

**Plan de monitoria y evaluación del plan estratégico institucional ajustado.
(Plan for monitoring and evaluation of institutional strategic plan adjusted.)**

[Author(s)]

[Date of Publication] Marzo 2015

[Development objective] RI 4.2 Servicios Sostenibles Materno- Infantil y Planificación Familiar.
[IR 4.2 Sustainable Maternal Child and Family Planning Services]

[Monitoria; Evaluación; Plan; Institucional; Desempeño; Herramienta.] [Monitoring; evaluation;
plan; institutional ; performance; tool.]

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development and the USAID- Honduras, under the terms of Contract AID-522-C-11-000001 and Dr. Gustavo Ávila. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health
200 Rivers Edge Drive
Medford, MA 02155
Telephone: (617) 250-9500
<http://www.msh.org>

Plan de Monitoria y Evaluación

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL *ajustado*

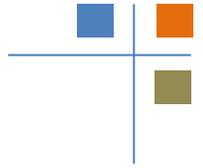
Marzo 2015



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD



La elaboración de este documento ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad de la Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

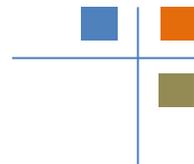
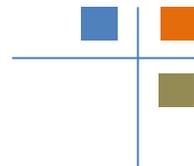


TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	4
3. MARCO LEGAL DEL MONITOREO EN SALUD	5
4. ENFOQUE METODOLÓGICO	8
5. BASES CONCEPTUALES.....	10
6. OBJETIVOS DEL PLAN DE MONITOREO	12
7. IDENTIFICACION DEL OBJETO DE MONITOREO	13
8. INSTRUMENTOS PARA EL MONITOREO	14



PLAN DE MONITOREO DEL PLAN ESTRATEGICO AJUSTADO

I. INTRODUCCIÓN

La focalización de la acción institucional en el marco de la gestión por resultados y la creación de valor público propicia un escenario, donde el proceso de monitoreo y la evaluación se convierte en un instrumento clave para lograr los objetivos y metas institucionales.

Con el proceso de evaluación se persiguen los siguientes objetivos: i) Profundizar en el análisis evaluativo de políticas, planes y programas, generando información acerca de su comportamiento en el mediano y largo plazo; ii) Fortalecer la toma de decisiones oportuna acerca de políticas, planes, programas y proyectos estratégicos y prioritarios; iii) Generar espacios efectivos de rendición de cuentas y transparencia en el uso de los recursos públicos; y iv) Contribuir al mejoramiento de las políticas públicas y prácticas institucionales, propiciando nuevos escenarios para su desenvolvimiento y mejora de las acciones.

Este documento contiene el **Plan de Monitoreo del Plan Estratégico Ajustado**, el cual puede definirse como un conjunto de conceptos, orientaciones y herramientas para vigilar, desde una perspectiva integrada, el desempeño institucional contemplado en dicho plan.

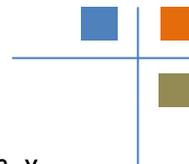
Como toda actividad que requiere de inversión, y ante la situación de recursos escasos, el uso de métodos sistematizados y organizados y las medidas estadísticas normalizadas se convierten en potentes herramientas para tomar decisiones políticas correctas y disminuir la incertidumbre y el riesgo.

2. ANTECEDENTES

En el año 2012 se elaboró la primera versión del Plan Estratégico Institucional 2013-2016, el cual, fue certificado por SEPLAN. El Plan se estructuró en dos partes: i) Una primera, en la que se describe la situación de salud del país; y ii) Una segunda donde se incluyó una matriz con los objetivos, resultados de gestión, resultados finales y resultados intermedios, en el marco del proceso de reforma del sector.

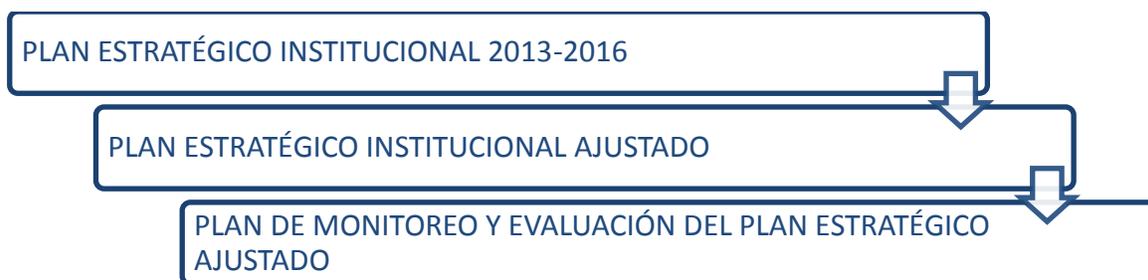
Durante el año 2013, y tomando como base el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2013-2016, todas las Unidades de la Secretaría de Salud, elaboraron su Plan Estratégico (PEU) 2013-2016, con el fin de contribuir con sus resultados a los resultados del PEI. El proceso de elaboración de los PEU se estructuró en varias etapas:

- Octubre - Diciembre 2012: Diseño conceptual de la metodología de planificación estratégica adecuada a los lineamientos de SEPLAN focalizados en una gestión orientada a resultados y la Reforma del Sector Salud, descrita en el Marco Conceptual, Político, Estratégico de la Reforma del Sector Salud y el Modelo Nacional de Salud y el Manual de Organización y Funciones del Nivel Regional.



- Enero – Febrero 2013: Desarrollo de los instrumentos de planificación estratégica y elaboración del material de inducción a las Unidades.
- Febrero 2013: Taller piloto de validación de la metodología, los instrumentos y el material de inducción, ajuste de los mismos e inducción a los técnicos de la UPEG de la SESAL como capacitadores para los talleres a las Unidades.
- Marzo – Abril 2013: Capacitación a los técnicos de las Unidades: 28 Hospitales públicos de la SESAL y 20 Regiones Sanitarias en la metodología de planificación estratégica y el uso de los instrumentos de planificación.
- Mayo – Junio 2013: La UPEG revisa los Planes Estratégicos de las Unidades y solicita a las Unidades el ajuste, ampliación o modificación, en su caso, de los planes presentados.
- Después de haber finalizado el proceso de elaboración de los Planes Estratégicos por las Unidades, se inicia el proceso de Planificación Operativa y Presupuesto para el año 2014, tomando de referencia cada Unidad como insumo, su respectivo PEU.

Durante el año 2014 se implementó el primer año del **Plan Estratégico Ajustado**, para cuyo monitoreo y evaluación se ha elaborado la metodología contenida en este documento.

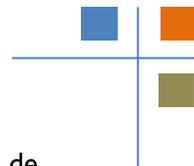


3. MARCO LEGAL DEL MONITOREO EN SALUD

Como antecedente específico en salud cabe señalar, el **Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud** (2009) contiene los elementos clave de la reforma del sector salud, la cual se propone construir un Sistema Nacional de Salud plural, integrado y debidamente regulado, en el que se incorporen todos los actores públicos y no públicos vinculados con la salud; coordinando y articulando las capacidades resolutorias existentes en las distintas instituciones, estableciendo con claridad los roles y las relaciones entre los actores con una normativa que defina todos sus aspectos impulsándolo a garantizar el acceso a todos los ciudadanos a un conjunto de prestaciones de salud, definido con criterios de equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad¹.

El cambio fundamental radica en la separación de las funciones de rectoría y provisión. El fortalecimiento de la función de rectoría se ha visto plasmado a través de la Estructura Programática Presupuestaria (EPP) vigente a partir de 2013, en la cual, se visualiza el ejercicio de

¹ Secretaría de Salud. Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud (2009)



dicha función en el nivel central y en las Regiones Sanitarias, sino también en la incorporación de productos específicos a las instancias de conducción superior para lograr medir su gestión.

El **Decreto Ejecutivo PCM 061-2013**² (2014), reforma los Artículos 67, 68 y 69 del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo, contenido en el Decreto PCM 008-97 de fecha de 2 de junio de 1997 y sus reformas, el cual: i) introduce los conceptos de las funciones sustantivas de rectoría de la salud (Artículo 67); y ii) describe la organización de la Secretaría de Salud para el ejercicio de sus funciones, en torno a dos Subsecretarías (Artículo 68):

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

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

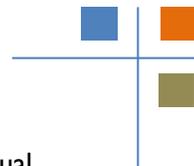
En relación a las competencias de las regiones sanitarias, el 9 de agosto de 2012 se aprueba el Acuerdo que contiene el **Manual de Organización y Funciones de las Regiones Sanitarias**, el cual “contiene la estructura orgánica de las regiones sanitarias, las funciones de los diferentes órganos que la conforman y los elementos conceptuales y operativos insertos en el proceso de reforma del sector salud, que las han definido. Es un instrumento dentro de los esfuerzos orientados al fortalecimiento del ejercicio rector de la Secretaría de Salud sobre los actores sociales que intervienen en el proceso de producción social de la salud y forma parte del desarrollo de los ajustes de la organización y del funcionamiento que el sistema de salud del país, en ese sentido demanda. En ese espíritu constituye un manual guía operativo para instrumentar dichos ajustes y que permitirán acortar la implementación, de manera acotada, de esas nuevas funciones”³.

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

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

² Aprobado el 18 de diciembre de 2013 y publicado en La Gaceta el 29 de enero de 2014

³ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Redes de Servicios. Manual de organización y funciones de las regiones sanitarias. Acuerdo 2760 de 9 de agosto de 2012. Publicado en La Gaceta el 29 de septiembre de 2012.



2021, el Plan de Gobierno 2010-2014, el Plan Nacional de Salud 2010-2014 y el Marco conceptual, político y estratégico de la reforma del sector salud.

El MNS consta de tres componentes:

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

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

Por último, los artículos del 6 al 9 del **Decreto 140-2014**, publicado en La Gaceta el 18 de diciembre de 2014, hacen hincapié en la relevancia del monitoreo de la gestión mensual de las metas programadas de valor público y de producción, así como la ejecución física y financiera del POA-Presupuesto de las instituciones del sector público, a través de la Dirección Presidencial de Gestión por Resultados. En el artículo 10 relativo al enfoque de género en el Presupuesto General de la República se destaca la incorporación de la igualdad entre hombres y mujeres y esta debe reflejarse en la matriz de indicadores para resultados de los programas.

3.1. En el ámbito institucional

En el ámbito institucional, la **Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG)** de la Secretaría de Salud y la Unidad de Planeamiento de las Regiones Sanitarias, desarrollan las funciones relativas al monitoreo y evaluación. En el nivel central, la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG)⁴ de la Secretaría de Salud, ejerce las funciones de monitoreo y evaluación y tiene a su cargo:

- *“Definir el Sistema de Monitoreo y Evaluación e indicadores en coordinación con UGI, para monitorear y evaluar la implementación e impacto de las políticas, planes y programas de salud”.*
- *“Efectuar el seguimiento del avance físico de la ejecución presupuestaria y del cumplimiento de metas de los planes operativos anuales, de acuerdo con las normas técnicas que se establezcan así como las que se adopten para elaborar y suministrar los informes de evaluación de la gestión institucional”.*

⁴ Reglamento de Organización y Funciones del nivel central de la Secretaría de Salud. Acuerdo Ministerial 406 de junio de 2014.



- *Monitorear y evaluar el desempeño del sistema de salud, la ejecución de las políticas y planes de salud, el financiamiento del sector salud y el sistema de aseguramiento en salud.*

En el nivel regional, el **Manual de organización y funciones de las Regiones Departamentales**⁵, señala que la Unidad de Planeamiento está integrada por tres áreas: Área de Planificación, Área de Monitoreo y Evaluación y Área de gestión de la Información. Es la responsable de la verificación y evaluación del desempeño de la Región Sanitaria en el ejercicio de sus funciones asignadas; así como del impacto de planes, proyectos, programas y políticas, implementadas en su ámbito geográfico de competencia en materia de salud.

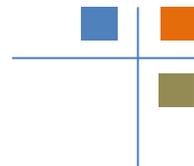
El Área de Monitoreo y Evaluación de las Regiones Departamentales tiene asignadas las siguientes funciones:

1. Diseñar y ejecutar el plan de monitoreo y evaluación de la Región Sanitaria.
2. Monitorear el cumplimiento de los lineamientos para la elaboración, en forma y contenido, de planes estratégicos y operativos
3. Apoyar el monitoreo y evaluación del impacto de las acciones y desempeño del sistema de salud en la Región Sanitaria Departamental.
4. Monitorear y evaluar planes estratégicos, operativos y proyectos de cooperación externa.
5. Monitorear y evaluar el logro de resultados tales como producción de servicios de salud, de satisfacción de los usuarios, cobertura, acceso, calidad, equidad, impacto de las acciones en salud.
6. Ejecutar actividades rutinarias de monitoreo y evaluación en apoyo a la Unidad de planificación.
7. Implementar, un plan de monitoreo y evaluación para los procesos de vigilancia del marco normativo (Servicios de salud, tecnología sanitaria, alimentos, medicamentos, ambiente, bebidas, químicos controlados, insumos y otros que la autoridad sanitaria considere necesario).
8. Coordinar estudios que permitan identificar la inversión en salud según fuentes y servicios que se financian y resultados.
9. Coordinar con socios clave del sector departamental de salud para el intercambio de información.

4. ENFOQUE METODOLÓGICO

La metodología de monitoreo y evaluación del PEI, responde a la demanda de la UPEG en el marco de los lineamientos dados por el nuevo Gobierno, fundamentados en: i) La construcción de agendas públicas considerando los tres componentes del triángulo estratégico: valor público, apoyo político y capacidad operativa; y ii) La orientación hacia la obtención de los resultados definidos en las agendas.

⁵ Secretaría de Salud. Manual de organización y funciones de las Regiones Sanitarias. Publicado en La Gaceta en septiembre de 2012.



Elementos del análisis estratégico de la agenda pública de la SESAL

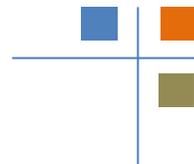


Dimensiones fundamentales de valor público

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

En este marco, se ha diseñado la metodología de monitoreo y evaluación, la cual se sustenta en los siguientes principios:

- **Proceso participativo:** La metodología responde a un enfoque participativo que estimula el fortalecimiento de las capacidades institucionales en planificación, monitoreo y evaluación, la apropiación de los procesos y la corresponsabilidad para alcanzar los resultados previstos en el PEI.
- **Enfoque hacia resultados:** El método para monitorear y evaluar el PEI se sustenta en la aplicación de instrumentos de análisis en el marco del triángulo estratégico, que describen el escenario y los elementos requeridos para alcanzar los resultados en el plano político y operativo: recursos financieros, procesos internos, capacidades de los recursos humanos y sistema de gestión.
- **Coordinación y armonización institucional:** El desarrollo de procesos que favorezcan la coordinación y armonización entre todas las Unidades de los distintos niveles de la SESAL es esencial para lograr los resultados que se prevean en el PEI.
- **Coordinación con otros procesos de la UPEG:** La coordinación del proceso de planificación estratégica institucional y el proceso de monitoreo y evaluación de la gestión es fundamental. Ambos procesos corresponden a dos áreas de la UPEG: i) Planificación; y ii) Monitoreo y Evaluación, y aunque ambos están estrechamente interrelacionados e interdependientes, conllevan operaciones internas diferentes que deben ser coordinadas.



5. BASES CONCEPTUALES

El monitoreo se ha convertido en una de las piedras angulares de la gestión por resultados, a través de la cual, se puede justificar recursos, mejorar el desempeño, demostrar si se está produciendo el efecto deseado cuando se ejecutan las acciones y proporciona información y evidencia sobre las mejores prácticas y las lecciones aprendidas.

Reconociendo la importancia del monitoreo, se formula este Plan como un conjunto organizado de indicadores, orientaciones para el desarrollo de los procesos y herramientas que faciliten hacer el seguimiento con efectividad, calidad y eficiencia. A tal fin se conceptualiza, a continuación, algunos entendimientos:

En este contexto, se entiende por **monitoreo**, el seguimiento continuo y sistemático para la recolección, análisis y uso de información relativa al desempeño de la gestión en el marco del Plan Estratégico Ajustado.

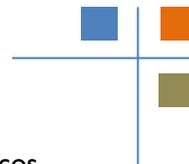
Se realiza mediante el mantenimiento de registros administrativos de ámbito regional y nacional a través de los cuales se obtienen los datos y la información que requiere la construcción y medición de los indicadores.

El monitoreo permite medir tendencias a lo largo del tiempo, por lo que ayudará a las unidades y a la SESAL a determinar qué áreas exigen mayor esfuerzo, identificar aquellas que podrían contribuir a lograr una mejor respuesta y, en gran medida contribuirá con los procesos de evaluación.

El monitoreo se realizará sobre los procesos, productos y resultados, por lo que es indispensable establecer relación entre los datos de distintas fuentes para la interpretación de los indicadores y lograr un monitoreo efectivo.

Aspectos clave para el monitoreo

¿Qué monitorear?	Los avances del Plan Estratégico Ajustado
¿Cómo hacer el monitoreo?	Seguimiento periódico, sistemático y periódico de los indicadores que miden las actividades realizadas y productos alcanzados.
¿Con qué enfoque hacer el monitoreo?	Enfoque sistemático e integral, propiciando la participación de todas las unidades involucradas en la generación de productos para la toma de decisiones
¿Con qué herramientas se hace el monitoreo?	A través de los indicadores incluidos en el Cuadro de Mando, cuya construcción e interpretación consta en la ficha técnica.
¿Quiénes son los actores que participan?	Las unidades del nivel central y regional que prestan servicios de salud y recopilan datos e información, los analizan y los usan para tomar decisiones En el nivel central: la Unidad de Gestión de la Información y la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión, desempeñan funciones específicas en el marco del DO
¿Qué frecuencia de reportes?	Reportes trimestrales y anuales
¿En qué aspectos se focalizará el monitoreo?	En identificar el grado de avance de las metas de los indicadores que constan en el Cuadro de Mando
¿Cuáles son los instrumentos para la recolección de datos?	Formularios estándar de la SESAL que se utilizan para la recolección y consolidación de los datos.



La **evaluación** es el proceso que busca contrastar los resultados reales de los planes estratégicos y operativos con lo que se planificó en el momento de su diseño. Es la apreciación sistemática y objetiva de un proyecto, programa o política en curso o concluido, de su diseño, su puesta en práctica y sus resultados. El objetivo es determinar la pertinencia y el logro de los objetivos, así como la eficiencia, la eficacia, el impacto y la sostenibilidad. Deberá proporcionar información creíble y útil, que permita incorporar las enseñanzas aprendidas en el proceso de toma de decisiones. La evaluación también se refiere al proceso de determinar el valor o la significación de una actividad, política o programa (OCDE). Está dirigida a analizar lo que se ha conseguido, y cuales han sido los factores de éxito o fracaso.

Ambos procesos deben realizarse de forma objetiva, basados en evidencia y con datos confiables y en forma oportuna. Forman parte del proceso de aprendizaje colectivo para lograr sistematizar las experiencias exitosas y no replicar los errores.

En la matriz siguiente se describen algunos elementos que señalan las complementariedades y diferencias de ambos procesos⁶ en el marco de la cadena de valor de la gestión pública para la creación de valor.

Procesos de monitoreo y evaluación de la gestión en la cadena de creación de valor público⁷

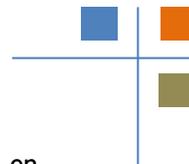
PROCESOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN					
AMBITO INTRAINSTITUCIONAL				AMBITO EXTRAINSTITUCIONAL	
INSUMOS	PROCESO	PRODUCTO INTERMEDIO	PRODUCTO FINAL /RESULTADO DE GESTIÓN	RESULTADO INTERMEDIO	RESULTADO IMPACTO
	QUE tipo de atención CUANTOS servicios QUIEN los ha recibido DONDE se ha prestado			EFECTOS producidos a mediano y largo plazo	
	QUE se ha obtenido COMO se ha obtenido PORQUE se ha obtenido CUALES han sido los resultados				
PERIODICIDAD: la periodicidad es en función del proceso, Por ejemplo, el monitoreo del POA se realiza mensualmente y trimestralmente. La evaluación del PEI es una vez al año.					
RESPONSABLE: Unidad de Planificación, Monitoreo y Evaluación de los distintos niveles.					
FUENTES DE INFORMACIÓN: i) Fuentes primarias: son aquellas unidades que producen un servicio y lo anotan en sus registros administrativos. También se consideran fuentes primarias a las bases de datos sin procesar de las encuestas, censos u otras investigaciones que produzcan datos útiles para su procesamiento; ii) Fuentes secundarias: son aquellas unidades que consolidan, procesan, ordenan y difunde los datos que proceden de las fuentes primarias y proveen de esta información a los interesados o usuarios.					

Un **indicador** es:

- Una expresión cualitativa o cuantitativa observable, que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la que comparada con períodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo.

⁶ Secretaría de Salud. Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión. Manual para la elaboración de planes estratégicos en salud. Tegucigalpa, agosto 2013.

⁷ Secretaria de Salud. Manual para la elaboración de planes estratégicos en salud. Julio 2013.



- Son magnitudes que brindan información sobre el comportamiento de un fenómeno en estudio, son elementos, generalmente cuantitativos o cualitativos, que sirven para medir un significado en un período considerado.

Los indicadores cumplen tres funciones fundamentales: simplificación, medición y comunicación.

- **Simplificación:** la realidad en que se actúa es multidimensional, un indicador puede considerar alguna de tales dimensiones (económica, social, cultural, política, etc.), pero no puede abarcarlas todas. Actúa como una medida de resumen de la situación en cuestión.
- **Medición:** permite comparar la situación actual de una dimensión de estudio en el tiempo o respecto a patrones establecidos.
- **Comunicación:** todo indicador debe transmitir información acerca de un tema en particular para la toma de decisiones

Los indicadores pueden ser:

- **Indicadores de productos.** Generalmente miden los beneficios o utilidades directas (productos) que se generan en el corto plazo con los insumos y recursos asignados, los cuales responden a los objetivos institucionales. Las medidas obtenidas son medidas en relación a lo previsto y su análisis indica hasta qué punto se ha obtenido el producto que se deseaba.
- **Indicadores de resultados.** Miden cambios intermedios que surgen del uso sinérgico de los productos. Son cambios observables en los beneficiarios y contribuyen a alcanzar los objetivos de largo plazo.
- **Indicadores de impacto.** Miden los cambios de largo plazo obtenidos en la población objetivo, y permiten verificar la efectividad de las intervenciones.

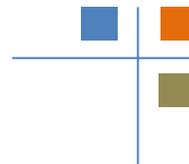
6. OBJETIVOS DEL PLAN DE MONITOREO

Objetivo general

- Monitorear el progreso, logros e impacto de las acciones del Plan Estratégico Ajustado, con el fin de facilitar la toma de decisiones políticas y técnicas.

Objetivos específicos

- Definir un conjunto básico de indicadores para monitorear los avances del Plan Estratégico Ajustado.
- Proporcionar los fundamentos y orientaciones básicas para el monitoreo de los avances en su implementación, con base en los dos componentes del mismo: Rectoría y Provisión.
- Definir las actividades, roles, responsabilidades y flujos de información para el monitoreo del Plan Estratégico Ajustado.



7. IDENTIFICACION DEL OBJETO DE MONITOREO

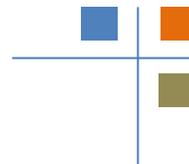
El objeto de monitoreo es el Plan Estratégico Ajustado, el cual estructura los objetivos estratégicos y resultados de gestión en las funciones sustantivas de rectoría y provisión que comprende, para el periodo 2014-2018, el cumplimiento de:

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

Objetivos Estratégicos y Resultados del Plan Estratégico Ajustado

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

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



8. INSTRUMENTOS PARA EL MONITOREO

8.1. Cuadro de Mando

El **Cuadro de Mando** es un instrumento que ofrece un método estructurado para seleccionar los indicadores, guía y permite medir lo que se hace. Proporciona información estadística periódica de forma sistematizada, oportuna y confiable. Es un instrumento de planificación que permite comparar los resultados obtenidos, verifica los cambios en los procesos, en los resultados y en el impacto sobre la población. Cuantifica los avances respecto a las metas institucionales y ayuda a la toma de decisiones.

Se construye con indicadores que se pueden agrupar en áreas, en función de los Objetivos Estratégicos, Resultados de Gestión y Componentes del Plan Estratégico Ajustado..

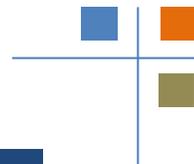
8.2. Indicadores

El resultado de las intervenciones puede medirse a través de varios tipos de **indicadores** a lo largo de la cadena para la creación de valor público:

Según la etapa de la cadena de valor público

Nivel de evaluación	<ul style="list-style-type: none">▪ Indicadores de valor público: son indicadores de impacto que miden los cambios que se espera lograr a mediano y largo plazo, que implican mejora de la salud y de bienestar en la población. Se asocian con el Objetivo general.▪ Indicadores de resultados: se refieren a los efectos de la acción institucional y/o de un programa sobre la sociedad. Se asocian con los resultados previstos u Objetivos específicos.
Nivel de monitoreo	<ul style="list-style-type: none">▪ Indicadores de producto: miden el cumplimiento de las metas planteadas y se refieren a la cantidad y calidad de los bienes y servicios que se generan mediante las actividades de una institución o de un programa. Se asocia al presupuesto programado.▪ Indicadores de proceso: se refieren al seguimiento de la realización de las actividades programadas, relativas a los recursos materiales, personal y/o presupuesto consumidos.

A continuación se describe el Cuadro de Mando



CUADRO DE MANDO E INDICADORES DEL PLAN ESTRATEGICO AJUSTADO

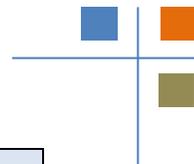
RECTORIA

OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADORES
OE1. Conducir en todas sus fase el Sistema Nacional de Salud hacia la integración y pluralidad	1.1. Población con acceso a servicios de salud del primer nivel con gestión descentralizada
	1.2. Porcentaje de municipios priorizados con cobertura de salud con gestión descentralizada
	1.3. Porcentaje de hospitales públicos funcionando con gestión descentralizada
	1.4. Porcentaje de regiones sanitarias funcionando bajo un compromiso de gestión por resultados
	1.5. Porcentaje de hospitales funcionando bajo un compromiso de gestión por resultados
OE2. 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. Porcentaje de productos de interés sanitario que cumplen con la normativa establecida para otorgar el registro sanitario
	2.2. Porcentaje de establecimientos y servicios de interés sanitario que cumplen con la normativa establecida para otorgar las licencias sanitarias
OE3. Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población	3.1. Porcentaje de brotes investigados

PROVISIÓN

OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADORES
OE4. Mejorada la salud de la mujer en condición de embarazo	4.1. Razón de mortalidad materna ⁸ (por 100,000 nacidos vivos)
	4.2. Cobertura de atenciones prenatales
	4.3. Cobertura de parto institucional
	4.4. Cobertura de atenciones puerperales
OE5. Mejorada la salud del menor de cinco años	5.1. Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por 1,000 nacidos vivos)
	5.2. Cobertura de menores de un año con esquema completo de vacunación.
	5.3. Tasa de incidencia de diarrea en menores de cinco años (por 1,000 menores de cinco años)
	5.4. Tasa de incidencia de neumonía/bronconeumonía en menores de cinco años (por 1,000 menores de cinco años)
OE6. Mejorar el control de enfermedades vectoriales priorizadas	6.1. Tasa de incidencia de dengue (por 100,000 habitantes)
	6.2. Tasa de incidencia de malaria (por 100,000 habitantes)
OE7. Mejorar el control de enfermedades infecciosas priorizadas	7.1. Tasa de prevalencia de VIH/Sida en población de 15-49 años (por 100,000 habitantes)
	7.2. Tasa de incidencia de tuberculosis (por 100,000 habitantes)
OE8. Mejorar el control y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles	8.1. Incidencia de hipertensión arterial en los establecimientos de la SESAL
	8.2. Número de atenciones brindadas por hipertensión

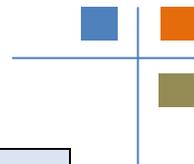
⁸ Fuente: Secretaria de Salud: Honduras actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010. La razón de mortalidad materna se obtiene a través del estudio RAMOS que se realiza periódicamente. El último dato corresponde al año 2010. Se estima que en el 2017 se realizará un nuevo estudio RAMOS y en el Plan de Nación se prevé alcanzar una meta de 50 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos para dicho año.



OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADORES
priorizadas⁹	arterial en los establecimientos de la SESAL
	8.3. Incidencia de diabetes mellitus en los establecimientos de la SESAL
	8.4. Número de atenciones brindadas diabetes mellitus en los establecimientos de la SESAL
	8.5. Incidencia de las enfermedades oncológicas priorizadas en el segundo nivel
	8.6. Mortalidad por enfermedades oncológicas priorizadas en el segundo nivel
OE9. Implementar intervenciones por ciclo de vida para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población	9.1. Tasa bruta de mortalidad

Cada indicador dispone de una ficha técnica que describe con precisión los elementos que lo conforman y las metas asociadas.

⁹ Los indicadores correspondientes al Objetivo Estratégico 8, que se ha incluido en el Plan Estratégico Ajustado, serán construidos durante el año 2015, puesto que como resultado de la implementación del DO del nivel central, los programas de dichas enfermedades se han integrado en otras unidades y debe reorganizarse los datos y construir los instrumentos para su recolección.



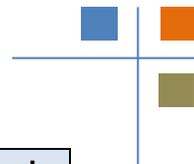
Nombre del indicador	Código	Población con acceso a los servicios de salud con gestión descentralizada				
	1.1					
Descripción	Expresa el número de personas de los 104 municipios priorizados que reciben servicios de salud bajo la modalidad de gestión descentralizada,					
Relevancia o pertinencia	El Plan Nacional de Salud le da prioridad al acceso a servicios médicos a grupos sociales que por razón de índole económica y social carecen de cualquier posibilidad de satisfacción de sus necesidades de atención médica. Es un indicador que consta en el perfil estratégico de rectoría de la Plataforma Presidencial y en la Plataforma del SEDIS.					
Fórmula	Número total de personas de los 104 municipios priorizados que reciben servicios de salud bajo la modalidad de gestión descentralizada.					
Definición de variables	Número de personas de los 104 municipios priorizados que reciben servicios de salud bajo la modalidad de gestión descentralizada.					
Fuente del dato y formulario	Dirección General de Redes de Servicios de Salud. Convenios de gestión.					
Metodología de recopilación	Registros administrativos del Departamento de Gestión Descentralizada					
Cobertura	Población de los 104 Municipios priorizados					
Escala	Nominal					
Institución responsable de la recolección de datos	Departamento de Gestión Descentralizada					
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Anual y Trimestral					
Evolución del Indicador	2014	2015	2016	2017	2018	
Número de personas (meta anual)	1,150,839	1,356,639	1,510,418	-	-	

COMENTARIOS

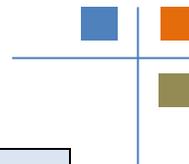
Del total de la población, el 76.19% (1,150,839 personas) ha recibido servicios de salud del primer nivel de atención a través de la modalidad de gestión descentralizada en el año 2014. Se estima que en el año 2015 se incrementará un 13.63% (205,800 personas) y para el año 2016 un 10.18% (153,779 personas) lo que hace un total de población cubierta de 1, 510,418.

Departamento	Municipios priorizados	Población
Choluteca	3	55,757
Colón	1	24,326
Comayagua	2	31,293
Copán	9	162,174
El Paraíso	6	83,064
Francisco Morazán	4	46,238
Gracias a Dios	1	16,317
Intibucá	16	214,204
La Paz	11	86,357
Lempira	28	348,423
Ocatepeque	4	30,540
Olancho	2	134,801
Santa Bárbara	11	150,780
Valle	2	32,628
Yoro	4	93,516
TOTAL	104	1,510,418

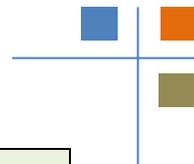
Fuente: UGD (enero 2015)



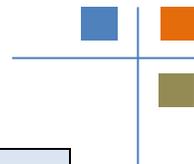
Nombre del indicador	Código 1.2.	Porcentaje de municipios priorizados con cobertura de servicios de salud con gestión descentralizada				
Descripción	<p>Expresa la proporción de los municipios priorizados del país con cobertura de servicios de salud del primer nivel brindada a través de convenios de gestión descentralizada.</p> <p>Se entiende por gestión descentralizada, cuando toda la población de cada uno de los 104 municipios priorizados es atendida a través de modalidad de gestión descentralizada.</p>					
Relevancia o pertinencia	<p>El Plan Nacional de Salud le da prioridad a la cobertura de servicios médicos a grupos sociales que por razón de índole económica y social carecen de cualquier posibilidad de satisfacción de sus necesidades de atención médica. Es un indicador que consta en el PNS 2014-2018 y en el PEI 2014-2018.</p>					
Fórmula	<p>Porcentaje = Número de municipios priorizados con cobertura de servicios de salud del primer nivel con gestión descentralizada / Total de municipios priorizados para gestión descentralizada * 100</p>					
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador</i>: número de municipios priorizados cuya población tiene cobertura de servicios de salud a través de convenios de gestión descentralizada en el primer nivel de atención. ▪ <i>Denominador</i>: total de municipios priorizados (104) 					
Fuente de datos	Convenios suscritos con gestores descentralizados					
Ámbito	104 Municipios priorizados					
Institución /responsable de la recolección de datos	Unidad de Gestión Descentralizada (UGD) de la Secretaria de Salud					
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Anual					
Evolución del Indicador	2014	2015	2016	2017	2018	
Porcentaje de municipios priorizados con gestión descentralizada de los servicios de salud del primer nivel de atención	9.6	28.8	66.3	100	-	
<p>COMENTARIOS</p> <p>Los municipios han sido priorizados en el 2015 por la Unidad de Gestión Descentralizada.</p>						



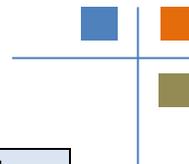
Nombre del indicador	Código 1.3.	Porcentaje de hospitales públicos funcionando con gestión descentralizada					
Descripción	Expresa la proporción de hospitales financiados con fondos públicos con los cuales, la Secretaría de Salud ha suscrito un Convenio de gestión descentralizada para la prestación de servicios de salud en el segundo nivel de atención.						
Relevancia o pertinencia	Es un indicador que mide la implementación de modelos de gestión y financiamiento por resultados y mecanismos innovadores de evaluación del desempeño de la SESAL en el segundo nivel de atención. Es un indicador del PNS y PEI 2014-2018 y consta en la Plataforma del SEDIS y de la DPGPR.						
Fórmula	Porcentaje = Número de hospitales funcionando con gestión descentralizada / Número total de hospitales (28 Hospitales) * 100						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador:</i> Número de hospitales funcionando con gestión descentralizada. ▪ <i>Denominador:</i> Número total de hospitales ▪ <i>Constante:</i> 100 						
Fuente del dato y formulario	Dirección General de Redes de Servicios de Salud. Convenios de gestión descentralizada						
Ámbito	Nacional						
Institución/ responsable de la recolección de datos	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud de la SESAL						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Anual						
Evolución del Indicador	Línea Base 2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Porcentaje de hospitales funcionando con gestión descentralizada (27)	0	7.4	18.5	29.6	37%	-	
<p>COMENTARIOS</p> <p>La SESAL está impulsando la gestión descentralizada de establecimientos del primer y segundo nivel para mejorar la cobertura, la eficiencia y la calidad de los servicios.</p>							



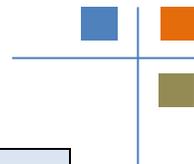
Nombre del indicador	Código 1.4.	Porcentaje de Regiones Sanitarias funcionando bajo un compromiso de gestión para resultado					
Descripción	Expresa el porcentaje de regiones sanitarias del país funcionando bajo un compromiso de gestión para resultado que garantice la petición y rendición de cuentas por parte de la Secretaría de Salud.						
Relevancia o pertinencia	Es un indicador que mide la implementación de modelos de gestión y financiamiento para resultados y mecanismos innovadores de evaluación del desempeño de la SESAL. Consta en el PNS y PEI 2014-2018 y consta en la Plataforma del SEDIS y de la DPGPR.						
Fórmula	Porcentaje = Regiones Sanitarias funcionando bajo un compromiso de gestión para resultado / Total de Regiones Sanitarias * 100						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numerador: Regiones Sanitarias funcionando bajo un compromiso de gestión para resultado ▪ Denominador: Total de Regiones Sanitarias ▪ Constante: 100 						
Fuente del dato y formulario	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud. Registros administrativos de los compromisos de gestión para resultados						
Ámbito	Nacional						
Institución/ responsable de la recolección de datos	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Anual, Trimestral						
Evolución del Indicador	Línea Base 2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Porcentaje de Regiones Sanitarias con compromiso de gestión suscrito	0	100	100	100	100	100	
<p>COMENTARIOS</p> <p>En el año 2014 se formalizaron por primera vez compromisos de gestión entre la SESAL (a través de la Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y cada una de las regiones sanitarias, los cuales se fueron monitoreando trimestralmente.</p>							



Nombre del indicador	Código I.5.	Porcentaje de hospitales funcionando bajo un compromiso de gestión por resultados					
Descripción	Expresa el porcentaje de hospitales de la Secretaría de Salud funcionando bajo un compromiso de gestión por resultado que garantice la petición y rendición de cuentas por parte de la Secretaría de Salud. El compromiso de gestión se firma cada año.						
Relevancia o pertinencia	Es un indicador que mide la implementación de modelos de gestión y financiamiento por resultados y mecanismos innovadores de evaluación del desempeño de la SESAL. Consta en el PNS y PEI 2014-2018 y consta en la Plataforma del SEDIS y de la DPGPR.						
Fórmula	Porcentaje = Número de Hospitales funcionando bajo un compromiso de gestión por resultados / Total de hospitales de la Secretaría de Salud * 100						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador:</i> Hospitales funcionando bajo un compromiso de gestión por resultados. ▪ <i>Denominador:</i> Total de Hospitales de la Secretaría de Salud ▪ <i>Constante:</i> 100 						
Fuentes	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud						
Metodología de recopilación	Registros administrativos de la Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud						
Cobertura	Nacional						
Escala	Nominal						
Institución responsable de la recolección de datos	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Anual						
Evolución del Indicador	Base 2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Porcentaje de hospitales con compromiso de gestión	0	92.6	81.5	70.4	63	-	
COMENTARIOS: Evidencia: compromiso firmado entre SESAL y el hospital.							



Nombre del indicador	Código 2.1.	Porcentaje de productos de interés sanitario que cumplen con la normativa establecida para otorgar el registro sanitario					
Descripción	Expresa el porcentaje de productos de interés sanitario que cumplen con la normativa establecida para otorgar el registro sanitario-						
Relevancia o pertinencia	Es un indicador que responde al Componente de Regulación del PNS 2014-2018 y al Objetivo Estratégico 3 del PEI 2014-2018: 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. Es una de las funciones rectoras de la SESAL.						
Fórmula	Porcentaje = Número de productos de interés sanitario que cumplen con la normativa para otorgar el registro sanitario/ Número de solicitudes de productos de interés sanitario resueltas * 100						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador</i>: número de solicitudes de registro sanitario que se han resuelto favorablemente y se les ha otorgado el registro sanitario en un periodo determinado. ▪ <i>Denominador</i>: número de solicitudes de registro sanitario resueltas favorable o desfavorablemente en un periodo determinado. ▪ <i>Constante</i>: 100 						
Fuentes	Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo						
Metodología de recopilación	Registros administrativos de la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo Medio de verificación: Copias de las resoluciones emitidas						
Cobertura	Nacional						
Escala	Porcentaje						
Institución responsable de la recolección de datos	Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Trimestral y Anual						
Evolución del Indicador	Base 2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Porcentaje de productos de interés sanitario	-	95	95	95	95	-	
<p>COMENTARIOS: Los productos de interés sanitario incluyen: medicamentos, dispositivos médicos para uso humano, productos naturales, plaguicidas de uso doméstico y profesionales, productos cosméticos e higiénicos. Las solicitudes de registros pueden ser para productos: nuevos, renovados y cambios. Solicitud resuelta: favorable o desfavorable</p>							



Nombre del indicador	Código 2.2.	Porcentaje de establecimientos de interés sanitario que cumplen con la normativa establecida para otorgar la licencia sanitaria.				
Descripción	Expresa el porcentaje de establecimientos de interés sanitario que cumplen con la normativa establecida para otorgar la licencia sanitaria.					
Relevancia o pertinencia	Es un indicador que responde al Componente de Regulación del PNS 2014-2018 y al Objetivo Estratégico 3 del PEI 2014-2018: 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. Es una de las funciones rectoras de la SESAL.					
Fórmula	Porcentaje = Número de establecimientos de interés sanitario que cumplen con la normativa / Número de solicitudes de licencias de establecimientos de interés sanitario * 100					
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador</i>: Establecimientos que cumplen con la normativa establecida para otorgar la licencia sanitaria ▪ <i>Denominador</i>: Número de solicitudes de licencias de establecimientos de interés sanitario ▪ <i>Constante</i>: 100 					
Fuente de datos	Registros administrativos de las solicitudes de licencia sanitarias y de las resoluciones emitidas de licenciamiento.					
Ámbito	Nacional					
Institución / responsable de la recolección de datos	Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo. SESAL					
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Anual					
Evolución del Indicador	Línea Base 2013	2014	2015	2016	2017	2018
Porcentaje de establecimientos	-	95	95	95	95	-

COMENTARIOS

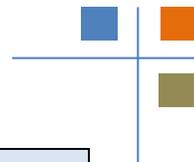
Establecimientos de interés sanitario: hace referencia a establecimientos farmacéuticos y afines complejidad II y III, establecimientos de salud complejidad III, y otros de interés sanitario complejidad III, que pueden ser nuevos, renovados y cambios.

La solicitud resuelta puede ser: favorable o desfavorable

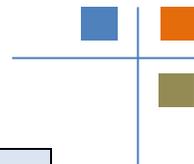
Categorización y tipificación establecimientos de salud

Nivel de atención	Escalones de complejidad	Categoría y Tipo de establecimiento	Característica distintiva del establecimiento de salud
PRIMER NIVEL	Nivel de complejidad 1	Centro de Salud Tipo 1	Ambulatorio rural con médico general
	Nivel de complejidad 2	Centro de Salud Tipo 2	Ambulatorio urbano con médico general. Es sede del Equipo de Atención Primaria en Salud (EAPS). Atiende referencia de CSW Tipo 1
	Nivel de complejidad 3	Centro de Salud Tipo 3	Ambulatorio urbano con especialidades médicas básicas, sin internamiento. Puede contar con camas de corta estadía (12 horas). Atiende referencias de CS Tipo 2 y del EAPS
SEGUNDO NIVEL	Nivel de complejidad 4	Hospital Tipo 1	Hospital general con especialidades básicas. Atiende referencias del primer nivel
	Nivel de complejidad 5	Hospital Tipo 2	Hospital de especialidades y algunas subespecialidades. Referencia del Hospital Tipo 1
	Nivel de complejidad 6	Hospital Tipo 3	Hospital docente, de especialidades y subespecialidades. Atiende pacientes referidos de los hospitales Tipo 1 y 2
	Nivel de complejidad 7	Hospital Tipo 4	Hospital universitario e instituto altamente especializado. De referencia nacional

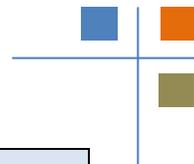
Fuente: Modelo Nacional de Salud. Mayo 2013



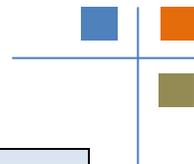
Nombre del indicador	Código 3.1	Porcentaje de brotes investigados					
Descripción	Expresa el porcentaje de brotes investigados, eventos que han sido investigados durante un periodo determinado respaldado con un informe que evidencia la investigación realizada que puede ser en el nivel local, regional o central.						
Relevancia o pertinencia	El Sistema de Vigilancia de la salud incorpora el Subsistema de Alerta-Respuesta en el cual se contempla la detección y notificación de la ocurrencia de brotes o conglomerados y eventos inusitados de salud pública de interés internacional y nacional, desde el nivel local, el nivel intermedio al nivel central. Responde ante compromisos de país, Reglamento Sanitario Internacional, Código d Salud, Plan Nacional de Salud y Plan Estratégico Institucional.						
Fórmula	Porcentaje de brotes investigados = Numero de brotes investigados / Total de brotes notificados * 100						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador:</i> Número de brotes investigados ▪ <i>Denominador:</i> Total de brotes notificados ▪ <i>Constante:</i> 100 						
Fuente de datos	<i>Fuente del numerador:</i> Informes de resultados de la investigación de brotes <i>Fuente del denominador:</i> Registro administrativo de brotes notificados						
Ámbito	Ámbito nacional						
Unidad responsable de la recolección de datos	Unidad de Vigilancia de la Salud						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Diario y semanal						
Evolución del Indicador	Línea Base 2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Porcentaje de brotes investigados							
COMENTARIOS							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brote: cuando el número de casos de una determinada enfermedad sobrepasa el número esperado para el periodo establecido estimado a partir de datos históricos. El número de casos se registran en el instrumento: Boletín de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) que se remite semanalmente desde el nivel local y el nivel regional al nivel central. ▪ Brote investigado: es el evento que a raíz de la detección se investiga epidemiológicamente con el objetivo de verificar su ocurrencia, identificar el agente causal, los mecanismos de transmisión y aplicar medidas de control. ▪ Brote notificado: es el evento detectado a través de las diferentes fuentes (oficiales: Boletín Alerta-Respuesta y fuente informal: televisión, prensa, radio, rumores, etc.) 							
<p>El incremento del porcentaje de brotes investigados estimados en las metas anuales, se sustenta en el proceso de capacitación efectuado durante el año 2014 a los responsables de las unidades del nivel local y regional en el Subsistema de Alerta-Respuesta.</p>							
<p><i>Riesgo:</i> la investigación de brotes o eventos requiere la disponibilidad inmediata de recursos financieros y técnicos para su realización los cuales no se disponen con la oportunidad requerida, Este hecho pone en riesgo el cumplimiento de las investigaciones de brotes estimadas en las metas.</p>							
<p><i>Investigación epidemiológica de un brote:</i> consiste en identificar las formas de prevenir la transmisión futura (mediata o inmediata) del agente causal, para lo cual, debe cumplirse con los siguientes pasos de investigación: preparar el trabajo de campo, establecer la existencia del brote, verificar el diagnóstico, definir e identificar casos, realizar descripción epidemiológica del brote, plantear hipótesis, reconsiderar y mejorar hipótesis, desarrollar medidas de prevención y control, comunicación de hallazgos.</p>							



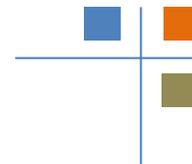
Nombre del indicador	Código	Razón de mortalidad materna					
	4.1.						
Descripción	Expresa el riesgo de morir de la mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales, en los Hospitales y Clínicas Materno Infantil de la Secretaria de Salud.						
Relevancia o pertinencia	La Meta 5.A de los ODM es reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes. La tasa de mortalidad materna junto con el indicador de proporción de partos con asistencia de personal especializado, son los indicadores incluidos para su medición.						
Fórmula	Número de muertes maternas (directas e indirectas) (Número total de nacidos vivos en el año * 100,000						
Definición de variables	Numerador: Muertes maternas (directas o indirectas) ocurridas durante el embarazo, parto o puerperio (42 días siguientes al parto) en Hospitales y Clínicas Materno Infantil de la Secretaria de Salud Denominador: Número total de nacidos vivos en el año anterior. Constante: 100,000						
Fuente del dato y formulario	Unidad de Gestión de la Información. Formularios: Defunciones extrahospitalarias (primer nivel) y Hoja de Hospitalización (HH) para los Hospitales y Clínicas Materno Infantil						
Ámbito	Nacional, Departamental						
Unidad responsable del dato	Establecimiento de salud						
Frecuencia o periodicidad	Anual						
Evolución de la meta	Línea Base 2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Razón de mortalidad materna nacional							
COMENTARIOS							
<p>Muerte materna: es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, sea cual fuera la duración y sitio del embarazo, debida a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, pero no por causas accidentales o incidentales.</p> <p>Muertes maternas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio) de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.</p> <p>Muertes maternas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.</p> <p>Entre 1990 y 1997, Honduras experimentó una reducción significativa en la tasa de mortalidad materna. En este periodo, la mortalidad materna se redujo en 74 puntos, lo que internacionalmente fue reconocido como un logro impresionante. Entre los factores que explican la rápida reducción de la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 1997 se han identificado los siguientes: a) incremento de la atención institucional del parto poniendo a funcionar 24 clínicas materno infantiles y 6 hospitales; b) aumento de la prevalencia del uso de método anticonceptivos en las mujeres; c) la ejecución de un Enfoque de Riesgo Reproductivo; d) capacitación de las parteras tradicionales; e) aplicación del proceso de normalización de la atención integral a la mujer, y, f) fomento de estrategias para mejorar la calidad del parto limpio a nivel de comunidades.</p>							



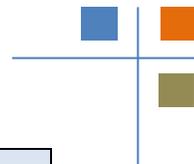
Nombre del indicador	Código	Cobertura de atenciones prenatales					
	V4.1						
Descripción	Expresa la cobertura (atenciones prenatales nuevas) de atenciones prenatales dadas en establecimientos de gestión no descentralizada y descentralizada en el primer y segundo nivel de atención a las mujeres en condición de embarazo.						
Relevancia o pertinencia	La mujer en condición de embarazo es uno de los grupos priorizados en el PEI 2014-2018, en el primer y segundo nivel de atención. Este indicador mide uno de los resultados trazadores de dicho grupo que corresponde al Objetivo Estratégico 4: “Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo”.						
Fórmula	Porcentaje = Número de embarazadas nuevas en el periodo (captadas por primera vez en el establecimiento de salud en el primer y segundo nivel de atención / Número de embarazadas esperadas en el periodo * 100						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador</i>: número de embarazadas nuevas en el periodo, que han sido captadas por primera vez en el establecimiento de salud. ▪ <i>Denominador</i>: Total de embarazadas esperadas en el periodo: se calcula multiplicando la población menor de un año por 0.85. Se estima que hay una pérdida del 15% de embarazos. ▪ <i>Constante</i>: 100 						
Fuente responsable	Unidad de Gestión de la Información. Secretaría de Salud.						
Metodología de recopilación	Los datos que generan los centros del primer nivel de atención se consolidan en las Regiones Sanitarias en el formulario AT2R al igual que los datos que se generan en las consultas externas de los hospitales.						
Cobertura	Nacional						
Escala	Porcentaje						
Unidad responsable de la recolección de datos	Unidad de Gestión de la Información						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Anual						
Evolución del Indicador	Línea Base 2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Cobertura de atenciones prenatales (primer y segundo nivel)	-	97.81	98.78	99.98	100	-	
COMENTARIOS							



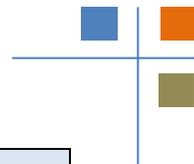
Nombre del indicador	Código	Cobertura de atención de parto institucional					
	3.1.						
Descripción	Expresa los partos que son atendidos en Hospitales y en Clínicas Materno Infantiles (CMI) de la Secretaría de Salud en relación al total de la población de menores de un año estimados por el INE para el periodo.						
Relevancia o pertinencia	El Plan de Nación (Indicador 66) y el Plan Nacional de Salud 2014-2018 en su Componente Estratégico 3 (Línea de Acción 3.5) incorporan a la mujer en condición de embarazo como uno de los grupos priorizados, asimismo, en el Plan Estratégico Institucional 2014-2018, en el primer y segundo nivel de atención (Objetivo Estratégico 4). Este indicador mide uno de los resultados trazadores de dicho grupo: “Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo”. La mortalidad y la morbilidad de la madre y el recién nacido se reducen en la medida que incrementa el parto institucional.						
Fórmula	Cobertura de atención de parto institucional = Número de partos atendidos en Hospitales y en CMI de la Secretaría de Salud / Total de la población de menores de un año del país estimada por el INE * 100						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador</i>: número de partos atendidos en Hospitales y CMI de la Secretaría de Salud en el primer y segundo nivel en un periodo ▪ <i>Denominador</i>: población menor de un año en el periodo estimada por el INE ▪ <i>Constante</i>: 100 						
Fuente responsable	Unidad de Gestión de la Información (UGI)						
Metodología de recopilación	Informe de Actividades Hospitalarias (Labor y Parto) integrado en el Sistema de Información de Salud						
Cobertura	Nacional con datos de producción de la Secretaría de Salud						
Escala	Porcentaje						
Unidad responsable de la recolección de datos	Unidad de Gestión de la Información (UGI)						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Los datos son anuales. Están disponibles en el primer trimestre del año siguiente.						
Evolución del Indicador	Línea Base	2014	2015	2016	2017	2018	
Cobertura de parto institucional	67.23	68.73	69.64	70.70	71.70	72.79	
COMENTARIOS:							



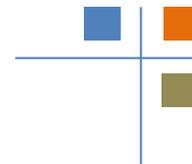
Nombre del indicador	Código 3.2.	Cobertura de atenciones puerperales					
Descripción	Expresa la cobertura de atenciones puerperales que se prestan a las mujeres después del parto en los establecimientos del primer y segundo nivel de la Secretaría de Salud.						
Relevancia o pertinencia	El Plan de Nación (Indicador 66) y el Plan Nacional de Salud 2014-2018 en su Componente Estratégico 3 (Línea de Acción 3.5) incorporan a la mujer en condición de embarazo como uno de los grupos priorizados, asimismo, en el Plan Estratégico Institucional 2014-2018, en el primer y segundo nivel de atención (Objetivo Estratégico 4). Este indicador mide uno de los resultados trazadores de dicho grupo: “Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo”. La mortalidad y la morbilidad de la madre y el recién nacido se reducen en la medida que incrementa la atención puerperal.						
Fórmula	Cobertura de atención puerperal = Número de atenciones puerperales brindadas a las mujeres después del parto en el primer y segundo nivel de atención en establecimientos de la Secretaría de Salud / Número de puerperas o población menor de un año esperadas en el periodo * 100						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador:</i> Número de atenciones puerperales brindadas en el primer o segundo nivel de atención. ▪ <i>Denominador:</i> Número de puerperas esperadas en el periodo o población menor de un año en el periodo. ▪ <i>Constante:</i> 100 						
Fuentes	Informe de Atenciones (AT2R). Unidad de Gestión de la Información						
Metodología de recopilación	Para el cálculo del indicador, se utilizan los datos contenidos en el AT2R del Sistema de Información de Salud de la SESAL y para el denominador la población proporcionada por el INE						
Cobertura	Nacional con los datos de producción de la Secretaría de Salud						
Escala	Porcentaje						
Unidad responsable de la recolección de datos	Unidad de Gestión de la Información						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Los datos son anuales. Están disponibles en el primer trimestre del año siguiente.						
Evolución del Indicador	Línea Base 2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Cobertura de atenciones puerperales	61.14	61.70	61.70	61.84	61.91	62.03	
<p>COMENTARIOS:</p> <p>Las atenciones puerperales son aquellas que se producen desde el momento del parto hasta 42 días posteriores a este.</p>							



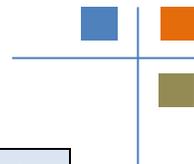
Nombre del indicador	Código 5.1.	Tasa de mortalidad en menores de cinco años		
Descripción	Expresa el número de muertes de menores de cinco años en un periodo dado.			
Relevancia o pertinencia	En las últimas décadas Honduras ha tenido avances significativos en la disminución de la mortalidad infantil. El peso y el tamaño al nacer son factores que inciden directamente en la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y en la niñez, de ahí la importancia de las estrategias de atención a la mujer en condición de embarazo contemplada en la Plan Nacional de Salud 2014-2018 y el Plan Estratégico Institucional 2014-2018, y las acciones sectoriales para incidir en la reducción de la desnutrición materna e infantil.			
Fórmula	Número de muertes ocurridas en menores de cinco año / Total de nacidos vivos en dicho año * 1,000			
Definición de variables	Numerador: número de muertes ocurridas en menores de un año durante un periodo dado Denominador: número total de nacidos vivos en dicho periodo Constante: 1,000			
Fuente del dato y formulario	Encuesta Nacional de Demografía y Salud			
Ámbito	Nacional, Departamental			
Unidad responsable del dato	Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística			
Frecuencia o periodicidad	Cada cinco años			
Evolución	1997-2002	2002-2007	2007-2012	
Tasa de mortalidad				
<p>COMENTARIOS</p> <p>Algunos conceptos clave: Mortalidad neonatal: probabilidad de morir durante el primer mes de vida. Mortalidad posneonatal: probabilidad de morir después del primer mes pero antes del primer año. Mortalidad infantil: probabilidad de morir durante el primer año de vida. Mortalidad en la niñez: probabilidad de morir antes de cumplir cinco años.</p> <p>Fuente: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística, ENDESA 2011-2012</p>				



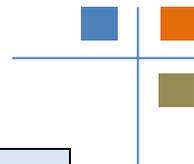
Nombre del indicador	Código 5.2.	Cobertura de menores de un año vacunados con esquema completo de vacunación				
Descripción	Expresa la proporción de menores de un año vacunados con tercera dosis de pentavalente (esquema completo de pentavalente) en los establecimientos de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS					
Relevancia o pertinencia	<p>Las vacunas han contribuido de manera fundamental en la erradicación y prevención de enfermedades prevenibles por vacunación. La protección es personal y colectiva y es una medida de prevención costo-efectiva que impacta en la calidad de vida de la población y en los costos de la salud.</p> <p>El Plan Nacional de Salud 2014-2018 contempla en la Línea de Acción 3.5 y el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 en el Objetivo Estratégico 5, a los menores de cinco años como un grupo prioritario.</p> <p>El Plan de Nación y Visión de País integra el indicador de “Tasa de mortalidad en menores de cinco años” y la vacunación con esquema completo de pentavalente contribuye a disminuir la mortalidad de esta población.</p>					
Fórmula	Total de niños menores de un año vacunados con la tercera dosis de Pentavalente de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS / Población total menor de un año * 100					
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador:</i> Total de niños menores de un año vacunados con la tercera dosis de Pentavalente en un periodo determinado en los establecimientos de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS ▪ <i>Denominador:</i> Población total menor de un año de acuerdo con las estimaciones del INE para el periodo ▪ <i>Constante:</i> 100 					
Fuente del dato	Registros administrativos: VAC 2 y SIVAC					
Ámbito	Nacional, Intermedio, Local					
Unidad responsable del dato	Establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención de la SESAL y del IHSS					
Frecuencia o periodicidad	Anual, Trimestral, Mensual					
Evolución de la meta	2014	2015	2016	2017	2018	
Cobertura de menores de un año vacunados con tercera dosis de pentavalente	88.34	89.46	90.78	92.02	93.37	
<p>COMENTARIOS</p> <p>De acuerdo con las normas y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI, 2013) la vacuna de pentavalente que comprende: DPT – HepB – Hib, se aplican tres dosis a los niños con 2, 4 y 6 meses.</p>						



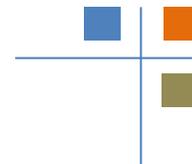
Nombre del indicador	Código	Tasa de incidencia de diarrea en menores de cinco años					
	5.3.						
Descripción	Expresa los casos nuevos por diarrea en niños menores de cinco años que son atendidos en establecimientos del primer y segundo nivel de la Secretaría de Salud por 1,000 niños menores de cinco años						
Relevancia o pertinencia	El Plan Nacional de Salud 2014-2018 contempla en la Línea de Acción 3.5 y el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 en el Objetivo Estratégico 5, a los menores de cinco años como un grupo prioritario. El Plan de Nación y Visión de País integra el indicador 25 relativo a: “Tasa de incidencia de casos de enfermedades infecciosas asociadas a condiciones materiales de vida”, entre las cuales, consta la diarrea.						
Fórmula	Tasa de incidencia = Número de casos por diarrea en menores de cinco años durante un periodo / Población menor de cinco años del periodo * 1000						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador</i>: Número de casos por diarrea en menores de cinco años durante un periodo que son atendidos en los establecimientos de la Secretaría de Salud ▪ <i>Denominador</i>: Población menor de cinco años estimada por el INE para el periodo ▪ <i>Constante</i>: 1,000 						
Fuentes	Registros administrativos (AT2R) de la Unidad de Gestión de la Información						
Metodología de recopilación	Se obtiene del Sistema de Información de Salud que gestiona la Unidad de Gestión de la Información (UGI)						
Cobertura	Nacional, con datos de la producción de la Secretaría de Salud						
Escala	Tasa						
Unidad responsable de la recolección de datos	Unidad de Gestión de la Información						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Los datos son anuales. Están disponibles en el primer trimestre del año siguiente						
Evolución del Indicador	Línea Base 2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Tasa de incidencia en menores de cinco años primer nivel por diarrea	137.11	135.93	133.32	131.19	129.10	-	
COMENTARIOS							
La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa, que puede definirse como la eliminación de tres (3) o más evacuaciones intestinales líquidas o blandas sin sangre, en un periodo de 24 horas. Puede acompañarse de vómitos y fiebre.							
Es posible que un niño tenga más de un episodio al año de diarrea, sin embargo, dado que el dato se obtiene de registro “atenciones nuevas por diarrea del AT2R” únicamente es posible identificar el número total de atenciones ambulatorias que se prestan en los establecimientos del primer y segundo nivel de la Secretaría de Salud por diarrea.							



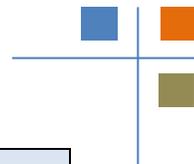
Nombre del indicador	Código 5.4.	Tasa de incidencia de neumonía / bronconeumonía de menores de cinco años					
Descripción	Expresa los casos nuevos por neumonía / bronconeumonía en niños menores de cinco años que son atendidos en establecimientos del primer y segundo nivel de la Secretaría de Salud por 1,000 niños menores de cinco años						
Relevancia o pertinencia	<p>El Plan Nacional de Salud 2014-2018 contempla en la Línea de Acción 3.5 y el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 en el Objetivo Estratégico 5, a los menores de cinco años como un grupo prioritario.</p> <p>El Plan de Nación y Visión de País integra el indicador 25 relativo a: “Tasa de incidencia de casos de enfermedades infecciosas asociadas a condiciones materiales de vida”, entre las cuales, consta la neumonía / bronconeumonía.</p>						
Fórmula	Tasa de incidencia = Número de casos por neumonía / bronconeumonía en menores de cinco años durante un periodo / Población menor de cinco años del periodo * 1,000						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador:</i> Número de casos por neumonía / bronconeumonía en menores de cinco años durante un periodo que son atendidos en los establecimientos de la Secretaría de Salud ▪ <i>Denominador:</i> Población menor de cinco años estimada por el INE para el periodo ▪ <i>Constante:</i> 1,000 						
Fuentes	Registros administrativos (AT2R) de la Unidad de Gestión de la Información						
Metodología de recopilación	Se obtiene del Sistema de Información de Salud que gestiona la Unidad de Gestión de la Información (UGI)						
Cobertura	Nacional, con datos de la producción de la Secretaría de Salud						
Escala	Tasa						
Unidad responsable de la recolección de datos	Unidad de Gestión de la Información						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Los datos son anuales. Están disponibles en el primer trimestre del año siguiente						
Evolución del Indicador	Línea Base 2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Tasa de incidencia en menores de cinco años primer nivel por neumonía / bronconeumonía	45.92	45.59	44.77	44.11	43.47	-	
<p>COMENTARIOS</p> <p>Clínicamente la enfermedad se caracteriza por tos, aumento de la frecuencia respiratoria y/o tiraje subcostal. La presencia de tiraje subcostal es un signo de gravedad altamente sensible y específico, que puede asociarse o no al aumento de frecuencia respiratoria</p>							



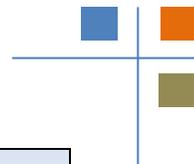
Nombre del indicador	Código	Tasa de incidencia de dengue por 100,000 habitantes					
	6.1.						
Descripción	Expresa el número de casos nuevos confirmados por dengue atendidos en establecimientos de la Secretaría de Salud del primer y segundo nivel de atención por 100,000 habitantes						
Relevancia o pertinencia	La disminución de la tasa de incidencia de dengue es una prioridad y consta en: i) el Plan de Nación (Indicador 24); el Plan Nacional de Salud 2014-2018 (Componente Estratégico 3); el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 (El Objetivo Estratégico 6 incluye como grupo priorizado las enfermedades vectoriales, el dengue y la malaria).						
Fórmula	Tasa de incidencia = Número de casos nuevos confirmados de dengue atendidos en establecimientos del primer y segundo nivel de atención en el periodo / Población total del periodo estimada por el INE * 100,000 habitantes						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador:</i> número de casos nuevos confirmados de dengue registrados en el periodo en establecimientos de la Secretaría de Salud del primer y segundo nivel de atención ▪ <i>Denominador:</i> población total en el periodo estimada por el INE ▪ <i>Constante:</i> 100,000 						
Fuentes	Informe mensual de Enfermedades de Notificación Obligatoria (TRANS)						
Metodología de recopilación	Se obtiene del Sistema de Información de Salud que gestiona la Unidad de Gestión de la Información (UGI)						
Cobertura	Nacional con datos de producción de la Secretaría de Salud.						
Escala	Tasa						
Unidad responsable de la recolección de datos	Unidad de Gestión de la Información (UGI)						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Los datos son anuales. Están disponibles en el primer trimestre del año siguiente.						
Evolución del Indicador	Línea Base	2014	2015	2016	2017	2018	
Tasa de incidencia de dengue * 100,000 habitantes	310.10	109.63	99.51	92.16	85.38	79.12	
COMENTARIOS:							
Se entiende por caso confirmado de dengue: los pacientes con fiebre de aparición y elevación brusca con dos o más de los siguientes síntomas (dolor de cuerpo, dolor de coyuntura o lumbalgias, dolor de cabeza, dolor retroocular, exatema cutáneo, fatiga, anorexia, postración) más un resultado positivo de serología (ELISA-IgM)							



Nombre del indicador	Código	Tasa de incidencia de malaria por 100,000 habitantes					
	6.2.						
Descripción	Expresa el número de casos nuevos confirmados por malaria atendidos en establecimientos de la Secretaría de Salud del primer y segundo nivel de atención por 100,000 habitantes						
Relevancia o pertinencia	La disminución de la tasa de incidencia de malaria es una prioridad y consta en: i) el Plan de Nación (Indicador 24); el Plan Nacional de Salud 2014-2018 (Componente Estratégico 3); el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 (El Objetivo Estratégico 6 incluye como grupo priorizado las enfermedades vectoriales, el dengue y la malaria).						
Fórmula	Tasa de incidencia = Número de casos nuevos confirmados de malaria atendidos en establecimientos del primer y segundo nivel de atención en el periodo / Población total del periodo estimada por el INE * 100,000 habitantes						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador:</i> número de casos nuevos confirmados de malaria registrados en el periodo en establecimientos de la Secretaría de Salud del primer y segundo nivel de atención ▪ <i>Denominador:</i> población total en el periodo estimada por el INE ▪ <i>Constante:</i> 100,000 						
Fuentes	Informe mensual de Enfermedades de Notificación Obligatoria (TRANS)						
Metodología de recopilación	Se obtiene del Sistema de Información de Salud que gestiona la Unidad de Gestión de la Información (UGI)						
Cobertura	Nacional con datos de producción de la Secretaría de Salud.						
Escala	Tasa						
Unidad responsable de la recolección de datos	Unidad de Gestión de la Información (UGI)						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Los datos son anuales. Están disponibles en el primer trimestre del año siguiente.						
Evolución del Indicador	Línea Base	2014	2015	2016	2017	2018	
Tasa de incidencia de malaria * 100,000 habitantes	182.07	180.38	168.52	160.63	153.15	146.07	
COMENTARIOS:							
Se entiende por caso confirmado de malaria al paciente con fiebre intermitente, con escalofríos que por lo regular se acompaña de cefalalgias y náuseas que terminan con sudoración profunda – después de un lapso sin fiebre se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudores todos los días, en días alternos o en cada tercer día. Se confirma por laboratorio.							



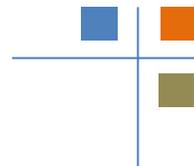
Nombre del indicador	Código	Tasa de prevalencia de VIH/Sida en población de 15-49 años por 10,000					
	7.1.						
Descripción	Expresa la proporción de la población de 15 a 49 años viviendo con VIH/Sida en relación al número total de personas del mismo grupo de edad.						
Relevancia o pertinencia	La disminución de la tasa de prevalencia de VIH/Sida es una prioridad y consta en: el Plan Nacional de Salud 2014-2018 (Componente Estratégico 3 incluye la tasa de incidencia en la meta 22); el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 (El Objetivo Estratégico 7 incluye como grupo priorizado las enfermedades infectocontagiosas).						
Fórmula	Tasa de prevalencia = Número de personas de 15 a 49 años con VIH/Sida en un periodo / Total de personas de 15 a 49 años en el periodo * 10.000						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador:</i> número de personas de 15 a 49 años de edad viviendo con VIH/Sida en un periodo ▪ <i>Denominador:</i> total de personas de 15 a 49 años estimadas por el INE para el periodo ▪ <i>Constante:</i> 10.000 						
Fuentes	Unidad de Gestión de la Información (Subsistema de Información de VIH/Sida)						
Metodología de recopilación	Subsistema de Información para los Servicios de Atención Integral para personas con VIH/Sida						
Cobertura	Nacional con datos de producción de la Secretaría de Salud						
Escala	Tasa						
Unidad responsable de la recolección de datos	Unidad de Gestión de la Información (UGI)						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Los datos son anuales. Están disponibles en el primer trimestre del año siguiente.						
Evolución del Indicador	Línea Base	2014	2015	2016	2017	2018	
Tasa de prevalencia de VIH/Sida en población de 15-49 años por 10,000	0.6	0.4	0.4	0.4	0.4	-	
COMENTARIOS:							
El término Sida se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.							



Nombre del indicador	Código	Tasa de incidencia de tuberculosis por 100,000 habitantes					
	7.2.						
Descripción	Expresa el número de casos nuevos confirmados por tuberculosis atendidos en establecimientos de la Secretaría de Salud del primer y segundo nivel de atención por 100,000 habitantes						
Relevancia o pertinencia	La disminución de la tasa de incidencia de tuberculosis es una prioridad y consta en: i) el Plan de Nación (Indicador 24); el Plan Nacional de Salud 2014-2018 (Componente Estratégico 3, Meta 12); el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 (El Objetivo Estratégico 7 incluye como grupo priorizado las enfermedades infectocontagiosas, entre ellas, la tuberculosis).						
Fórmula	Tasa de incidencia = Número de casos nuevos confirmados de tuberculosis atendidos en establecimientos de la Secretaría de Salud del primer y segundo nivel de atención en el periodo / Población total del periodo estimada por el INE * 100,000 habitantes						
Definición de variables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Numerador:</i> número de casos nuevos confirmados de tuberculosis registrados en el periodo en establecimientos de la Secretaría de Salud del primer y segundo nivel de atención ▪ <i>Denominador:</i> población total en el periodo estimada por el INE ▪ <i>Constante:</i> 100,000 						
Fuentes	Informe mensual de Enfermedades de Notificación Obligatoria (TRANS)						
Metodología de recopilación	Se obtiene del Sistema de Información de Salud que gestiona la Unidad de Gestión de la Información (UGI)						
Cobertura	Nacional con datos de producción de la Secretaría de Salud.						
Escala	Tasa						
Unidad responsable de la recolección de datos	Unidad de Gestión de la Información (UGI)						
Frecuencia o periodicidad de recogida de datos	Los datos son anuales. Están disponibles en el primer trimestre del año siguiente.						
Evolución del Indicador	Línea Base	2014	2015	2016	2017	2018	
Tasa de incidencia de tuberculosis * 100,000 hb.	28.81	28.74	27.03	25.93	24.89	23.90	
COMENTARIOS:							
La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por el microbacterium tuberculosis (bacilo de Koch). En el 80% de los casos se presenta en forma pulmonar y su sintomatología se refiere al aparato respiratorio.							



Nombre del indicador	Código 9.1	Tasa bruta de mortalidad				
Descripción	Expresa la proporción de personas que fallecen respecto del total de la población, usualmente expresada por 1,000 habitantes					
Relevancia o pertinencia	Desde el punto de vista demográfico establece la evolución y estructura de las defunciones ocurridas en la población en un espacio geográfico determinado a lo largo de un periodo.					
Fórmula	$Tb = \text{Número de fallecimientos} / \text{Total de población} * 1,000$					
Definición de variables	Numerador: Número de personas fallecidas en un año dado. Denominador: Total de población de ese año Constante: 1,000					
Fuente del dato y formulario	Estadísticas vitales. Registro Nacional de las Personas.					
Ámbito	Nacional, Intermedio, Local					
Unidad responsable del dato	Registro Nacional de las Personas					
Frecuencia o periodicidad	Anual					
Evolución	2013	2014	2015	2020	2025	
Tasa bruta de mortalidad	4.5	4.4	4.4	4.3	4.3	
<p>COMENTARIOS</p> <p>La tasa de mortalidad se asocia al desarrollo de un país, así en un país más desarrollado, la tasa de mortalidad y natalidad es más alta que en un país menos desarrollado.</p> <p>Se ha propuesto la siguiente clasificación de la tasa de mortalidad: i) alta tasa de mortalidad si supera el 30%; ii) moderada tasa de mortalidad entre 15 y 30%; y iii) baja tasa de mortalidad por debajo del 15%.</p>						



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Atención Integral: Incluye atenciones en promoción, curación y rehabilitación. ⁱ

Atención Primaria en Salud: Toda intervención en cualquier nivel deberá sustentarse en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. ⁱⁱ (Ver Modelo Nacional de Salud Página 19)

Atenciones de Promoción: Son las acciones de información, educación y comunicación mediante las cuales, el personal de salud participa dando las orientaciones o conocimientos para que los miembros de la comunidad puedan desarrollar hábitos y buenas prácticas de salud. ⁱⁱⁱ (Fuente: lineamientos para la programación de POA 2014).

Atenciones de Prevención: Son todas aquellas intervenciones de prevención a todas aquellas acciones realizadas por el personal de salud, con el fin de prevenir la aparición de la enfermedad, mediante la reducción de factores de riesgos, de tener su avance y atenuar sus consecuencias cuando ya se han establecido. (Fuente: lineamientos para la programación de POA 2014)

Cobertura: 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”¹⁰; que se determinará como primer paso del proceso de configuración de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). (MNS Página 28)

Categorización de establecimientos: Es el proceso de organización de los establecimientos de salud, de sus servicios y de su oferta, en función a la demanda de la población y la capacidad de respuesta del establecimiento. La clasificación y homogenización los diferentes establecimientos de salud, se debe realizar con base a niveles de atención y de complejidad, capacidad resolutoria y a características funcionales, que deben responder a las necesidades de salud de la población que atiende. (ver MNS Página 38).

Conjunto Garantizado de Prestación de Servicios: Es el conjunto de bienes y servicios de salud dirigidos a satisfacer y atender apropiadamente las demandas y necesidades de salud que el Estado se compromete a garantizar a toda la población, implicando derechos y obligaciones para los actores del sistema. (MNS Página 17). Es una Relación ordenada en el que se incluyen derechos exigibles, concretos y explícitamente definidos en términos de servicios, tecnologías o pares de estado (necesidad-tratamiento) que el sistema de salud se compromete a proveer a una población, asegurándole su accesibilidad independientemente de su capacidad de pago. Existen tres categorías de prestaciones: económicas, sociales y de salud.

Charlas: Presentación poco formal, programada, dada por personal de SESAL, generalmente sobre un solo tema y por un solo expositor. Dirigida a: grupos de la comunidad, escuelas, colegios, patronatos, organizaciones, grupos priorizados. Duración: de 30 minutos a 2 horas (ver lineamientos POA 2013)

Externalidad: Entendida para la provisión de servicios, como el beneficio que recae y afecta favorablemente a otras personas distintas al consumidor de un bien o servicio de salud. Solo los

¹⁰Se entiende como “área programática” la zona geográfica y epidemiológico-social puesta bajo la responsabilidad de un establecimiento o una red integrada de servicios de salud.



servicios de salud de más alta externalidad positiva pueden apropiadamente considerarse bienes públicos. Eje. Campañas de vacunación masiva, promoción de hábitos saludables a través de medios de comunicación masivos, etc. (Modelo Nacional de Salud página 14)

Jornadas: Presentación formal, programada, impartida por 2 o más expositores, sobre temas específicos, con varios aspectos a tratar o para socializar alguna iniciativa, documento o una determinada instrucción. Puede requerir insumos. Tiempo: de 2 a 7 horas (ver lineamientos POA 2013)

Mujer en condición de embarazo: comprende desde que la mujer inicia su embarazo (periodo prenatal 9 meses), el momento de la atención del parto y el periodo del puerperio (temprano y tardío) revisar Normas Materno Neonatales.

Niños con esquema completo de vacunación: el producto trazador niño con esquema completo de vacuna pentavalente se construye con los datos de las terceras dosis de la vacuna pentavalente registrado en los VAC2 de las unidades ejecutoras (ver lineamientos POA 2013)

Prevención: Son todas aquellas acciones de información, educación y comunicación en las cuales el personal de salud participa dando las orientaciones o conocimientos para que los miembros de la comunidad puedan desarrollar hábitos y buenas prácticas de salud.

Promoción de la Salud: Es un proceso político y social que abarca, no solamente las acciones orientadas a las habilidades y capacidades de los individuos sino también las dirigidas a modificar las conductas sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la Salud Pública e individual. Proporcionando la capacidad para abordar los problemas sanitarios, sociales y económicos, ofreciendo un marco valioso para organizar la acción social y político en el espacio población, a fin de mejora, a fin de mejorar las condiciones de vida y generar estilos de vida saludables. (Fuente “Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud 2009 Página 38)

Promoción de la Salud: Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Por consiguiente, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. Adaptado de Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá, 1986. (MNS Página 14)

Productos finales: Es el resultado de la gestión de una Unidad, el cual puede resultar de la combinación de uno o varios productos intermedios. (Fuente: “Guía para la elaboración de los productos y resultados para la generación de valor público, Secretaria de Salud”)

Producto intermedio: Es el resultado de los procesos que contribuyen producir los productos finales. (Fuente: “Guía para la elaboración de los productos y resultados para la generación de valor público, Secretaria de Salud”)

Producto programable: es aquella acción o actividad constituida por la agrupación de bienes y servicios relacionados (insumo-producto) según la actividad que se requiere realizar para ejecutar un Producto trazador. (Fuente: “Guía para la elaboración de los productos y resultados para la generación de valor público, Secretaria de Salud”)

Producto SIAFI: está conformado por la suma de los Productos trazadores que correspondan y se asocia a una determinada categoría programática presupuestaria del SIAFI, siendo estas: programa, subprograma, proyecto, actividad/obra. (Fuente: “Guía para la elaboración de los productos y resultados para la generación de valor público, Secretaria de Salud”)

Producto trazador: Es aquel que expresa estadísticamente, uno o varios Productos programables, que se integran en un grupo según la finalidad del mismo. Con fines de programación y seguimiento, esta expresión estadística se utilizar para alimentar el producto SIAFI. Puede conformar o ser un producto



intermedio que expresa o representa estadísticamente un conjunto de acciones previamente definidas que tienen relación o vinculación para la obtención del Producto como tal y que será objeto de programación y seguimiento ante el SIAFI. La relación o vinculación de estas acciones, permite hacer deducciones o inferencias sobre el comportamiento de las variables que comprende. (Fuente: “Guía para la elaboración de los productos y resultados para la generación de valor público, Secretaría de Salud”.

Primer Nivel de Atención: Es el de mayor cobertura, menor complejidad y más cercano a la población o el del primer contacto y deberá cumplir las siguientes funciones: i) Ser la puerta de entrada al sistema, ii) Atender ambulatoriamente el mayor volumen de la demanda de salud, incluyendo urgencias médicas de menor severidad, iii) Facilitar y coordinar el tránsito o itinerario de sus pacientes y asegurar la continuidad de la atención, iv) Proveer bienes y servicios de atención en salud, especialmente de promoción y de protección de la salud, prevención de enfermedades y daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades prevalentes y de baja complejidad; por agentes de salud, comunitarios e institucionales; en el hogar, la comunidad, y en los ambientes escolar y laboral y otros y, iii) asegurar el registro y la organización de la información de sus pacientes o usuarios. (Ver MNS Página 41)

Provisión de servicios: Está constituido por el conjunto de acciones de salud individual y colectiva de alto impacto social y alta externalidad (Ver MNS)

Planificación Estratégica Institucional es una herramienta que se utiliza para la toma de decisiones y que orienta una planificación de mediano plazo (4años) en los cuales se expresan las prioridades y políticas que orientan las acciones de la institución para poder contribuir al logro o resolver un determinado problema de salud, en nuestro caso, y es a través de esta herramienta que se alinea el “quehacer institucional” con los grandes objetivos y metas nacionales manifiestos en la Visión de País y Plan de Nación y es a través de estos que se orienta o a lo que responde la formulación de los Planes operativos anuales (POA) para cada gestión.

En el Plan estratégico Institucional (PEI) se expresan los logros que se pretenden alcanzar al final del periodo (en este caso 4 años) esos logros trascienden la institución y son Resultados Sectoriales, por lo tanto es a través de las acciones o servicios relacionados con el “quehacer institucional” que se manifiesta la forma en que se contribuye a esos logros o resultados, ya que puede ser varias instituciones u organizaciones las responsables con sus servicios dentro del sector así como intersectoriales las que aúnen a un resultado particular

POA: Plan Operativo Anual: Es la expresión, para un ejercicio fiscal, de la planificación estratégica de las entidades públicas, concordante con el Plan Nacional de Desarrollo, con objetivos específicos a alcanzar y actividades y proyectos a ejecutar en relación con metas y resultados, incluyendo la estimación de recursos requeridos, todo ello compatible con las directrices y orientaciones emanadas del marco macro económico y de las políticas gubernamentales (Ley Orgánica del Presupuesto, 2004, artículo)

Rectoría: Contempla el relacionamiento de las dependencias de la Secretaría de Salud como ente rector, con las demás instituciones públicas, privadas y sin fines de lucro que realizan actividades relacionadas con la salud (lineamientos para la programación de POA 2014)

Segundo Nivel de Atención: Es el conjunto básico y multidisciplinario de profesionales y técnicos de la salud del primer nivel de atención, responsable cercano del cuidado de la salud de un número determinado de personas y familias asignadas y ubicadas en un territorio delimitado; sin tener en cuenta ningún factor que resulte discriminatorio (género, étnico, cultural, etc.). Sus integrantes deberán poseer las competencias adecuadas para el cumplimiento de sus responsabilidades y mantener una relación muy estrecha y efectiva con la comunidad. (MNS Página 33)



Talleres: Presentación formal más estructurada, programada en la cual intervienen varios expositores. Puede requerir insumos.

Tipificación de establecimientos: (ver MNS Página40)



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

ULAT
Unidad Local de Apoyo Técnico
para Salud - HONDURAS

