas, según perfil del instituto:</p> <p>Cardiopulmonar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiología • Cirugía Vascular • Angiología • Cirugía de Tórax • Cirugía Oncológica • Neumología • Infectología • Anestesiología • Otras que actualmente brindan. <p>Otras unidades/servicios de apoyo terapéutico con que cuentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ - Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos - Unidad de Cuidados intensivos de adultos ✓ Unidad de Hemodinamia ✓ Unidad de Diagnóstico y tratamiento ambulatorio Cardiología – Neumología ✓ Unidad de