

PD-ABM 422

97998

**EVALUACION DE MEDIO PERÍODO
PROYECTO SECTOR SALUD II**

(Proyecto No. 522-0216)

Preparado por:

Carl Kendall, Jefe de Equipo
Peter Boddy
Rita Fairbanks
Oscar Larrea
Elba Velasco

Preparado para:

Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos
División de Salud y Nutrición
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Tegucigalpa, Honduras

Mayo 1995

La Evaluación de Medio Período del Proyecto Sector Salud II
fue llevada a cabo bajo los auspicios de la Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos,
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Honduras.
La Evaluación fue conducida por el Proyecto de Servicios Técnicos de Salud
(Proyecto No. 936-5974.10) de TvT Associates y The Pragma Corporation,
a través del sub-Contrato No. HRN-5974-Q-00-3002-00, Orden de Entrega No. 4.
Las opiniones expresadas en este documento son de los autores y no reflejan necesariamente
las opiniones de TvT, Pragma, o de USAID/Honduras.

Se pueden obtener copias adicionales de este reporte escribiendo a:

**The Health Technical Services Project
1601 N. Kent Street, Suite 1104
Arlington, VA 22209
(703) 516-9166
(703) 516-9188 (fax)**

Prefacio

La evaluación a medio período del Proyecto Sector Salud II (Proyecto No. 522-0216), fue llevada a cabo a petición de la Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos, USAID/Honduras. La evaluación se llevó a cabo en Honduras durante el período del 26 de abril al 4 de junio de 1995 por un equipo evaluador de profesionales multidisciplinarios.

Miembros del Equipo Evaluador

Carl Kendall, PhD
Profesor, Departamento de Salud Internacional
Facultad de Salud Pública y Medicina Tropical
Universidad de Tulane

Jefe del Equipo
Especialista Gerencial
Especialista Cross-Cutting Issues

Peter Boddy, MD, MPH
Director Nacional, Esperanza Bolivia
Coordinador de Programa y Profesor
maestría en El Programa de Salud Pública
Facultad de Postgrado, Universidad Nur

Especialista en Sistemas de Apoyo
Sostenibles

Rita Fairbanks, MPH, CNM, RN
Consultora Independiente

Especialista en Salud Reproductiva

Oscar Larrea, Ingeniero Civil
Consultor Independiente

Especialista en Agua y Saneamiento

Elba Velasco, MD, MPH, MSN
Profesora de Salud Materno-Infantil
Departamento de Desarrollo Humano
Facultad de Salud Pública
Universidad de Puerto Rico

Especialista en Supervivencia

Reconocimientos

El equipo desea agradecer a los principales ejecutores de este proyecto, el Ministerio de Salud, Gobierno de Honduras, por su apoyo y colaboración y por sus fructíferos esfuerzos en reducir la carga de la enfermedad en Honduras. Las contrapartes jugaron un papel importante en esta evaluación. Dieron generosamente de su tiempo.

El equipo también desea agradecer a la USAID/Honduras y al Proyecto de Servicios Técnicos para la Salud por su profunda preparación y apoyo durante las actividades de evaluación.

Finalmente, el equipo agradece a la Sra. Aura Napier-Gegg, nuestra secretaria y oficial financiero, por su incansable apoyo y buen humor durante esta intensa actividad.

Acrónimos

ADE	Academia para el Desarrollo Educacional
AECI	Agencia Española para la Cooperación Internacional
SIDA	Síndrome de Inmuno-deficiencia Adquirida
AIDSCAP	Proyecto de Control y Prevención del SIDA
APS	Agua Potable y Saneamiento
IRA	Infección Respiratoria Aguda
ASHONPLAFA	Asociación Hondureña de Planificación Familiar
BASICS	Apoyo Básico para la Institucionalización de la Supervivencia Infantil
CL	Consejeros de Lactancia
BCG	Bacillus Calmette-Guerin
CARE	Cooperative for American Relief Everywhere
CFC	Cuenta de Fondos Central
TCF	Técnico de Cadena Fría
CCE	Centros para Control de Enfermedades
CED	Control de Enfermedades Diarréicas
CEDEN	Comité Evangélico de Desarrollo Nacional
CEE	Comunidad de Estados Europeos
CELADE	Centro Latinoamericano para la Demografía
CESAMO	Centro de Salud con Médico
CESAR	Centro de Salud Rural
ESC	Empleado de Salud Comunitario
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
COHDEFOR	Corporación Hondureña de Desarrollo Forestal
CONSUPLANE	Concejo Superior de Planificación Económica
VolCo	Voluntario Comunitario
CRS	Catholic Relief Services
SI	Supervivencia Infantil
JAC	Junta de Agua Comunitaria
DTD	Proyecto de Datos para la Toma de Decisiones
DESAPER	Desarrollo de Salud Perinatal
DES	División de Educación de Salud
DOFUPS	Desarrollo Organizacional y Funcional de las UPS
DPT	Diphtheria, Pertussis, Tetanus Toxoid
DSA	División de Salud Ambiental
EESF	Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar
EPI	Expansión del Programa de Inmunizaciones
FEDECOH	Federación para el Desarrollo Comunitario Hondureña
FES	Focused ethnographic survey
GdeH	Gobierno de Honduras
HEALTHCOM	Proyecto de Comunicación para la Supervivencia Infantil

SIS	Sistema de Información de Salud
VIH	Virus de Inmuno-deficiencia Humana
HSI	Proyecto Sector Salud I
HSII	Proyecto Sector Salud II
CII	Cuidados Infantiles Integrados
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
IEC	Información, Educación, Comunicación
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
IMI	Índice de Mortalidad Infantil
INCAP	Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá
DIU	Dispositivo Intrauterino
JAICA	Agencia Japonesa para Cooperación Internacional
ADE	Academia para el Desarrollo Educacional
AECI	Agencia Española para la Cooperación Internacional
LAC	Buró para Latino América y el Caribe, USAID/Washington
LINVI	Lista Integrada para la Vigilancia de Nutrición
LIVACS	Listas de Vacunación
LLMH	Liga de Lactancia Materna de Honduras
NdeE	Nivel de Esfuerzo
SMI	Salud Materno Infantil
DSMI	División de Salud Materno-Infantil
M&E	Monitoreo y Evaluación
SMI	Sistema de Manejo de Información
MMPS	Proyecto de Medios Masivos y Prácticas de Salud
IMM	Índice de Mortalidad Maternal
MdeH	Ministerio de Hacienda
MdeS/DA	Ministerio de Salud, Dirección del Ambiente
MSP	Maestría en Salud Pública
MdeS	Ministerio de Salud
MdeE	Memorándum de Entendimiento
MSH	Management Sciences for Health
PCNIRA	Programa Control Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
TNN	Tétano Neonatal
PNA	Plan Nacional de Acción
VOP	Vacuna Oral para el Polio
SRO	Sales de Rehidratación Oral
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UCP	Unidad Coordinadora del Proyecto (HSII)
OPD	Organización Privada de Desarrollo
SCPS	Sistemas de Cuidados Primarios de Salud
CEP	Carta de Ejecución del Proyecto

PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PINNCA	Protocolo para la Investigación de Crecimiento Inadecuado Infantil
PIO/T	Orden Técnica de Ejecución del Proyecto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POSAIN	Proceso para Organizar y Sistematizar Cuidados de Salud Infantil Integrados
POSI	Proceso Organizacional de Sistemas de Información
POSMAB	Proceso Organizacional de Sistemas de mantenimiento Básico
POSSEM	Proceso Organizacional de Evaluación y Monitoreo
POSSS	Proceso Organizacional de Sistemas Simplificados de Suministros
TCSP	Tecnología de Cuidados de Salud Primarios
AP	Acuerdo de Proyecto
PROALMA	Programa de Alimentación Materna
OPV	Organización Privada Voluntaria
ASR	Agua y Saneamiento Rural
SANAA	Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados
SECPLAN	Secretaría de Planificación
AT	Alcance de Trabajo
SPSS	Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (programa)
EST	Enfermedad Sexualmente Transmitida
AT	Asistencia Técnica
TAS	Técnicos Ambientalistas de Salud
TBA	Parteras
TOM	Técnicos en Operación y Mantenimiento
TFT	Tasa de Fertilidad Total
TT	Tetanus Toxoid
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNICEF	United Nations Children's Fund
UPS	Unidad Productora de Servicios = CESAR y CESAMO (centros de salud)
UROC	Unidad de Rehidratación Oral Comunitaria
USAID/H	Agencia Americana para el Desarrollo Internacional, Honduras
USAID/W	Agencia Americana para el Desarrollo Internacional, Washington
USG	Gobierno de los Estados Unidos de América
MEF	Mujeres en Edad Fértil
OMS	Organización Mundial de la Salud
MER	Mujeres en Edad Reproductiva
A&S	Agua y Saneamiento

Indice

Prefacio	i
Reconocimientos	ii
Acrónimos	iii
Indice	vii
Resumen Ejecutivo	ix
I. INTRODUCCION	1
A. Propósito de la Evaluación	1
B. Diseño de la Evaluación	2
1. Diseño	2
2. Métodos	2
3. Equipo Evaluador	3
C. Extensión Planificada del Proyecto	4
II. ANTECEDENTES	5
A. Logros en Salud	5
B. Inquietudes Demográficas	8
C. Proyecto Sector Salud II	9
1. Actividades de Supervivencia Infantil	9
2. Agua y Saneamiento Rural	9
3. Actividades VIH/SIDA	11
III. HALLAZGOS	13
A. Sistemas de Apoyo Sostenibles	13
1. Programación Local	13
2. Supervisión	14
3. Desarrollo de Recursos Humanos	15
4. Productos/Sistemas Logísticos/Administración del MdeS	18
5. Sistemas Gerenciales y Financieros del MdeS	19
6. Sistemas de Mantenimiento del MdeS	20
7. Sistemas de Información Gerenciales y de Salud	21
8. Educación para la Salud y Comunicación	21
B. Tecnologías de Salud	23
1. Infecciones Respiratoria Agudas	23
2. Control de Enfermedades Diarréicas/Cólera	24
3. Inmunizaciones	25
4. Monitoreo de Crecimiento/Lactancia	26
5. Papel de los OPV en Actividades de Supervivencia Infantil	27
C. Salud Reproductiva	27
1. Historia	27

2.	Factores de Mortalidad Materna y Riesgos Reproductivos	28
3.	Estrategia de Riesgos Reproductivos	28
4.	Sistemas de Referencias	30
5.	Supervisión de Salud Reproductiva y Planificación Familiar	31
6.	Distribución y Disponibilidad de Anticonceptivos	31
7.	Parteras	32
8.	Resumen de Conclusiones y Recomendaciones	32
D.	Agua y Saneamiento	33
1.	Objetivos	33
2.	Logros	33
3.	Agencias Implementadoras	35
4.	Comunidades Beneficiarias y Juntas de Agua Comunitarias	35
5.	Educación de Higiene Comunitaria	36
6.	Protección de Cuencas de Agua	36
7.	Participación de las Mujeres	37
8.	Técnicos en Agua y Saneamiento	37
9.	Resumen de Conclusiones y Recomendaciones	37
E.	Manejo del Proyecto/Implementación	38
F.	Temas de Interés General	41
1.	Descentralización	41
2.	Sostenibilidad	43
3.	Temas de Género	45
4.	Desarrollo de Recursos Humanos	46
5.	Comunicación de Salud/IEC	48
IV.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
A.	Conclusiones	51
B.	Lecciones	53
C.	Recomendaciones	54
ANEXOS:		
Anexo 1	Términos de referencia	1
Anexo 2	Marco Lógico	23
Anexo 3	Arbol de Objetivos	39
Anexo 4	Planes de Trabajo	43
Anexo 5	Lista de Contactos	55
Anexo 6	Preguntas y Respuestas	71
Anexo 7	Presupuesto de Donación de Apoyo	155
Anexo 8	Recomendaciones	159
Anexo 9	Tablas IRA	169
Anexo 10	Cadena Fría	179
Anexo 11	Indicadores Básicos	185
Anexo 12	Bibliografía	191

Resumen Ejecutivo

I. GENERALIDADES: ANTECEDENTES Y CONCLUSIONES FINALES

Esta es la segunda evaluación de medio-término del Proyecto Sector Salud II.

El propósito de esta evaluación es:

- Medir como está contribuyendo el proyecto al objetivo estratégico de USAID/Honduras de "Salud Familiar Mejorada".
- Identificar las limitaciones de ejecución en las áreas seleccionadas y proponer recomendaciones para el resto de la vida del proyecto en términos de prioridades, estrategias y definición de resultados y metas.
- Medir la ejecución de los hallazgos y recomendaciones de la evaluación anterior.
- Hacer recomendaciones de actividades a ejecutarse bajo la Extensión del Proyecto Sector Salud II que se tiene planificada.

El equipo evaluador multidisciplinario estuvo compuesto de cinco miembros con habilidades profesionales en diseño y evaluación de programas, gestión/administración y finanzas, tecnologías de salud y supervivencia infantil y nutrición, salud reproductiva y planificación familiar, agua y saneamiento y comunicaciones. La consultoría de cinco semanas del equipo evaluador se llevó a cabo en Honduras. La evaluación se efectuó entre el 27 de abril y el 4 de junio de 1995. Los métodos de evaluación incluyeron la revisión de documentos, entrevistas con personas clave, visitas de campo y de observación, un nuevo análisis de los datos existentes y una breve encuesta de usuarios.

A. CONTRIBUCIONES DEL SECTOR SALUD II A LA "SALUD FAMILIAR MEJORADA".

Durante los últimos quince años, Honduras experimentó la disminución en la mortalidad infantil más rápida en América Latina. (Centro Demográfico de América Latina, CELADE). Durante este tiempo, el Gobierno de Honduras y el Gobierno de los Estados Unidos de América, a través de la USAID, han colaborado en una serie de proyectos de salud sin precedentes. Los Proyectos del Sector Salud I y II asistieron al Ministerio de Salud en la identificación de tecnologías primarias de salud tales como la Tecnología de Rehidratación Oral e inmunización infantil; colaboró con el Ministerio en la organización de servicios y en mejorar su eficiencia y proporcionó la asistencia necesaria para que el Ministerio pudiera brindar estos servicios. Aun cuando se identificaron como "proyectos", la estrecha y larga relación de trabajo entre la USAID, los contratistas del Sector Salud y el Ministerio, se caracteriza mejor como un "programa" de asistencia. Esta estrecha relación de trabajo ha permitido un nivel de colaboración entre el Ministerio y la USAID en las reformas internas de procedimientos administrativos y financieros.

El Equipo Evaluador unánimemente sintió que el Proyecto Sector Salud II ha tenido mucho éxito en alcanzar sus metas y contribuir al mejoramiento continuo de la salud en Honduras. Además, muchos de los elementos de reforma administrativa han tenido éxito. Todas las recomendaciones de la evaluación a medio-término anterior han sido cumplidas o están siendo ejecutadas.

Esta reforma incluye un programa de descentralización para hacer que los usuarios tengan una mayor participación en la toma de decisiones. El Sector Salud II asistió al Ministerio a descentralizar muchas de sus funciones a nivel Regional. Esta evaluación argumenta que este proceso debe continuar y que **la extensión del proyecto debe enfocarse en la continuación de este proceso de descentralización al nivel de Área de Salud y la comunidad.**

Sin embargo, existen algunas áreas en las cuales el proyecto no alcanzará sus metas. Aún cuando aparentemente la fertilidad también está en descenso, no está claro si se alcanzará la meta del proyecto de índice total de fertilidad (TTF) de 4.6% o si esta meta es suficiente para responder al rápido crecimiento de la población en Honduras. La mortalidad materna permanece alta y todavía no está siendo adecuadamente considerada en este proyecto. La desnutrición también continúa siendo un problema grande. Muchos elementos de reforma administrativa, tales como nuevos sistemas de manejo y rastreo financiero, o el desarrollo de un sistema de información de salud, no están siendo ejecutados completamente o aún no se han desarrollado. **El beneficio total de la inversión realizada a la fecha en el sector salud no será alcanzado a menos que se ejecuten estas reformas en la extensión del proyecto.**

El enlace entre estos indicadores globales y el proyecto forman parte de los resultados. Considerando los resultados, el proyecto tiene mucho éxito. Todas las metas de construcción de

sistemas de agua y letrinas han sido alcanzadas o excedidas y el programa de control de enfermedades diarreicas (CED), con altas tasas de uso de ORS, continua teniendo mucho éxito. Se han completado los laboratorios de calidad de agua, y el SANAA ha descentralizado sus servicios. El sistema de almacenaje del SANAA está computarizado y es un modelo para Centroamérica. Se han construido nuevas instalaciones en las regiones y las metas de reparación de centros han sido excedidas. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) constituye una de las estrellas de Latinoamérica, habiendo alcanzado las ambiciosas metas de cobertura de más del 90%. Aún cuando se reportaron 108 casos de polio durante el Proyecto Sector Salud I, no se han reportado casos de polio desde 1990, y oficialmente se ha declarado al país libre de polio. Aunque el indicador de visitas pre-natales no puede ser medido, la proporción de mujeres buscando servicios y el número de visitas ha aumentado. Productos para la Planificación Familiar están disponibles en las clínicas con doctor. El DOFUPS¹, un sistema administrativo desarrollado por los proyectos del Sector Salud han sido implementados en todo el país y la descentralización es una realidad en el Ministerio de Salud. La Recuperación de costos se practica en más del 70% de las instalaciones y aparentemente existe una creciente disposición para considerar la recuperación de costos como medio de cubrir las necesidades. El Ministerio ha mantenido una División de Educación en Salud (DES) y ha alcanzado las metas para mejorar la capacidad de producción de la División. Las metas de capacitación a corto plazo han sido alcanzadas y excedidas.

La sostenibilidad de muchas de estas intervenciones es excelente. Los programas que han tenido éxito están completamente institucionalizados. El uso de la terapia de rehidratación oral es tan amplio, que se ha creado un mercado comercial para ORS, y la mayoría de los hondureños saben como mezclarlos y usarlos. Las expectativas de la población con respecto a los servicios son tan altas que la salud y su cuidado son elementos esenciales de la política nacional. La proporción de asistencia donada por el Gobierno de los Estados Unidos ha disminuido, pero muchos programas continuarán aún cuando se retire el financiamiento. Sin embargo, la USAID es el único donante que enfatiza la reforma en el manejo y la administración, tiene una estrecha relación de trabajo con el Ministerio y tiene personal experto a nivel local que puede asistir al Ministerio a alcanzar estas reformas. El papel actual del Proyecto Sector Salud II en las reformas de manejo y administración es esencial para la sostenibilidad a largo plazo del sector salud y necesita continuarse en la extensión del Proyecto Sector Salud II.

B. LIMITACIONES DE LA IMPLEMENTACION DEL SECTOR SALUD II

Varios programas no han alcanzado las metas esperadas. Hasta ahora se está implementado, a nivel local, la Estrategia de Riesgo Reproductivo, diseñada para responder a las metas de planificación familiar y riesgos obstétricos, desarrollada desde 1992. Sin embargo, todavía

¹Desarrollo organizacional y funcional de las UPS--Unidades Productoras de Servicios.

existen problemas con la conceptualización e implementación de esta estrategia. No está claro si la estrategia, como está concebida actualmente, puede identificar embarazos de alto riesgo antes del descubrimiento de una emergencia obstétrica. La estrategia aparenta no ser sensible ni específica. En términos prácticos, no se detectan las mujeres con embarazos de alto riesgo, ni se les proporciona cuidados especiales y el sistema de referencia a centros de salud de más alto nivel parece no funcionar adecuadamente. El desarrollo adicional, la implementación y prueba de esta estrategia requerirán investigación operacional.

Un programa de tratamiento comunitario de las infecciones respiratorias agudas (IRA), que es necesario para enfrentar la causa prioritaria de mortalidad infantil en Honduras, existe sólo en forma piloto y hasta ahora se está iniciando. Esta que es una de las mayores causas muerte infantil es difícil de contrarrestar y requerirá la presencia continua del proyecto. El sistema POSAIN² de integrar el cuidado de los niños, incluyendo la nutrición, es también una intervención experimental y su total implementación está pendiente. La desnutrición en niños parece estar aumentando, lo que nos advierte que las metas de mortalidad alcanzadas pueden no ser sostenibles.

Aunque se han implementado varios elementos del DOFUPS, se pueden apreciar varios puntos débiles. Principalmente entre ellas está la cantidad y calidad de supervisión. La supervisión eficaz está atada a la información puntual sobre el desempeño del sector salud. Existe la necesidad general en el sistema de un Sistema de Información Administrativa y de salud que pueda aprovechar la planificación a nivel local para cumplir con las necesidades de suministros, capacitación y supervisión. La supervisión se ha vuelto problemática debido al incremento en las tasas de viáticos sin haber un incremento en el presupuesto y a la falta de vehículos que operen bien. La participación comunitaria en las Unidades Productoras de Servicios (UPS)³ es débil y la integración de los servicios a nivel de la comunidad no es una realidad aún. Las metas de capacitación a largo plazo no han sido alcanzadas todavía, pero el nuevo Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma Nacional de Honduras es un ejemplo promisorio de soluciones a nivel local.

Muchos de estos problemas necesitan ser discutidos a nivel de implementación. Algunos de los programas que son deficientes o que no han alcanzado sus metas, son los que no tienen tecnologías probadas o factibles, ni modelos locales que copiar. Por ejemplo, no existe un modelo de sistema de información de salud para el MdeS y mucho menos uno que pueda ser computarizado.

²Proceso para Organizar y Sistematizar el Cuidado de la Salud Infantil

³Las Unidades Productoras de Servicios son los centros de salud (CESAR y CESAMO)

Lo que se requiere en la extensión del proyecto Sector Salud II, es unir fuerzas para sostener las áreas del proyecto que han constituido un éxito, tales como el agua y saneamiento, PAI y la reforma Administrativa a nivel central y regional, haciendo esfuerzos para dirigir esas áreas de las metas del proyecto que no se han desarrollado completamente. Esto se puede lograr mediante un enfoque dual: 1) con la continuación de los procesos de reforma administrativa y de gestión, o sea, desarrollando sistemas de supervisión, información de salud y gestión financiera, incluyendo la recuperación de costos; y 2) abordando los problemas de implementación generados a nivel del Área de salud, CESAR y CESAMO y en la comunidad, completando el camino iniciado con el Sector Salud I. Por medio de la concentración del proyecto en el desarrollo de sitios de demostración centinelas--enlazados a través de las regiones al nivel central--donde estas intervenciones, tales como el sistema de supervisión, recuperación de costos; sistema de información administrativa/salud, la estrategia de riesgo reproductivo y cuidados IRA a nivel comunitario, pueden ser operacionalizados, implementados, evaluados y modificados eficazmente.

C. RECOMENDACIONES PARA EL FUTURO

Las recomendaciones detalladas producto de la evaluación están incluidas dentro de los Anexos. Aquí se incluyen dos recomendaciones prioritarias:

1. USAID, PAHO y el MOH han logrado desarrollar e implementar programas de control de enfermedades diarreicas y de inmunización en Honduras. **En la extensión propuesta, es necesario que el proyecto cubra tecnologías relativamente menos desarrolladas como la salud reproductiva, incluyendo mortalidad materna y perinatal y planificación familiar, tratamiento de neumonías en las comunidades y también intervenciones en el área de nutrición como la lactancia materna.** Además, es necesario desarrollar sistemas para mejorar la calidad de la prestación de servicios, supervisión, sistemas de información sobre salud y sistemas de planificación y participación comunitaria a nivel de área. **La mejor forma de lograr esto es a través del desarrollo de áreas de demostración en las que se puedan integrar, implementar y evaluar sistemáticamente los componentes del proyecto.**
2. A nivel nacional y central es necesario mantener los sistemas que el Sector Salud II ayudo a poner en vigor y **continuar las reformas administrativas y de políticas que se iniciaron con el Sector Salud II** como el DOFUPS, los sistemas de información gerencial y de salud, la planificación familiar, agua y saneamiento, el PAI, IEC y Desarrollo de Recursos Humanos. **Tres de las áreas administrativas y de gestión de alta prioridad son:**
 - **Gestión financiera y recuperación de costos**

Evaluación de Medio Período Proyecto Sector Salud II

- **Supervisión para mejorar la calidad de los servicios**
- **Sistemas de información gerencial/de salud.**

Para lograr las reformas necesarias en estas tres áreas el Ministerio debe establecer durante el primer año de extensión del proyecto tres Grupos de Trabajo para que desarrollen, con la colaboración del personal regional y local y de miembros de la comunidad, planes concretos para implementar estos sistemas. Es necesario que estos sistemas estén en funcionamiento en el primer año de la extensión.

También es necesario que el proyecto le siga dando un apoyo limitado a la implementación de ciertos programas de salud a nivel nacional. Estos programas son:

- **Salud reproductiva/planificación familiar**
- **PAI**
- **IEC**
- **Desarrollo de recursos humanos**
- **Agua y saneamiento.**

I. INTRODUCCION

A. PROPOSITO DE LA EVALUACION

Esta evaluación asistirá a la USAID/Honduras y al Gobierno de Honduras en el diseño de una extensión financiada del Proyecto Sector Salud II, a través de una Enmienda al Convenio de Proyecto. La evaluación:

- Mide cómo está contribuyendo el Proyecto al objetivo estratégico de USAID/Honduras de "Salud Familiar Mejorada."
- Identifica limitaciones de implementación en esas áreas seleccionadas y propone recomendaciones para el resto de la vida del proyecto en términos de prioridades, estrategias y definición de resultados y metas.
- Mide la implementación de los hallazgos y recomendaciones de la evaluación previa.
- Hace recomendaciones para actividades a implementarse bajo la Extensión planificada del Proyecto Sector Salud II.

Los hallazgos de esta evaluación serán utilizados por USAID/Honduras y el Ministerio de Salud Pública para discutir

Project Identification Data

Project Title: Health Sector II
Project No.: 522-0216
Country of Implementation: Honduras

Critical Project Dates:
Project Authorized: 5/25/88
PROAG with GOH and USAID: 6/30/88
Amendments: 19 (No. 19 signed 8/26/94)

Project Funding:
Original:
USAID bilateral grant funds: \$57,253,200
GOH: \$26,016,400
Amended:
USAID bilateral grant funds: \$54,159,000

Modes of Implementation:
Bilateral grant agreement
USAID direct procurement
Contract with MSH(contract terminated 1992)
Buy-ins to centrally funded projects

Project Designers:
USAID staff, MSH, MOH

Previous Evaluations:
Mid-Term Evaluation conducted by Research Triangle Institute, March 1992 (PD-BE-338)

Responsible Officers, USAID/Honduras:
Mission Director: Marshall Brown
Project Officer: David Losk

los cuellos de botella en la implementación y para diseñar, por medio de una Enmienda financiada al Convenio del Proyecto, una extensión adicional de las actividades de apoyo del sector salud hasta 1998. Es importante hacer notar que durante el período de la extensión planificada, el proyecto será implementado a un nivel reducido, en términos de recursos anuales disponibles. La USAID/Honduras no espera contar con los fondos suficientes que le permitan continuar apoyando todas las intervenciones actuales del proyecto. USAID/Honduras espera que esta evaluación presente recomendaciones de como ésta y el MdeS pueden enfocar el proyecto, dentro de las limitaciones financieras anticipadas, para obtener un máximo impacto.

B. DISEÑO DE LA EVALUACION

1. Diseño

Esta segunda evaluación de medio término⁴ fue diseñada principalmente como una revisión participativa de documentos y archivos del proyecto, con pocas oportunidades para efectuar visitas de campo. A pesar de las limitaciones causadas por la falta de tiempo y las actividades programadas, se llevaron a cabo extensivas entrevistas con personal de salud y usuarios durante un número limitado de visitas de campo (ver Anexo 4).

Los resultados en lo que respecta a salud han sido medidos repetidamente en varias Encuestas de Epidemiología y Salud Familiar (EESF), pero ninguno está actualizado. Se espera que este verano se comience una encuesta de EESF (de junio de 1995 a diciembre de 1995) para proporcionar datos concernientes a varios resultados de 1993. Sin embargo, muchos de los insumos del proyecto (ver Anexo 2: Marco Lógico) implican procesos complejos administrativos y gerenciales que son lentos de cambiar y difíciles de medir. Para poder discutir esta dificultad, USAID/Honduras preparó unos términos de referencia detallados para la Evaluación del Sector Salud II, incluyendo más de 100 preguntas específicas. Estas preguntas fueron diseñadas para proporcionar la información necesaria para la toma de decisiones sobre la gestión del proyecto y el diseño de la extensión. Este diseño de "revisión de archivos" y entrevistas es apropiado, puesto que sería extremadamente difícil llevar a cabo e interpretar una encuesta de impacto. El proyecto ha provisto un amplio rango de asistencia en múltiples programas al Ministerio, los fondos del proyecto en actividades del Ministerio están mezclados con fondos del GdeH y otros fondos de apoyo donados y el Ministerio no ha terminado la implementación de un sistema de información sobre administración/salud (SIA/SIS) que permita vincular los insumos con los resultados.

⁴La primera evaluación de medio período fue realizada a finales de 1991.

2. Métodos

El Jefe del Equipo y el Coordinador del Proyecto visitaron Honduras el 19 de abril, antes de la llegada del Equipo el 26 de abril, para entrevistarse con personal del MdeS y de USAID/Honduras. La visita permitió que se aclararan inquietudes, que se resolvieran asuntos logísticos, se planificara el trabajo de campo y que se establecieran metas para la preparación del informe. USAID y el MdeS proporcionaron documentación substancial para la evaluación (126 documentos) y el Ministerio nombró contrapartes para la actividad de la evaluación. Las contrapartes participaron en la planificación y ejecución de las visitas de campo del Equipo. Las contrapartes estuvieron siempre disponibles para extensas entrevistas y para revisar secciones del borrador de este informe.

Del 27 al 29 de abril se llevó a cabo un taller de trabajo de planificación, en el que participó, además del equipo evaluador, el personal del MdeS y de USAID. El taller revisó los términos de referencia, discutió los elementos del proyecto y planificó las actividades de visitas de campo. Dado que se tenía planificada una de las visitas de evaluación y monitoreo llevadas a cabo regularmente por USAID y la Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP) para la semana del 8-12 de mayo a la Región 6, se invitó al equipo a participar en la misma. En total, el equipo visitó las Regiones de Salud 1, 2, 5 y 6. Se seleccionaron los lugares por su comparabilidad, considerándose las Regiones 1 y 5 como buenos ejemplos de ejecución, y las Regiones 2 y 6 como de más pobre ejecución. Las preguntas desarrolladas los términos de referencia están incluidas en el Anexo 1 y todos los planes de visita al campo están incluidas en el Anexo 4.

El proyecto ha tenido varias revisiones recientes y extensivas con de relevancia para esta evaluación. Estas incluyen:

Evaluación de Medio-término, Marzo 1992.

Informe Final del MSH, Contrato No. 522-0216-C-00-9036-13, Enero 30, 1994.(9)

Borrador Plan de Actividades de Honduras, Proyecto BASICS No. 000-HN-01-005.(30)

Propuesta para la Revisión y Ajuste del Sistema de Información en Salud. (123)

Estudio de Tecnología de Información: Ministerio de Salud. Pedro C. Herrera. USAID Oficina de Manejo de Recursos de Información, Mayo 1993.(115)

Estudio del Impacto de una intervención para promover la lactancia exclusiva en Honduras. Orlando Hernández, Lani Marquez, AED, Noviembre 1994. (PIO/T No. 522-0216-3-10129).(24)

Asesoría para el fortalecimiento institucional de la unidad. Fernández, Fortín, Bográn y Asociados, 1995.(120)

Area Administrativo Financiera: Diagnóstico técnico organización y Diagnóstico de los procedimientos operacionales. EA Associates, Marzo 1995.(124)

Esta evaluación utiliza mucho estos documentos, así como varias entrevistas, para responder a las preguntas detalladas en los términos de referencia. Para poder proporcionar información adicional para esta evaluación, se desarrolló como herramienta una pequeña encuesta, la cual se aplicó a una muestra conveniente de 42 hogares adjudicados a centros de salud en las Regiones 1, 5 y 6. Además, se analizaron los datos de monitoreo y evaluación recopilados por la Unidad Coordinadora del Proyecto durante los años 1993 y 1994.

3. Equipo Evaluador

El equipo evaluador estuvo compuesto por cinco miembros con habilidades profesionales en el diseño y evaluación de programas, gestión/administración y finanzas, tecnologías de salud en supervivencia infantil y nutrición, salud reproductiva y planificación familiar, agua y saneamiento y comunicación. La consultoría de cinco semanas realizada por el equipo se realizó exclusivamente en Honduras.

C. EXTENSION PLANIFICADA DEL PROYECTO

La reducción de los niveles de financiamiento han obligado a volver a analizar las prioridades y áreas de intervención del proyecto. En el Anexo 3 se incluye un Arbol de Objetivos que describe el actual marco conceptual de trabajo para el Sector Salud II. Este Arbol de Objetivos ilustra todas las actividades del Sector Salud II que USAID/Honduras estima esenciales para el logro del Objetivo Estratégico de la Misión de "Salud Familiar Mejorada." Según como USAID concibió la extensión del proyecto, la salud reproductiva, incluyendo cuidados maternos, planificación familiar y la prevención de enfermedades sexualmente transmitidas (EST), sería un enfoque. Otro enfoque sería integrar el cuidado de salud infantil con énfasis especial en las infecciones respiratorias agudas, desnutrición y lactancia. Los sistemas de asistencia administrativa adicionales se concentrarían enfocaría en consolidar las ganancias previas en cuanto a la recuperación de costos y manejo financiero, proveyendo apoyo logístico para los cuidados primarios de salud (CPS) financiados por el proyecto. Los esfuerzos del componente de agua y saneamiento se concentrarían en la construcción de un pequeño número de acueductos rurales y en la promoción de tecnologías innovadoras para la instalación, manejo y mantenimiento de estos sistemas. USAID/Honduras y el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA) esperan que el financiamiento para la mayor parte de los sistemas de agua rurales, que serán construidos en lo que queda de la década, será proporcionado por otros donantes.

II. ANTECEDENTES

Honduras está clasificado por el Banco Mundial como uno de los países más pobres del mundo, compartiendo esa distinción solamente con otros tres países de Latinoamérica. Los indicadores básicos se enumeran en el Anexo 11. En 1992, el Banco Mundial estimó el Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita en \$580. CIENS94, un estudio nacional efectuado recientemente sobre el consumo y egresos en el hogar, calculaba un promedio per cápita de ingreso real anual de \$298. Honduras ha tenido una tasa de crecimiento negativa anual de 0.3% por el período de 1980-1992 y la inflación se ha calculado en 7.6% anual. Históricamente, Honduras es el país de menos población en Centroamérica. Ha tenido una población rural dispersa, lo cual dificulta la distribución de servicios y la construcción de infraestructura. Sin embargo, el reciente crecimiento en las principales ciudades tales como Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba está cambiando esta tendencia y Honduras es ahora urbana en un 47%. Honduras también tiene uno de los déficits educacionales más grandes de cualquier país de Latinoamérica. Empero, durante los últimos quince años, Honduras ha experimentado la disminución más rápida en la tasa de mortalidad infantil de cualquier otro país de Latinoamérica (CELADE), debido a la combinación de varios factores: compromiso gubernamental, inversión en el sector salud, adopción de tecnologías de salud exitosas y el compromiso multilateral de donantes. El financiamiento, la asistencia técnica y el diálogo sobre políticas de la USAID han jugado un papel importante en estos adelantos.

A. LOGROS EN SALUD

La tasa de mortalidad infantil (TMI) en 1989 era estimada en 50 muertes por 1.000 nacimientos vivos usando métodos directos, y 40/1000 usando métodos indirectos. El índice de mortalidad infantil es de 65/1000 (la tasa de mortalidad de uno a cuatro años de edad es alrededor de 16/1000). La mitad de la mortalidad infantil ocurre en el primer mes de vida y casi un cuarto durante las primeras 24 horas. En el período post-neonatal, la neumonía y la deshidratación son las causas principales de muerte en el primer año de vida. Estas continúan siendo las principales causas de muerte de niños en las edades de uno a cuatro años, siendo la diarrea ligeramente más importante como una causa de mortalidad en ese grupo de edad, y la neumonía en el grupo de edad infantil. Esto refleja un descenso agudo en la mortalidad infantil que ha sido reportada continuamente desde 1960.

Esta reducción en la mortalidad infantil ha sido documentada en numerosas publicaciones (1,2,3,4,12,13,30) y es un resultado impresionante de una serie de decisiones del Gobierno de Honduras, el Ministerio de Hacienda y la USAID durante un período de dos décadas. Aunque una relación causal entre los aportes del programa y su resultado no puede hacerse, el trayecto lógico de los aportes, a través de la información sobre servicio y patrones de cambio en el descenso de las enfermedades y la mortalidad, es persuasivo. La evaluación intermedia del Sector Salud II de 1991 notaba estos cambios, así como también notó que éstos satisfacen substancialmente los indicadores identificados en el marco lógico. Sin embargo, es necesario hacer notar que estas cifras no reflejan la información del censo de 1988, ni la información de la encuesta de 1991/1992 que reporta muertes durante 1989. Se requerirá de un reporte del impacto de la mortalidad con información mas actualizada para el Proyecto Sector Salud II. Esta información se recopilará en la próxima EFHS (junio-diciembre 1995).

Este equipo de evaluación considera que el estudio del EFS confirmará los logros extraordinarios del Proyecto del Sector Salud, así como la contribución de la USAID a la salud en Honduras. La participación durante quince años y el seguimiento de estrategias de cuidados de salud primaria, y la larga colaboración entre el Gobierno de Honduras y la USAID han producido un notable resultado. Para entender este éxito, se identifican tres factores: 1) un compromiso de parte del Gobierno de Honduras al desarrollo democrático y extensión de la cobertura, 2) la aplicación de estrategias de intervención efectivas, y 3) el mejoramiento de la operación del sector salud.

Durante la década de 1970, el Gobierno de Honduras se orientó seriamente al desarrollo rural e implementó una estrategia de salud primaria. Una de las decisiones de la estrategia fue aplicar intervenciones poderosas a la sobrevivencia infantil, incluyendo ORT e inmunizaciones. El programa de sobrevivencia infantil actual comenzó en los últimos años de la década de los 70 con la iniciación de la ampliación del programa de inmunizaciones (EPI) de la Organización Mundial de la Salud (WHO) y la Organización Panamericana de la Salud (PAHO). En 1980, se introdujo el ORT mediante esfuerzos de comunicación del Proyecto financiado por la USAID: Comunicación Masiva y Prácticas de Salud. En ese tiempo, Honduras fue el único país de Latinoamérica interesado en ORT y la distribución a nivel de comunidad de ORS. Con la introducción de Litrosol y el apoyo de una estrategia sofisticada de comunicación/educación, Honduras se convirtió en el pionero en promoción masiva de terapia de rehidratación oral. En Honduras se aplicaron por primera vez nuevas estrategias de comunicación a la salud primaria, y su ejemplo por medio de MMHP, HEALTHCOM, y otros, llevó a una explosión de proyectos que utilizaron la ciencia contemporánea del comportamiento, comunicación masiva y métodos sociales de mercadeo en todo el mundo.

En 1982, Honduras comenzó una experiencia exitosa en la promoción de lactancia natural con el proyecto PROALMA⁵. El proyecto PROALMA procuraba cambiar las prácticas hospitalarias de

⁵Programa para la Alimentación Materna.

parto mediante la capacitación de personal de salud en prácticas apropiadas de lactancia natural y promoción, substituyendo las botellas de fórmula que las enfermeras o grupos de damas auxiliares habían regalado a las nuevas madres. Durante un período de dos años, PROALMA fue capaz de demostrar un impacto medible en la iniciación y duración de la lactancia natural. Aunque el interés nacional en lactancia natural como una estrategia de sobrevivencia infantil creció y menguó durante los años subsiguientes, es ahora una parte muy arraigada de la estrategia de sobrevivencia infantil del Gobierno de Honduras y de la USAID.

El MdeS ha tenido un Programa Nacional de Control de las Infecciones Respiratorias Agudas (NCARIP) desde 1986. En 1987, nuevamente Honduras estuvo al frente en conducir uno de los primeros estudios etnográficos enfocados (FES/WHO) en el desarrollo de un programa de comunicación sobre enfermedades respiratorias agudas.

En 1986 se le asignó a la División de Salud Materno Infantil (DSMI) la administración y coordinación del proyecto de sobrevivencia infantil y comenzó a desarrollar su estructura actual, incluyendo los Departamentos de Salud de la Mujer y Salud del Niño y un Departamento de Monitoreo, Evaluación y Participación Comunitaria.

En 1990, con la asistencia del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Administración de Ciencias para la Salud (MSH) y el apoyo de Honduras, la USAID comenzó la experimentación de metodologías para reducir la desnutrición en la temprana niñez. Esto llevó al desarrollo de POSAIN. Conocido como Salud Integrada del Niño, POSAIN fue la pieza final de la estrategia de sobrevivencia infantil actual.

El compromiso del Gobierno con el desarrollo rural y democrático data del Programa de Penetración Rural a mediados de los años 70. El gobierno reformista de 1972-1975 orientó sus esfuerzos a la población rural y estimuló la participación comunitaria y actividades cooperativas. El Ministerio abandonó el enfoque de hospital curativo para concentrarse en la prevención primaria la salud, mejorando la división de medicina preventiva de la escuela de medicina. Esto provocó un gran cambio, enfatizando los servicios primarios de salud en las áreas rurales.

Con un significativo aumento en su presupuesto y apoyo técnico y financiero adicional de parte de OPS, el Fondo de las Naciones Unidas para los Niños (UNICEF) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Ministerio de Salud se propuso extender su cobertura en las áreas rurales con la construcción de una red de CESAMOS equipados con médicos y CESARES equipados con enfermeras auxiliares. Estos eran asistidos por tres tipos de voluntarios a nivel de comunidad: parteras empíricas adiestradas, guardianes (trabajadores de salud primaria) y representantes (líderes de la comunidad adiestrados). El papel de organizar los comités de salud comunitaria y de capacitar al personal a nivel de comunidad fue asignado al Promotor. Las principales responsabilidades institucionales del Promotor habían estado relacionadas con

Evaluación de Medio Período Proyecto Sector Salud II

proyectos de agua y construcción de letrinas, los cuales generalmente habían sido vistos como exitosos.

La **USAID** no tuvo una participación activa en las primeras etapas del Programa de Penetración Rural, pero jugó un papel importante en las últimas etapas y al promover algunos elementos importantes a finales de 1978. La **USAID** designó el curriculum y financió la capacitación de enfermeras auxiliares para los CESARES. Estas fueron las primeras auxiliares capacitadas para trabajar en un ambiente rural en vez de un entorno hospitalario. La **USAID** también facilitó los fondos para el entrenamiento de parteras, guardianes y representantes; primero, bajo el Proyecto de Salud Rural Integral/Planificación de Familia, y luego bajo el Proyecto Sector Salud I y II.

El Proyecto Sector Salud I (522-0153), el cual funcionó de 1980 a 1988, fue diseñado para proveer apoyo administrativo y logístico al Ministerio de Salud, primeramente a nivel central. Fue diseñado conjuntamente con el Proyecto de Agua y Sanidad Rural (522-0166), el cual también funcionó desde 1980 a 1988. El Proyecto Sector Salud I apoyaba específicamente las estrategias de salud primaria identificadas anteriormente, pero también identificó una serie de metas de administración y manejo interno del Ministerio. El Proyecto específicamente se enfocó en el desarrollo de sistemas de administración en áreas como logística y procuraduría. El proyecto fue diseñado en menor escala para ayudar a brindar servicios que para apoyar al Ministerio a racionalizar su organización y función. El Proyecto fue capaz de asistir al Ministerio a diseñar estos sistemas de administración.

El Proyecto de Sector Salud II fue concebido como el segundo de tres proyectos diseñados a asistir al Ministerio a lograr las ambiciosas metas establecidas para el sector salud, y fue construido sobre las bases establecidas por el Proyecto Sector Salud I.

Un elemento importante de los Proyectos Sector Salud I y II fue la provisión de un equipo de asistencia técnica a largo plazo. En la etapa máxima de esta asistencia en 1992, se contaba con dos asesores a largo plazo en educación/comunicación sanitaria, seis asesores trabajando en las regiones de salud, y asesores a nivel central dedicados a sistemas de información, análisis financieros, desarrollo de recursos humanos, logísticos y suministros, y salud maternal e infantil. Muchos de estos asesores habían estado con el proyecto desde su inicio, y facilitaron la memoria institucional y continuidad de las actividades del proyecto.

El mayor cambio en la ejecución del proyecto, lo cual ocurrió a finales de 1993, fue el vencimiento de los contratos de los contratistas institucionales a largo plazo que permanecían en el país. Desde su partida, se ha desarrollado un plan de asistencia técnica a corto plazo y han sido llevadas a cabo varias consultorías. Sin embargo, parece ser que este tipo de asistencia técnica no ha llenado la brecha dejada por la partida de ese recurso substancial. En la extensión del proyecto se proveerá al mismo de asistencia técnica a través del Buró Global de proyectos centrales de la **USAID**. Otros efectos más sutiles de la partida, tales como el impacto en la

continuidad, son más difíciles de medir. Varios de los asesores clave y el personal de USAID permanecen en posiciones de influencia y proveen continuidad notable.

El tema de la descentralización fue observado al comienzo de las actividades del Proyecto Sector Salud I. El impacto en el suministro de servicios se sintió de manera más fuerte cuando los asesores trabajaron directamente con las contrapartes regionales (Región 6) y, en un esfuerzo por mejorar el servicio y para continuar este nivel de apoyo regional, se diseñó el Proyecto Sector Salud II. El Proyecto Sector Salud II fue diseñado para apoyar la descentralización de estos sistemas de salud, especialmente al nivel regional. Ahora, en la extensión del proyecto, este proceso de descentralización puede continuar, extendiéndolo mas allá del nivel regional.

B. INQUIETUDES DEMOGRAFICAS

Mientras el TMI (la tasa de mortalidad infantil) y otros indicadores de salud han mejorado rápidamente, los indicadores demográficos se han estancado considerablemente. La reciente *Evaluación Final del Proyecto de Población II del Sector Privado* cita proyecciones de SECPLAN sobre la tasa cruda de nacimientos de 34/1000 y una tasa de crecimiento de 2.7%. El grado de difusión de anticonceptivos reportada en la EESF de 1991 fue de 47%, incluyendo 11.7% que utilizan métodos tradicionales. El crecimiento en métodos modernos desde la EESF de 1987 era solamente 1.8% por año. Esta información necesita ajustarse, ya que solamente reportan a las "mujeres en unión". La EESF también reporta que 50% de las mujeres no deseaban su último hijo. Sesenta por ciento de los servicios de planificación familiar son provistos a través de ASHONPLAFA, una organización del sector privado para la planificación familiar. Esta iniciativa de desarrollar una política de población nacional fuerte provocó una fuerte oposición local. A través del período colonial y de post-independencia, Honduras, uno de los países más grandes de Centroamérica, tenía una población pequeña en comparación con sus vecinos y sus fronteras han sido encogidas repetidamente. Históricamente, Honduras ha sido un país predominantemente rural minifundista y persisten los patrones de tempranos matrimonios y familias numerosas, las cuales caracterizan a muchas de las poblaciones de agricultores. En un sentido, posiblemente debido a una combinación de efectos de los programas de salud, Honduras casi ha pasado la transición de mortalidad y epidemias mientras se estanca en las transiciones demográficas, sociales y económicas que normalmente acompañan esos cambios.

C. PROYECTO SECTOR SALUD II

El propósito del proyecto es apoyar, fortalecer y continuar el proceso de extensión de servicios PCH y saneamiento eficaces, sostenibles y efectivos, con un énfasis en las intervenciones de supervivencia infantil. El proyecto enfatiza la descentralización de la planificación, gestión y

financiamiento de los servicios de salud hacia el nivel regional. Los componentes del proyecto incluyen:

1. Actividades de Supervivencia Infantil

Sistemas de Apoyo Sostenibles

- Programación local
- Logística/Administración
- Servicios de Mantenimiento
- Sistemas de Información Gerencial/Salud
- Desarrollo de Recursos Humanos
- Financiamiento para Salud
- Sistemas Educativos/Promocionales (comunicación masiva)

Tecnologías de Salud

- Terapia de Enfermedades Diarréicas y Rehidratación Oral
- Enfermedades Inmuno-preventivas
- Infecciones Respiratorias Agudas
- Espaciamiento de Nacimientos
- Lactancia, Monitoreo de Crecimiento y Nutrición

Otros Programas

- Control de Vectores
- Tuberculosis
- SIDA
- Organizaciones Privadas y Voluntarias

2. Agua y Saneamiento Rural

Las agencias clave de ejecución incluyen al Ministerio de Salud y el SANAA. Adicionalmente, 16 organizaciones voluntarias privadas (OPV) han participado en extender la cobertura del programa de agua y saneamiento (6 OPV) y supervivencia infantil (10 OPV) hacia áreas remotas.

De esta forma, el proyecto Sector Salud II (SSII) ha contribuido a alcanzar ciertos indicadores de éxito en sus organismos ejecutores. Algunos de estos indicadores, los cuales se citan en los términos de referencia de la evaluación, son los siguientes:

Indicadores de Salud

- La mortalidad infantil bajó de 85/1000 en 1979 a 50/1000 en 1989.
- El porcentaje de visitas de consulta externa de niños menores de cinco años debido a enfermedades diarreicas bajó de 17.6% en 1988 a 12.7% en 1993.
- El uso de sales de rehidratación oral (SRO) entre niños menores de un año de edad con diarrea en los últimos tres días, aumentó en un 69% desde 1987 (17.5%) a 1991 (29.5%).
- Una mejoría en todos los niveles en la cobertura de niños menores de un año con una cobertura del 94% para todos las enfermedades inmuno-preventivas (sarampión, polio, DPT, y BCG) para 1993.
- No existen casos de polio (clínicamente compatibles o confirmados por laboratorio) desde 1989.
- Solamente seis casos de sarampión se reportaron en 1994 (hasta octubre), con cero muertes.
- La incidencia de niños con algún grado de desnutrición aguda (menos de una desviación estándar bajo la tabla de peso-por-talla) bajó de 17.5% a 13/1% entre 1987 y 1991.
- Aumento en los nacimientos institucionales de 40.5% en 1987 a 45.4% en 1991.
- Aumento en el porcentaje de puestos de salud rural (CESARES) cobrando cuotas por servicios del 13% en 1989 a 77% en 1994.
- Fortalecimiento continuo de los Procesos Organizacionales de los Centros de Salud Rural (DOFUPS) incluyendo: 1) el componente de medicinas y suministros (POSSEM), de 19% del número total de Centros de Salud participando en 1989 a 90% en 1994; 2) el componente de supervisión (POSSEM) de 0% en 1989 a 81% en 1994; 3) el componente del sistema de archivo de información (POSI), del 0% en 1989 a 26% en 1994.
- Aumento en el porcentaje de CESARES que proveen control puerperal de 69% en 1989 a 91% en 1994.
- Aumento en el porcentaje de CESARES que participaron en embarazos de alto riesgo referidos durante los meses previos: de parte de la atención tradicional al CESAR, de un 35% en 1989 a 53% en 1994; de parte del CESAR a nivel hospitalario, del 22% en 1989 a 60% en 1994.

Indicadores de Agua y Saneamiento

- el SANAA y el Ministerio de Salud han completado 563 sistemas de agua rural, con 150 sistemas en construcción y 150 en etapa de diseño y han construido más de 78.200 letrinas. Aproximadamente 277,000 residentes en las áreas rurales han sido beneficiados por estos servicios.

3. Actividades de VIH/SIDA

Un cambio mayor en la situación sanitaria en Honduras, sede que el Documento del Proyecto del Sector Salud II fue desarrollado en 1987, es el rápido aumento en VIH/SIDA. Honduras tiene aproximadamente 57% de todos los casos reportados por Centroamérica, Panamá y Belice. Un reciente estudio del impacto socioeconómico proyecta que el aumento continuo en infecciones VIH, si no son controladas, podrían cambiar radicalmente los logros del pasado en mortalidad infantil y expectativa de vida. Esto abrumaría los instalaciones de salud que ya están sobrecargados y tendría impacto negativo en el crecimiento económico. En 1992, el Buró para Latinoamérica y el Caribe de la USAID en Washington, nombró a Honduras un país con énfasis en SIDA. Después de negociaciones con la USAID en Washington, y el Proyecto de Control y Prevención del SIDA (AIDSCAP), Honduras se convirtió en un país prioritario para el control del SIDA y recientemente se ha iniciado un proyecto. Esto ha ocasionado un aumento considerable en la cantidad de recursos dedicados a esta área, en comparación con lo que se había planificado originalmente.

III. HALLAZGOS

A. SISTEMAS DE APOYO SOSTENIBLES

1. Programación Local

La programación local es el medio por el cual se puede lograr, a nivel operacional, la administración descentralizada, la toma de decisiones y la administración presupuestaria (por ejemplo, al nivel de UPS). Esencialmente, la programación local se refiere a que cada UPS planifique sus metas y actividades en base en el tamaño, distribución y prioridades de su población meta, tomando en consideración los problemas y necesidades de salud y considerando los recursos disponibles. Una premisa fundamento básica es que la programación será determinada por el personal del UPS local, con apoyo de los niveles de área y regionales. La participación de las comunidades es importante para el proceso de programación local.

El DOFUPS fue desarrollado para asistir al establecimiento de la programación local, mejorando así la capacidad gerencial de las UPS. DOFUPS es una colección de sistemas administrativos y de supervisión dirigidos a fortalecer la eficacia gerencial y la eficiencia de los centros de salud o UPS, así como para mejorar la sostenibilidad de estas actividades. DOFUPS significa "Desarrollo Organizacional y Funcional de las Unidades Productoras de Servicios".

El DOFUPS está presente en alguna forma en casi todas las UPS y se le da crédito por el mejoramiento de eficiencia de la administración y de los servicios de salud a nivel local. Aunque sus componentes no son completamente aplicados o ejecutados en la actualidad, el reconocimiento de la necesidad de organizar algunas de las necesidades atendidas por el DOFUPS parecen estar esparciéndose y al DOFUPS en general se le considera un buen sistema. De hecho, es un buen sistema para organizar las UPS y servir de base para desarrollar habilidades gerenciales. El DOFUPS necesita ser complementado con capacitación, tanto en forma de supervisión de apoyo, la cual puede proporcionar capacitación en servicio (si los supervisores saben como hacerlo y entienden el sistema), así como otros métodos de capacitación.

El problema más serio en la implementación del DOFUPS parece ser la falta de capacitación sobre cómo y por qué usar sus partes componentes; por ejemplo, POSI, POSSEM, POSSS,

POSMAB⁶, especialmente a niveles de área y local. Ni el personal que había sido contratado a largo plazo, ni el que se contrató recientemente, ha recibido capacitación consistente sobre el DOFUPS y sus relativas funciones administrativas. El personal que había sido capacitado anteriormente puede ya no estar trabajando en las posiciones que ocupaban anteriormente y el personal nuevo, sin capacitación, puede estar realizando esos trabajos.

Casi toda la planificación y programación parece ser llevada a cabo por las enfermeras del sector o área, con la asistencia del personal local, usualmente enfermeras auxiliares. Los lugares visitados parecían contar con procedimientos relativamente mecánicos de actualizar las metas del plan del año anterior. Existía poca o ninguna investigación del estado actual de los indicadores de salud y no se estaban llevando a cabo las evaluaciones de las necesidades. En algunos lugares, el censo familiar local no se ha llevado a cabo desde 1988 ó 1989; los datos de población generalmente están basados en estimaciones calculadas con base en esas encuestas. Existe poco análisis sobre la situación actual de salud de la comunidad por parte del personal local de salud.

Generalmente, la participación comunitaria es rudimentaria o inexistente. Parece haber poca participación de la comunidad local en el análisis de la situación de la salud local o en la identificación de las necesidades y expectativas de la comunidad, así como en la toma de decisiones relacionadas.

La supervisión de apoyo es esencial para desarrollar las habilidades necesarias para la programación y administración local. Existen cuatro niveles de supervisión. En los lugares visitados, el personal de salud no había recibido instrucción en técnicas administrativas o gerenciales en sus programas de educación profesional. Durante el año pasado, no se habían llevado a cabo actividades de capacitación para el personal de salud de estas áreas, ni habían intentos de desarrollar habilidades de planificación o programación dentro de la comunidad.

2. Supervisión

El énfasis del Sector Salud II en la supervisión de apoyo como una estrategia primaria para la implementación de los componentes técnico y gerencial ha estimulado y mejorado la supervisión. El uso del DOFUPS ha promovido y mejorado la supervisión continua nivel local.

Existen cuatro niveles de supervisión: 1) el nivel nacional o central que supervisa la región; 2) el nivel regional que supervisa las áreas; 3) el nivel de área/sector que supervisa los niveles locales; 4) el nivel local que supervisa al personal de la comunidad, quienes en su mayoría son voluntarios.

⁶Proceso Organizacional y de Simplificación de los Sistemas de Información, Evaluación y Monitoreo, el Sistema de Procuraduría y el Sistema de Mantenimiento Básico.

La continuidad y frecuencia de la supervisión a todos los niveles es variada e inconsistente. La actividad principal de supervisión a nivel nacional consiste en reuniones mensuales con todos los directores regionales, los vice-ministros y otros miembros del personal del Ministerio de Salud. Solamente la División de Salud Materno/Infantil (DSMI) programa visitas regulares de monitoreo/supervisión a las regiones, dedicando una visita de una semana a una región específica cada mes, para supervisar la implementación de los programas de SMI a todos los niveles. Otras divisiones técnicas visitan las regiones esporádicamente.

La supervisión de áreas y UPS por regiones es variada. El personal de la Región 1 programa por lo menos cuatro visitas de supervisión por año a cada nivel (incluyendo hospitales, CESAMOS y CESARES). Además de reuniones mensuales, tienen reuniones semanales con los jefes de área. Las limitaciones geográficas de algunas localidades permiten solamente dos o tres visitas de supervisión. El personal de la Región 6 no programa visitas de supervisión a sus áreas, sino que dependen de las reuniones de evaluación mensual con los jefes de área. El personal de área debería visitar cada localidad por lo menos una vez al año en ambas regiones. Las enfermeras de área y sector generalmente visitan cada localidad una vez al mes.

Las visitas de supervisión a nivel local aún continúan siendo más de "crítica" que de apoyo. La supervisión de apoyo provee educación, asistencia en la solución de problemas, consejería y otros elementos. Cuando nos referimos a "supervisión" en este texto, nos referimos a la supervisión de apoyo. Los jefes de área (médicos), y las enfermeras de área y sector indicaron que ellos sabían que la supervisión de apoyo era mejor y que era política del Ministerio de Salud el uso de supervisión de apoyo. Ellos también manifestaron que no lo cumplen apropiadamente, achacándolo a varios factores, incluyendo la falta de tiempo, los hábitos establecidos y el conocimiento insuficiente del proceso.

El personal local manifestó que ellos sabían que deberían recibir supervisión de apoyo, pero que esto casi nunca sucedía así, sino que recibían una lista tradicional de deficiencias. Sus fallas se anotan en una libreta para referencia. Todas las enfermeras auxiliares que fueron visitadas tenían estas libretas y, frecuentemente, el mismo tipo de anotación se repetía una y otra vez. Aunque reciben supervisión negativamente orientada, todo el personal manifestó que a ellos les gustaría recibir más visitas de supervisión, ya que de esa forma ellos mejorarían sus servicios. También manifestaron que les gustaría que las visitas de supervisión fueran anunciadas con anticipación para que pudieran programar su tiempo, evitando actividades conflictivas y de esa manera permanecer con los supervisores.

El personal regional y de área indicó que la frecuencia de las visitas de supervisión desafortunadamente se reduciría debido a los inconvenientes descritos a continuación. Una de las áreas problema en el Ministerio de Salud es la relativa falta de incentivos positivos y de refuerzo para realizar un buen trabajo. Esto sería particularmente ventajoso como un suplemento a la supervisión de apoyo.

Evaluación de Medio Período Proyecto Sector Salud II

Una de las limitaciones tiene que ver con la capacitación. El personal a todo nivel requiere capacitación continua y mejorada, primero para establecer y luego para reforzar y perfeccionar los valores apropiados, actitudes y habilidades necesarias para poder llevar a cabo supervisión de apoyo. Un segundo inconveniente se refiere al financiamiento. El reciente aumento de los niveles autorizados para el pago de viáticos, el cual subió en un 300%, sin el correspondiente aumento en los presupuestos regionales, significa que efectivamente cuentan con menos fondos disponibles para visitas de supervisión. Un tercer inconveniente es el transporte. La falta de medios de transporte confiables en las regiones afecta severamente las actividades de supervisión.

3. Desarrollo de Recursos Humanos

La meta del componente de desarrollo de recursos humanos del Sector Salud II es mantener una adecuada provisión de personal actualizado y capacitado para el Ministerio de Salud y, por consiguiente, asegurar que el personal del MdeS esté lo suficientemente capacitado para poder ejecutar los elementos del Sector Salud II. Los objetivos más importantes del proyecto han sido cumplidos. Se han preparado y distribuido doce manuales autodidácticos. Un registro de recursos humanos ha sido completado. Por lo menos 26 empleados del Ministerio de Salud han sido enviados al extranjero a participar en programas de salud pública; por lo menos 15 han recibido título de doctores en medicina. Las metas de capacitación a corto plazo para los voluntarios de las comunidades y cursos de refrescamiento para el personal del Ministerio de Salud han sido excedidas. No obstante, en general, el desarrollo de recursos humanos en el Ministerio de Salud es inconsistente y no sistemático. No satisface las múltiples necesidades del MdeS ni las del SSII.

Por ejemplo, se diseñaron, produjeron y distribuyeron módulos de autodidácticos, pero el personal que labora en los lugares visitados no recordaban haber sido instruidos con una metodología eficaz y consistente para el uso de los módulos. El personal de todas las UPS que visitamos mostró copias de algunos módulos de autodidácticos y dijeron haber leído partes del manual, pero ninguno había leído un módulo entero. Ningún miembro del personal entrevistado podía explicar como usar los módulos eficazmente.

Los talleres de trabajo tampoco son planificados sistemáticamente. Las divisiones técnicas y los departamentos del Ministerio de Salud organizan talleres regionales y nacionales concernientes a sus áreas de responsabilidad, aparentemente sin ninguna coordinación entre eventos. Esto tiende a interrumpir el trabajo práctico del personal regional y de área. Se hace demasiado énfasis en el entrenamiento técnico para proporcionar servicios médicos y no se hace énfasis en la capacitación gerencial a todos los niveles.

Además de los programas iniciales de capacitación, se organizan muy pocos eventos de capacitación para el personal local y comunitario. El método "cascada" utilizado para multiplicar

los esfuerzos de capacitación enfocados hacia los principales supervisores regionales y de área y que supone una difusión de arriba hacia abajo de conocimientos críticos y habilidades, ha probado ser inoperante e ineficaz. Esto ha resultado en un exceso de oportunidades de capacitación para unos pocos y, prácticamente, ningún entrenamiento para la mayor parte del personal.

No existe una evaluación sistemática de los resultados ni del impacto de la capacitación, además de la observación de desempeño informal o de tipo "anécdota". Los organizadores equiparan los eventos de capacitación con el cumplimiento de los objetivos educacionales. Las técnicas de instrucción tienden a enfatizar la transferencia de información en vez del aprendizaje de habilidades específicas. Existe muy poco seguimiento o capacitación de refuerzo de las capacitaciones. Casi todos los eventos carecen de objetivos de aprendizaje enfocados en las necesidades del personal de salud, sino que tienden a reflejar las necesidades de los organizadores de los eventos.

Han habido mejoras definitivas en la calidad técnica, en el cuidado de salud rural apropiado y en el manejo de las intervenciones de salud rural a través de las intervenciones del Sector Salud II. Se han hecho grandes avances en mejorar la calidad técnica y de servicio. Se ha capacitado más personal en la ejecución de programas técnicos y en estándares y las prácticas del Ministerio son congruentes con las intervenciones del SSII. El éxito de los programas técnicos se refleja en el mejoramiento objetivo los indicadores de salud básica, tales como la reducción en el índice de mortalidad infantil.

Sin embargo, el éxito continuo dependerá de que se logren varios puntos importantes. Uno de ellos es la consistencia y el seguimiento en la ejecución de metodologías de desarrollo de recursos humanos. Un segundo punto es la necesidad de evaluación y monitoreo de las actividades de capacitación y educación. Un tercer punto es el concerniente a la necesidad de expectativas claras en relación a la capacitación. El desarrollo de recursos humanos actual no toma en cuenta de una manera consistente los diferentes niveles de necesidades educacionales. Un cuarto punto es que existen pocos incentivos para capacitarse y adquirir nuevos conocimientos y habilidades.

La capacitación gerencial ofrecida a personal de nivel superior actualmente no es consistente ni sistemática. Anteriormente, mucha de esta capacitación era proporcionada por consultores residentes de largo plazo, asignados a las regiones y a los departamentos centrales del MdeS. Este sistema tuvo éxito en algunas regiones, pero no en todas. Todavía no se ha diseñado un nuevo programa para proporcionar capacitación gerencial.

El nuevo Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) parece tener éxito y responde a las necesidades identificadas por el Ministerio de Salud. El programa usa metodologías de instrucción modernas y eficaces y los estudiantes se

Evaluación de Medio Período Proyecto Sector Salud II

muestran entusiastas. Sin embargo, existe preocupación sobre el currículum, tanto en términos de áreas técnicas no cubiertas (por ejemplo, comunicación y ciencias del comportamiento), como en términos del contenido cubierto. Los catedráticos son excelentes, aunque ninguno posee un entrenamiento a nivel de doctorado (todos tienen título de maestría y casi todos son médicos o enfermeras). La posibilidad de obtener un título de Maestría es un incentivo concreto e influyente para los profesionales de salud. Existen modelos para apoyar el programa local, tales como el establecimiento de acuerdos bilaterales con universidades de los Estados Unidos. El apoyo al programa UNAH/Ministerio de Salud podría substituir las becas a programas de Maestría en Salud Pública en el exterior.

El programa del MSP de la Universidad ofrece un número de ventajas para las necesidades de capacitación del Sector Salud II y del MdeS. El currículum de MSP fue formulado en coordinación con el MdeS y está basado en estudios de necesidades y problemas encontrados en las regiones de salud. Consecuentemente, las metas y objetivos, las metodologías de enseñanza, la estrategia de capacitación en el trabajo y el contenido de los cursos están diseñados para preparar a los profesionales de salud a responder de una mejor manera a las necesidades específicas de Honduras. Los estudiantes mantienen sus trabajos mientras estudian, lo cual provee seguridad profesional y les asegura que los nuevos conocimientos y habilidades que ellos aprendan serán aplicados a esas áreas de su trabajo.

Además del programa de MSP, el departamento de MSP de la Universidad podría organizar seminarios y talleres especializados para el MdeS y podría organizar y conducir investigaciones operacionales. Por ejemplo, el Departamento UNAH-MSP podría organizar eventos de capacitación precisamente definidos que respondan a las necesidades específicas del MdeS a todos los niveles (nacional, regional, área, sector, local y comunitario). Estos seminarios tendrían la ventaja del respaldo de la credibilidad de la Universidad, lo que sería un incentivo importante para los participantes. El programa UNAH-MSP podría hacer que su personal y estudiantes participen en investigaciones operacionales para el MdeS. Esto contribuiría a mantener el departamento de MSP actualizado en lo que respecta a las necesidades del MdeS, proporcionar al personal y a los estudiantes la experiencia práctica en investigaciones operacionales y en áreas que son prioritarias para el MdeS y facilitar la incorporación de los resultados de las investigaciones al currículum de MSP (y quizás a los currícula de las facultades de medicina y enfermería), etc.

Además del programa de la UNAH, también hay necesidad de una mayor variedad de programas efectivas de capacitación. El apoyo a la supervisión y la capacitación en el trabajo son excelentes estrategias, pero no son suficientes. Estas necesitan ser complementadas por otras actividades. Los talleres de trabajo son una buena metodología de capacitación, la cual no ha sido bien utilizada en Honduras. Se han llevado a cabo talleres de trabajo de mala calidad y con demasiada frecuencia. Actualmente existe mucha desilusión con los talleres y con la capacitación en general. Sin embargo, la capacitación es fundamental para el éxito de las intervenciones del

Sector Salud II. La formulación de objetivos de aprendizaje claros, que contribuyan a la implementación de los componentes técnicos y gerenciales del SSII, usando metodologías de instrucción más eficaces, incluyendo modelos y prácticas en el comportamiento deseado, instrucción en computadoras, racionalización en la programación de actividades de entrenamiento, son estrategias que podrían hacer el entrenamiento más eficaz y viable.

El personal de supervisión necesita más y mejor capacitación para poder desempeñar una supervisión de apoyo más eficaz. Ellos también necesitan saber "como" apoyar los materiales para guiar el proceso y ayudarles a mejorar los resultados de una supervisión de apoyo. Existe la necesidad de enfatizar y desarrollar procedimientos de seguimiento y retroalimentación en relación con él.

4. Productos/Sistema Logístico/Administración del MdeS

Las metas del sistema de administración logística consisten en facilitar la adquisición rápida y racional de equipo y suministros y mejorar su distribución, almacenamiento y uso, mediante la utilización de sistemas de control de inventarios y mejores instalaciones de almacenaje.

Han habido mejorías significativas, aunque las deficiencias en el sistema aún son notables. El mayor problema que se menciona es la falta de suministros a UPS. Los centros de salud visitados indicaron que solamente tenían medicinas para aproximadamente el 50% del tiempo. Esto parece ser la mayor causa de queja que tiene la población en contra del UPS.

Un aspecto positivo es que parece haber una mejor sistematización en el proceso de adquisiciones y en el almacenamiento y entrega de suministros recibidos a nivel local, de área y regional. Un aspecto negativo es que la bodega central del MdeS aún no sule completamente las pedidos de las regiones o de manera puntual. Debido a que las UPS no espera que funcione el sistema de procuraduría, son pocos los que toman en serio los procedimientos y no basan sus requisiciones en necesidades reales.

El transporte continúa siendo un dolor de cabeza para el MdeS. Una proporción relativamente grande de la flota de vehículos del MdeS no funciona. Debido a la escasez de repuestos en Honduras, y debido al alto costo de los repuestos importados, éstos no han sido reparados aún. Algunos de estos vehículos han estado esperando repuestos por más de un año. Estos problemas no han afectado mucho los vehículos comprados directamente por el SSII, pero han tenido impacto en el uso práctico de los vehículos en las regiones.

Un factor importante en el problema del transporte es la pequeña cantidad de fondos presupuestados para el mantenimiento y reparación de vehículos. Los administradores regionales prefieren invertir lo poco que ellos tienen asignado para el mantenimiento de vehículos en

vehículos que funcionan y que pueden ser utilizados de inmediato. El costo de este mantenimiento es relativamente bajo y seguro: mantiene los vehículos funcionando.

En breve, los principales problemas que continuamente se presentan en logística incluyen: presupuestos inadecuados para compras; procesos burocráticos y abrumadores; la incapacidad para satisfacer los requerimientos/pedidos de medicinas y otros suministros; los pedidos no son determinados por el flujo de pacientes, ni por el uso de suministros, sino que por medio de listas de suministros básicas predeterminadas a nivel local, de área y regional.

El problema principal en el sistema logístico es la compra de fármacos, o más bien, la falta de continuidad en la compra para asegurar un suministro adecuado. Todo el personal, a todos los niveles, se queja de la escasez de medicamentos, la cual comenzó en la bodega central, y progresivamente afectó los niveles inferiores pasando de la región al área y del área a la UPS (CESAMO o CESAR). Todas las UPS que visitamos manifestaron que usualmente tenían medicamentos solamente al comienzo del trimestre, ya que nunca recibían todos los suministros solicitados (aún cuando las cantidades solicitadas estaban dentro de los parámetros anuales pre-aprobados). Muchos manifestaron que los suministros que recibían generalmente duraban solamente la mitad del trimestre.

De acuerdo con los supervisores regionales y de área, las limitaciones para un uso adecuado del POSSS incluyen la falta de capacitación y seguimiento; falta de seguimiento a las observaciones de los supervisores; y, como se mencionaba previamente, las requisiciones no llenadas de acuerdo a las cantidades y los artículos pedidos, ni en relación al número de pacientes.

Los obstáculos a la sostenibilidad del POSSS incluyen: capacitación insuficiente; falta de refuerzo y seguimiento de la capacitación; falta de seguimiento a las observaciones supervisión; y la ausencia de incentivos concretos para mejorar el desempeño. Un desincentivo significativo es el proceso de compras actual, el cual está basado en cantidades pre-establecidas y no en el flujo de pacientes, de patrones de consumo, o inventarios actuales en bodega.

5. Sistema de Gestión Financiera del MdeS

El SSII se concentra en asistir al MdeS a mejorar sus programas de administración financiera y recuperación de costos. Los directores regionales indican que perciben una mejoría en la administración financiera a todos los niveles. Por otro lado, manifiestan que los nombramientos políticos de administradores regionales es perjudicial. Sería mucho más eficiente crear el puesto de administrador regional y someterlo a concurso como cualquier otra posición y de esa manera ser responsable hacia ellos.

En marzo de 1995, se publicó un estudio reciente realizado por E.A. Associates sobre la organización, los procedimientos y el funcionamiento del área de administración financiera.

Junto con contrapartes del MdeS, describieron un número de deficiencias y recomendaciones para corregirlas. Estas recomendaciones son excelentes y el proyecto SSII debería alentar y apoyar al MdeS para que las ejecute.

La recuperación de costos ofrece es prometedora, especialmente en relación con la contribución al mejoramiento de los servicios de salud locales. La recuperación de costos en los CESARES aumentó significativamente entre 1989 y 1994, saltando de un 13% a un 77% de los establecimientos monitoreados por la UCP. La recuperación en hospitales y CESAMOS aumentó también. El concepto parece ser bien aceptado por la población beneficiaria. Uno de los CESARES visitados informó cobrar rutinariamente Lps.5.00 por consulta mientras fue administrado por un ONG⁷. El personal de un CESAMO nos informó que los pacientes usualmente pagaban Lps.3.00 por consulta a los centros de salud operados por un ONG.

La política actual concerniente a la recuperación de costos de los CESARES es que el comité de salud comunitaria debería fijar la cuota o cobrar por consulta y que el comité debería cobrar los pagos y decidir como gastarlo. Los fondos colectados son usados para adquirir más medicamentos, hacer reparaciones y mejoras a los CESARES, etc. Uno de los CESARES que visitamos no cobraba una cantidad fija, sino que dejaba que los pacientes pagaran lo que ellos consideraban justo. Ese CESAR no recuperó muchos costos.

Los CESAMOS cobran Lps.1.00 por consulta y por cuidados médicos. De esta cantidad, un 75% debe permanecer en el CESAMO para cubrir gastos locales y ser utilizado a discreción del personal local. Un total de 25% es enviado a la región. Actualmente, ambos CESAMOS visitados envían todos los fondos recuperados a la Región y luego solicitan los fondos en la medida que éstos son requeridos para efectuar reparaciones al centro, o para adquirir algo para el CESAR. Esta práctica parece estar en contra de las políticas del MdeS.

6. Sistemas de Mantenimiento del MdeS

En el Proyecto SSII, el sistema de mantenimiento tiene tres prioridades. La primera es mantener y sostener la cadena fría. La segunda es mantener y reparar vehículos y motocicletas. La tercera prioridad es darle mantenimiento a los establecimientos de salud locales a través de la participación activa de la comunidad.

Generalmente el mantenimiento oscila entre poco adecuado e inadecuado. El mantenimiento de vehículos es sumamente deficiente a nivel central y de regiones (ver la discusión previa sobre el tema del transporte). Los vehículos y refrigeradores que no funcionan o que son irreparables son mantenidos como parte del inventario. El mantenimiento de las instalaciones físicas está

⁷El ONG administró el CESAR como parte de un proyecto de desarrollo comunitario y cuando éste terminó, se transfirió la responsabilidad administrativa al MdeS.

funcionando bien en algunas áreas y no muy bien en otras. La diferencia principal es la participación comunitaria. En algunas comunidades, la participación comunitaria está ayudando considerablemente en el mantenimiento de las instalaciones. Esto es particularmente cierto en los lugares donde existen comités de salud activos.

En la actualidad, las cadenas frías están siendo mantenidas relativamente bien. El principal problema es la falta de repuestos, falta de facilidades para la reparación y la falta de fondos. Fuimos informados que mientras las cadenas frías están siendo adecuadamente mantenidas en la actualidad, podrían presentarse algunos problemas en el futuro, ya que los refrigeradores sobrepasan su período de vida funcional.

Los obstáculos encontrados en sostener el mantenimiento incluyen los siguientes: la falta de enfoque en la importancia del mantenimiento; la falta de fondos y recursos; y la falta general de capacitación en métodos y procedimientos de mantenimiento. También existe el peligro de la falta de personal capacitado en el mantenimiento de cadenas frías, ya que las personas que habían sido capacitadas para este fin están siendo gradualmente reemplazadas. Como la práctica del mantenimiento preventivo no es común, ello también constituye un obstáculo y se puede apreciar que no se le da la debida importancia.

7. Sistemas de Información Administración /Salud (SIA/S) del MdeS

Las metas del SIA/S del Sector Salud II eran mantener los sistemas y procedimientos diseñados y ejecutados durante el proyecto Sector Salud I. En general, el sistema actual no funciona como un sistema de información de salud (SIS). Se han completado dos revisiones, las cuales reafirman esta conclusión. La información no es sistemáticamente recopilada o reportada. En particular, este componente no facilita el uso de información apropiada para la planificación y toma de decisiones. Por consiguiente, este componente no contribuye eficazmente a la programación local.

La información se recoge en más de 70 formas, muchas de las cuales son raras veces simultáneamente enviadas a las regiones y a Tegucigalpa para ingresar repetitivamente al sistema de información. En total, toma aproximadamente de uno a dos años que la información aparezca en el Boletín Estadístico del Ministerio. El SIS, como existe la utilidad de la información para la planificación, evaluación y toma de decisiones. El personal local y los miembros de las comunidades necesitan ser entrenados en el uso de la información, especialmente para la programación local.

La información del SIS es principalmente utilizada como indicadores del estado de salud y raras veces es utilizada en la planificación. Parte de este problema es causado por el gran número de formularios utilizados para recopilar la información. El manejo de este tremendo flujo de papel es una tarea de enormes proporciones. Todo el personal de estadísticas, central y regional, está

usando computadoras muy viejas e inadecuadas para este tipo de trabajo, lo que resulta en la duplicación de esfuerzos. Este sistema debe ser mejorarlo.

Una comisión del MdeS, con asistencia técnica de las recomendaciones del reporte del CD, ofrece soluciones a muchos de estos problemas. Estas incluyen revisión, simplificación y enfoque de los sistemas de información de salud, uso de la información de manera más eficaz para la toma de decisiones, incluyendo la planificación y evaluación; creación de una capacidad y actitud para el análisis y la aplicación de la información a todos los niveles; y capacitación y supervisión al personal para facilitar estos logros. Sería ventajoso iniciar esta propuesta tan pronto como sea posible

8. Comunicación y Educación de Salud

La educación y comunicación de salud está implementada deficientemente en todo el país. Los mejores planes de comunicación técnicamente apropiados, han sido desarrollados por la División de Educación de Salud (DES). Estos planes fueron sólo parcialmente ejecutados hace un par de años. Desde entonces, han habido muy pocas y esporádicas actividades de educación de salud. En la actualidad, prácticamente no existen materiales de educación de salud en las UCP. Solamente observamos material educativo sobre el cólera y el SIDA, aunque muy poco de éstos.

Uno de los principales problemas parece ser la falta de apreciación por parte del liderazgo del Ministerio de Salud sobre: 1) la importancia de la educación de salud y de los programas de comunicación para mejorar la salud y su contribución potencial para aumentar los efectos y el alcance de los programas de prestación de servicios; y 2) nuevas técnicas de comunicación que reemplacen la mentalidad de conferencias y de los rotafolios de los años 50. Esto probablemente refleja la orientación clínica general de la mayoría del personal del Ministerio y su falta de conocimientos en relación con la salud pública y la educación de salud. Las campañas de educación/comunicación de salud son probablemente han tenido la mayor responsabilidad por los altos porcentajes en el uso de sistemas de rehidratación oral que todos los gastos combinados en lo que respecta a prestación de servicios.

Una de las razones principales por las que el Ministerio de Salud no está aprovechando la educación/comunicación de salud es la falta de política nacional clara. Esto se podría resolver si el Ministerio de Salud adoptara la política recomendada en la propuesta titulada *Política Nacional de Educación para la Salud*, la cual fue preparada por la DIS con la asistencia técnica del Dr. Reynaldo Pareja, de la Academia para el Desarrollo Educativo (ADE). El Proyecto Sector Salud II debería animar al MdeS para que considere aprobar esta política.

Las medidas de educación/comunicación de salud son servicios técnicos de salud pública, los cuales complementan las intervenciones médicas para mejorar la salud de la población. La DES se encuentra actualmente en la Sub-Secretaría de Política Sectorial. Si la DES fuera integrada a

la estructura organizacional del MdeS, con las otras divisiones técnicas (tales como la SMI, STD-SIDA, Epidemiología, Salud Mental y Salud Dental), estas divisiones podrían hacer mejor uso de los servicios y experiencias de la DES y la DES podría contribuir de mejor manera a aumentar la eficacia de sus actividades.

Otro problema de la DES es organizacional. Debido a que el financiamiento para la ejecución de sus actividades no es dado directamente a la División, ésta depende de otras divisiones para su presupuesto operacional. Consecuentemente, los directores de programas a veces contratan educadores de salud externos, sobrepasando la DES. Esto no solamente disminuye el control de la DES sobre los componentes educación/comunicación, sino que también resulta en inconsistencias de contenido y formato. Una solución práctica a este problema sería transferir todos los fondos para educación/comunicación de salud a la DES. Si la DES carece de suficiente personal para responder en un tiempo determinado a las necesidades del Ministerio de Salud, la DES debería ser encargada de contratar y supervisar personal de educación o comunicación externa.

El Proyecto de Apoyo Básico para Institucionalizar la Supervivencia Infantil (BASICS) ha presentado una buena propuesta para trabajar con el Ministerio de Salud en tres áreas de contenido, con dos objetivos fundamentales. Las áreas de contenido son: 1) salud materno/neonatal; 2) IRA/CED; y 3) cuidado infantil integrado. Los dos objetivos son: 1) mejorar el comportamiento de la persona que cuida al niño en el de hogar; y 2) mejorar el acceso a cuidados de calidad a nivel comunitario. Estos objetivos requerirán la participación considerable de educación/comunicación de salud. La propuesta de BASICS debería ser promovida por el Sector Salud II y la DES debería ser una de las contrapartes y colaboradores principales en llevar a cabo las actividades de la propuesta.

B. TECNOLOGIAS DE SALUD

1. Infecciones Respiratorias Agudas

El control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) está incluido en la estrategia de supervivencia infantil del SSII, debido al impacto significativo de la neumonía en la mortalidad y morbilidad infantil. La Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar de 1991-1992 reportó las IRA como la primer causa de mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años. En 1991, el Programa Nacional de Control de Infecciones y metodología para tratar las IRA. El Plan

Nacional de Acción, (PNA) está orientado hacia la reducción de la mortalidad relacionada con la neumonía, el uso apropiado de antibióticos y el manejo apropiado en el hogar de los episodios de IRA.

En las instituciones de salud, la muerte por neumonías se dividen en dos categorías: 1) niños que ingresan a tiempo y reciben atención inadecuada; y 2) niños que ingresan demasiado tarde. Durante el período 1991-1992, el PNCIRA llevó a cabo esfuerzos masivos para introducir el manejo de casos estándar en las áreas de salud del país. El adiestramiento de capacitadores incluyó personal de salud de los CESARes, CESAMOs y hospitales de área. Para finales de 1992, la mayoría de las unidades de salud contaban con por lo menos un proveedor de salud capacitado en el manejo estandarizado de casos. Este esfuerzo no se sostuvo y la cobertura ha sido disminuida por la rotación anual de los doctores y las enfermeras a través del servicio social.

Los análisis preliminares de los datos pre y post-prueba demuestran una ganancia en conocimientos general del 23% como promedio nacional, con amplias variaciones en diferentes componentes de la prueba, tales como el uso de antibióticos y el reconocimiento de señales de peligro (ver Tabla 1 en el Anexo 9). La falta de materiales, registros incompletos y el uso inapropiado de antibióticos fueron reportados en la encuesta de hospitales de 1991 (MdeS/PNCIRA). Según el Director del PNCIRA, las necesidades actuales son: tiendas de oxígeno, aspiradores y, en particular, capacitación en el manejo estandarizado de casos.

El manejo de las IRA en el hogar fue documentado en estudios antropológicos y etnográficos (MdeS/División de Educación para la Salud, 1987). Se descubrió que las madres utilizaban una amplia gama de remedios tradicionales caseros antes de buscar asistencia en una clínica. Solamente el 15% de los casos de las IRA estimados llegaron a los CESARes y CESAMOs (OPS/MdeS, 1994). Algunas de las razones por las que no se utilizaban los servicios de los CESARes y CESAMOs incluyen la distancia, dificultades con el transporte, la posibilidad de encontrar el centro de salud cerrado y porque el centro no contaba con medicamentos.

El Programa piloto para el manejo comunitario de las IRA, desarrollado en 1993, enfoca en el mejoramiento del comportamiento de búsqueda de salud del encargado y del acceso al tratamiento de neumonías a nivel comunitario. Incluye el tratamiento inicial con antibióticos administrado por los promotores de salud, educación para la salud y referencias a centros de salud y hospitales. Este programa no se llevó a cabo por falta de personal y, lo que es más importante, por falta de fondos. El PNCIRA ha decidido convertir el proyecto piloto en un programa nacional y ha iniciado actividades para capacitar a 530 voluntarios del IRA en siete regiones del país.

Un problema que debe solucionarse es la evidencia presentada en un estudio reciente (*Estrategias para el Control de las Infecciones Agudas*, Barriga, P.) Este estudio sugirió que muchos trabajadores de salud, incluso aquellos que habían recibido capacitación, a menudo no cumplían las reglas. Este mismo estudio sugiere que las sobredosis de antibióticos son problemas comunes. BASICS evaluará el desarrollo de esta intervención en cuatro etapas diferentes.

Muchos voluntarios de salud comunitarios han sido capacitados para identificar y tratar infecciones respiratorias simples (para prevenir una sobrecarga de los UPS) para reconocer las señales de peligro de neumonía, cuyos casos deben ser referidos a los centros de salud y hospitales. Lo que aún no se ha llevado a cabo es la capacitación que permita identificar y tratar los casos de neumonía en la comunidad. Recién se inician los esfuerzos para tratar este asunto. La falta de incentivos, supervisión y apoyo, las distancias entre las comunidades y los puntos de reunión mensual, así como otros compromisos, son obstáculos que están reduciendo este grupo de voluntarios, también conocidos como guardianes. El manejo de casos en la comunidad por guardianes capacitados puede ayudar a mantener vivos a los niños hasta que puedan llegar a un centro de salud o a un hospital. Más importante, el sistema de referencias comienza con los comportamientos de búsqueda de salud en el hogar y los padres y otras personas encargadas del cuidado del niño deben aprender la seriedad de los primeros síntomas y la necesidad de la referencia.

2. Control de Enfermedades Diarréicas/Cólera

El Programa de Control de Enfermedades Diarréicas (CED) fue creado por decreto presidencial en 1982. El CED fue estructurado alrededor de la promoción de cambios de actitudes en salud, la prevención y tratamiento de la deshidratación, uso de ORS y la participación comunitaria.

Las campañas de comunicación masiva han sido muy eficaces. Los paquetes de ORS--conocidos localmente como Litrosol--son reconocidos, utilizados y distribuidos en la mayoría de los pueblos y aldeas en todo el país. En 1994, la tasa de acceso a ORS era de 65%, mientras que la tasa de uso de ORS era de 40% (MdeS/CED, 1994).

Entre 1988 y 1992, el número de casos de diarrea reportados disminuyó considerablemente. La EESF de 1991 reportó una reducción substancial de la presencia de la diarrea, del 20% en 1984 al 12% en 1987. Se reportó la disminución del uso de los purgantes como tratamiento para la diarrea, del 50% en 1983 al 23% en 1987. El noventa y seis por ciento de las madres continuaron lactando durante la diarrea, un incremento del 72% reportado en 1983. Probablemente sea demasiado optimista suponer que esta reducción es real. Una de las razones puede ser que las últimas dos encuestas fueron conducidas en diferentes épocas del año, o sea, la época lluviosa y la época seca.

La diarrea aguda es todavía una de las causas principales de enfermedad, muerte y una de las razones principales por las que se consulta en el sistema de salud. Las condiciones ambientales y el acceso al agua potable parecen haber mejorado en el país, pero aún existe la necesidad de más letrinas y de un manejo apropiado de aguas negras. Además, el no alimentar exclusivamente con leche materna al infante de la edad de 0-6 meses, las condiciones económicas y ambientales pobres y la deficiencia en las prácticas de higiene personal son razones para que la presencia de esta enfermedad continúe siendo alta.

Cuando empezó la epidemia del cólera en el país, en 1991, el MdeS, con la asistencia del OPS, inició varias actividades. Una de estas fue la creación de Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (UROC), basadas en la experiencia existente con los distribuidores de ORS. Los UROC nunca funcionaron como unidades de rehidratación para el cólera, pero sí tuvieron un rol importante en educar a la comunidad, la rehidratación de niños, y la referencia de casos de cólera a los UPS. Sin embargo, estas mismas funciones pudieron ser logradas a través de otros mecanismos.

El CED indica un incremento en la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas en los hospitales y clínicas. Esto pudiera ser esperado si los casos más leves están siendo tratados apropiadamente en la comunidad, mientras que solamente los casos severos o avanzados llegan a los hospitales. El CED ha desarrollado un Plan de Acción Nacional para el manejo de este problema en el país. Además, se han desarrollado propuestas para el mejoramiento del estudio epidemiológico de la enfermedad y para la creación y mantenimiento de áreas centinelas con sistema de información similar al del cólera.

3. Inmunizaciones

El objetivo del PAI de alcanzar el 95% de cumplimiento en la inmunización de niños menores de un año ha sido alcanzado. El objetivo de vacunar a mujeres de edad fértil con dos dosis de toxoide tetánico, ha alcanzado al 87% de las mujeres de edad fértil en el país. En 1995, Honduras fue certificada por haber erradicado la polio, al mismo tiempo que agencias donantes se comprometieron a mantener su apoyo del PAI hasta el año 2000.

Las metas del año 2000 incluyen la eliminación del sarampión, el tétano y la tosferina. El ochenta por ciento del presupuesto del PAI es proporcionado por el GdeH. El resto es contribuido por un grupo de agencias donantes que comprenden el Comité Inter-Agencias para el PAI.

USAID contribuye con el PAI apoyando la cadena fría mediante la construcción de instalaciones, vehículos, equipo, capacitación y monitoreo. La logística de la cadena fría incluye la compra, almacenamiento, rastreo de suministros, transporte y servicios de apoyo. El sistema está centralizado y se maneja desde el " Centro de Biológicos" en la capital hacia las regiones y áreas de salud.

Los problemas que afectan la sostenibilidad de la cadena fría son la necesidad de transporte, combustible y personal de mantenimiento capacitado. Se distribuyeron novecientos noventa y seis refrigeradores en nueve regiones de salud del sistema del MdeS. De éstos, el 30%, o 298, están llegando al final de su vida útil y necesitan reparación y cambio de repuestos. Ochenta tienen como 25 años de uso. Aproximadamente 100 UPS no tienen refrigeradores; 80 son instalaciones nuevas. Sesenta por ciento, o 328 de los refrigeradores no funciona eficientemente

por falta de combustible. Este combustible podría ser comprado localmente, pero no se permite a los centros hacerlo. También, la falta de transporte afecta la supervisión activa. (*Situación Actual de la Cadena del Frío en Honduras*. Dra. I.B. Molina/1995. Anexo 10, Tabla 2).

El PAI horizontal, o sea la vacunación diaria en demanda, es la norma en todos los centros de salud. Las campañas de vacunación han sido reducidas a actividades de una vez al año. El "Listado de Niños a Vacunar" (LINVAC) es mantenido como instrumento de rastreo y monitoreo para niños menores de cinco años.

El "Listado para la Nutrición y Vigilancia Integral" es una extensión del LINVAC, el cual monitorea el crecimiento de los niños e identifica a los niños con alto riesgo de desnutrición. El LINVAC asiste al personal de salud de los UPS para lograr sus metas. Los voluntarios de salud comunitarios también utilizan el LINVAC para rastrear niños dentro de su área de responsabilidad.

4. Monitoreo de Crecimiento/Lactancia

La promoción de la lactancia ha sido apoyada por USAID por casi dos décadas. Los esfuerzos incluyen PROALMA (Programa de Alimentación Materna), actividades implementadas por La Liga de la Lactancia Materna de Honduras (LLMH), y el plan de comunicación sobre la lactancia/educación de salud, desarrollado por el MdeS y el AED. El programa para eliminar la leche artificial de las salas de los hospitales tuvo éxito en el 100% de los casos, como lo fue la iniciación del programa de compartir cuarto (madre/hijo) en los hospitales. El aspecto comunitario de la promoción se basó en consejeras de lactancia (CL) para promover la lactancia con las madres de sus comunidades (consejería de amistades). La influencia de 438 consejeros y 61 promotores capacitados por LLMH en la Región 3 y la Región Metropolitana ha alcanzado a un gran número de madres. Parece que el promedio de meses de lactancia en las áreas de enfoque ha aumentado.

Desde 1992, el MdeS ha venido implementando el POSAIN en dos regiones de salud y dieciséis UPS. El objetivo del POSAIN es de asegurar la participación de la comunidad en el monitoreo del crecimiento infantil, promover la identificación temprana de problemas y animar la participación de la comunidad en la solución de los mismos, integrando eficazmente por ese medio los dos sistemas: proveedores de salud y comunidad. POSAIN también integra el cuidado prenatal siguiendo el medio de alto riesgo.

La extensión de POSAIN hacia la comunidad se logra a través de una red de voluntarios que siguen el Protocolo para Investigar el Crecimiento Inapropiado en Niños (PICIN). Este documento de capacitación está diseñado para ayudar a los voluntarios a reconocer los problemas nutricionales tempranamente y a iniciar una serie de intervenciones para corregir y tratar los problemas y al mismo tiempo educar a la madre. El trabajador de salud debe mantener un censo

de su área de trabajo con la información pertinente al estado nutricional de los niños, el estado de su inmunización, así como las etapas importantes en el desarrollo infantil.

Uno de los méritos del programa es la integración de la comunidad y del sistema de salud. Asimismo, la inclusión de cuidados prenatales dan mayor énfasis a la madre en el cuidado de salud esencial tanto de la madre como del niño. La información, recogida por los voluntarios y validada en los UPS, puede ser utilizada como referencia para estudios futuros sobre la salud materna, morbilidad y mortalidad.

5. Papel de las OPV en Actividades de Supervivencia Infantil

El Sector Salud II contrató varias organizaciones privadas voluntarias en Honduras para implementar actividades de supervivencia infantil, prestando cobertura en áreas rurales remotas que no estaban cubiertas por el sistema del MdeS. Estas organizaciones reciben supervisión, monitoría y apoyo general del SSII. Diez OPV implementaron actividades de supervivencia infantil, cubriendo 245 comunidades con una población de más de 130,000 niños menores de cinco años. Se han construido dieciséis centros de salud.

La capacidad gerencial de los OPVs, así como las habilidades técnicas para desempeñar sus responsabilidades, varían de OPV a OPV. La sostenibilidad actual de las OPVs depende del apoyo de la organismos donantes y de la fuerza de su propio apoyo de colaboración. En general, los OPVs tienen poco potencial para la sostenibilidad financiera. Algunas de los OPVs más grandes o mejor establecidas tienen asegurada la continuación de sus actividades. Las OPVs más pequeñas y de más reciente creación requieren de mucho apoyo del proyecto para lograr la sostenibilidad.

El programa BASICS puede ser un recurso importante para fortalecer las OPVs, así como para reforzar y mejorar los servicios de supervivencia infantil del MdeS. Se debe implementar la propuesta de BASICS y expandirla para que incluya a las OPV.

C. SALUD REPRODUCTIVA

1. Historia

La USAID ha venido apoyando al Ministerio de Salud (MdeS) en sus esfuerzos de planificación familiar desde 1965. Sin embargo, estos primeros proyectos no tuvieron un óptimo impacto y engendraron resistencia activa de algunos grupos. Pero, para finales de los años 70, el GdeH había tomado una decisión sobre una estrategia que evitaría la confrontación con las fuerzas sociales conservadoras. Esta estrategia trataba la planificación familiar como un tema de salud, evitando las consideraciones de religiosas y los políticamente cargados temas demográficos. En

1985, el Proyecto Sector Salud I fue modificado para reflejar el énfasis del GdeH sobre la planificación familiar como una estrategia de riesgo reproductivo. El proyecto Sector Salud II (SSII), que comenzó en 1988, fue consistente con esta estrategia del GdeH. El proyecto SSII expandió las actividades de salud reproductiva y continuó el apoyo hacia el sector público.

Hace unos cuatro años se montó un Departamento separado dentro del MdeS específicamente para tratar a las mujeres y sus necesidades de cuidados de salud. Este Departamento forma parte de la División de Salud Materno/Infantil. El mandato de este Departamento cubre la gama de todos los problemas de salud de la mujer, de tal manera que la planificación familiar y salud reproductiva se convirtieron en parte integral de los temas de salud de todas las mujeres, los que incluyen servicios prenatales, de parto y post-parto, así como la promoción de lactancia y detección del cáncer.

2. Factores de Mortalidad Maternal y Riesgos Reproductivos

El índice de mortalidad maternal (TMM) de 221/100,000 nacimientos vivos fue calculada en un estudio completado en 1990(22) por los esfuerzos combinados de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), MdeS, la OPS, Management Science for Health (MSH) y la USAID. Este fue uno de los primeros estimados sobre la muerte maternal científicamente diseñados en la historia hondureña. El estudio determinó que la TMM era mucho más elevada de lo estimado anteriormente. También mostró que las mujeres de 35 o más años de edad, así como las mujeres de 18 años o menores, tenían un riesgo más elevado de mortalidad maternal. Las edades límites del estudio fueron los 15 años, aunque existen algunas mujeres menores que dan a luz. La nuliparidad, >4 nacimientos, e intervalos entre nacimientos menores de 24 meses, también producen un riesgo más alto que el promedio. Los factores sociales estudiados mostraron la relación entre la educación de la madre, las condiciones en el hogar (pisos de tierra) y el acceso limitado a los servicios de salud con la mortalidad maternal. Los factores biológicos de riesgo incluyeron la edad, paridad y enfermedades existentes, tales como la diabetes, enfermedades del corazón y otras.

Este estudio animó al MdeS a dar más énfasis a los temas de salud de la mujer y también proporcionó un fuerte incentivo al MdeS para iniciar planes para un enfoque de riesgo reproductivo, que se está siendo implementado actualmente. Se han encontrado algunas dificultades con la ejecución de este enfoque. La capacitación de personal de salud, especialmente en planificación familiar, ha sido, en el mejor de los casos, lenta. No se publicaron normas y procedimientos que se desarrollaron hace tres años, pues se esperaba la firma de una Resolución Ministerial. Todavía no se desarrollan otros métodos para capacitar trabajadores de salud, tales como guías, protocolos y ayudas. En el *Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer*, muchas de las actividades tienen protocolos adjuntos. Sin embargo, el uso de protocolos y guías simplificados ciertamente ayudarían a agilizar la implementación de las normas. Durante las visitas de campo resultó obvio que el

personal a nivel de CESAMO o CESAR tenía dificultades en la implementación de la estrategia de riesgo reproductivo y que necesitaban algunas herramientas simplificadas para convertir la estrategia en una realidad para ellos.

3. Estrategia de Riesgo Reproductivo

La estrategia de riesgo reproductivo del MdeS consta de dos partes básicas: 1) reducir el riesgo reproductivo a través del espaciamiento y la reducción del número total de embarazos; y 2) identificar embarazos con riesgo y proporcionar servicios mejorados. La estrategia identifica a todas las mujeres en edad fértil, definida en Honduras como las mujeres entre las edades de 12 a 50 años de edad, dividiéndolas en dos grupos de riesgo: obstétrico y no-obstétrico. En ambos grupos se utiliza la planificación familiar.

El enfoque del riesgo no-obstétrico promueve la planificación familiar para postergar los embarazos, especialmente en mujeres con historiales de problemas.

El riesgo obstétrico identifica a mujeres que están embarazadas y presentan factores de riesgo de mortalidad maternal o malos resultados durante el parto. Una vez identificados los factores de riesgo, se refiere a la mujer a un nivel más elevado de cuidado o especialización.

La estrategia de riesgo reproductivo requiere sistemas de monitoreo, referencia y tratamiento puntual de las situaciones, según se presenten, ya sean éstas previsibles o no. La ejecución también requiere la capacitación de proveedores de salud y de Información, Educación y Comunicación (IEC) para ellos y para las comunidades.

El MdeS, en colaboración con MSH, publicó un documento titulado *Sugerencias para la Implementación de Estrategia de Riesgo Reproductivo* (27), tres años después de que se introdujo la estrategia. En este documento se expresaron muchas ideas buenas, pero muy pocas de éstas se han puesto en práctica. La primer sugerencia fue la de revisar las normas, lo que se ha logrado. El *Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer* fue publicado este año (84) y debe asistir enormemente al MdeS en la educación de los proveedores de salud que practican actividades de monitoreo de riesgos reproductivos. La capacitación se está implementando lentamente y aún no llega a los UPS.

Aún no se han desarrollado los materiales del IEC sobre la estrategia de riesgos reproductivos para los proveedores de cuidados de salud, para los comunidades, ni para los trabajadores de salud tales como los TBA, guardianes, promotores y líderes comunitarios. Se requerirá un enorme esfuerzo de comunicación para alertar a la población sobre los factores de riesgo y cómo tratarlos, así como también para promover los servicios de planificación familiar en general.

Otra de las facetas de la estrategia de riesgos reproductivos es el tratamiento puntual a medida que se presenten las situaciones, sean éstas previsibles o no. Esto generalmente significa una **emergencia obstétrica**--ya sea durante el embarazo o durante el parto--tal como una mala posición del feto no detectada, hemorragia, retención de placenta, ruptura prematura de las membranas o inicio prematuro de la labor de parto. Estas emergencias requieren ser referidas a un nivel más elevado de cuidados, dónde se pueda ofrecer un tratamiento rápido.

Uno de los sistemas que se está implementando en algunas áreas de la Región 5, es el uso de un registro comunitario de mujeres que contiene información general como su edad, paridad, historia de reproducción y método de planificación familiar utilizado, como medio para detectar las mujeres en riesgo, ya sea obstétrico o no.

Este registro de mujeres es un instrumento muy útil para la detección de riesgos y debe ser implementado más ampliamente. Si es usado adecuadamente, puede permitir a los proveedores de salud y a los trabajadores de salud de la comunidad implementar la estrategia de riesgo reproductivo.

4. Sistema de Referencias

La revisión de riesgos puede ser de utilidad cuando se basa en sistemas de monitoreo, referencia y tratamiento rápido de las situaciones cuando éstas se presenten, ya sea que estén previstas o no. (23). Al personal comunitario, tales como las Parteras, Guardianes, Promotores y miembros familiares, se les enseña a reconocer signos de riesgo reproductivo y emergencia obstétrica que necesitan ser referidos al siguiente nivel de cuidados. Las referencias deben ser hechas en base individualmente, de acuerdo con la seriedad o cercanía del problema. Durante las visitas de campo descubrimos algunos hospitales (regionales y de área) mal equipados para manejar ya sea mujeres con embarazos de alto riesgo o emergencias.

El manual de Normas de Cuidados de Salud para la Mujer, publicado por el Ministerio, establece un sistema de referencias. Los sistemas de referencia siempre han sido una prioridad para el MdeS y están bien descritos en las normas. En las áreas rurales, los sistemas de referencia son más difíciles de poner en práctica por la falta de transporte, las grandes distancias a recorrer para llegar al siguiente nivel de cuidados, el costo al paciente para llegar al sitio de referencia y en general, la falta de información a nivel comunitario, tanto de parte de las madres, como de los trabajadores comunitarios de salud. Como un ejemplo, en una de las comunidades visitadas, una mujer en labor de parto y quien requería referencia a un hospital, había estado desatendida en su hogar por 12 horas.

El MdeS está haciendo esfuerzos para cambiar esta situación, apoyando actividades de capacitación de trabajadores de salud comunitarios para que conozcan las instituciones de referencia y sus servicios. Esto se evidencia con el desarrollo de un modelo nuevo de

capacitación TBA (86). Esta capacitación permite al TBA que visite personalmente la institución de referencia y que conozca los servicios que ésta ofrece, dándole un claro entendimiento del proceso que encontrará su paciente cuando llegue a este nivel de cuidados. El MdeS también está trabajando con las comunidades donde los centros de nacimiento son atendidos por TBA, para lograr que la comunidad proporcione el transporte en casos de emergencia obstétrica. A nivel universitario, el MdeS ha diseñado e implementado un curriculum sobre salud reproductiva, el que se ejecuta en la Escuela de Enfermeras de la Universidad. También se ha diseñado y se está implementando un programa de Maestría en Salud Maternal/Perinatal/Infantil y Familiar. La Facultad de Medicina también ha diseñado curricula específicos en salud reproductiva, los cuales comenzará el próximo año. Todos estos esfuerzos redundarán en una contribución positiva para resolver los problemas de falta de capacitación del personal en las áreas rurales, así como a nivel de hospital y en el manejo de emergencias obstétricas. Estas acciones servirán para reforzar el sistema de referencias.

En términos de capacitación, también es importante considerar otros recursos. ASHONPLAFA ha estado capacitando médicos y enfermeras para el MdeS desde hace algún tiempo. Sin embargo, el tamaño de la clínica en Tegucigalpa no es adecuado para capacitar a más de dos profesionales al mismo tiempo. Estos médicos y enfermeras son capacitados antes de completar su año de servicio social y son generalmente asignados a CESAMOs, el centro de referencia para servicios de planificación familiar de los CESAR y de la comunidad, (especialmente colocación de dispositivos intrauterinos [DIU]). ASHONPLAFA ha podido pagar viáticos para esta capacitación. Para hacer más efectivo este plan de capacitación, se sugiere que el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) sea utilizado como centro de capacitación. Sin embargo, ni el MdeS ni el IHSS cuentan con los fondos para pagar los viáticos de estos médicos y enfermeras. USAID puede considerar proveer el financiamiento para pagar estos viáticos como medio de extender los servicios de planificación familiar, realizando de esa manera un esfuerzo combinado entre los sectores público y privado para implementar la estrategia de riesgos reproductivos.

El desarrollo de los servicios hospitalarios debe ser paralelo al de los centros de servicios de salud de primer nivel. La política de USAID se preocupa con cuidados de salud primarios y no con hospitales, pero el mal funcionamiento del sistema de referencias es a menudo causado por la incapacidad del hospital, por falta de equipo o suministros, de proveer cuidado a las mujeres en riesgo, o que tienen emergencias obstétricas. Se necesita explorar alternativas para proporcionar el equipo y los suministros necesarios en los hospitales de referencia.

5. Supervisión de Salud Reproductiva y Planificación Familiar

En la Sección III.A, Sistemas de Apoyo Sostenibles, se encontrará un reporte más detallado de los sistemas de supervisión generales. La División de Salud Materno/Infantil (SMI) del nivel central del MdeS es la única división que planifica regularmente visitas a las regiones, áreas y al

personal de más bajo nivel. Relacionado específicamente con la supervisión en las áreas de salud reproductiva y planificación familiar, el supervisor debe estar capacitado, no solamente en la metodología de la supervisión, sino también en habilidades técnicas y en los beneficios de salud, sociales y demográficos de la planificación familiar. Esta es la única manera que la supervisión puede servir de apoyo y facilitar el desarrollo de las actividades.

6. Distribución y Disponibilidad de Anticonceptivos

Desde 1989 hasta 1996 USAID ha proporcionado al MdeS y al IHSS un total de 4.483.000 ciclos de Lo-Femenal, 31.008.000 preservativos y 192.800 DIU de cobre. Aunque el sistema de distribución de anticonceptivos ha mejorado, todavía no existe un mecanismo para asegurar que cada centro tenga los anticonceptivos que necesita. Los anticonceptivos han sido agregados a la lista de medicinas esenciales y son distribuidos de acuerdo con ello. La distribución a instituciones se describe en los Sistemas de Apoyo Sostenibles, Sección III.A. USAID y el MdeS estiman que cerca de medio millón de mujeres en Honduras están utilizando algún método de planificación familiar. Durante nuestras visitas de campo, observamos que algunos centros no tenían suficientes anticonceptivos, mientras que otros tenían exceso de los mismos. Se nos explicó que esta situación era el resultado de no recibir la cantidad de anticonceptivos programada y solicitada.

La continuidad de los servicios de planificación familiar depende de la disponibilidad de la mezcla de métodos utilizados por los clientes. Un usuario en Santa Cruz nos informó que ella solía obtener sus anticonceptivos (píldoras) en el CESAR (el que estaba cerrado durante nuestra visita), pero que no siempre había existencia, por lo que ella ahora compra su píldoras mensualmente en la farmacia de la aldea. Ella ha estado usando anticonceptivos orales por tres años y medio. En otra visita de campo al hospital de Danlí, se observó que la clínica de planificación familiar estaba repleta. Este es un fenómeno regular, aparentemente debido a la existencia regular de anticonceptivos en la clínica, o en la clínica de ASHONPLAFA, a sólo media cuadra de distancia.

7. Parteras

En Honduras, las parteras han atendido nacimientos mucho antes de que éstos se convirtieran en preocupación para el MdeS. Durante los años 60, el Colegio Médico reconoció a las parteras como parte del sistema de salud y se desarrolló un sistema de capacitación para ellas, aunque ésta no de participación directa, sino conferencias de capacitación para que a las parteras participaran los programas del Ministerio. Considerado como un recurso para reducir la mortalidad materna y perinatal, la capacitación de parteras no produjo los resultados esperados. El MdeS ha establecido dos justificaciones: 1) la metodología no adecuada de capacitación; y 2) la falta de supervisión y seguimiento (86).

A principio de los años 90 se inició una nueva metodología basada en la estrategia de riesgos reproductivos, la cual fue probada en unas cuatro regiones del país. Con algunas modificaciones, ésta se convirtió en la modalidad de capacitación para todo el país. Durante el período 1993-94, unas 4.126 parteras fueron capacitadas por el MdeS, en colaboración con varias ONG que asumieron la responsabilidad de asistir en la capacitación, supervisión y seguimiento de la capacitación, utilizando para ello este nuevo método (122). La capacitación fue implementada en siete regiones, con la participación de diez departamentos. Participaron once ONG, lográndose cumplir con toda la capacitación entre enero de 1993 y abril de 1994. Aproximadamente un 28% de las parteras capacitadas recibieron seguimiento y supervisión. Durante este tiempo, se perdieron cerca de 154 parteras dentro del sistema. La evaluación todavía no está completa, pero los evaluadores del MdeS han manifestado que más parteras están refiriendo mujeres con factores de riesgo que anteriormente.

En muchos casos está documentado el hecho que mantener parteras dentro del sistema de cuidados de salud tendrá un efecto positivo en la reducción de las tasas de mortalidad materna y perinatal (23), especialmente cuando existe una metodología de capacitación, supervisión y seguimiento apropiada. Probablemente la integración de las parteras dentro de la estrategia de riesgo reproductivo será eficaz. Se debe hacer evaluaciones adicionales, tales como el proceso de evaluación actual, para mostrar el impacto de esta integración.

D. AGUA Y SANEAMIENTO

1. Objetivos

La Enmienda del Acuerdo de Proyecto No. 19 del SSII establece el propósito del componente de agua y saneamiento: apoyar, reforzar y continuar el proceso de extender la cobertura de los servicios de agua y saneamiento rural eficientes, sostenibles y eficaces, haciendo énfasis en las intervenciones de supervivencia infantil. Una estrategia para ayudar a alcanzar el propósito del proyecto es la descentralización de la administración, la autoridad para la toma de decisiones y presupuestaria, tanto dentro del sistema nacional de salud, como dentro del SANAA: este enfoque del proyecto es a nivel de todo el país, concentrando las actividades de agua y saneamiento rural en las Regiones de Salud 3, 5 y 6, donde los índices de desnutrición y mortalidad infantil son particularmente altas.

La Enmienda identifica a 550.000 beneficiarios rurales que viven en comunidades con menos de 2.000 habitantes. Estas comunidades organizan juntas de agua (JAC) con la asistencia y planificación del SANAA. Los servicios son provistos a través del SANAA, la Dirección del Ambiente del Ministerio de Salud (MdeS/DH) y, en un menor grado, las OPVs. Otro objetivo del proyecto es transferir los sistemas construidos a las juntas de agua comunitarias (JAC), quienes estarán a cargo de la operación, mantenimiento y administración de los sistemas. Este

modelo evita que el SANAA provea agua como un servicio y enfoca la función de planificación del SANAA, un módulo de transición que es también apoyado por otros organismos donantes.

2. Logros

Las actividades de agua y saneamiento rural del proyecto SSII han tenido mucho éxito. Estas incluyen la construcción de sistemas de agua potable y letrinas, organización de la comunidad para asegurar el mantenimiento de los sistemas y la educación de salud para el mantenimiento de los sistemas, almacenamiento de agua e higiene. El GdeH proporciona financiamiento de contraparte. Las comunidades beneficiarias proveen mano de obra y algunos materiales locales para la construcción. Las comunidades también se comprometen a operar y mantener el sistema a través del pago de una cuota mensual a la Junta de Agua local. Las OPVs han llenado con éxito los objetivos del proyecto en las áreas inaccesibles. Las observaciones hechas durante las visitas de campo han demostrado que la infraestructura del agua y saneamiento rural está bien construida, que las Juntas de Agua Comunitaria funcionan bien y que la educación de salud es buena y cumple con las necesidades de las comunidades. La cobertura en las áreas rurales era del 48% al comienzo del SSII y se espera que alcance el 65% para el final del proyecto.

Las expectativas del proyecto y los resultados logrados hasta el momento en esta segunda evaluación de medio período, están resumidas en la Tabla 1. Un logro notable es el mantenimiento continuo de los sistemas construidos. Esto es debido a la insistencia del proyecto en la organización y capacitación de juntas de agua locales y la educación sobre la salud.

3. Agencias Ejecutoras

La División de Salud Ambiental en el Ministerio de Salud, el SANAA y seis OPVs, son responsables por la ejecución del componente de agua y saneamiento del proyecto Sector Salud II. Entre las OPV se encuentran:

1) Save the Children, 2) Catholic Relief Services, 3) Agua para el Pueblo, 4) FEDECOH, 5) APRODIB, y 6) CEDEN). Juntos han completado 172 de 257 (67%) sistemas de agua planificados. Las OPV trabajan por el desarrollo integral de sus comunidades meta y tienen una red de promotores dedicados y bien capacitados, lo que ha contribuido al éxito que han tenido en el establecimiento de Juntas de Agua Comunitarias, y en la educación en salud y saneamiento.

Las OPV son ampliamente conocidas por la alta calidad y el bajo costo de su trabajo, así como por su habilidad de servir en comunidades remotas, dispersas y difíciles de alcanzar. La capacidad y el éxito mostrado por las OPV presenta un modelo para reducir costos en la extensión de los servicios de agua y saneamiento rural y debe ser explorado, ya que USAID enfrenta la reducción de fondos para la extensión del Proyecto SSII.

Tabla 1. Objetivos y Resultados del Componente de Agua y Saneamiento Rural del Sector Salud II, Honduras, Abril 1995.

OBJETIVOS DE LA ENMIENDA No. 19	RESULTADOS HASTA ABRIL 1995
550.000 habitantes de aldeas con menos de 2.000 habitantes en las Regiones 3, 5 y 6, tendrán acceso a agua potable y letrinas.	485.500 personas se han beneficiado. Porcentaje de meta alcanzado: 88%
700 acueductos serán construidos por el SANAA y 80 por el MdeS.	659 acueductos construidos, 570 por el SANAA y 89 por el MdeS. Porcentaje de meta alcanzado: 90.3%
1.000 pozos equipados con bombas manuales construidos y mejorados por el MdeS.	876 pozos con bombas de mano construidos y 237 mejorados por el MdeS. Porcentaje de meta alcanzado: 59.3%
57.000 letrinas de sello hidráulico a ser construidas, 37.000 por el SANAA y 20.000 por el MdeS.	70.249 letrinas de sello hidráulico construidas, 33.488 por el SANAA y 36.761 por MdeS. Porcentaje de meta alcanzado: 91.2%
20.000 letrinas de pozo a ser construidas por el MdeS.	13.324 letrinas de pozo instaladas por el MdeS. Porcentaje de meta alcanzado: 66.6%
73 tanques sépticos instalados, 50 por el SANAA y 23 por el MdeS.	72 tanques sépticos instalados, 15 por el SANAA y 57 por el MdeS. Porcentaje de meta alcanzado: 98.6%
6 TOM trabajando para el SANAA.	6 TOM trabajando para el SANAA. Meta alcanzada.
36 promotores adicionales capacitados por el SANAA.	107 técnicos y promotores capacitados. Más de 30 profesionales capacitados en áreas diferentes, incluyendo 6 capacitados en ingeniería sanitaria. Porcentaje de meta alcanzado: 297.2%
Un laboratorio de control de agua establecido.	Se ha instalado un laboratorio de control de agua en El Progreso. Porcentaje de meta alcanzado: 100.0%

OBJETIVOS DE LA ENMIENDA No. 19	RESULTADOS HASTA ABRIL 1995
Cada sistema de agua tendrá un kit de prueba de residuo de cloro.	Todos los sistemas de agua tienen un kit de prueba. Porcentaje de meta alcanzado: 100.0%
6 OPV trabajando con el SANAA.	6 OPV trabajando con el SANAA. Porcentaje de meta alcanzado: 100.0%

4. Comunidades Beneficiarias y Juntas de Agua Comunitarias

Las comunidades beneficiarias están organizadas para proporcionar mano de obra y materiales locales. También hacen un compromiso de financiar la operación y costos de mantenimiento a través del pago de cuotas mensuales a las Juntas de Agua locales, las que han sido electas por los mismos residentes.

Cada Junta de Agua está compuesta por cinco miembros de la comunidad. Las Juntas de Agua han sido capacitadas por el SANAA y por el MdeS/DH en administración de sistemas, operación y mantenimiento de sistemas y la determinación y ajuste de cuotas. Ni el SANAA ni el MdeS/DH distinguen entre el mantenimiento preventivo y el mantenimiento correctivo y sólo se concentran en el último.

Las Juntas de Agua observadas durante las visitas de campo eran concienzudas. Con sus propios recursos compraban repuestos necesarios y contrataban la mano de obra para reparar sus sistemas de agua. Los miembros de las Juntas de Agua estaban altamente motivados por los beneficios obtenidos de sus sistemas de agua. Para mantener su participación activa e interés, se debe ofrecer asistencia técnica y promociones periódicas.

Las visitas de supervisión/capacitación de un especialista pueden ayudar a motivar a las Juntas de Agua para que mantengan los sistemas e inspeccionen las cuencas de agua. Aún cuando esto representaría ciertos costos, es menos costoso y de mayor beneficio mantener un sistema de agua en funcionamiento, que tener que volver a establecer uno que ha dejado de funcionar. También sería beneficioso crear incentivos para las Juntas de Agua sencillos y de bajo costo, tales como certificados o cartas de recomendación por sistemas en buen funcionamiento, o por el buen mantenimiento de sus cuencas de agua o sus sistemas de agua.

Otro elemento importante es la incorporación legal de las Juntas de Agua, lo que proporcionó el SANAA al finalizar la fase de construcción de sistemas de agua. A través de esto, las Juntas de Agua pueden establecer cuentas bancarias, poseer propiedades, solicitar créditos, llevar a cabo actividades que incrementen las posibilidades de mantener, reparar y mejorar los sistemas.

5. Educación Comunitaria en Higiene

La educación comunitaria es de gran importancia, puesto que ayuda a establecer buenas prácticas de higiene y educa a la población en uso y mantenimiento apropiado de los sistemas de agua y saneamiento (SAS). Sin este importante adjunto a la construcción de sistemas SAS, el beneficio potencial es limitado. Inicialmente, los educadores de saneamiento y los promotores de salud implementaron programas comunitarios de educación en salud, con muy buenos resultados. Desafortunadamente, no se ha continuado con este buen comienzo. La educación en salud, saneamiento e higiene personal y ambiental se ha deteriorado por falta de capacitación de seguimiento, así como por la falta de nuevas actividades y técnicas de capacitación, especialmente para los niños. Si no se fortalecen y renuevan las prácticas sanitarias, éstas tienden a desaparecer.

Esta área necesita apoyo y promoción sostenido por parte del SSII. Se deben analizar los anteriores programas de salud en educación, revisarlos y repetirlos. Esto puede ser llevado a cabo por la MdeS/DSH, en colaboración con la MdeS/DE y el SANAA. Los técnicos en salud ambiental pueden asistir en la ejecución de la educación en salud, junto con personal de salud local.

6. Protección de Cuencas

Se han realizado algunos esfuerzos para coordinar las acciones institucionales para la protección de cuencas de agua, especialmente para los sistemas de agua rurales. Estos esfuerzos no han tenido el éxito deseado puesto que todavía no hay una política clara al respecto. Los miembros de las Juntas de Agua están conscientes de este problema, pero están renuentes a tomar acciones específicas debido a la falta de conocimientos de los aspectos legales e institucionales que les pueden asistir. Es importante definir una política clara y una estrategia práctica que garantice la protección de las cuencas. Una sugerencia es establecer viveros regionales con especies de árboles seleccionados por su resistencia, los que pueden ser plantados en las cuencas por la comunidad y mantenidos por las Juntas de Agua.

7. Participación de la Mujer

Gradualmente, las mujeres están participando más activamente en las Juntas de Agua. Originalmente, los miembros de las Juntas de Agua eran predominantemente masculinos. Ahora, la mayoría de las Juntas de Agua tienen participantes femeninas, donde las mujeres sirven como

miembros y oficiales. En algunas comunidades, especialmente en áreas misquitas y garífunas, las Juntas de Agua están compuestas predominantemente por mujeres.

8. Técnicos en Agua y Saneamiento

a. Técnicos en Operaciones y Mantenimiento (TOM)

Esta es una de las innovaciones del SANAA que ha producido excelentes resultados en el mejoramiento de sistemas de agua viejos, proveyendo la supervisión técnica adecuada que garantiza la sostenibilidad del sistema. Existen seis TOM en las oficinas regionales del SANAA en La Ceiba y se están implementando planes para capacitar nuevos TOM para el resto de Honduras.

b. Técnicos en Agua y Saneamiento (TAS)

Los técnicos en agua y saneamiento trabajan para el SANAA y realizan algunas de las mismas tareas que los promotores de salud del MdeS. La meta original era de capacitar 36 técnicos, pero se han capacitado 107, hasta el 31 de marzo de 1995, lo que representa el 297% del objetivo original.

c. Técnicos en Salud Ambiental

Para proporcionar una mejor cobertura en salud ambiental, el MdeS creó la División de Salud Ambiental y un grupo de trabajadores comunitarios de múltiples usos, conocidos como SAT. Se tiene previsto que el SAT sea un empleado altamente capacitado que pueda asumir responsabilidad por todas las áreas de la salud ambiental.

E. MANEJO/EJECUCION DEL PROYECTO

Desde el retiro de MSH, el manejo del proyecto ha consistido de dos componentes, 1) una Unidad Coordinadora del Proyecto dirigida por el Dr. Gustavo Bardales y localizada fuera de las oficinas del Ministerio en el centro de Tegucigalpa, Edificio Alonso y 2) personal localizado en la Misión.

La Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP) consiste de 16 empleados: un Coordinador y Sub-Coordinador que supervisan a los oficiales de Programación, Finanzas y Compras, el Administrador Financiero y Gerente de Propiedades; el resto del personal está compuesto por contadores y secretarías. La oficina tiene dos vehículos y un número de computadoras obsoletas. El UCP maneja el proyecto a través de dos métodos: 1) financiero/administrativo y 2) Monitoreo y Evaluación (M&E). El UCP controla los gastos y prepara informes de actividades como

fondos rotativos Centrales y regionales, pago de viáticos y reparación de edificios. También se revisan los gastos regionales. Estos informes son presentados a la Unidad Administrativa del MdeS antes de ser enviados al Ministerio de Hacienda (MdeH). Se realizan visitas rutinarias de evaluación y de monitoreo a cada región.

El personal de proyecto de la Misión USAID incluye: Un Oficial de Salud y Población, Dr. David Losk; un Oficial Administrativo, Sr. Ross Hicks; un Consejero TAACS, Dr. Stanly Terrell; un Consejero de Agua y Saneamiento, Sr. Herb Caudill; un Oficial de Monitoreo, Dr. Antonio Pinto; y un Consejero de Población del Sector Público, Dr. Angel Coca. El equipo trae una considerable experiencia al proyecto. El Dr. Pinto ha trabajado con USAID por más de diez años y antes de eso fue Director General del Ministerio de Salud. El Dr. Coca también laboró con el Ministerio antes de unirse al proyecto.

El Oficial Administrativo en USAID/Honduras lleva el control de los gastos de proyecto y presenta informes financieros al Oficial de Salud y Población y a la UCP. La Oficina de Desarrollo Financiero de la USAID/Honduras revisa los ganancias del proyecto y actúa como enlace con el Ministerio de Hacienda (MdeH). Se proporciona un fondo rotativo a la UCP para los gastos de las regiones. Estos gastos son revisados por la UCP y reportados a través del MdeS al MdeH. Si son considerados legítimos, la USAID/H reembolsa los gastos a la Cuenta de Fondo Central. Los gastos son autorizados por medio de una serie de cartas de implementación que obliga los fondos del gobierno de la EE.UU y autoriza al Mde H a desembolsar fondos de la cuenta local en lempiras para que el MdeS cubra los gastos del proyecto.

El Ministerio, a través de la UCP, recibe un presupuesto anual para suministros y costos locales de las actividades del proyecto. La USAID retiene la administración de fondos para la asistencia técnica exterior. La UCP sirve como conducto para estos fondos, así como para proveer asistencia técnica para el Ministerio, satisfaciendo los requisitos de asistencia técnica y administrativa del proyecto. El proceso que permite la disponibilidad de fondos para una actividad del proyecto puede tomar de dos a ocho meses a partir de la requisición original. Esto es significativo para la extensión del proyecto, que terminará en mayo de 1998.

Las visitas de campo de monitoreo y evaluación de la UCP son realizadas conjuntamente con personal de USAID. Se desarrolló un protocolo estándar a principios del proyecto, que con unas modificaciones menores, ha sido usado durante todo el proyecto. Se seleccionaron y visitaron once CESARES por en forma cuasi-aleatoria (reemplazando con otro si uno de los escogidos estaba cerrado), donde se entrevistó a la enfermera auxiliar y se observa con las instalaciones. El instrumento utilizado en estas visitas es extenso y reúne información importante, alguna de la cual es utilizada en esta evaluación. Registra las visitas de supervisión, capacitación, disponibilidad de suministros, así como otros temas. Sin embargo, el instrumento recopila relativamente poca información sobre la calidad del desarrollo de cualquiera de estas actividades, o de la calidad y desarrollo de tareas específicas. Los resultados de las visitas semanales son

tabulados y presentados al personal regional y de área. Estos resultados también son recogidos en una base de datos del proyecto y guardados en un Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (PESS). Ha habido renuencia en cambiar este sistema, tanto por la comparabilidad anual, como porque la UCP no tiene la capacidad de programar y analizar estos datos. Durante una visita de monitoreo y evaluación, en la cual pudo participar el Equipo Evaluador de Medio Período en la Región 6, los informes fueron leídos al personal reunido, pero la discusión de los mismos fue poca y el personal regional estaba a la defensiva. Se justificaron todos los problemas por la condición o falta de vehículos, el incremento de tasas de viáticos (aún cuando se estaba hablando de 1994, antes de que las nuevas tasas entraran en rigor) y fallas a nivel central (recepción de fondos y medicinas), sobre lo cual la región no tiene ingerencia. Se identificaron muy pocas respuestas procesables. Aparentemente no existe un mecanismo formal de seguimiento para resolver los temas identificados durante la visita de campo.

Un elemento esencial en el manejo es la relación entre USAID y el MdeS. Una relación de trabajo amigable garantiza que las condiciones especificadas en esta pregunta sean logradas, o sea, que el manejo del proyecto promueva las metas y objetivos del proyecto. La relación entre USAID y la UCP es excelente, con una atmósfera de cooperación y apoyo ejemplar. Sin embargo, a nivel regional, es menos evidente la eficacia del proyecto para influir en los hechos.

La primera evaluación de medio período tenía la tarea de discutir las dificultades en el rastreo de costos financieros y reportes. Estos temas han sido discutidos después de la evaluación. Se han desarrollado recomendaciones sobre el manejo financiero por medio de asistencia técnica local, quedando pendiente solamente su implementación. Entre los temas al interés general están la preocupación del manejo del proyecto de manera descentralizada. Actualmente, se utiliza un método de recompensa y control. Los fondos para costos locales son retenidos por la UCP, de manera que sus recomendaciones sean tomadas seriamente a nivel regional (la recompensa); las visitas de monitoreo y evaluación son consideradas control. Esta relación probablemente debe ser invertida, o sea, si la función de monitoreo y evaluación fuera convertida en sistema de información sobre administración/salud y si el sistema proporcionara la información necesaria para utilizarse a nivel regional, el personal del proyecto podría interactuar continuamente con personal regional y de área para enfrentar los problemas. Se podría establecer un fondo rotativo regional o de área para que el personal local tenga mayor autoridad, con revisiones financieras regulares proporcionando el control necesario. Las visitas de campo pueden transformarse en visitas de para garantizar la calidad: observación y revisión del desempeño de funciones, capacitación y solución de problemas. Cada visita puede incluir presentaciones de los directores de área sobre programas específicos, pequeñas encuestas, resultados de un ejercicio de capacitación y/o demostraciones de un nuevo instrumento o habilidad analítica.

En resumen, los jefes de los equipos gerenciales, incluyendo a la UCP y USAID/H, han promovido las metas del proyecto y trabajan muy de cerca y eficazmente. Sin embargo, dado el corto tiempo para la extensión, el enfoque de USAID sobre los resultados de la gestión, y las

nuevas metas propuestas de enfocar el proyecto sobre la implementación del proyecto en áreas, las funciones actuales de la UCP deben ser transformadas y realizadas.

Actualmente, la UCP canaliza los fondos a las regiones. Una recomendación global de este proyecto es la de identificar áreas de salud sobre las cuales se enfocará ahora el proyecto. Si se adopta esta recomendación, se sugiere el siguiente escenario. La UCP y las autoridades de área y regionales elaborarán un plan de trabajo anual y prepararán, en consulta con USAID, un presupuesto de costos locales. Se establecerán cuentas de fondos rotativos separadas para cada Área de Salud. Estos fondos se sumarán a los presupuestos de costos locales manejados actualmente por la UCP. Para poder garantizar una buena relación de trabajo con el Ministerio, la UCP y la División de Planificación desarrollarían conjuntamente el Sistema de Información Administrativa sobre Salud (SIAS). Esto requerirá un incremento en la capacidad de reportar de la UCP y de la División de Planificación, lo que incluiría nuevos sistemas de control de costos y desembolsos. El Ministerio también debe ser reforzado para implementar el SIAS, un enfoque de la supervisión hacia la garantía de calidad y otros sistemas de evaluación. La colaboración del MdeS y la UCP, comenzado en pequeña escala, podría convertirse en un modelo para un futuro Ministerio a nivel central: enfocado en la asistencia técnica, la supervisión y el monitoreo, sistemas de información administrativa sobre la salud, control de costos y comunicación con donantes externos.

La evaluación de medio período de 1991 identificó una serie de preocupaciones concernientes a la UCP. Dando seguimiento a las recomendaciones, el proyecto apoyó un análisis concienzudo del funcionamiento de la Unidad e identificó asistencia técnica local para preparar planes, actividades y manuales para resolver estos problemas. Estos informes (115, 116, 117, 119) fueron presentados en marzo de 1995 y hasta ahora ha empezado el proceso de reforma. Los informes son sólidos y fueron preparados bien, prometiendo mejorar grandemente el sistema contable de la UCP. Estas reformas pueden también servir de base para la reforma en todo el Ministerio. Este es un ejemplo de como la UCP sirve como un banco de pruebas para reformas administrativas y de otra índole.

La UCP trabaja directamente con las regiones para lograr las metas del proyecto. Sin embargo, cuando hay cambios de gobierno y de personal del Ministerio, esta relación se interrumpe. Es crítico que la USAID explore los mecanismos para garantizar la continuidad en las funciones de gestión administrativa y financiera.

Para el futuro, el financiamiento de contraparte para cubrir salarios debe mantenerse o aumentar el nivel actual (Lps.1.500.000/anual). Los nuevos términos de referencia pedirá que la UCP tenga un papel más importante. Una segunda preocupación es el hecho de que el personal de la UCP no es empleado permanente del Ministerio y las inversiones en la UCP pueden no ser institucionalizadas. Es necesario que el Ministerio considere como incorporar al UCP, o proporcionar a la UCP personal permanente para garantizar la institucionalización. El

incremento en viáticos instituido por el Ministerio incrementará los costos del proyecto. Los viáticos para el personal del Ministerio también pueden ser solicitados a través de fondos de contrapartida.

F. TEMAS DE INTERES GENERAL

1. Descentralización

La descentralización concierne la devolución de funciones del Ministerio a unidades relativamente distantes. El proyecto ha enfocado la devolución de responsabilidades administrativas y gerenciales a las regiones, lo que es tanto una política del Ministerio, como una prioridad del Sector Salud II. El Sector Salud I, enfocado en sistemas de nivel central y el Sector Salud II enfocando los sistemas regionales, llevan inevitablemente al enfoque de promover la descentralización más allá del nivel regional. La lógica de la descentralización es persuasiva. La función principal, prestar servicios a los beneficiarios del sistema de salud, es mejor servido con el enfoque de recursos más cercano al nivel de cuidado. El servicio es mejorado si el resultado responde a las necesidades y preocupaciones de los beneficiarios, en lugar de las necesidades de entidades organizacionales distantes del servicio.

Tanto el Ministerio como el personal del SSII están seriamente comprometidos con la descentralización. El presupuesto y las responsabilidades de personal han sido asignadas al nivel regional. A nivel de área, de alguna manera está presente el DOFUPS en casi todos los UPS y se le acredita el mejoramiento del manejo local y de los servicios de cuidados de salud. La Tabla 2 en el Anexo 6, Sistemas de Apoyo Sostenibles, demuestra el éxito de la implementación del DOFUPS. La Tabla muestra datos de evaluación y monitoreo recopilados por la UCP. Los datos son los números de CESARES que reportan la implementación de cualquier elemento del sistema DOFUPS.

Han habido dificultades con la implementación de este sistema que no están reflejados en la Tabla. Esta Tabla indica cualquier elemento de implementación, en lugar de reportar la implementación completa y su uso. La dificultad más grande parece ser la capacitación en el uso del sistema y no ha sido aplicado completamente a nivel de área y de sector. Existen imperfecciones en la supervisión, capacitación y sistemas de información de salud. Además, existe poca comunicación entre sitios dentro del área. No existen mecanismos para distribuir equitativamente los recursos, tales como fármacos, entre los diferentes lugares. A nivel central, todavía hay poca información oportuna disponible sobre el manejo y administración del nivel regional y de área.

Aunque se ha descentralizado la preparación de presupuestos y las finanzas a las regiones, muchas funciones, tales como compra de fármacos, están todavía centralizadas. La Sección

III.A.4 habla de la Administración/Suministros/Sistemas Logísticos del MdeS y demuestra estas dificultades. Las UPS se quedan sin medicamentos más de la mitad del tiempo. Por ejemplo, en 1995, la compra de medicamentos ha sido retrasada y parece que habrá más escasez que en 1994. De hecho, los datos obtenidos de las visitas de campo y de los datos de evaluación y monitoreo para lo que va de 1995, presenta un panorama muy diferente que los datos para 1994. En general, los datos de evaluación y monitoreo no proporcionan suficiente información sobre la calidad, ya sea de la implementación, como de servicios de estos componentes. Este es un tema crítico, puesto que la calidad de los servicios determina su eficacia, uso y éxito.

En última instancia, la descentralización debe devolver muchas responsabilidades gerenciales más allá del nivel de región y de área de salud y de la comunidad. La participación de la comunidad parece ser poca. Solamente 13 de los 42 hogares (31%) alrededor del centro de salud reportan alguna forma de participación en el mantenimiento o apoyo de las actividades del centro. Darles poder a los usuarios de los servicios finalmente garantizaría la sostenibilidad, pero existen muchos temas de gestión y administrativos serios, así como preocupaciones sobre la calidad de los servicios, que necesitan ser discutidos.

Hay muchos impedimentos para completar la descentralización, muchos de ellos legítimos. Los problemas de organización dentro del Ministerio también pueden impedir esta revolución. Primero, algunas funciones o servicios necesitan ser, ya sea centralizados, o retenidos a nivel central. Estos incluyen varias funciones financieras, supervisión técnica y actividades que implican altos niveles de capacitación y habilidades técnicas, tales como el diseño e implementación de campañas masivas de comunicación. Segundo, la organización actual del MdeS puede crear dificultades para las funciones de descentralización. La división del MdeS en tres Sub-Secretarías divide las unidades técnicas como la División de Educación (en la Sub-Secretaría del Sector Político) y la Salud Materno-Infantil (en la Sub-Secretaría de Riesgos de la Población) de las regiones y áreas (en la Sub-Secretaría de Red de Servicios). Finalmente, la descentralización real significaría presupuestos relativamente autónomos en la Región y en el Área, enlazando al Ministerio de Hacienda directamente con las Regiones o Áreas. Si ese fuera el caso, no existiría razón alguna para que las regiones o áreas respondieran a los requisitos del nivel central, o a su asistencia técnica.

Estos temas crean preocupaciones substanciales, pero que se pueden resolver. Es necesario recordar que el objetivo final de la descentralización es el de mejorar los servicios y la salud y que esta reorganización de enfoque es solamente el medio para lograr estas metas. Las metas de proceso y reorganización pueden tardarse más en ser implementadas, que las bien establecidas tecnologías de salud del proyecto. Además, la habilidad de implementar cambios organizacionales o administrativos está obstaculizada por la falta de modelos eficaces. Por ejemplo, no se pueden resolver muchas de las necesidades de capacitación, de referencia y de supervisión con los sistemas actuales. Adicionalmente, varios componentes de salud, tales como

las IRA y la estrategia de riesgo reproductivo, no parecen estar tratándose adecuadamente o implementándose a nivel local.

En última instancia, la descentralización promete responsabilidad local y control de los servicios de salud, incluyendo una mayor participación, apoyo financiero local y reducción de la carga a nivel central. Este debe ser el objetivo de la descentralización, mientras se retienen sistemas centrales eficaces de monitoreo, investigación y evaluación, asistencia técnica y capacitación. De vital importancia para crear la descentralización eficaz es la necesidad de establecer sistemas de información que enlacen a las autoridades centrales con la áreas periféricas, permitiéndoles la devolución de responsabilidades. Este objetivo no se ha logrado aún, pero esta evaluación sugiere algunos mecanismos requeridos. Los elementos de esta descentralización pueden incluir:

- Sitios de áreas centinelas donde los elementos del proyecto puedan ser operados e implementados.
- Desarrollo de sistemas de información de administración/salud para monitorear el progreso y para ser utilizados como modelo para el Ministerio.
- Exploración de otros modelos de capacitación y supervisión, tales como la capacitación horizontal y de supervisión.
- Maneras de explorar y promover la eficaz participación de la comunidad en la planificación, pagando por los servicios y fármacos establecidos.
- Planes de comunicación y programas normativos implementados.

2. Sostenibilidad

La sostenibilidad de los componentes del proyecto Sector Salud II ha sido una preocupación desde el tiempo del Sector Salud I que se inició hace más de una década. El desarrollo de programas sostenibles que se puedan reproducir ha sido una meta explícita del proyecto. El asunto tiene aquí una mayor importancia, puesto que puede ser posible que el apoyo al sector salud cese cuando termine el Proyecto Sector Salud II.

La sostenibilidad puede convencionalmente ser dividida en tres componentes:

1. Institucionalización de programas, procesos y valores del proyecto.
2. Sostenibilidad de efectos del programa.
3. Habilidad y deseo de financiar los programas.

Institucionalización de programas, procesos y valores del proyecto.

La institucionalización se refiere a la incorporación de metas y objetivos del proyecto, tecnologías y procesos administrativos y de gestión dentro de las actividades rutinarias del Ministerio. En este sentido, el proyecto se ha institucionalizado. El Ministerio es la agencia ejecutora del proyecto y el personal Regional y central ejecuta el programa como parte de su trabajo rutinario. Las iniciativas de los proyectos SSI y SSII en tecnologías de salud fueron desarrolladas en conjunto o adoptadas en las áreas de control de enfermedades diarreicas, IRA, agua y saneamiento, lactancia materna e inmunización. Sin embargo, las iniciativas en salud reproductiva y espaciamiento, que recién han iniciado, no se han institucionalizado completamente. Aún cuando el Ministerio tiene la capacidad de diseñar e implementar campañas eficaces de comunicación de salud, esta capacidad ha disminuido desde los años 80. No está claro si las iniciativas en el área de reformas de gestión y administración serán sostenidas sin la presencia continua del proyecto. Sin embargo, el MdeS tiene la capacidad de implementar y reproducir estos programas. El personal del Ministerio identifica los recursos del proyecto como propios y no se contemplan grandes cambios en los programas del Ministerio en un futuro cercano. Se han adoptado procedimientos recomendados por el proyecto en gestión y administración, compras y otras áreas, aún cuando este proceso no está completo.

Sostenibilidad de efectos del programa.

Es muy probable que algunas tecnologías de salud relacionadas con el proyecto, tales como la terapia de rehidratación oral e inmunizaciones y la continua diseminación de sistemas de agua continuarán, ya sea debido a las expectativas de la población o por apoyo de otros donantes. Litrosol, el nombre del paquete de sales de rehidratación oral introducido por el proyecto de Prácticas de Salud y Comunicación Masiva es ahora el nombre de marca de todas las soluciones de rehidratación. Existen muchas otras marcas y variedades en el sector privado. Los hondureños han llegado a esperar que mejoren las condiciones de salud y el acceso a los cuidados de salud y, de manera muy similar a lo ocurrido en Costa Rica en los años 40, la salud se ha convertido en un importante tema político que se discute en los periódicos y en las campañas políticas.

El proyecto ha tomado medidas para identificar la asistencia técnica local, lo que promueve la capacidad de construcción y la habilidad del MdeS para sostener los elementos del programa después de la finalización del proyecto. En general, sin embargo, ha habido una insuficiencia de documentación sobre la implementación de los programas. Se realizan pocas evaluaciones internas y análisis de los programas.

Habilidad y deseo de financiar el programa.

El apoyo de USAID para el sector salud de Honduras, que fue la fuente de financiamiento externo más grande por un margen elevado en 1980, ahora se ha reducido al 22.7% del financiamiento de las donaciones totales para el sector salud (ver Anexo 7)⁸. Si se incluyen los fondos de préstamos, sólo el 15% del financiamiento externo del sector salud ha sido proporcionado por la USAID. Otros donantes están invirtiendo en el sector salud y continuarán haciéndolo, por razones humanitarias así como por razones prácticas. Aún cuando el financiamiento del Gobierno de los Estados Unidos está disminuyendo, USAID, debido a su historial de relación con el Ministerio y a su buena relación de trabajo, continúa teniendo influencias en la política y programa del MdeS, que sobrepasan su inversión.

Al mismo tiempo, el Gobierno de Honduras invierte el 15% de su presupuesto nacional en el sector salud, la proporción más alta de Centroamérica y aparentemente lo continuará haciendo. Sí parece que se podrán sostener muchos elementos del programa, tales como la descentralización, el control de enfermedades diarreicas y el PAI, aún cuando el financiamiento otorgado por el Gobierno de Estados Unidos se reduzca o elimine. Sin embargo, es menos claro si se mantendrá el énfasis en áreas centrales a la estrategia de salud familiar de USAID: salud reproductiva y maternal, reforma administrativa y desarrollo sostenible.

En las recomendaciones de la Sección III.D. Agua y Saneamiento, se da un ejemplo de lo anterior. La mejor manera de llevar al máximo la ganancia de la inversión en el sector agua y saneamiento es la de continuar, aunque sea a un nivel reducido, participando en el sector. A medida que se identifiquen nuevas fuentes de donación, las estrategias probadas y eficaces que han sido promovidas pueden influir en el diseño y la implementación de los programas.

3. Temas de Género

La investigación de temas de género en el SSII plantea más preguntas que las que se pueden contestar en los actuales términos de referencia. Los proyectos de salud que enfocan la supervivencia infantil y la salud reproductiva identifican a las mujeres como beneficiarias principales de los servicios. Tales proyectos ciertamente aparentan apoyar al género en la identificación de estos temas. Sin embargo, estos proyectos también pueden ser insensibles al género. Por ejemplo, la evaluación de Medio Período de 1991 notó la desigualdad de género a nivel ejecutivo dentro del personal del Ministerio y del proyecto, e hizo recomendaciones para resolver este problema. Se pueden identificar otros problemas de género. Aún cuando las mujeres son las beneficiarias de los servicios, algunas preguntas relacionadas con el género que es necesario hacer son: "¿Quién toma las decisiones acerca de qué servicios se ofrecen y cómo

⁸ Este cálculo se basa en un listado incompleto de donación externa actual y pasada, desde 1988-1993 proporcionada por la División de Planificación, MdeS

se prestan éstos servicios?" y "¿Quién tiene acceso a los recursos y cuáles son los costos relacionados con su uso?"

Los servicios de Supervivencia Infantil (SI), así como la mayoría de los servicios de primer contacto en el sistema del Ministerio, son proporcionados por mujeres, lo cual es apropiado, dado el balance de género de usuarios de estos servicios. Las mujeres son las principales responsables de los niños y son las que los traen para cuidados de salud. Sin embargo, sus propios problemas de salud y servicios de salud preventiva, no son generalmente discutidos durante la misma visita a la clínica, porque los servicios no están integrados. Esto aumenta el costo de oportunidad y otros costos indirectos a las mujeres que utilizan los servicios. Las recomendaciones de que las mujeres traigan sus niños a la clínica para tratar resfriados, episodios de enfermedades diarreicas, para inmunizaciones, para control de niños sanos, para medidas nutricionales y capacitación, para presentaciones sobre malaria, dengue y otras enfermedades, así como para sus propias necesidades de salud reproductiva y planificación familiar lograría, si se implementara, marcaría muy bien el camino entre el hogar y la clínica.

Además, aunque las mujeres prestan la mayoría de estos servicios, las enfermeras auxiliares tienen poco control en la organización y planificación de estos servicios y en el control de los recursos necesarios. A nivel comunitario, debido a que el papel desempeñado por los comités locales de salud es tan limitado, y el personal voluntario no es apoyado debidamente, existe muy poca oportunidad para que las mujeres tomen parte en la planificación, entrega y evaluación de servicios, o en el desarrollo de apoyo comunitario para costos de servicios, que serán tan importantes para sostener los servicios en el futuro. En los lugares donde los comités han tenido éxito, tales como las Juntas de Agua, éstos han sido exclusivamente masculinos.

Otro problema a nivel comunitario es la decisión en el hogar sobre los comportamientos en la búsqueda de salud. ¿Tienen las mujeres la capacidad y los recursos para buscar cuidados de salud para ellas mismas o sus niños? ¿Qué papel desempeñan los hombres en la restricción de acceso a estos servicios? ¿Cómo pueden participar más activamente?

Desde principios de 1980, el proyecto se ha concentrado en las intervenciones de la supervivencia infantil. Sin embargo, el componente de salud reproductiva y mortalidad maternal se han desarrollado recientemente y aún no se han implementado bien. La calidad de los servicios prestados en ésta área no es alta, lo que refleja un problema importante de género. No se han desarrollado programas especiales para resolver los problemas de salud de la mujer fuera del área de riesgo reproductivo.

Para resolver estos problemas y para alcanzar metas de género del proyecto, es necesario hacer esfuerzos para:

- Utilizar métodos de comunicación y movilización social para que los beneficiarios participen directamente en la planificación, organización, prestación y evaluación de servicios.
- Dar autorización a empleados de salud a nivel local para resolver estas necesidades en la prestación de servicios y reducir los costos de oportunidad y los costos indirectos del uso de servicios de las mujeres.
- Investigar la toma de decisiones en los hogares para determinar la capacidad de la mujer de buscar cuidados de salud.
- Promover el equilibrio de géneros en las actividades tales como los comités de salud.

4. Desarrollo de Recursos Humanos

El desarrollo de los recursos humanos y la División de Recursos Humanos son discutidos en la Sección III.A.3. Existen dos temas principales en esta sección. La primera es la necesidad de proporcionar capacitación para el personal del MdeS y desarrollar un plan eficaz de capacitación. La segunda trata con las carreras y las trayectorias profesionales establecidas en el MdeS.

Actualmente existe una crisis en la capacitación en muchos niveles del MdeS. Muchos programas y procesos nuevos han sido introducidos, pero no se han implementado debido a que el personal de la periférica no ha recibido una capacitación y supervisión efectiva. No se ha desarrollado un plan de capacitación sistemático y ésta es una tarea de grandes proporciones. Se han realizado esfuerzos para incluir la capacitación con las visitas de campo de supervisión, pero éstos han sido obstaculizados por los problemas de transporte y las dificultades con el presupuesto para viáticos. El actual modelo de capacitación es lento y parece ser ineficaz. No obstante, las necesidades de capacitación son tan grandes que tienen el potencial de abrumar los presupuestos.

El modelo CDC/DDM proporciona un ejemplo de capacitación. Un estudio del país ayudó a definir el alcance del problema y sugirió intervenciones. Se envió personal del Ministerio al CDC para capacitación de corto y largo plazo en sistemas de información gerencial y salud. La meta de capacitación era la de crear en el país un cuerpo de capacitadores que pudieran servir para capacitar a otro personal del Ministerio. Con el tiempo, se proporcionarían recursos para desarrollar y aplicar un "modelo de sistema de información gerencial y salud" hondureño. El estudio CDC/DDM mismo, sin embargo, requiere ser modificado. El estudio propone cuatro metas:

1. Establecer una unidad de investigación de epidemiología dentro del MdeS.
2. Revisar el sistema de información de salud.
3. Establecer una unidad de desarrollo gerencial dentro del MdeS.
4. Crear un boletín nacional de epidemiología y una conferencia nacional de epidemiología.

Estas metas requieren modificación. Aunque el equipo evaluador se identifica con las necesidades de proveer datos epidemiológicos adecuados y en basar la toma de decisiones en necesidades epidemiológicas definidas, el Ministerio cuenta actualmente con la capacidad de investigación epidemiológica. Las metas principales para el proyecto SSII están orientadas a la gestión y a los problemas principales de costos y administración. En este contexto, puede que sea importante enfatizar las metas 1 y 4 y concentrarse en el desarrollo de un sistema de información gerencial y de salud (metas 2 y 3). Esto debe incluir la habilidad de conducir análisis de eficacia en lo que se refiere a salud. Las necesidades de capacitación deben ser ampliadas para incluir talleres de trabajo en el país, según se detalla en la propuesta. El proyecto debe estar vinculado con el área de enfoque propuesto por el Ministerio. En áreas seleccionadas se puede desarrollar, implementar y articular con los niveles regionales y central, el SIA/S. Las áreas pueden servir como sitios centinelas para SIDA, enfermedades transmitidas por vectores, mortalidad materna y enfermedades de la supervivencia infantil. Los sitios centinelas podrían recibir recursos adicionales y recibirían supervisión y capacitación adicional. Una vez que se resuelvan los detalles de la implementación, los elementos del sistema podrían ser diseminados a otros sitios.

Al mismo tiempo, sin embargo, muchos sistemas están funcionando y esta evaluación demuestra el éxito que ha tenido el MdeS en un número de áreas. ¿Cómo es esto posible?

Una razón es que existe en el Ministerio una asombrosa continuidad de personal. Muchos empleados de nivel ejecutivo del Ministerio han laborado allí por más de quince años y muchos empleados capaces, que fueron contratados por el Ministerio, han pasado toda su vida profesional allí. Aún cuando una elección trae consigo despidos y nombramientos políticos de personal, muchos empleados calificados han encontrado la manera de continuar en el Ministerio, de quedarse con MSH (un efecto inadvertido pero importante del proyecto) o en algún otro proyecto, o estar disponibles cuando viene la siguiente elección. Durante el período del contrato con MSH, se podría casi ver como una secretaria fantasma, proporcionando continuidad, como debe hacerlo el servicio civil, pasando de un gobierno a otro. Esta asombrosa continuidad ha significado que muchos de los insumos de capacitación del pasado están a la disponibilidad del Ministerio.

Las razones para esta continuidad incluyen el compromiso de alto nivel del GdeH con la salud, los compromisos de los donantes con el sector salud que proporciona recursos adicionales y contactos internacionales, la dedicación de parte de muchos profesionales de salud pública, pero tal vez también influye el estado deplorable de la economía y el desarrollo del sector de salud privado. El sueldo relativamente bajo que se ofrece al personal en el sector salud sólo puede ser un pequeño componente de esta continuidad. Por las razones que sean, no parece que los planes actuales de desarrollo de recursos humanos puedan llenar los espacios si este personal de alto nivel se retirara. ¿Cómo se recluta y capacita personal profesional nuevo en el MdeS? ¿Qué expectativas profesionales existen? ¿Puede el personal antiguo sobrevivir los disturbios rutinarios después de las elecciones y la politización de los puestos?

Entre las respuestas adicionales a este problema están:

- **Iniciativas de política para reforzar la legislación del servicio civil y proteger las posiciones técnicas de la politización.**
- **El desarrollo de un plan de personal para el reclutamiento, desarrollo y retención.**
- **El desarrollo de criterios técnicos avanzados para el reclutamiento de puestos y el enlace de este criterio con el contenido del programa de maestría en Salud Pública en la UNAH.**
- **La utilización de fuentes externas para la capacitación y para desarrollo de profesionales.**
- **Establecer y reforzar enlaces internacionales (Centroamérica y los Estados Unidos) a los Ministerios, el CDC y otros centros de excelencia.**
- **Desarrollar nuevos métodos para capacitar personal periférico, tales como el desarrollo de puestos centinelas y modelos de capacitación horizontal.**

5. Comunicación de Salud/IEC⁹

La comunicación de salud¹⁰ en Honduras estaba empezando mucho antes del proyecto SSI. Honduras fue el primer país del mundo en adoptar nuevos enfoques de desarrollo de comunicación en salud pública. Estos métodos incluyeron estudios extensivos de necesidades e investigación formativa en el desarrollo de los planes de comunicación, el uso apropiado de las ciencias sociales y de comportamiento, incluyendo la antropología y psicología, mercadeo social y la adopción de enfoques publicitarios del sector privado, incluyendo estilo y formato. Asimismo, estas intervenciones fueron exitosas y bien evaluadas.

Se proporcionaron consejeros a largo plazo a través del AED, y se le dio mucha consideración, aún en el MMHP (1980-1983) a la institucionalización de medios de comunicación de salud. Se estableció una presencia de comunicaciones en el MdeS con el proyecto COMSALUD, y han habido momentos en los que el DHE fue considerado uno de los mejores de Latinoamérica. Sin embargo, la División actualmente enfrenta una serie crisis. La sección de evaluación sobre comunicación de salud define estas dificultades. Muchos de sus mejores empleados han sido reclutados por otros donantes, no tienen fondos para implementar sus planes y muchas otras divisiones del Ministerio desarrollan sus propios materiales de IEC sin consultar con la DES; incluso contratan sus propios consultores. Además, los materiales que producen de estas otras divisiones no son de tan alta calidad o no son desarrollados de manera sistemática.

Adicionalmente, varias campañas de comunicación, tales como las de lactancia materna e infecciones respiratorias agudas, no fueron desarrolladas bien e incrementaron la renuencia de algunas divisiones dentro del Ministerio de utilizar sus servicios.

Para repetir el análisis hecho en la Sección III.A.8., este problema se debe a varios factores. uno es que la DES no tiene funciones de supervisión dentro del MdeS. Todavía no existe para la DES una organización "matricial" que le permita a las unidades funcionales relevantes revisar las

⁹También se discute el IE&C en la Sección III.A.8.

¹⁰Existe confusión con la terminología y su uso. La educación de salud se usa a menudo para describir el campo. Los Departamentos de Educación en Salud se encuentran en las Escuelas de Salud Pública y se otorgan certificados en educación pública. Este modelo históricamente refleja un enfoque del cambio de comportamiento basado en la información, la comunidad y en canales de comunicación comunitaria cara a cara. En un esfuerzo por diferenciar el enfoque, USAID adoptó el término Comunicación de Salud Pública para describir un nuevo enfoque que emplea investigación de audiencia, pre-pruebas y medios de comunicación masiva, así como canales tradicionales. Finalmente, en vez de participar en un debate inútil sobre los títulos disciplinarios, el IEC (información, educación y comunicación) ha sido utilizado para describir todo el campo. Sin embargo, el término comunicación de salud es utilizado aquí para describir el método que tenido más éxito en lograr el uso amplio de ORS, comunicación de salud.

actividades a medida que se vayan desarrollando. En segundo lugar, la División no tiene un presupuesto propio para implementar programas y contratar consultores, lo que la hace dependiente de otras unidades del MdeS.

Los Directores de las unidades funcionales pueden o no ser conocedores de los modelos contemporáneos de comunicación de salud. Aunque se reconoce la importancia del papel desempeñado por la comunicación de salud en lograr el cambio, existe poco entendimiento del proceso de comunicación mismo. La investigación y desarrollo que conlleva una campaña y la evaluación de la campaña no son bien entendidos dentro del Ministerio. Se ha proporcionado muy poca capacitación a largo plazo y no hay disponibilidad de doctores especialistas en comunicación de salud, ni investigaciones o publicaciones disponibles localmente. Por ejemplo, no se ofrece ningún curso en educación de salud en el programa de Maestría en Salud Pública de la UNAH y aunque existe un pequeño número de especialistas hondureños experimentados en comunicación de salud a nivel de doctorado, ellos no trabajan con el MdeS, ni siquiera están en Honduras.

El estilo tradicional de la educación de salud es transparente: expertos en un determinado problema de salud deciden sobre una serie de mensajes que deben promoverse y los educadores de salud desarrollan materiales a ser utilizados en conferencias comunitarias. El trabajo de los educadores de salud es encontrar el lenguaje y los conceptos apropiados para transmitir las ideas. Este es sin duda el principal ejemplo de todos. Las nuevas tecnologías de salud han producido efectos fuertes y documentados en Honduras, pero como se documenta en todos los hallazgos, actualmente existe una ausencia de comunicación de salud efectiva en las áreas de tecnologías de salud y salud reproductiva y ningún esfuerzo concentrado de capacitación dirigido a la comunidad. En un hallazgo que tiene relevancia para otras áreas de esta evaluación, la provisión de consejeros a largo plazo claramente no es la solución al problema. Las recomendaciones detallan un número de pasos a seguir. En general:

- La institucionalización de la comunicación de salud requiere la capacitación de todo el personal de salud pública en métodos modernos de comunicación de salud.
- La comunicación de salud necesita ser institucionalizada dentro del curriculum del programa del MPH y todas las facultades profesionales de salud.
- Honduras necesita un grupo más grande de especialistas en comunicación de salud profesionalmente capacitados en todos los niveles de su formación, incluyendo a nivel de doctorado.

Aunque la capacitación a largo plazo claramente no puede ser contemplada en esta extensión, puede ser posible, con la colaboración del programa MPH, desarrollar un ambiente atractivo para reclutar especialistas o para colaborar con otros centros de excelencia para reforzar este programa en Honduras.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Las condiciones de salud en Honduras, medidas por indicadores de resultados globales, ha mejorado dramáticamente desde el inicio de los proyectos del Sector Salud. Aunque actualmente no hay disponibilidad de datos nacionales de niveles de mortalidad, no hay razón para suponer que la mortalidad infantil durante el período del proyecto no continuó su descenso. Muchas revisiones han documentado el éxito del proyecto en esta área. Sin embargo, también existen áreas en las cuales el proyecto no alcanzará sus metas. Aunque la fertilidad parece estar en descenso, no está claro si la meta del proyecto de 4.6 de fertilidad total se logrará, o si esta meta establecida es suficiente para discutir el rápido incremento de la población en Honduras. La mortalidad maternal no puede ser medida con los datos disponibles actualmente. Sin embargo, no existe razón alguna para suponer que esta estadística ha bajado. La desnutrición continua siendo un problema grande.

El vínculo de estos indicadores globales con el proyecto, son resultados del mismo. Medido en resultados, el proyecto tiene mucho éxito. En el momento de la primera evaluación de medio período, muchas de las metas y objetivos del proyecto estaban cerca de ser logradas y se resolvieron todos los temas y recomendaciones encontradas durante la misma.

Todas la metas de construcción de sistemas de agua y letrinas fueron alcanzadas o excedidas y el programa de control de enfermedades diarreicas, con la excepción de altos índices de mortalidad en un número relativamente bajo de casos, continúa teniendo gran éxito. Se han completado laboratorios de calidad de agua y el SANAA ha descentralizado sus servicios. El sistema de almacenamiento del SANAA está computarizado y es un modelo para Centroamérica. Se han construido nuevas instalaciones en las regiones y las metas de reparación de centros de salud han sido excedidas. El programa PAI es una de las estrellas de América Latina, habiendo alcanzado las ambiciosas metas de cobertura de más del 90%. Aunque se reportaron 108 casos de polio durante la ejecución del proyecto Sector Salud I, no se ha reportado ningún caso desde 1990. Se ha declarado al país oficialmente libre de polio y está cerca la eliminación del sarampión. Aunque no se puede medir el indicador de visitas prenatales, la proporción de mujeres que procuran servicios y el número de visitas ha aumentado. Los suministros para la planificación familiar están disponibles en las clínicas que cuentan con un médico. El DOFUPS, incluyendo el

modelo local de programación que ha sido implementado por todo el país y el proceso de descentralización a nivel de las regiones, es una realidad en el Ministerio de Salud. La recuperación de costos está establecida en más del 70% de las instalaciones y aparentemente existe un deseo creciente de considerar la recuperación de costos como método para cubrir las necesidades. El Ministerio ha mantenido una División de Educación y ha alcanzado las metas para mejorar la capacidad de la División. Las metas de capacitación a corto plazo han sido alcanzadas y excedidas.

La sostenibilidad de muchas de estas intervenciones es excelente. Los programas que han tenido éxito están totalmente institucionalizadas. El uso de la terapia de rehidratación oral es tan amplio, que se ha creado un mercado para los SRO y la mayoría de los hondureños saben como mezclarlos y utilizarlos. Las expectativas de la población por servicios son tan altas, que la salud y su cuidado son ahora elementos esenciales de la política nacional. La proporción de donaciones externas de apoyo provisto por el Gobierno de los Estados Unidos ha disminuido, pero muchos de los programas continuarán aunque se retire el financiamiento.

Sin embargo, otros programas no han alcanzado las metas establecidas. La estrategia de riesgo reproductivo, diseñada para dirigir las metas de planificación familiar y de riesgos obstétricos está siendo implementada prácticamente a nivel local hasta ahora. Sin embargo, todavía existen algunos problemas con la implementación de esta estrategia. Las mujeres con embarazos de alto riesgo no están siendo detectadas, ni se les brinda cuidados especiales y aparentemente el sistema de referencia a centros de salud de más alto nivel no parece funcionar. Tampoco se han alcanzado las metas de citologías. La ejecución y prueba de esta estrategia requerirá de investigación operacional. No es probable que estas áreas se desarrollen rápidamente sin el apoyo continuo del proyecto. El programa IRA en la comunidad, que requiere un tratamiento a tiempo, existe solamente como piloto, el que se está iniciando hasta ahora. Esta causa más notable de muerte infantil es difícil de contrarrestar y requerirá la presencia continua del proyecto. El sistema POSAIN de integrar el cuidado de los niños, incluyendo la nutrición, es también un elemento de intervención y espera ser implementado completamente. La desnutrición en niños parece estar aumentando, lo que nos advierte que las metas de mortalidad alcanzadas pueden no ser sostenibles.

Aunque se han implementado varios elementos del DOFUPS, la calidad de la supervisión y el uso de estos sistemas no ha sido estudiada y parecer ser débil. Esto es parte de la necesidad general de un sistema eficaz de información administrativa/de salud que pueda aprovechar la planificación a nivel local para cumplir con las necesidades de suministros, capacitación y supervisión. La supervisión se ha vuelto problemática debido al incremento en las tasas de viáticos sin haber un incremento en el presupuesto y a la falta de vehículos que operen bien. La participación comunitaria en los UPS es débil y la integración de los servicios a nivel de la comunidad no es una realidad aún. Las metas de capacitación a largo plazo no han sido alcanzadas todavía, pero el nuevo Programa de Maestría en Salud Reproductiva en la

Universidad Autónoma Nacional de Honduras es un ejemplo promisorio de soluciones a nivel local.

Es necesario discutir muchos de estos problemas a nivel de implementación. Algunos de los programas que son deficientes o que no han alcanzado sus metas, son los que no tienen tecnologías probadas o factibles, ni modelos locales que copiar. Por ejemplo, no existe un modelo de sistema de información de salud para el MdeS y mucho menos uno que pueda ser computarizado.

Lo que se requiere en la extensión del proyecto Sector Salud II, es unir fuerzas para sostener las áreas del proyecto que han constituido un éxito, tales como el agua y saneamiento, PAI y la reforma Administrativa a nivel central, haciendo esfuerzos para dirigir esas áreas de las metas del proyecto que no se han desarrollado completamente. Esto se puede lograr manejando los problemas de implementación generados a nivel del área de salud, CESAR y CESAMO y en la comunidad, completando el camino iniciado con el Sector Salud I. Por medio de la concentración del proyecto en el desarrollo de sitios de demostración centinelas--enlazados entre las regiones al nivel central--intervenciones, tales como el SIA/S, la estrategia de riesgo reproductivo y cuidados IRA a nivel comunitario, puede ser operacionalizada, implementada, evaluada y modificada eficazmente.

B. LECCIONES

1. GdeH, Apoyo Público Hondureño

El GdeH había iniciado proyectos de cuidados primarios de salud y de penetración rural antes de que comenzaran los proyectos del Sector Salud. Su desarrollo representaba la colaboración activa y la comparación de la política de salud por parte del Gobierno de los Estados Unidos y del Gobierno de Honduras. Los componentes del proyecto que han tenido más éxito son, en efecto, aquellos en los que ha habido más congruencia tanto en política, actitudes profesionales de la comunidad y apoyo popular. El éxito de los componentes en estas áreas ha permitido el diálogo en las áreas de menos congruencia, lo que sirve los intereses de ambas naciones.

2. Duración del Proyecto

Indudablemente, un ingrediente clave para el éxito del proyecto es su larga duración, desde 1980 hasta el presente. Esto ha permitido que se establezca una buena relación de trabajo, que se fijen y logren metas a largo plazo, al mismo tiempo que ha proporcionado continuidad.

3. Compromiso con las Metas Centrales del Proyecto

Además de la larga duración del proyecto, ha habido una asombrosa continuidad en las metas del proyecto, tanto en términos de cuidados de salud primarios, como en la supervivencia infantil y en la reforma administrativa. Esto ha aumentado el éxito del proyecto.

4. La Continuidad en el Personal

Las lecciones 1, 2 y 3 han producido un ambiente en el cual los participantes clave del MdeS y USAID han persistido. Aún cuando las elecciones desorganizaron el Ministerio, el personal clave tuvo la oportunidad de transferirse a proyectos financiados por USAID y de mantener enlaces, compartiendo sus experiencias y capacitando, en espera de volver al Ministerio con el próximo cambio de gobierno. Los proyectos deben considerar los problemas de la carrera profesional del personal que trabaja con el sector salud. Esto parece ser un beneficio inadvertido de la participación de la USAID.

C. RECOMENDACIONES PARA EL FUTURO

Las recomendaciones detalladas producto de la evaluación están incluidas dentro de los Anexos. Aquí se incluyen dos recomendaciones prioritarias:

1. USAID, PAHO y el MOH han logrado desarrollar e implementar programas de control de enfermedades diarreicas y de inmunización en Honduras. **En la extensión propuesta, es necesario que el proyecto cubra tecnologías relativamente menos desarrolladas como la salud reproductiva, incluyendo mortalidad materna y perinatal y planificación familiar, tratamiento de neumonías en las comunidades y también intervenciones en el área de nutrición como la lactancia materna.** Además, es necesario desarrollar sistemas para mejorar la calidad de la prestación de servicios, supervisión, sistemas de información sobre salud y sistemas de planificación y participación comunitaria a nivel de área. **La mejor forma de lograr esto es a través del desarrollo de áreas de demostración en las que se puedan integrar, implementar y evaluar sistemáticamente los componentes del proyecto.**
2. A nivel nacional y central es necesario mantener los sistemas que el Sector Salud II ayudo a poner en vigor y **continuar las reformas administrativas y de políticas que se iniciaron con el Sector Salud II** como el DOFUPS, los sistemas de información gerencial y de salud, la planificación familiar, agua y saneamiento, el PAI, IEC y Desarrollo de Recursos Humanos. **Tres de las áreas administrativas y de gestión de alta prioridad son:**
 - **Gestión financiera y recuperación de costos**

Evaluación de Medio Período Proyecto Sector Salud II

- **Supervisión para mejorar la calidad de los servicios**
- **Sistemas de información gerencial/de salud.**

Para lograr las reformas necesarias en estas tres áreas el Ministerio debe establecer durante el primer año de extensión del proyecto tres Grupos de Trabajo para que desarrollen, con la colaboración del personal regional y local y de miembros de la comunidad, planes concretos para implementar estos sistemas. Es necesario que estos sistemas estén en funcionamiento en el primer año de la extensión.

También es necesario que el proyecto le siga dando un apoyo limitado a la implementación de ciertos programas de salud a nivel nacional. Estos programas son:

- Salud reproductiva/planificación familiar
- PAI
- IEC
- Desarrollo de recursos humanos
- Agua y saneamiento.

Annex 1
Scopes of Work

HEALTH SECTOR II EVALUATION

SCOPES OF WORK

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
Local programming	1.1. What is the current state of DOFUPS, supervision, & local programming?	Have staff turnovers affected these project activities? How many regional directors & administrators worked with MSH?	Dir. MOH Personal Dr. Sergio Carias		
	1.2. Has continuous supervision improved as a result of project interventions?	Training for key personnel? Who does it?	Dr. Sergio Carias Dr. Antonio Pinto Dr. Alvaro Gonzales Regional, area, local staff		
	1.3. What are the constraints to implementing an effective and sustainable supervision system?	Internal & external factors	Dr. Sergio Carias Dr. Antonio Pinto Dr. Alvaro Gonzales Regional, area, local staff		
	1.3. Should the MOH policy level be involved more actively in supervision?		Dr. Sergio Carias Dr. Antonio Pinto Dr. Alvaro Gonzales Regional, area, local staff		
	1.4. If so, how?				
	1.5. Is there an on-going role for the project in this area?	How can/should HSII assist?	Dr. Sergio Carias Dr. Antonio Pinto Dr. Alvaro Gonzales Regional, area, local staff		
	1.6. How can the quality of supervision be enhanced?	Incentives? OR? Supportive supervision/continuous education? Effective team leadership/team building?	Dr. Sergio Carias Dr. Antonio Pinto Dr. Alvaro Gonzales Regional, area, local staff		
	1.7. Can the regional administrator be named by "concurso"?	MOH views legal/labor union constraints?	Dr. Sergio Carias Regional directors		

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
Human resource development	2.1 Has human resources development improved as a result of project interventions?	Short- & long-term programs have different goals. Have not taken political changes into account.	Dr. Jorge Medina Dr. Sergio Carias Dr. Alvaro Gonzales Regional, area & local staff	MSH documents	
	2.2 What is the intention of the MOH in terms of developing local and area human resources?	How can service be balanced with training?	Dr. Jorge Medina Dr. Sergio Carias Regional, area & local staff		
	2.3 Is there an on-going role for the project in this area?		Dr. Jorge Medina Dr. Sergio Carias Dr. G. Bardales Dr. A. Pinto		
	2.4 To what degree did the project achieve these two objectives?	Two of the objectives of the long-term TA and scholarships for MPH study abroad were: 1) Sustainable improvements of the technical quality and appropriateness of rural health interventions. 2) Sustainable improvement in the management of rural health interventions. But not building capacity to train.	Dr. Jorge Medina Dr. Sergio Carias Dr. G. Bardales Dr. A. Pinto		
	2.5 What were the constraints to success?	Internal & external factors	Dr. Jorge Medina Dr. Sergio Carias Dr. G. Bardales Dr. A. Pinto		
	2.6 Is there a solution to the problem of the continuous turnover of key staff?	Probably not, except to name as project staff	Dr. Jorge Medina Dr. Sergio Carias Dr. G. Bardales Dr. A. Pinto		
	2.7 Is the management training for these positions sustainable, and could it be a prerequisite to assuming a management position?	Legal issues? Union problems?	Dr. Jorge Medina Dr. Sergio Carias Dr. G. Bardales Dr. A. Pinto		

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
	2.8 Does the National University's MPH program have a training role in the solution of this issue?	Depends on design, curriculum, students , teaching staff, purposes and goals of the program. Probably needs links to stronger external programs.	Dr. Manual Leiva Dr. Jorge Medina Dr. Sergio Carias Regional, area & local staff		
	2.9 Are there viable alternatives to training as carried out so far by the project?	New training technologies? Short- & long-term programs? Routinization of tasks, more skills required of holders?	Dr. Jorge Medina Dra. Fanny Mejia Regional, area & local staff		
	2.10 What about "supportive supervision"?	Who supervises who? Is supervision consistent in all of the regions? Do all the regions use the same system?	Dr. Jorge Medina Dr. Sergio Carias Regional, area & local staff		
	2.11 How can the impact of training be monitored on a regular basis?	Short- & long-term programs Technical & management training	Dr. Jorge Medina Dra. Fanny Mejia Regional, area & local staff		
	2.12 Should the project take a different approach to training?	New technology Self-study modules Workshops and Conferences MPH study HRD needs and priorities	Dr. Jorge Medina Dra. Fanny Mejia Dr. Enrique Zelaya Dr. Sergio Carias Regional, area & local personnel		
	2.13 Should the project continue to provide training at all?	Expensive and difficult.	Drs. G. Bardales & A. Pinto Regional, area & local personnel		
	2.14 Is there a role for the USAID/W Quality Assurance project?	Identify components and purposes	USAID staff		
Commodities/ logistics systems/ administration	3.1 Have the warehousing/distribution of commodities improved as a result of project interventions?	Comparison to previous conditions MOH view	Dir. Dir. Administration, Lic. Roberto Palma Lic. Juan Pablo Ramirez Regional directors/ administrators		
	3.2 What are the continuing problems in transportation?	Vehicles are not available	Hector Andrade		

64

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
	3.3 What are the continuing problems in logistics?	Internal MOH problems External factors Pharmaceutical supplies Other supplies	Dir. Dir. Administration, Lic. Roberto Palma Lic. Juan Pablo Ramirez Regional directors/ administrators		
	3.4 What are the constraints that keep the POSSS system from being a fully effective pharmaceuticals and supplies inventory/purchasing/supply systems?	Local programming? Procurement-central vs. local? Service contracts with private sector?	Dir. Dir. Administration, Lic. Roberto Palma Lic. Juan Pablo Ramirez Regional directors/ administrators		
	3.5 How can the system be strengthened?	Internal & external factors	Dir. Dir. Administration, Lic. Roberto Palma Lic. Juan Pablo Ramirez Regional directors/ administrators		
	3.6 What are the constraints to the implementation of an effective system?	Internal & external factors	Dir. Dir. Administration, Lic. Roberto Palma Lic. Juan Pablo Ramirez Regional directors/ administrators		
	3.7 What about building delivery of pharmaceuticals and supplies into procurement contract(s) with the private sector?		Dir. Dir. Administration, Lic. Roberto Palma Lic. Juan Pablo Ramirez Regional directors/ administrators		
	3.8 What are the obstacles to the sustainability of these systems?	Internal & external factors	Dir. Dir. Administration, Lic. Roberto Palma Lic. Juan Pablo Ramirez Regional directors/ administrators		
	3.9 What is an appropriate on-going role for HSII?	MOH & USAID views	Lic. Roberto Palma Drs. G. Bardales & Antonio Pinto		

65

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
Financial management system	4.1 Has financial management improved as a result of project interventions?	MOH view Regional view PCU view	Dir. Dir. Administration, Lic. Roberto Palma Lic. Juan Pablo Ramirez Regional directors/ administrators Dr. Gustavo Bardales		
	4.2 What further project assistance is needed in this area?	Technical assistance; organizational or management assistance; training needs	Dir. Dir. Administration, Lic. Roberto Palma Lic. Juan Pablo Ramirez Regional directors/ administrators		
	4.3 What effort has the MOH made to recoup expenses?	Hospitals, CESAMOs, CESARs Fees for services Others	Dir. Dir. Administration, Lic. Roberto Palma Lic. Juan Pablo Ramirez Regional directors/ administrators		
	4.4 What donor agencies have provided/are providing assistance in this area?	International agencies Other governments' assistance NGOs Private sector sources	Dir. Dir. Administration, Lic. Roberto Palma Lic. Juan Pablo Ramirez Regional directors/ administrators		
	4.5 What are the legal issues of retained revenues and how might the MOH surmount them?		Dir. Dir. Administration, Lic. Roberto Palma Lic. Juan Pablo Ramirez		
	4.6 How effective is the management of revenues at the local level?	Regional view Local view (MOH & public)	Dir. Dir. Administration, Lic. Roberto Palma Lic. Juan Pablo Ramirez Regional directors/ administrators		
	4.7 Is there a continued role for the project in this area?	MOH view USAID view	Dr. Gustavo Bardeles Dr. Antonio Pinto Lic. Roberto Palma		

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
Maintenance systems	5.1 Are the MOH's maintenance systems for rural health centers and vehicles providing adequate support for rural health care delivery, or are they impediments to improving the quality of rural health care services?	Continuous problem Cold chain. Vehicles: Cars, trucks & motorcycles Buildings and facilities	Lic. Roberto Palma Regional directors and administrators		
	5.2 How effective has decentralization been?	MOH view Regional view Area & local view	Dr. Sergio Carias Regional, area & local personnel		
	5.3 What alternatives are available to the MOH?	MOH staff or private providers. New ways of managing vehicles (i.e. assigning drivers).	Dr. Sergio Carias Regional, area & local personnel		
	5.4 What are the obstacles to the sustainability of this function?	Interanal MOH barriers, or external socio-economic factors	Dr. Sergio Carias Regional, area & local personnel		
	5.5 Is there a role for future project interventions?	Unclear	Dr. Gustavo Bardales Dr. Antonio Pinto Dr. Sergio Pinto USAID staff		
Management and health information systems	6.1 How reliable & effective is the MOH HIS system?	60 forms!! Do all regions comply? Is there feedback to reporting sites?	Dr. Fidel Barahona Dr. Enrique Zelaya Regional directors/ administrators		
	6.2 Are supervision objectives being met?	How is supervision at all levels: National--regional--area--local--volunteers	Dr. Fidel Barahona Dr. Enrique Zelaya Regional directors/ administrators	Drs. G. Bardales & A. Pinto	
	6.3 How effective is MIS for local programming?		Dr. Fidel Barahona Dr. Enrique Zelaya Regional directors/ administrators	Drs. G. Bardales & A. Pinto	

67

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
	6.4 How are M/HIS data used?		Dr. Fidel Barahona Dr. Enrique Zelaya Regional directors/ administrators	Drs. G. Bardales & A. Pinto	
7. Educational/ promotional systems (mass media)	7.1 What can be done to bridge the breach between the DES and the other MOH technical divisions?	Why doesn't communication count for more? How is the breach manifested? When was the breach noted (has it always existed?)	Dra. Fanny Mejia Dr. Alvaro Gonzales Dr. Enrique Zelaya Other senior staff	District directors, Regions 1 & 6 Staff: DES, DMI	
	7.2 Should HSII assist in this area, and if so, how?	MOH has received support for 15 years in this are. Still not professionalized. How do health/communication/mass media programs support other programs?	Dra. Fanny Mejia Dr. Alvaro Gonzales Dr. Enrique Zelaya	District directors, Regions 1 & 6 Staff: DES, DMI	
8. MOH Support systems	8.1 What are the most critical issues for the development, implementation, and sustainability of MOH support systems?	MOH views District director views	Dr. Sergio Carias District directors	Documents: Hond: Sit. de Salud y Prior. 94-97; MSH final report.	
	8.2 List the recommended and essential project support interventions required to address these issues and prioritize them.	MOH views District director views	Dr. Sergio Carias District directors	Documents: Hond: Sit. de Salud y Prior. 94-97; MSH final report.	

SCOPES OF WORK

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
Water and Sanitation	<p>To what extent have Juntas de Agua been successful in O&M?</p> <p>What are possible obstacles to sustainability?</p> <p>How can de Project address them?</p> <p>Relative participation of women and men in Juntas?</p>	<p>Juntas working. Tariff collected. Operator trained.</p> <p>Insufficient tariff and supervision.</p> <p>Providing TA and continuous training.</p> <p>As president, members and/or staff.</p>	MOH, SANAA, ONGs	Grupo Colaborativo FHIS	Oscar Roberto Francisco
	How can SANAA coordinate efforts to protect watersheds?	Identification of watersheds of interest AP rural. Study deforestation by county or region. Interinstitutional coordination. Participation of Juntas, promoters and community in environmental surveillance.	SANAA-SEDA-Recursos Naturales-COHDEFOR-Fiscalia del Ambiente	Oscar Francisco	
	<p>How effective health education ben success in changing health related behavior of male and female beneficiaries?</p> <p>How sustainable is the program?</p> <p>Continuing role for HSII?</p>	<p>Identify social changes and benefits for men and women.</p> <p>H.E. is essential for sustainability.</p> <p>There is continuous role for HSII.</p>	Health Education Division. Reports, Interviews of users.		Oscar Roberto

69

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
W&S	How can Project assist SANAA on policy considerations, re-structuring & re-engineering of operations, decentralization and cost-efficiency?	Present status of consideration Sector policy?	SANAA		Oscar Francisco Roberto
	How innovations enhanced project implementation? Regionalization Decentralization Use of TOMs New water quality laboratory Introduction of TASes Redefining Eng. SOW Water Boards autonomy. Which areas might merit continued support?	Innovations responsibilities and results. Future plans. Areas for continuous support.	SANAA reports and interviews MOH Promoters		Oscar Francisco
	Other donors investing plans? USAID's future role to assist SANAA. Appropriate and sustainable relationship between SANAA and FHIS, municipalities and NGOs?	Other donors assisting plans. Interagency coordination. Interinstitutional coordination.	Interviews with other agencies, FHIS, NGOs, Reports.		Oscar Francisco
	How effective are the six PVOs? In community organization and H.E.? Further role.	Play in RW/S services. Quality of services Cost- efficiency	SANAA reports Interviews with NGOs and communities.		Oscar Francisco

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
	What is the appropriate role of multi-purpose environmental health technicians? What are MOH intentions to consolidate health component? What is appropriate role for project?	Identify role of proposed EHTs. MOH need for consolidation of environmental health components. Appropriate role of project in this area.	Interviews and reports MOH/SANAA		Oscar Roberto Francisco

12

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
Reproductive Health	What would be an acceptable family planning/maternal child health strategy?	The MOH has not issued a policy on FP and its role in improving reproductive/infant health. Is a policy necessary if services are integrated? The necessity of birth-spacing is well known, by whatever method, to protect health of both women and children.	Interview with MOH and IHSS personnel to obtain the public perspective on the issue.	Mothercare/World Bank Discussion Paper	

72

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
	Do problems of training exist in clinical and counselling skills? Should the project work on changing the curricula in training institutions? Could ASHONPLAFA collaborate to provide training to Auxiliary Nurses, especially in counseling skills?	Clinical knowledge and practice are deficient in family planning; counselling services very limited. In many countries the private sector collaborates with the public sector, especially in training both for family planning methodology and clinical skills as well as counselling skills for MOH personnel. This appears to function better on a local level (POP Council, Bolivia; APROFAM, Guatemala. Is the MOH actively trying to decentralize?	Norms and Policies of MOH for decentralization. Bibliography: Plan de Desarrollo Local, y Plan Detallado de Implementacion para Fuentes Alternativas de Financiamiento a Nivel Local. Propuesta: Incorporacion de Espaciamento....en la curricula de escuelas formadoras.	Observation visits and interviews.	Rita Peter Elba
	What are the issues and obstacles for providing male reproductive health concerns and education on human sexuality directed at adolescents? What is the appropriate role for a focused HSII Project?	Little attention has been given to this issue. Although the methodology is unknown, or uncited, attitudes were studied by personal interviews with men and women and adolescents in Honduras by MOH. There is no in-depth analysis of attitudes or practices of men and adolescents when human sexuality is discussed. Unless the MOH wants to touch this issue in a specific way, there seems to be little hope that it will be addressed in the next part of HSII.	Look for documentation. Interviews with MOH and USAID personnel.	Experiences from other LA countries.	Rita
	How well has the process of community-level rosters of WRA functioned (especially in Region 5)? How should HSII assist in this area?	There are six donor agencies involved in this project - each with a different section of the country or Area within Regions. Apparently, the end of 1993 many were functioning, but recent information is strictly anecdotal.	Visits to Areas where implementation has been carried out.	Interviews with persons actively involved in the process.	Team on visits to Regions and Areas.
	How could Project indicators be improved?	Not all indicators are realistic	Project Agreement Amendment 19. Mid-Term Evaluation. Observations of how far some indicators have reached goals.	Interviews, USAID personnel.	All team members.

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
	<p>How could MOH supervision for FP/RH be improved? What project assistance could be provided for this? (my question) has a viable supervision system been implemented in any component of the project? If so, could it not be modified for the FP/RH component?</p>	<p>Supervision requires personnel, plans, guides and funds. It also requires transportation, no matter at what level. The HSII wants most activities to be sustainable. No provisions have been made for quality, only quantity.</p>	<p>Look for documentation of systems design for supervision, and interview MOH personnel as to whether or not supervision is a priority for the project.</p>	<p>Team members who have the opportunity to observe a supervision visit</p>	<p>Rita.</p>
	<p>Does the IEC component of the plan on Reproductive Risk stress the importance of preventive practices, adequate prenatal care and birthspacing?</p>	<p>Does not stress prenatal care, but does stress birthspacing as preventive practices.</p>			

HL

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
Reproductive Health	Does it emphasize how to respond to obstetric emergencies that require rapid treatment?	Referrals to adequate services is mentioned, but not stressed. What is completely absent is history of previous pregnancy complications as a risk factor. If an Auxiliary Nurse can detect risk by 1) age of woman; 2) number of previous births; 3) interval between births; and 4) socio-economic factors, s/he can certainly question (history) previous obstetrical complications. It also emphasizes the need to train personnel in the management of any obstetrical risk factor.			
	What can be done to strengthen the counseling skills of health providers? See above the possibility of ASHONPLAFA training Aux.	Bibliography reviewed.			Rita.
	To what extent has the project addressed RH/FP and maternal mortality problems in rural areas? What are the constraints? What actions need to be taken to strengthen RH interventions in the rural areas? Are there gender considerations when developing training programs in rural areas?	Rural areas in Honduras in general have little access to health services due to distance from, poor or no transportation, bad road conditions, fewer educated people and certain beliefs that do not coincide with utilization of formal health care services.	Direct experience.	Bibliography review, especially of OR and private sector programs.	Rita.
	How can focused project assistance assure maintenance of progress to date in Child Survival?	The HSII has been designed to meet a sustainable goal. One must ask if this is realistic or not in order to answer the above question.	Interviews with MOH personnel as to their perception.	Evaluation findings and recommendations for sustainability.	All of the team, but in particular Rita, Elba, Peter.

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
	<p>What can be done to establish more effective referral systems in the rural area? What services are performed during prenatal and post natal checks at health centers? How is the quality of care? Why do women not get to health centers or hospital inlife-threatening situations? What could communities do to organize, provide transportation? Are there innovative approaches that could be used such as birthing homes near health facility, or use of two way radios?</p>	<p>Each of the above mentioned interventions have been tried with degrees of success in various parts of the world. The birthing home is now in a pilot phase in Honduras, but success or failure has not been documented. Each intervention is costly in its own way and cost effectiveness would have to be studied.</p>	<p>Observation of pilot in Honduras.</p>	<p>Through documentation call on experience from other countries.</p>	<p>Rita and possibly Elba</p>
	<p>How effective are TBAs? Prenatal care, screening, safe deliveries and referrals when signs of danger? What have been the results of TBA training? Do TBAs have basic equipment; how can their needs for other supplies be met? Do they use what they have? What are the attitudes of MOH personnel towards TBAs? How can their training and supervision be improved?</p>	<p>Worldwide there has been an effort for many years to train TBAs in order to bring down maternal and perinatal mortality rates. Unfortunately, in most countries (Honduras being no exception) the follow-up and supervision has been lacking, so that we don't really know, in most cases, if TBAs are contributing to lower maternal and perinatal mortality rates.</p>	<p>Dra. Mirtha Ponce, MOH who just finished managing an evaluation of TBAs.</p>	<p>Literature which may or may not be available.</p>	<p>Rita</p>
	<p>Is the support plan for the national HIV/AIDS program consistent with the overall context of project assistance for RH? Look at possible alternative and sustainable sources of condoms.</p>	<p>Honduras claims 57% of all HIV/AIDS cases in C.A. Heterosexual transmission accounts for a large percentage as well as transmission from pregnant mother to child. Therefore, it becomes a maternal-child health problem, and a reproductive health problem. The condom issue is the insecurity of USAID that they will be able to provide condoms after 1996. The MOH has begun to address the problem of alternative providers. This is directly concerned with use of condoms to prevent pregnancy or STDs.</p>	<p>Socioeconomic Impacto del VIH/SIDA en Tegucigalpa y San Pedro Sula, Honduras, 1995 (which also contains the above issues).</p>	<p>Interview with the Director of the HIV/AIDS national program.</p>	<p>Rita.</p>

76

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
	In light of the teams findings of all of the above questions, what is the most effective approach for project supported RH interventions?		Interviews, observations, visits to regions, bibliography, all of which will be the methodology of he team to arrive at the answers to the questions proposed.	Interviews, observations, visits to regions, bibliography, all of which will be the methodology of he team to arrive at the answers to the questions proposed.	All members of th team.

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
Acute Respiratory Infections	What actions need to be taken to increase community involvement in the identification/treatment of pneumonia?	Delays in taking child to HC Health behaviour of mother Self-medication Distance from HC	Dr. J. Melendez MOH/MCH Site visits	Dr. Justo Baradales Dr. Fanny Mejia	
	What kind of promotional and training activities are required in this area?	Community organization Community health workers Technical assistance on local training Locally made materials Illiteracy of case taken	Dr. Melendez Region area staff		
	What needs to be done to reduce the number of institutional pneumonia related deaths in children under 5 years old?	High hospital deaths Standardized methods for treatment Train personnel			
	How should the project support the area level hospitals in the treatment of pneumonia as the first line of referral in the PHC system?	Standardized treatment Training Continued education Equipment	Dr. Jorge Melendez Region area staff		
	How could the communities support the referral system?	Strengthening human resources at local level.			
	What efforts, if any, should the project continue to support?	How can the project assist? a. Community development b. Support community health workers c. Support "Comite de Salud"	USAID MOH		
	What efforts, if any, should it launch?	Training of ira volunteers in 630 communities.	USAID MOH		

78.

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
ARI	What are the problems with the pilot program?	Why is there a problem? When did the problem start?	Dr. Jorge Melendez Dr. Jorge Ochoa		
	With analyzing and publicizing the results?	When did it end?	Dr. Jorge Melendez		
	With community case management	Is there an evaluation?	Dr. Jorge Melendez		
	With clinical-based response?		Dr. Jorge Melendez		
	With logistic system?	Internal MOH problems External factors Supplies	Dr. Jorge Melendez		
	How should HSII assist in this area?	MOH/HSII proposals, budget			
DIARRHEA DISEASE	How effective are the Community Oral Rehydration Centers (UROCs) in reducing diarrhea disease morbidity and mortality?	Identify evaluation reports Indicators of effectiveness Number of functioning UROCs.	Dr. Gustavo Flores Dr. Jorge Guillen Dr. Jorge Ochoa	BASICS evaluation of UROCs.	
	What further support should the project provide in this area?	MOH view Regional, area/community personnel	Dr. Gustavo Flores		
	How effective has the IEC campaign been in reducing DD/cholera mortality?	Are there pre-post statistics? What is the IEC plan?			
	How effective is community response to diarrheal disease/cholera?	Community organizations UROCs Cholera/diarrheal cases treated in the community Effective referral	Regional staff Community staff Dr. Gustavo Flores		
	What are the obstacles to effective supervision, IEC, logistics?	MOH view/who supervises? Procedures established Availability of goods and services.	Dr. G. Flores Dr. J. Guillen		
	What efforts, if any, should the project continue to support?	MOH needs Training? Nurses?	Dr. Gustavo Flores		

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
IMMUNIZATIONS	Logistics, maintenance, sustainability problems in the cold chain?	Procurement Storage Tracking Transportation Personnel Equipment	Dra. Ada de Molina Regional, area CESAR, CESAMO's staff Cold chain technicians.		
	What is the appropriate strategy for reducing and finally terminating HSII support of the cold chain?	MOH capacity to absorb costs USAID view	MOH Dra. Ada B. Molina		
	How should monitoring of the cold chain be part of the overall MOH strategy of supervision?	EPI/MOH views Unidad de Monitoreo del Proyecto	Dra. Ada B. Molina Dr. Bardales Dr. Peter Boddy		
	How can gains achieved in developing cold chains and the horizontal EPI program be sustained?	Personnel Equipment Transportation	Region staff MOH PAHO		
GROWTH MONITORING/ BREAST FEEDING	Has the POSAIN been sufficiently validated (in terms of applicability of the methodology and results in the community) so that it merits further support?	Indicators of objectives have been specified? What is the community involvement?	Dr. Alfonso Gonzales Region 5 staff Dr. Villalobos	Dr. Barry Smith	
	Who provides household care of children and what is the quality of care?	Results of research done, when? Is there any research on quality of care at home?	Dr. A. Gonzales USAID Dr. Barry Smith		
	How effective is the current network of CBF Counselors?	Areas of influence Participation in community health pact? Basic data.	CCC Wellstart AHLACMA PROALMA		
	Is this intervention replicable and sustainable at the national level?	Costs of training/number of volunteers, monitoring, health system responsibility	LLLH USAID		
	How should the project continue to assist?	USAID view Experience	USAID CCCH		
	What is the relationship between POSAIN and the work done by the CBF?	Is there a relation? Is there an evaluation?	Dr. Barry Smith		

Question Area	Questions	Issues	Primary Data Source	Secondary Data Source	Responsible Individual
	What potential exists for combining the two strategies?	Excellent idea			
	What support, if any, should be provided by the project?	Strengthen the development of a unique "health promoter" with training in all the different components of community health.			
PVOs IN CHILD SURVIVAL ACTIVITIES	How can PVOs working on CS contribute to the achievement of the project purpose and output indicators (immediate services and product provided).	Population served Other alternatives?	Ing. H. Caudill Site visits to PVOs, Regions 1, 5 and 6		
	How successful were PVOs in expanding coverage and testing innovative ideas?	Areas not covered by MOH but serviced by PVOs.			
	How sustainable are the efforts of the PVOs?	How strong are they? What is the community participation in decision making?			
	Is there an organizing role for PVOs in CS activities under the PDA?	PVOs administrative capacity History of success Years in existence Permanent personnel	PVOs documentation USAID views		

Annex 2
Logframe

ANNEX B

PROJECT DESIGN SUMMARY

LOGICAL FRAMEWORK

Life of Project:

From FY 88 to FY 96

Total U.S. Funding \$

PAGE 1

Project Title & Number: Health Sector II 522-0216

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
GOAL:			
A. Improve the health status of the Honduran people, especially children under the age of five years and women, 15-45 years of age.	1.1 Reduction of the infant mortality rate from 70/1000 live births to 60/100 in 1990 and 47/1000 in 1993.	1.1.1 Surveys, Reports	1. Continuation of current health policies of future governments.
	1.2 Increase life expectancy from 62 to 67 years.	1.2.1 Annual Statistical Reports	2. Continuation of external cooperation to M.O.H.
	1.3 Decrease the maternal mortality rate from 200/100,000 live births to 80/100,000	1.3.1 Population Census	3. A better national budget allotment for M.O.H. 4. Favorable measures from the Executive Branch for the Ministry of Health Budget.
PROJECT PURPOSE:			
B. To consolidate and continue the process of extending coverage of efficient, sustainable and effective primary health care services with primary emphasis on child survival interventions and secondary emphasis on rural water and sanitation.	1.1 40% reduction of the child mortality rate (1-4 years) from 4.3/1000 to 2.6/1000.	1.1.1 Epidemiology Supervision Report	1. The M.O.H. budget will remain at 8-12% of GDP.
	1.2 Polio eradication.	1.2.1 Evaluation of five year plan for immunizations	2. The primary health care portion of the M.O.H. budget will not decrease over life of project.
	1.3 An 80% decrease in the morbidity rate of the following diseases: Measles (13.4 cases/100,000), Whooping cough (7.4/100,000), Tetanus (1.6/100,000), maintain Diphtheria at 0.	1.3.1 Epidemiology Supervision Report 1.3.2 Surveys 1.3.3 Operations Research	3. Child survival interventions will remain a M.O.H. priority.

PROJECT DESIGN SUMMARY

Life of Project:
 From FY 88 to FY 95
 Total U.S. Funding \$ _____

LOGICAL FRAMEWORK

Project Title & Number: Health Sector II 522-0216

PAGE 2

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
	1.4 Decrease acute respiratory infections as the principal cause of mortality in the country's hospitals from 18.2 to 8.0% of cases.	1.4.1 M.O.H. Statistical Annual Reports	
	1.5 40% of mothers breastfeed exclusively up to 4 months (current 24%).	1.5.1 Growth Monitoring Charts 1.5.2 Project's monitoring reports	
	1.6 Decrease in the percentage of births with intervals less than 2 years from 30% to 13%.	1.6.1 Surveys 1.6.2 Operations Research	
	1.7 Increase in contraceptive use prevalence nationwide from 35% (1984) to 45% in 1990 and 50% in 1993.	1.7.1 National Epidemiology (MCH/FP) Surveys	
	1.8 Reduction of annual new cases of malaria from 29,000 (1986) to 8,500 (1993). (Incidence decrease from 7/1000 to 1.5/1000).	1.8.1 Epidemiology surveillance Reports	
	1.9 Decrease in the cases of infections by chagas.	1.9.1 Surveys	
	1.10 Reduction in the tuberculosis morbidity rate from 77/100,000 to 50/100,000 (slight apparent drop due to improved case finding).	1.10.1 Epidemiology Supervision Reports	
	1.11 Local programming model fully operational in 3 regions and partially implemented in 5 others.		

PROJECT DESIGN SUMMARY

Life of Project:
 From FY 88 to FY 95
 Total U.S. Funding \$ _____

LOGICAL FRAMEWORK

Project Title & Number: Health Sector II 522-0216

PAGE 3

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
<p>I CHILD SURVIVAL: SUSTAINABLE SUPPORT SYSTEMS</p>	<p>1.12 70% of the rural population in Health Regions 3, 5 and 6 in communities with 2,000 or fewer people have access to potable water and latrines.</p>	<p>1.12.1 MOH and SANAA Reports 1.12.2 Sample Surveys</p>	
<p>OUTPUTS:</p>			
<p>1. Local programming model implemented.</p>	<p>1.1 Three regions have fully implemented the model, having done an inventory of personnel and financial resources, conducted a family census and prepared annual plans, including drug and medical supply needs; the other 5 regions have partially implemented the model.</p>	<p>1.1.1 Project's Monitoring Reports</p>	
	<p>1.2 In three regions, the supervision system is fully implemented, with:</p>		
	<p>1.2.1 80% of Nurse Aides from CESARs and CESANOs supervise the health volunteers under their program responsibility four times a year.</p>	<p>1.2.1 Monitoring Reports of Local Programming</p>	
	<p>1.2.2 80% of CESARs and CESANOs receive area supervision visits three times a year. (30% in 1987)</p>	<p>1.2.2 Area Supervision Reports</p>	

52

PROJECT DESIGN SUMMARY

Life of Project:
 From FY 88 to FY 95
 Total U.S. Funding \$ _____

LOGICAL FRAMEWORK

Project Title & Number: Health Sector II 522-0216

PAGE 4

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
	1.2.3 80% of area level establishments receive supervision visits by regional staff three times a year. (30% in 1987)	1.2.3 Region's Supervision Reports	
	1.2.4 80% of region level establishments receive supervision visits from central staff three times a year. (40% in 1987)	1.2.4 Supervision Reports on Central Level	
1.3	All (8) regions have in operation computerized Management Information Systems (MIS) and have increased discretionary expenditure authority to 25% of their operating (non-personnel) budgets (from a current maximum of about 10%).	1.3.1 Analysis of MOH Budget	
1.4	426 CESARS (90% of total) are renovated and have implemented local programming supply system.	1.4.1 Project's Monitoring 1.4.2 MOH's Supervision and Evaluation Reports	
1.5	All regions have staff with on-the-job training in problem-solving, supervision, administration and use of information systems	1.5.1 MOH Reports 1.5.2 Project's Monitoring Reports 1.5.3 Contractors' Reports	

98

PROJECT DESIGN SUMMARY

Life of Project:
 From FY 88 to FY 95
 Total U.S. Funding \$

LOGICAL FRAMEWORK

Project Title & Number: Health Sector II 522-0216

PAGE 5

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
	1.6 Operations research studies done on assigning of two auxiliary nurses per CESAR, variations of referral systems, and cost effectiveness of personnel mixes at area level.	1.6.1 Studies completed and results applied to regions, as appropriate	
2. Improved logistics system in place	2.1 Special procurement office is established within MOH.	2.1.1 Project Reports	
	2.2 Simplified inventory control systems for medical equipment, supplies, and pharmaceuticals are in use at regional, area and local levels.	2.2.1 Monitoring Reports 2.2.2 Administration Division Records.	
	2.3 Computerized inventory controls are operating in central and regional warehouses.	2.3.1 Monitoring Reports 2.3.2 Contractor Reports.	
	2.4 34 area level storage facilities are established.	2.4.1 Monitoring Reports	
	2.5 Three integrated centers for regional staff with training and laboratory facilities are established.	2.5.1 Engineering Inspector's Reports.	

18

PROJECT DESIGN SUMMARY

Life of Project:
 From FY 88 to FY 95
 Total U.S. Funding \$ _____
 PAGE 6

LOGICAL FRAMEWORK

Project Title & Number: Health Sector II 522-0216

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
3. Maintenance systems strengthened	3.1 80% of cold chain system is adequately working. (65% in 1987)	3.1.1 Maintenance Reports. 3.1.2 Immunization Reports.	
	3.2 90% of health areas have trained maintenance personnel, basic tools and access to a vehicle. (50% in 1987)	3.2.1 Maintenance Reports. 3.2.2 Project Monitoring Reports.	
4. Management and health information systems being used	4.1 Computerized systems for tuberculosis, immunizations and diarrhea disease control information are fully operational at central and regional levels.	4.1.1 Contractor Reports	
	4.2 Data processing is decentralized to regional levels.	4.2.1 Monitoring Visits	
5. Training capability strengthened	5.1 Eleven self-instruction modules on TB, EPI, control of diarrhea disease, ARI, cold chain, MGH and others are being used.	5.1.1 Monitoring Reports	
	5.2 Staff Resource Register is fully operational and being used to program training.	5.2.1 Human Resources Development Division Reports	
	5.3 50 MOH professionals have received Master's degrees.	5.3.1 AID Records (PIO/Ps)	
	5.4 3855 person/weeks for professional staff and 6800 p/w for community volunteers of refresher training being given each year.	5.4.1 MOH Human Resources Development Division Records	

33

PROJECT DESIGN SUMMARY

Life of Project:
 From FY 88 to FY 95
 Total U.S. Funding \$ _____

Project Title & Number: Health Sector II 522-0216

LOGICAL FRAMEWORK

PAGE 7

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFYABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
Health financing analysis and planning capability in place at central level and supporting regional levels.	6.1 MOH Planning Division doing expenditure analyses and budget preparations. 6.2 Operations research study done on feasibility of drug sale rotating funds at community levels. 6.3 Cost recovery by hospitals at 25% of non-personnel operational costs (current: 12%).	6.1.1 Planning Division Records 6.2.1 Study available and pilot begun, if feasible 6.3.1 Hospital financial records	
Educational/promotional activities being supported through mass media and community efforts.	7.1 A radio and T.V. stations contract system in operation, which includes audience research, setting up of selection criteria and broadcast monitoring 7.2 80% of radio and all T.V. stations broadcasting messages are monitored on monthly basis 7.3 Four child survival manuals for health personnel at regional, area, and local levels produced and distributed. 7.4 70% of educational material designed, pre-tested and produced at the central level and distributed to regions 7.5 One MOH radio production studio in full operation	7.1.1 Copy of contracts signed 7.2.1 Monthly monitoring reports, one per health region 7.2.2 Monthly broadcasting programming schedules provided by stations 7.3.1 Pre-test and distribution reports 7.4.1 Communication plans and implementation programming 7.4.2 Formative evaluation reports 7.4.3 Production reports, including listing of programs produced 7.4.4 Station monitoring reports and broadcast 7.5.1 200 radio programs and spots produced yearly	

47

PROJECT DESIGN SUMMARY

Life of Project: _____
 From FY 88 to FY 95
 Total U.S. Funding \$ _____

LOGICAL FRAMEWORK

Project Title & Number: Health Sector II 522-0216

PAGE 8

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
	7.6 A systematic and permanent communications planning system being directed by the Division of Health Education.	7.6.1 Written plans for each MCH program or major child survival activity approved and funded at the beginning of each calendar year	
I. CHILD SURVIVAL HEALTH TECHNOLOGIES			
<u>OUTPUTS</u>			
1. Activities expanded for treatment against childhood dehydration caused by diarrheal diseases.	1.1 45% of cases of diarrhea at national level are treated with ORS. (Current level: 20%)	1.1.1 Research Studies 1.1.2 Surveys	
	1.2 90% of children with diarrhea who are attended at the Health Centers (CESARs, CHSAMOS) receive ORS.	1.2.1 Direct Supervision Reports 1.2.2 Operational Investigations 1.2.3 Surveys	
	1.3 90% of the Health Centers have adequate supplies of ORS in stock.	1.3.1 Project's monitoring reports	
2. Polio vaccination coverage increased.	2.1 90% of children of 1 year vaccinated with 3rd dose of polio vaccination. (Benchmark: 64%)	2.1.1 M.O.H. Statistical Reports 2.1.2 Evaluations of the Five Year Immunization Plan	
	2.2 No cases of polio reported for 3 consecutive years.		

06

PROJECT DESIGN SUMMARY

LOGICAL FRAMEWORK

Life of Project:
 From FY 88 to FY 95
 Total U.S. Funding \$ _____

Project Title & Number: Health Sector II 522-0216

PAGE 9

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
3. Immunization coverage of basic vaccines increased.	3.1 80% of children 1 year old vaccinated with D.P.T., measles and B.C.G. in accordance with immunization standards. (Benchmarks: DPT = 63%; Measles = 60%; BCG = 75%)	3.1.1 Statistical Reports of MOH 3.1.2 Serum-epidemiology Surveys	
4. Home treatment of mild ARI being done correctly, according to program standards.	4.1 40% of families adequately treat mild ARI in households. (Benchmark: 10%)	4.1.1 Surveys 4.1.2 Operations Research	
5. Technical capability of health services in treating moderate to severe ARI, strengthened.	5.1 90% of CESAMOs and 50% of CESARs have vaporizer/humidifiers. (None presently)	5.1.1 Surveys 5.1.2 Investigations 5.1.3 Reports	
6. Prenatal care, childbirth, and postnatal care, activities expanded.	6.1 70% of pregnant women that visit health centers (CESAR and CESAMO) will receive attention in compliance with program norms. (Benchmark: 12%)	6.1.1 Statistical Reports 6.1.2 Surveys	
	6.2 90% of pregnant women detected in the high risk group are attended to by health system. (40% in 1986)	6.2.1 Reference reports	
	6.3 60% of beneficiaries of the maternal care programs will have vaginal cytologies performed at intervals prescribed by MOH norms.		

PROJECT DESIGN SUMMARY

Life of Project:
 From FY 88 to FY 95
 Total U.S. Funding \$

LOGICAL FRAMEWORK

Project Title & Number: Health Sector II 522-0216

PAGE 1

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
7. Child spacing - family planning practices expanded.	7.1 90% of CESAR's will be distributing temporary contraceptive methods. (40% in 1986)	7.1 Surveys	
	7.2 60% of the voluntary personnel (Traditional Midwives and Health Guardians) will be distributing oral contraceptives and condoms. (None presently)	7.2 Surveys	
	7.3 50% of women of fertile age are aware of health risks of short intervals (under 2 years) between pregnancies.	7.3 KAP Surveys	
8. Promotion of breastfeeding increased.	8.1 50% of the mothers continue interval breastfeeding for up to 12 months. (current 24%)	8.1.1 Surveys 8.1.2 Field investigation	
9. Growth monitoring activities for children under five years to detect and treat malnutrition expanded health system.	9.1 80% of children under five years (at CESAR, CESAMO, CHA levels) have growth monitoring charts being appropriately used (baseline: 13.4% - 1987).	9.1.1 Program report on Monitoring and supervision 9.1.2 Surveys	
	9.2 80% of CESARES, CESAMOS, CHA have anthropometric equipment. (40% in 1986)	9.2.1 Program reports on Monitor and supervision	

2

PROJECT DESIGN SUMMARY

Life of Project:
 From FY 88 to FY 95
 Total U.S. Funding \$

Project Title & Number: Health Sector II 522-0216

LOGICAL FRAMEWORK

PAGE 11

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
	9.3 80% of mothers with children under 1 year know appropriate feeding practices. (20% in 1986)	9.3.1 Surveys	
10. Malaria and chagas control activities maintained and more targeted.	11.0 90% of areas indicated for spraying are covered. (90% in 1986)	10.1.1 Program Evaluation Report 10.1.2 Project monitory reports	
	10.2 90% of activities planned for larval control will be accomplished. (90% in 1986)	10.2.1 Program Evaluation Report	
	10.3 Refresher training in case detection and treatment given to 3,000 volunteer collaborators	10.3.1 MOH Reports 10.3.2 Monitoring Reports	
	10.4 Household infestation rate for chagas vectors in targeted susceptible areas will be reduced by 50%		
11. Tuberculosis detection and control activities made more efficient.	11.1 90% of diagnosed cases being treated. (80% in 1986)	11.1.1 Program Evaluation Report 11.1.2 Statistical Reports of MOH	
	11.2 A reduction in rate of abandonment of treatment to 10%. (20% in 1986)		

23

PROJECT DESIGN SUMMARY

LOGICAL FRAMEWORK

Life of Project:
 From FY 86 to FY 95
 Total U.S. Funding \$ _____
 PAGE

Project Title & Number: Health Sector II 522-0216

NAARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
--------------------	-----------------------------------	-----------------------	-----------------------

III. RURAL WATER AND SANITATION

OUTPUTS

1. Expanded access to and use of safe water systems and human waste disposal systems in rural Honduras	1.1	500,000 more rural people have access to safe water in target regions.	1.1.1	Population Census and Surveys
	1.2	530 aqueducts constructed by SANAA and 30 by MOH in project area and supported by PVO's	1.2.1	Field Visits
			1.2.2	SANAA and MOH Reports
	1.3	1600 wells with handpumps built and 400 wells improved by MOH		
	1.4	57,000 water seal latrines built (37,000 SANAA and 20,000 MOH)		
	1.5	20,000 pit latrines built by MOH		
2. SANAA's maintenance capability for rural areas upgraded and further institutionalized.	2.1	TEOMAR maintenance technicians functioning and supported by SANAA field office.	2.2.1	Project Data and Field verification
	3.1	36 additional promoters are hired, trained and placed by SANAA.	3.1.1	Project Data and Field Verification
3. SANAA's promotional/educational capability for rural areas is upgraded and further institutionalized.	3.1	36 additional promoters are hired, trained and placed by SANAA.	3.1.2	Evaluation of impact of health education component.
	3.2	6 personnel of SANAA trained in sanitary engineering	3.2.1	Project Data
4. Water quality practices institution-4.1 Field visits, surveys signaled in SANAA and standards approved by MOH.		ing safe bacteriological standards and equipped with water	4.1.1	Water sources for systems exceed-

44

PROJECT DESIGN SUMMARY

Life of Project:
 From FY 88 to FY 95
 Total U.S. Funding \$ _____
 PAGE 13

LOGICAL FRAMEWORK

Project Title & Number: Health Sector II 522-0216

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
-------------------	-----------------------------------	-----------------------	-----------------------

IV. PRIVATE SECTOR

OUTPUTS

1. Participation by PVOs in supporting Child Survival and Rural Water and Sanitation activities	1.1 A minimum of 5 and a maximum of 12 Private Voluntary Organizations will be receiving OPG support from the Project for Child Survival and RW&S activities.	1.1.1 PVO progress reports	
2. Packaging and distribution capacity for commercialisation of oral rehydration salts established.	2.1 Local private company has included ORS in its retail product line.	2.1.1 Survey of Commercial outlets	
3. Studies conducted on feasibility of establishing child survival health programs with (a) workers' unions and cooperatives, (b) private physicians and insurance companies (MNOs)	3.1 Interest expressed by various medical services/investor groups as result of study.	3.1.1 Studies available	

25

PROJECT DESIGN SUMMARY

LOGICAL FRAMEWORK

Life of Project:
 From FY 88 to FY 95
 Total U.S. Funding \$ _____
 PAGE

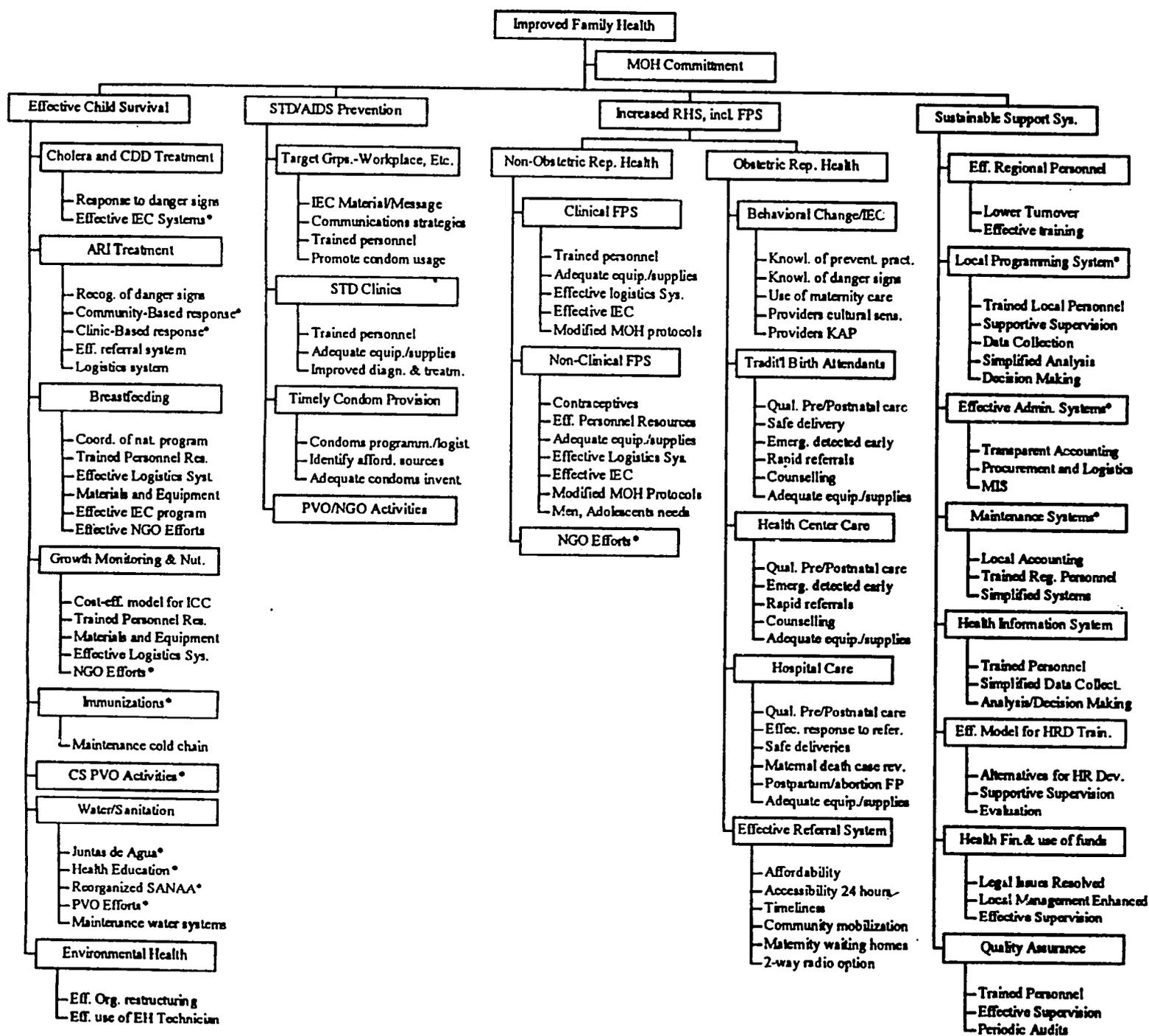
Project Title & Number: Health Sector II 322-0216

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS				MEANS OF VERIFICATION		IMPORTANT ASSUMPTIONS
INPUTS	AID FUNDS		GON FUNDS		PROJECT TOTAL		GRAND TOTAL
	FX	LC	FX	LC	FX	LC	
Commodities	6881.3	0.0	4415.3	1500.0	11296.6	1500.0	12796.6
Vehicles	3394.5	0.0	0.0	0.0	3394.5	0.0	3394.5
Construction	4776.2	6485.4	0.0	284.0	4776.2	6769.4	11545.6
Training	750.0	2256.0	0.0	1003.1	750.0	2359.1	4009.1
Supervision/Other							
Local Costs	0.0	3728.0	0.0	17414.7	0.0	21142.7	21142.7
Technical Assistance	11890.0	0.0	0.0	0.0	11890.0	0.0	11890.0
Evaluations/Audits/ Studies	972.5	1371.0	0.0	200.0	972.5	1550.0	2522.5
Private Sector	6392.0	0.0	0.0	478.1	6392.0	478.1	6870.1
Administration/Infla./ Contingency(10%)	<u>7186.8</u>	<u>1190.5</u>	<u>360.6</u>	<u>360.6</u>	<u>7547.4</u>	<u>1551.1</u>	<u>9098.5</u>
Total	<u>42243.2</u>	<u>15009.9</u>	<u>4775.9</u>	<u>21540.5</u>	<u>47019.2</u>	<u>36250.4</u>	<u>83269.6</u>

Continued availability of A.I.D. funding.

2/10

Annex 3
Objective Tree



62

Annex 4
Work Plans

Plan de Visitas: Dr. Peter Boddy

FECHA	LUGAR Y HORA	NOMBRE	OBJETIVO
2 Mayo 95 Martes	Tegucigalpa 10:30 am	Dr. Sergio Carias, Director de la Dirección de Planificación	Coordinación de contrapartes, y formulación del plan de trabajo
	Tegucigalpa 2:00 pm	Dr. Juan de Dios Paredes y Lic. Luis Alonzo López, Vice-Ministros del MSP; Drs. David Losk, Stanley Terrell y Gustavo Bardales de USAID; Drs. Sergio Carias, Gustavo Flores, Roberto Valladares y Fanny Mejia, los contrapartes nacionales; y, Drs. Carl Kendall, Elba Velasco y Peter Boddy, Lic. Rita Fairbanks, y Ing. Oscar Larrea, del equipo de evaluación.	Reunión de coordinación de la evaluación.
3 Mayo 95 Miércoles	Tegucigalpa 8:00 am	Dr. Julio Arrita, Director, Región 1	Coordinar visitas de evaluación en la Región 1, y entrevistar al Director Regional en relación a los sistemas de apoyo sostenibles, y en particular en cuanto a la programación local.
		Administrador Regional, Región 1	Entrevistarle en cuanto al sistema de manejo financiero, sistema de suministros y logístico, y sistema de mantenimiento.

FECHA	LUGAR Y HORA	NOMBRE	OBJETIVO
		Epidemiólogo Regional, Región 1	Entrevistarle en relación al sistema de información gerencial y de salud, y como se utiliza los datos e información en la Región.
		Estadigráfo Regional, Región 1	Entrevistarle en relación al sistema de información gerencial y de salud, y como se aplica a los datos e información en la Región.
3 Mayo 95 Miercoles		Encargado de Educación	Entrevistarle en cuanto al desarrollo de recursos humanos y los programas de educación y comunicación para la salud.
		Encargados de supervisión y monitoreo	Entrevistarles en cuanto al sistema de supervisión y monitoreo utilizado en la Región 1.
4 Mayo 95 Jueves	Tegucigalpa	Dr. Jorge Medina, Jefe de la División de Recursos Humanos	Entrevistarle en cuanto al desarrollo de recursos humanos.
	Tegucigalpa	Dra. Rivas, Asesor	Entrevistarle en relación al desarrollo de recursos humanos.
	Tegucigalpa	Dra. Georgina Diaz, Jefe de la Oficina de Estadística	Entrevistarle en relación al sistema de información gerencial/de salud, incluyendo la recolección de datos, datos gerenciales, retroalimentación descendente, etc.
	Tegucigalpa	Dr. Marco Tulio Carranza, Jefe de la División de Epidemiología	Entrevistarle en relación al sistema de información gerencial/de salud, incluyendo la recolección de datos, datos gerenciales, retroalimentación descendente, etc.

FECHA	LUGAR Y HORA	NOMBRE	OBJETIVO
5 Mayo 95 Viernes	Región 1	Jefe de Area y la Enfermera de Area	Entrevistarles en cuanto a los sistemas de apoyo sostenibles en su área, y en especial la programación local.
	Región 1	Personal de un CESAMO de la Area anterior	Entrevistarles en cuanto a los sistemas de apoyo sostenibles en su área, y en especial la programación local.
	Región 1	El personal de un CESAR de la Area anterior	Entrevistarles en cuanto a los sistemas de apoyo sostenibles en su área, y en especial la programación local.
6 Mayo 95 Sabado	Tegucigalpa 9:00 am	Dr. Alvaro Gonzales	Entrevistarle en relación a los sistemas de apoyo sostenibles, y en particular en cuanto a la programación local.
8 Mayo 95 Lunes	Tegucigalpa	Dra. Fanny Mejia, Jefe de la División de Educación para la Salud	Entrevistarle en relación a los programas de educación y comunicación para la salud, las relaciones con las otras divisiones técnicas, y con las Regiones.
	Tegucigalpa	Dr. Manuel Leiva, Director del Programa de Maestría en Salud Pública, UNAH	Entrevistarle en cuanto al programa de maestría, contenido curricular, aplicación al problemático nacional, y la contribución al desarrollo de recursos humanos.
	Tegucigalpa	Dra. Janet Aguilar, Desarrollo de Sistemas	Entrevistarle en cuanto al DOFUPS.
	Tegucigalpa	Lic. María Sandoval, Unidad de Programación y Presupuesto	Entrevistarle en cuanto al sistema de manejo de recursos financieros.

FECHA	LUGAR Y HORA	NOMBRE	OBJETIVO
9 Mayo 95 Martes	Tegucigalpa	Lic. Rafael Palma C., Director de la Dirección Administrativa	Entrevistarle en cuanto a los sistemas de logística y suministros, mantenimiento, transporte, y manejo financiero.
		Otros a programar	
10 Mayo 95 Miercoles	La Ceiba	Director de la Región 6	Coordinar visitas de evaluación en la Región 6, y entrevistar al Director Regional en relación a los sistemas de apoyo sostenibles, y en particular en cuanto a la programación local.
	La Ceiba	Administrador Regional, Región 6	Entrevistarle en cuanto al sistema de manejo financiero, sistema de suministros y logístico, y sistema de mantenimiento.
10 Mayo 95 Miercoles	La Ceiba	Epidemiólogo Regional, Región 6	Entrevistarle en relación al sistema de información gerencial y de salud, y como se utiliza los datos e información en la Región.
	La Ceiba	Estadigráfo Regional, Región 6	Entrevistarle en relación al sistema de información gerencial y de salud, y como se aplica a los datos e información en la Región.
11 May 95 Jueves	La Ceiba	Encargado de Educación, Región 6	Entrevistarle en cuanto al desarrollo de recursos humanos y los programas de educación y comunicación para la salud.
	La Ceiba	Encargados de supervisión y monitoreo, Región 6	Entrevistarles en cuanto al sistema de supervisión y monitoreo utilizado en la Región 1.

FECHA	LUGAR Y HORA	NOMBRE	OBJETIVO
	Región 6	Jefe de Area y la Enfermera de Area	Entrevistarles en cuanto a los sistemas de apoyo sostenibles en su área, y en especial la programación local.
	Región 6	Personal de un CESAMO de la Area anterior	Entrevistarles en cuanto a los sistemas de apoyo sostenibles en su área, y en especial la programación local.
	Región 6	El personal de un CESAR de la Area anterior	Entrevistarles en cuanto a los sistemas de apoyo sostenibles en su área, y en especial la programación local.
12 May 95 Viernes	La Ceiba	Informe de los Resultados del Monitoreo realizado por la Unidad de Coordinación del Proyecto Sector Salud II	Resultados del monitoreo de la Región 6.

Plan de Visitas, Ing. Oscar Larrea

Fecha	Lugar y Hora	Nombre	Objetivo
3 de mayo	Oficina DSA - Region 1 8:30 A.M. PRASAR SANAA 2:00 P.M.	Dr. Eladio Ucles Ing. Francisco Antunez	Reunion con DSA para recabar datos sobre cobertura, poblacion beneficiada y otros datos de las res regiones en que actua el Proyecto. Reunion con el Proyecto PRASAR/SANAA/USAID para conocer la marcha del proyecto, rendimientos, costos y todas las actividades relacionadas con el Convenio Sector Salud II en lo que relaciona con SANAA.
4 de mayo	MSP Region 1 8:30 A.M.	Jefe de Division Educacional	Reunion con la Division de Educacion para la Salud del MSP a fin de obtener informacion sobre mensajes y material de Ed. para la Salud en las comunidades del proyecto Sector Salud II, cursos de capacitacion para promotores y tecnicos de saneamiento y otros.
5 de mayo	Reuniones OPDs 8:30 A.M.	Por confirmar	Reuniones con OPDs, a confirmar posteriormente, que ahora estan trabajando para el proyecto.
6 de mayo	MSP 8:30 A.M.	Dr. Roberto Valladares	Analizar los resultados de la semana y hacer los ultimos arreglos de viaje a La Ceiba y El Progreso.
7 de mayo	Viaje a La Ceiba (Region 6)	Dr. Roberto Valladares	

8 de mayo	Region Salud 6 8:00 A.M.	Jefe de Region, Dr. Valladares	Analizar las actividades de instalacion de pozos con bomba manual y de letrinas, obtener datos estadisticos de cobertura, poblacion, participacion de la comunidad, funcionamiento de las Juntas de Agua, situacion de tarifas, supervisar el trabajo de los Tecnicos en Operacion y Mantenimiento (TOMs), observar las acciones de educacion y promocion y evaluar resultados. Visita de supervision a tres o cuatro comunidades rurales del proyecto. Visitar el taller de reparacion de bombas y la bodega de repuestos.
9 de mayo	8:00 A.M. 2:00 P.M.	A confirmar	Continuar el trabajo del dia anterior. Viaje a El Progreso. Visita al laboratorio de Control de Calidad de Agua. Visita al Almacen Regional.
10 de mayo	8:00 A.M.		Continuacion del trabajo anterior. Retorno a Tegucigalpa.

Plan de Visitas, Dra. Elba Velasco

Fecha	Lugar	Persona	Objetivo
Mayo/03	Region 1	Dr. Julio Arita, Director Regional	<p>Presentar los objetivos de la evaluacion de las actividades del componente de Sobrevivencia Infantil desarrollados bajo el auspicio del Proyecto de Salud II</p> <p>Solicitar asistencia para que facilite la entrevista con los miembros de su equipo tecnico a nivel de: Hospital Regional/Area, CESAR, CESAMO</p>
Mayo/04	Region 1	Hospital Regional/Darli 1 CESAR 1 CESAMO	Entrevista programada a traves de un cuestionario para los componentes de IRA, Diarrea/Colera, Inmunizaciones, Monitoria del Crecimiento, Lactancia Materna.
Mayo/05	Region 1	1 CESAMO 1 CESAR Lic. Denis Juarez Director FUNHDENI	<p>Idem</p> <p>Obtener informacion sobre las acciones de Sobrevivencia Infantil a nivel comunitario por una ONG</p>
Mayo/07	Viaja a Ceiba		

Mayo/08	Region 6	Dr. Marco Antonio Alvarenga Sr. Horacio Martinez Director OFRANEH	Presentacion de los objetivos de la evaluacion Solicitar asistencia para entrevistar su equipo tecnico Participar en la monitoria de HSII Obtener informacion sobre las actividades de Sobrevivencia Infantil, a nivel comunitario, por una ONG
Mayo/09 A.M.	Region 6	Visita CESAR CESAMO	
P.M.	Region 6	Visita componente de saneamiento con Sr. Oscar Larrea y Dr. Roberto Valladares Viaja hacia San Pedro Sula	Obtener informacion sobre mantenimiento de aguas y la educacion respecto a diarrea y colera
Mayo/10	Region 5	Entrevista Dr. Oscar Aguilar Director Regional y con su equipo tecnico	Los mismos objetivos anteriores
Mayo/11		Visitas Hospital de Area CESAMO CESAR Comunidades	Los mismos objetivos
Mayo/12 A.M.	Region 5	Visita FEDECOH ONG	Idem
P.M.		Regresa a Tegucigalpa	

Mayo/08	Region 6	Dr. Marco Antonio Alvarenga Sr. Horacio Martinez Director OFRANEH	Presentacion de los objetivos de la evaluacion Solicitar asistencia para entrevistar su equipo tecnico Participar en la monitoria de HSII Obtener informacion sobre las actividades de Sobrevivencia Infantil, a nivel comunitario, por una ONG
Mayo/09 A.M.	Region 6	Visita CESAR CESAMO	
P.M.	Region 6	Visita componente de saneamiento con Sr. Oscar Larrea y Dr. Roberto Valladares Viaja hacia San Pedro Sula	Obtener informacion sobre mantenimiento de aguas y la educacion respecto a diarrea y colera
Mayo/10	Region 5	Entrevista Dr. Oscar Aguilar Director Regional y con su equipo tecnico	Los mismos objetivos anteriores
Mayo/11		Visitas Hospital de Area CESAMO CESAR Comunidades	Los mismos objetivos
Mayo/12 A.M. P.M.	Region 5	Visita FEDECOH ONG Regresa a Tegucigalpa	Idem

Plan de Visitas, Lic. Rita Fairbanks

Fecha	Lugar y Hora	Nombre	Objetivo
3 de mayo miercoles	San Pedro Sula	Dra. Ada Josefina Rivera - IHSS Dra. Maria E. Reyes - Liga Lactancia Dr. Samara - Hospital MSP Lic. Maria de Mejia - ASHONPLAFA	

Annex 5
Contact Lists

HEALTH SECTOR II EVALUATION

INTERVIEW AND MEETING LOG

SUSTAINABLE SUPPORT SYSTEMS SPECIALIST

Dr. Peter Boddy

MEETINGS

1. **27-29 April 95. Hotel Plaza San Martin, Tegucigalpa:** Team planning meeting. Participants: Ms. Linda Sanei, Coordinator, HTS; Ms. Melanie Sanders Smith, Team Building Specialist; Dr. Elba Velasco, Child Survival Specialist; Lic. Rita Fairbanks, Reproductive Health Specialist; Eng. Oscar Larrea, Water and Sanitation Specialist; Dr. Carl Kendall, Team Leader; and, Dr. Peter Boddy, Sustainable Support Systems Specialist.
2. **28 April 95. Hotel Plaza San Martin, Tegucigalpa:** Meeting with USAID/Honduras staff. Participants: Eng. Herb Caudill, TAACS-water; Dr. David Losk, Health Officer, USAID; Dr. Stan Terrell, TAACS-Child Survival, AIDS/USAID; Eng. Francisco Antunez, SANAA-USAID. USAID. Dr. Roberto Valladares, MOH.
3. **28 April 95. Hotel Plaza San Martin, Tegucigalpa:** Meeting/Reception. Participants: Dr. Fanny Mejia, Director of the Division of Health Education, MOH; Dr. María del Carmen Miranda, Reproductive Health Officer, USAID/Honduras; Dr. Angel Coca, USAID; & Dr. Mary Ann Anderson, Chief of HRD, USAID/Honduras.
4. **29 April 95. Hotel Plaza San Martin, Tegucigalpa:** Meeting with USAID/Honduras staff. Participants: Mr. Ross Hicks, Health Sector II Project Administrator; Dr. Antonio Pinto, Health Officer; Dra. Ma. del Carmen Miranda, Reproductive Health Officer; Dr. Gustavo Bardeles, Health Sector II Project Coordinating Unit; Dr. Stan Terrell, TAACS Child Survival-AIDS Advisor; and, Dr. David Losk, Health Officer.
5. **02 May 95. MOH, Tegucigalpa:** MOH Counterpart Meeting. Participants: Dr. Sergio Carias, Head, Directorate of Planning, & Dr. Gustavo Flores, Head, Diarrhea & Cholera Control, Maternal-Child Health Division.
6. **02 May 95. MOH, Tegucigalpa:** MOH Counterpart Meeting. Participants: Dr. Juan de Dios Paredes & Lic. Luis Alonzo Lopéz, Vice-Ministers; Drs. David Losk, Stanley Terrell & Gustavo Bardales of USAID; Drs. Sergio Carias, Gustavo Flores, Roberto Valladares & Fanny Mejia, MOH counterparts; &, Drs. Carl Kendall, Elba Velasco & Peter Boddy, Lic. Rita Fairbanks, & Eng. Oscar Larrea, external evaluators.

7. **05 May 95. Region 1 Offices, Tegucigalpa:** Region 1 Debriefing. Participants: Dr. Julio Arrita, Director, Region 1; Dr. Jorge Sierra, Epidemiologist, Region 1; Lic. Ermilina Amador, Educator, Region 1; Dr. Henry Murillo; Lic. Belinda Aguilar, Maternal-Child health technician; and Drs. Sergio Carias & Peter Boddy, Evaluation Team.
8. **06 May 95. Hotel Honduras Maya, Tegucigalpa:** Meeting with USAID: progress to date with HSII evaluation: Drs. David Losk & Stan Terrell, and Evaluation Team members.
9. **10 May 95. Region 6 Offices, La Ceiba:** Meeting with Region 6 personnel: Initiation of visit to Region 6. Region 6 participants: Dr. Luis Gustavo Amaya, Subdirector for Medical Care & Regional Epidemiologist; Dr. Rafael Mejia, Subdirector for Environmental Care, Region 6; Lic. María Teresa González, Assistant for Medical Care; Belisa R. Guillén, Regional Psychologist; Lic. Mayrn López, Hospital Supervisor; and, PM Miriam Yolanda Flores, Regional Administrator. Other participants: Dr. Sergio Carias, Director, Directorate of Planning, MOH; Lic. Ross Marvin Hicks, HSII Administrator, USAID; & Dr. Peter Boddy. Telephones: 411695, 411685, 411723, and 411697 (fax).
10. **10 May 95. San Juan Pueblo, Atlántida:** Meeting with personnel of the San Juan Pueblo CESAMO, Area 2 (Tela), Region 6 (Atlántida) concerning the sustainable support systems in their health center. Participants: Dr. Alexis Reyes, physician; Lic. María Elena Escobar, Sector Nurse; Lily Espinoza, Auxiliary Nurse; Isolina Ruiz, Auxiliary Nurse; Cecilia Ruismot, Auxiliary Nurse; Dr. Rafael Mejia, Subdirector, Region 6; Dr. Sergio Carias, Director, Directorate of Planning, MOH; Lic. Ross Marvin Hicks, HSII Administrator, USAID; & Dr. Peter Boddy.
11. **11 May 95. Region 6 Offices, La Ceiba:** Meeting with Area 1 (La Ceiba), Region 6, team members to discuss the sustainable support systems in their area. Participants: Dra. Gloria Padilla, Head, Area 1; Lic. Susana Berdona, Nurse Supervisor, Area 1; Ana Amaya, Education Specialist, Area 1; Dr. Sergio Carias, Director, Directorate of Planning, MOH; Lic. Ross Marvin Hicks, HSII Administrator, USAID; & Dr. Peter Boddy.
12. **12 May 95. Region 6 Offices, La Ceiba:** Meeting for Health Sector II MOH Project Coordinating Unit Monitoring Report, Region 6, 1995. Participants: Region 6 staff: Dr. Rafael Mejia, Subdirector for Environmental Care; Lic. María Teresa González, Assistant for Medical Care; PM Miriam Yolanda Flores, Administrator; PM Sandra Regina Moncada, Statistician; Lic. Belisa R. Guillén, Psychologist; Education Specialist. Region 6 Area Heads: Areas 1 (Dra. Gloria Padilla), 2 (Dr. País), 3, 4 & 5. Health Sector II MOH Project Coordinating Unit staff, Dr. Gustavo Bardales, & Dr. Trinidad ... USAID Honduras staff: Dr. Antonio Pinto, Health Officer; Lic. Ross Marvin Hicks, HSII Administrator; & Dr. Stanley Terrell, TAACS Advisor. Evaluation team members: Dr. Sergio Carias,

Director, Directorate of Planning, MOH; Dr. Carl Kendall, Evaluation Team Leader, & Dr. Peter Boddy, Support Systems Specialist.

13. **15 May 95. UNAH Medical School, Tegucigalpa:** Meeting with UNAH MPH program teaching staff: Dr. Manual Alfredo Leiva, Dra. Leda Bolaños de Llanos, Dra. Roebinda Nuñez, MSc. Rina Turcios de Oqueli, MSc. María Elena Cáceres, MSc. Ana María Dávila de Sánchez, and MSc. Wilfredo Dominguez. Tel. 391977.
14. **15 May 95. Hotel Plaza San Martin, Tegucigalpa:** Meeting with USAID/Honduras staff & evaluation team; progress to date with HSII evaluation. Participants: Drs. David Losk & Stan Terrell, and Evaluation Team members.

INTERVIEWS

1. 03 May 95. Region 1 offices, Tegucigalpa: Dr. Julio Arrita, Director, Region 1. Telephone (Tel.): 367157.
2. 03 May 95. Region 1 offices, Tegucigalpa: Ms. Ada Leticia Rodriguez, Regional Accountant, Region 1. Tel.: 367157.
3. 03 May 95. Region 1 offices, Tegucigalpa: Lic. Ermelina Amador Motiña, Regional Educator, Region 1. Tel.: 367157.
4. 03 May 95. Region 1 offices, Tegucigalpa: Lic. Gloria Soto de Gamboa, Monitoring Department, Region 1. Tel.: 367157.
5. 04 May 95. Region 1 offices, Tegucigalpa: Dr. Jorge Sierra, Regional Epidemiologist, Region 1. Tel.: 367157.
6. 04 May 95. Region 1 offices, Tegucigalpa: Lic. Lubi Carranza, Statistics Department, Region 1. Tel.: 367157.
7. 04 May 95. Region 1 offices, Tegucigalpa: Dra. Janet Varela, Chief, Area 2, Region 1. Tel.: 367157.
8. 04 May 95. La Ermita, Morazán: Mrs. Dililah Varela, Auxiliary Nurse, CESAR La Ermita, Area 4, Region 1.
9. 05 May 95. Valle de Angeles, Morazán: Dra. Ana Melinda Flores, CESAMO Valle de Angeles, Area 2, Region 1.
10. 05 May 95. Valle de Angeles, Morazán: Aux Ana Marta Elidia Diaz, CESAMO Valle de Angeles, Area 2, Region 1.
11. 05 May 95. Santa Lucia, Morazán: Aux. Rosalia Rodreiguez Godoy, Auxiliary Nurse, CESAR Santa Lucia, Area 2, Region 1.
12. 06 May 95. Hotel Plaza San Martin, Tegucigalpa: Dr. Alvaro Gonzales Marmol, Director, Maternal-Child Health Division, MOH.
13. 08 May 95. MOH, Tegucigalpa: Dra. María Elena Rivas, MOH Special Advisor to Vice-Minister Dr. Paredes.
14. 08 May 95. MOH, Tegucigalpa: Dra. Janet Aguilar, Development Unit Directorate of Planning.
15. 08 May 95. MOH, Tegucigalpa: Lic. María Sandoval, Budget Programming, Directorate of Planning.
16. 08 May 95. MOH, Tegucigalpa: Dra. Georgina Diaz, Head, Division of Statistics.

17. 08 May 95. MOH, Tegucigalpa: Lic. Carlos Nelson Peralta, Sub-director, Directorate of Administration.
18. 09 May 95. HED offices, Tegucigalpa: Dra. Fanny Mejia, Head, Health Education Division.
19. 10 May 95. Basics office, La Ceiba: Dr. Barry Smith, BASICS LAC Region Advisor, La Ceiba.
20. 10 May 95. Dr. Rafael Mejia, Subdirector, Region 6.
21. 10 May 95. Santa Ana, Atlántida: Aux. Nilda Claudina Meraz, CESAR Santa Ana, Area 2 (Tela), Region 6 (Atlántida).
22. 11 May 95. PM Miriam Yolanda Flores, Administrator, Region 6.
23. 11 May 95. PM Sandra Regina Moncada, Statistician, Region 6.
24. 11 May 95. PM Carlos Hernandez, Head, Regional Warehouse, Region 6.
25. 15 May 95. MOH, Tegucigalpa: Dr. Sergio Carias, Head, Directorate of Planning.
26. 15 May 95. HED offices, Tegucigalpa: Dra. Fanny Mejia, Head, HED.
27. 15 May 95. MOH, Tegucigalpa. Dr. Jorge Medina, Head, Human Resource Division.
28. 15 May 95. UNAH Medical School, Tegucigalpa: Dr. Manual Leiva, Head, Master of Public Health Program at the UNAH Medical School.
29. 18 May 95. MOH Central Warehouse, Tegucigalpa: Lic. Rigoberto Osorio R., SubDirector, and Dra. Maritza Solarzano, Technical Assistant.

HEALTH SECTOR EVALUATION

INTERVIEW AND MEETING LOG

REPRODUCTIVE HEALTH SPECIALIST

Rita M. Fairbanks

MEETINGS

- 1. 27-29 April 95 Hotel Plaza San Marin, Tegucigalpa:**
Team planning meeting. Participants:
Ms. Linda Sanei, Coordinator, HTS; Ms. Melanie Sanders Smith, Team building Specialist; Dr. Elba Velasco, Child Survival Specialist;
Dr. Peter Boddy, Sustainable Support Systems Specialist;
Dr. Carl Kendall, Team Leader; Eng. Oscar Larrea, Water and Sanitation Specialist; Rita Fairbanks, Reproductive Health Specialist.
- 2. 28 April 95 Hotel Plaza San Martin, Tegucigalpa:**
Meeting USAID/Honduras staff. Participants: Eng. Herb Caudill, TAACS-water; David Losk, Health Officer; Dr. Stan Terrell, TAACS-Child Survival/AIDS; Eng. Francisco Antunez, SANAA-USAID; Dr. Roberto Valladares, MOH.
- 3. 28 April 95 Hotel Plaza San Martin, Tegucigalpa Meeting/reception.**
Participants: Dr. Fannie Mejia, Director Division of Health Education, MOH; Dr. María del Carmen Miranda, Population Officer, USAID; Dr. Angel Coca, Population Officer; Dr. Mary Ann Anderson, Chief, HRD; Dr. José Lopez Canales, OB/GYN, IHSS.
- 4. 29 April 95 Hotel Plaza San Martin, Tegucigalpa: Meeting with USAID staff.**
Participants: Mr. Ross Hicks, HSII Administrative Officer; Dr. Antonio Pinto, Health Officer Dr. M. del Carmen Miranda, Population Officer; Dr. Gustavo Bardales, HSII Coordinating Unit; Dr. Stan Terrell, TAACS Officer, and David Losk, Health Officer, Project Manager HSII.
- 5. 02 May 95 Ministry of Health (MOH) Tegucigalpa: Counterpart Meeting.**
Participants: Dr. Juan de Dios Paredes, VM, Lic. Luis Alonzo Lopez, VM. Drs. David Losk, Stan Terrell and Gustavo Bardales, USAID; Drs. Sergio Carias, Gustavo Flores, Fannie Mejia, Roberto Valladares, MOH Counterparts; Evaluation Team.
- 6. 03 May 95 Clinica de la Mujer, Hosp. Leonardo Martinez, San Pedro Sula:**
Participants: Dr. José Samara, Director, Hosp. Leonardo Martinez; Dr. José Eduardo Bueso, OB/GYN, Clinica de la Mujer; Alan David Aparecio, Health Ed., Dr. Ma. del Carmen Miranda, USAID.
- 7. 03 May 95 IHSS Hospital, San Pedro Sula: Participants:**
Dr. Ada Josefina Rivera, Jefe Dept. Med. Preventiva; Enf. Amelia Motiño, Supervisor, Factory Clinics; María del Carmen Miranda, USAID.

8. **03 May 95, La Leche League, San Pedro Sula Participants**
Dr. María Elena Reyes, Director; Dr. Ingrid Carol Lopez,
Education Director, M. del Carmen Miranda, USAID.
9. **03 May 95, ASHONPLAFA, San Pedro Sula Participants:**
Dr. María de Jesus de Mejia, Director Clinica ASHONPLAFA,
Dr. M. del Carmen Miranda, USAID.
10. **04 May 95 Hotel Plaza San Martin, Tegucigalpa:**
Counterpart meeting with Dr. Georgina Diaz, Dir. Division of Statistics.
11. **05 May 95 MOH, Tegucigalpa:** Counterpart meeting with Dr. Georgina Diaz.
12. **06 May 95 Hotel Plaza San Martin, Tegucigalpa: Participants:**
Dr. Alvaro Gonzales, Director Division Maternal Child Health, MOH;
Elba Velasco, Peter Broddy.
13. **06 May 95 Hotel Maya, Tegucigalpa: Participants:**
Dr. Stan Terrell, David Losk, Peter Boddy, Elba Velasco, Oscar Larrea,
Carl Kendall.
14. **06 May 95, Hotel Maya, Tegucigalpa: Participants:**
Julie Becker and Mariella Ureno, IPPF/Western Hemisphere.
15. **08 May 95 Clinica Santa Fe, Periferica, Tegucigalpa:**
Dr. José Lopez Canales, OB/GYN, IHSS, Dr. Angel Coca, USAID
16. **08 May 95 MOH, Tegucigalpa: Counterpart Meeting with**
Lic. Elida Aguilar, Assistant, Women's Health Care Department, MOH;
Lic. Laura Martinez, Assistant.
17. **09 May 95 Hospital Gabriel Alvarado, Danlí: Participants**
Lic. Elida Aguilar, Dr. Ramon Perez, Hospital Director;
Lic. Corali Beaumont, Chief Area Nurse.
18. **09 May 95 Maternal/Child Health Center, Paraíso:**
Physician Dir. of Center, Elida Aguilar.
19. **12 May 95 Hospital Escuela, Tegucigalpa: Participants:**
Dr. Zambrano, Director, Dr. Perez, Dir. OB/GYN; Lic.
Elida Aguilar.
20. **15 May 95 Hotel Plaza San Martin, Tegucigalpa: Meeting**
with USAID Staff and evaluation team - progress to date.

INTERVIEWS

April 27, 1995 **USAID Laurie Loux, Angel Coca, M. del Carmen Miran**

May 01, 1995 **USAID Mary Ann Anderson**

May 10, 1995 **Health Education Division, Dr. Fannie Mejia**

May 10, 1995 **University Nursing School, Lic. Cristina Buchanan**

May 10, 1995 **UNFPA Project, Lic. Carmen Lobo**

May 11, 1995 **Auxiliary Nurse, CESAR, Las Flores**

May 11, 1995 **MCH Center Chief Nurse, Siguatepeque**

May 12, 1995 **Women's Health, MOH, Dr. Mirta Ponce**

May 12, 1995 **USAID, Laurie Loux**

May 18, 1995 **Women's Health, MOH, Lic. Laura Martinez**

May 20, 1995 **Population Council/INOPAL III, Rebecca Laundry**

May 24, 1995 **PAHO, Dr. José Cipriano Ochoa, Adviser MCH**

May 26, 1995 **INCAP/PAHO Lic. Hilda Mejia, Nutritionist.**

CHILD SURVIVAL SPECIALIST

Dr. Elba M. Velasco

MEETINGS

27 April 95. USAID Honduras: Meeting with Eng. Herb Caudill, TACCS-water.

02 May 95. MOH, Tegucigalpa: MOH counterpart Meeting. Participants: Dr. Gustavo Flores, Head Diarrhea Disease and Cholera Control Program, Maternal and child Health Division.

03 May 95. Region 1, Hospital Gabriel Alvarado, Danli: Initiation of evaluation of Child Survival interventions in the Region. Participants: Dr. Ramon Antonio Perez, Director, Lic. Corali Beaumont, Head Nurse of the Area, Lic. Betsy Rapalo, Head Nurse, Dr. Gustavo Flores, MOH counterpart. Telephone 93-21-00.

03 May 95. Region 1, CESAMO El Paraiso: Evaluation of Child Survival interventions. Participants: Dr. Gaby Iguigurem, Head, Dr. Jorge Bueso, in Social Service duty, Lic. Viviana Perez, Nurse Sector El Paraiso, Lic. Leydi Diaz, Nurse in Social Service duty, Lic. Nelida Sosa, Auxiliary Nurse, Dr. Gustavo Flores, MOH counterpart.

04 May 95. Region 1, CESAR De Jutiapa: Evaluation of Child Survival Interventions. Participants: Norma Patricia Molina, Supervisor Sector 5, Lic. Elsa Hernandez, Dr. Gustavo Flores, MOH counterpart

05 May 95. Region 1, FUNHDANI (Fundacion Hondurena para el Desarrollo del Nino), CESARs La Hermita and El Tablon. Evaluation of Child Survival interventions by PVOs. Participants: Lic. Digna Ferrera, Auxiliary Nurse in Social Service duty, Dania Varela Aux. Nurse, La Hermita, Lic. Miriam Andino Nurse Supervisor and Denis Juarez, Director FUNHDANI, Dr. Gustavo Flores, MOH counterpart.

06 May 95. Tegucigalpa: Meeting USAID Dr. David Losk and Dr. Stan Terrell and Evaluation Team. Up date of activities.

07 May 95. Region 6 Offices, La Ceiba: Meeting with Regional staff to explain visit and request support. Participants: Dr. Marco A. Alvarenga Regional Director, Lic. Miriam de Valenzuela, Coordinator of Continued Education, Lic. Norma de Carias, Head Department of Nursing, Melbi Castro Soto, Head MCH, Lic. Rosario Fernandez Diaz, EPI Technician, Lic. Sandra Regina Mercado, Statistician, Julio Roberto Ordonez, Cold Chain Technician, Dr. Luis Gustavo Amaya, Epidemiologist, Dr. Gustavo Flores MOH counterpart. Telephones: 41-1685, 41-1695, 41-1723.

08 May 95. Region 6 OFRANEH (Organizacion Fraternal Negra de Honduras), La Ceiba. Meeting with PVO staff and request information on the Child Survival activities. Participants: Horacio Martinez Director, Minery D Montero Suazo, Director of Projects and Evaluations, Dr. Sonia Guity Project Physician, Dr. Gustavo Flores, MOH counterpart.
Telephone 43-24-92

08 May 95. Region 6 Offices Monitoring of HSII project. Participants: Dr. Gustavo Bardales, Antonio Pinto and the technical group from the UCP and from Region 6.

08 May 95. Region 6. BASICS Office, Meeting with Dr. Barry Smith Regional Advisor to the BASICS project, concerning activities of POSAIN in the country.

09 May 95. Region 6 Regional Hospital, Atlantida. Meeting with regional staff concerning information about Child Survival activities. Participants: Dr. Jorge Peraza, Director, Lic. Luisa R Rodriguez, Chief Nurse, Lic. Norma de Carias, Head Nurse for the Region, Dr. Gloria Pavia, Chief Nurse Area 1, Lic. Efedora Perdomo, Nurse Area 1, Ana Amayo, Educator, Lic. Estefania de Galeano, Community Nurse, Dr. Gustavo Flores, MOH counterpart.

09 May 95. Region 6, Unidad de Rehidratacion Comunitaria (UROC), Colonia San Judas. Visit to this unit of rehydration concerning their activities. Present: Lic. Norma de Carias, Region Head Nurse, Dr. Gustavo Flores, MOH counterpart, Ms. Zandra de Molina, Manager of the UROC.

09 May 95. Region 6, CESAR El Confite. Meeting with personnal concerning Child Survival activities. Participants: Xiomara Vargas, Auxiliary Nurse, Juventina Puerto, Auxiliary Nurse, Novarino Ruiz, Malaria Volunteer.

09 May 95. Region 6, CESAMO La Masica, Area 1. Meeting concerning Child Survival activities. Participants: Lic. Maria T Gonzales, Assistant, Maria C. Murcia, Auxiliary Nurse, Elba Lopez, Auxiliary Nurse, Digna Sevilla, Nurse Assistant, Hector Duzon, Laboratory Technician, Judith Ordonez, Pharmacy Auxiliary, Dr. Elba Robles, Social Service duty, Dr. Gustavo Flores, MOH counterpart.

09 May 95. Region 6, Community La Gazcona. Community survey for "Quality Control of services".

10 May 95. Region 5 Offices Santa Rosa. Initiation of visits to services in the

Region. Participants: Dr. Oscar Aguirre, Director, Dr. Arturo Escobar, Epidemiologist, Lic. Olguita Portilla, MCH Technician, Lic. Maritza Mejia, Regional Nurse.

Telephone: 62-0095

10 May 95. Region 5, Hogar Materno, Elvia Zavala de Ruiz, San Marcos
Visit to a community albergue for pregnant. Present: Bertha de Flores, President, Carmen Delgado, TBA, Josefa Garcia, Manager of the albergue.

10 May 95. Region 5. PVO Hermandad de Honduras, San Marcos de Ococatepeque. Meeting with staff concerning child survival activities. Present: Jesus Arturo Paz, Deputy Director and Programs Coordinator, Dr. Gustavo Flores, MOH counterpart. Telephone: 63-3938

11 May 95. Region 5. PVO Federacion del Desarrollo Comunitario de Honduras (FEDECOH). Meeting with staff concerning Child Survival activities. Present: Dra. Norma Hernandez, Chief Health Program, Hernan Luna, Acting Manager, Dr. Gustavo Flores, MOH counterpart.

11 May 95. Region 5. Community El Tablon. Community survey for "Quality Control of services".

12 May 95. CESAR San Pedro Copan. Meeting with staff concerning Child Survival activities and the "Programa de Cuidado Integral del Nino" (POSAIN). Present: Orfilia Monge, Nurse Auxiliary, Dr. Gustavo Flores, MOH counterpart.

LIST OF INDIVIDUALS CONTACTED

**Ing. Herbrt Caudill
(USAID Ciunterpart)**

**USAID/Honduras
Advisor in Rural Water Supply and Sanitation
Tel. 36-9320/2488**

**Dr. Roberto Valladares
(National Counterpart)**

**Ministerio de Salud
Asistente de la Direccion de Atencion al Medio
Tel. 37-8400**

**Ing. Francisco Antunez
(Multiple Interviews)**

**SANAA
Director, Proyecto PRASAR/SANAA/ USAID
Tel. 32-9003**

**Dr. Heladio Ucles Melzer
(2 May 1995) A.M.**

**MSP/DSA
Jefe Division Saneamiento Ambiental
Tel. 378783**

**Lic. Marcio Mejia
(2 May 1995) A.M.**

**MSP/DSA
Administrador, Division Saneamiento Ambiental
Tel. 37-8783**

**Lic. Douglas Manzanares
(2 May 1995) P.M.**

**MSP/DSA
Asistente, Division Saneamiento Ambiental
Tel. 37-8783**

**Dra. Julia Salgado
(3 May 1995) P.M.**

**Ministerio de Salud Publica
Jefe, Departamento Control de Malaria.
Telefono 37-8783**

**Dr. Benjamin Rivera
(3 May 1995) A.M.**

**MSP/DSA
Director Proyecto de Recoleccion y Tratamiento
Residuos Solidos Hospitalarios
Tel. 37-8783**

**Ing. Javier Rivera
(Multiple Interviews)**

**Proy. SANAA/PRASAR/USAID
Sub-Director. Tel. 32-9003**

**Sr. Marco Antonio Banegas
(8 May 1995) A.M.**

**Proy. SANAA/PRASAR/USAID
Administrador Regional, La Ceiba.
Telefono 41-0467**

**Sr. Jose Avelar
(8 May 1995 A.M.)**

**Proy. SANAA/PRASAR/USAID
Tecnico en Operacion y Mantenimiento, La Ceiba.**

Tel. 41-0467

Sr. Mario Rene Pena
(8 May 1995) A.M./P.M.

Proy. SANAA/PRASAR/USAID
Tecnico en Agua y Saneamiento, La Ceiba
Telefono 41-0467

Prof. Javier Osorio
(8 May 1995) A.M./P.M.

Secretario Junta de Agua, Las Camelias
La Ceiba

Sr. Ramon Gomez
(8 May 1995) P.M.

Tesorero, Junta de Agua, Los Chorritos
La Ceiba

Dr. Juan Mejia Borjas
(8 May 1995) A.M.

MSP, Region 6, La Ceiba
Sub-Director Atencion al Medio
Tel. 41-4116

Sr. Armando Rojas
(8 May 1995) A.M.

MSP, Region 6
Coordinador Saneamiento Ambiental
Tel. 41-4116

Sr. Oswaldo Castellanos
(9 May 1995) A.M.

MSP, Region 6
Coordinador, Calidad de Agua
Tel. 41-1695

Sr. Pierre Charles Perret
(9 May 1995) P.M.

MSP, Region 6
Promotor de Salud, Caceres

Sra. Julia Estela Turcios
(9 1995) P.M.

MPS, Region 6
Auxiliar de Enfermeria, C.S.R.,
La Union, Atlantida

Prof. Norman Rene Gallegos
(9 May 1995 A.M.)

Proy. SANAA/PRASAR/USAID
Encargado, Laboratorio Control Calidad de Agua,
El Progreso. Tel. 66-0715

Bach. Enna Rosario Chavez
(9 May 1995 P.M.)

Proy. SANAA/PRASAR/USAID
Asistente, Laboratorio Control Calidad de Agua, El
Progreso. Tel. 66-0715

Ing. Melvin Guevara
(9 May 1995 P.M.)

Proy. SANAA/PRASAR/USAID
Encargado Gerencia General. Tel. 66-4192

Ing. Oscar Almendares
(9 May 1995) A.M.

MSP, Region 3, San Pedro Sula
Jefe Saneamiento Ambientall. Tel. 52-3102

Prof. Adolfo Avilez

MSP, Region 3, San Pedro Sula

(9 May 1995) A.M.

Coordinador de Promotores en Salud. Tel. 52-3102

**Dr. Carlos Alfonso Bennaton
(10 May 1995) A.M.**

**MSP, Region 3, San Pedro Sula
Director. Tel. 52-3024**

**Dr. Jaime Segura
(10 May 1995) A.M.**

**MSP, Region 3, San Pedro Sula
Sub-Director Regional. Tel. 52-1882**

**Prof. Cristobal Alcantara
(11 May 1995) A.M.**

**MSP, Region 3, San Pedro Sula
Coordinador de Promotores de Area. Tel. 52-6388**

**Sr. Marco Tulio Salinas
(11 May 1995) A.M.**

**MSP, Region 3
Promotor de Salud, La Lima
Telefono 52-6388**

**Sr. Ezequiel Galo Sorto
(11 May 1995) A.M.**

**Junta de Agua
Presidente, La Lima**

**Ing. Wilfredo Serrano
(11 May 1995)**

**Coordinador de Proyectos
31-4359**

**Prof. Jacobo Nunez
(15 May 1995)**

**Director, Agua para el Pueblo
Tegucigalpa, Tel. 31-4359**

Dr. Francisco Melara

**Director
Direccion General de Atencion al Medio
Tel. 37-8400**

Annex 6
Questions and Answers

SISTEMAS DE APOYO SOSTENIBLES DEL MINISTERIO DE SALUD

1. PROGRAMACION LOCAL

1.1 ¿Ha mejorado la programación local como resultado de las intervenciones del proyecto?

La programación local es el medio a través del cual se logrará, a nivel operacional, la administración descentralizada, la toma de decisiones y la administración presupuestaria (o sea, a nivel de las UPS¹). Esencialmente se refiere a que cada UPS planifique sus metas y actividades con base en el tamaño, distribución y prioridades de su población meta; tomando en cuenta los problemas de salud local; y, considerando los recursos locales disponibles. Una premisa básica es que la programación será determinada por el personal de la UPS local, con apoyo de los niveles de área y región. La participación comunitaria es importante para el proceso de programación local.

Programación local quiere decir que el personal a nivel operacional del MdeS podrá programar, implementar, monitorear y evaluar los recursos de salud. Esto asegurará lo siguiente:

- 1] La distribución adecuada de fármacos y suministros a cada UPS.
- 2] Colocación más eficaz del personal a nivel operacional.
- 3] Monitoreo y evaluación adecuado de los diferentes programas de supervivencia infantil a través de sistemas de información de salud (SIS).
- 4] Mayor autoridad para programar y presupuestar.
- 5] Control de visitas de supervisión y actividades de apoyo relacionadas.²

La programación local es un énfasis importante del Proyecto Sector Salud II (SSII) y es una de las estrategias principales del Plan de Salud del Gobierno de Honduras (GdeH).³ Todo el personal del MdeS entrevistado lo consideró un componente crucial. A medida que se practique, es un medio para estimular y realzar la administración local. Esta administración local facilita la prestación de servicios básicos de salud en más de 810 UPS (ver Tabla 1). El enfoque en la programación local es el fundamento crítico para mejorar los servicios locales.

En general, la programación local se encuentra en la etapa inicial en la mayoría de los centros de salud. La mayor parte de la planificación o programación parece ser llevada a cabo por la

¹ UPS = Unidad Productora de Servicios. Esto se refiere a los dos tipos de centros de salud, conocidos como CESAMO y CESAR. CESAMO = Centro de Salud con Médico. CESAR = Centro de Salud Rural.

² AID/LAC/P426: DOCUMENTO DE PROYECTO, SECTOR SALUD II, HONDURAS. Proyecto No. 522-0216, Washington, D.C., 1988. Páginas 27-28.

³ HONDURAS: SITUACION DE SALUD Y PRIORIDADES 1994-1997. Páginas 5, 7, 9.

enfermera de sector o área, con la asistencia de personal local, por lo general enfermeras auxiliares. En los centros visitados, parece ser un procedimiento relativamente mecánico de actualizar las metas del plan del año anterior. Existe muy poca investigación de los indicadores actuales de salud y tampoco se llevan a cabo estudios de necesidades. En la gran mayoría de las localidades, no se ha llevado a cabo un censo familiar local desde 1988 ó 1989; los datos de población generalmente se basan en cálculos estimados de esas encuestas. Existe poco análisis de la situación de salud actual de sus comunidades llevada a cabo por el personal de salud local.

Tabla 1. Areas y UPS por Región. Honduras, 1993.⁴

Región .	Número de Areas	UPS		
		Número de CESAR	Número de CESAMO	Total
Metropolitana	3	15	15	30
1	4	79	24	103
2	5	93	19	112
3	8	86	48	134
4	5	99	21	120
5	4	89	30	119
6	5	67	26	93
7	4	62	16	78
8	1	19	2	21
Total	39	609	201	810

Generalmente, la participación comunitaria va de rudimentaria a inexistente. En uno de los centros visitados, los miembros de la comunidad estaban reunidos para escuchar sobre el plan que había preparado el personal del centro de salud, se les pidió su opinión y su contribución para poder lograr las metas propuestas. En otro centro, se reunió a los líderes locales para discutir las necesidades del centro. En otro lugar, el personal voluntario local se reunió con personal del centro para decidir las metas futuras. De nuevo se notó que parecía haber poca participación de la comunidad en el análisis de la situación de salud local, o en la identificación de las necesidades y expectativas de la comunidad, así como en la respectiva toma de decisiones.

⁴ Departamento Estadístico: BOLETIN DE ESTADISTICA E INFORMACION DE SALUD; ESTADISTICAS DE ATENCION AMBULATORIA, AÑO 1993. MSP, Tegucigalpa, 1994.

La participación comunitaria en los cuidados de salud es una preocupación creciente en todo el mundo. La programación local proporciona una excelente oportunidad para involucrar a la comunidad en el desempeño de actividades de salud. Es más probable que la comunidad contribuya a satisfacer las necesidades del centro de salud, si este centro incluye a la comunidad en el proceso de planificación y programación.

La supervisión de apoyo es esencial para desarrollar las habilidades necesarias para la administración y programación local. Existen cuatro niveles de supervisión (ver Pregunta 2.1, más adelante). En los centros visitados, el personal de salud no había sido capacitado en habilidades gerenciales o administrativas dentro de sus programas de estudios profesionales. Durante el último año, no ha habido actividades de capacitación para capacitar al personal de salud en estas áreas y tampoco ha habido intentos de desarrollar las capacidades de planificación o programación dentro de la comunidad.

1.2 ¿Se está utilizando el DOFUPS y ha mejorado éste los servicios de programación local?

DOFUPS es una colección de sistemas administrativos y de supervisión que fueron diseñados para simplificar y reducir la carga de trabajo del personal del centro de salud. Estaba dirigido principalmente a fortalecer los sistemas administrativos en los centros de salud o en las UPS y a aumentar la sostenibilidad de estos sistemas. DOFUPS quiere decir "Desarrollo Organizacional y Funcional de las Unidades Productoras de Servicios".⁵

Las funciones de apoyo administrativo incluidas en el DOFUPS son las siguientes: Se requiere la supervisión, facilitada por el POSSEM⁶, para mantener los sistemas. El POSSEM es una lista de interrogantes objetivas diseñadas para medir el desempeño del centro de salud. El POSSS⁷ está diseñado para organizar y facilitar el manejo de suministros e inventarios. POSI⁸ es un sistema de manejo de información que sistemáticamente organiza en el centro de salud, todo el papeleo, los archivos, los materiales educacionales y de referencia, etc. El mantenimiento fue

⁵ Management Sciences for Health: Informe Final del Proyecto Sector Salud II de Honduras. Boston, 1994.

⁶ POSSEM = "Proceso de Organización y Simplificación del Sistema de Evaluación y Monitoreo."

⁷ POSSS = "Proceso de Organización y Simplificación del Sistema de Suministros."

⁸ POSI = "Proceso de Organización del Sistema de Información."

facilitado a través del POSMAB⁹. Finalmente, se mantienen listados con información sobre la salud materno-infantil: LINVAC, LINEMB y LISMF.¹⁰

Durante visitas de campo, el personal de supervisión describió el uso del DOFUPS como muy importante para el desarrollo de habilidades administrativas en el personal local y para la organización de facilidades de servicios de salud eficientes y eficaces. El DOFUPS ha sido iniciado en todos los centros visitados pero, en general, sus componentes no han sido completamente ejecutados. Usualmente, el más utilizado era el POSI y se encontró en todos los centros visitados, de una forma u otra. El segundo en frecuencia de implementación fue el POSSS, aunque de nuevo notamos que no estaba completamente implementado. El POSMAB se observó en muy pocos centros y el POSSEM es raramente aplicado como se diseñó.

La unidad coordinadora del proyecto (UCP) visita una Región por mes para monitorear el progreso de la implementación de los componentes del SSII. Durante el proceso de monitoreo, visitan CESAR seleccionados al azar para medir la implementación del SSII a nivel local. La Tabla 2 nos muestra los resultados en relación con el DOFUPS.

Tabla 2. Ejecución del DOFUPS
Visitas de Monitoreo de la UCP, Honduras, 1993-1995.¹¹

	1993 (9 Regiones)	1994 (9 Regiones)	1995 (Región 6)
Número de CESAR Visitados	77	77	11
POSI	74%	95%	73%
POSSS	79%	88%	64%
POSSEM	66%	84%	27%
POSMAB	36%	29%	18%

⁹ POSMAB = "Proceso de Organización y Simplificación del Mantenimiento Básico."

¹⁰ LINVAC = "Listado de Niños a Vacunar"
LINEMB = "Listado de Embarazadas"
LISMF = "Listado de Mujeres de Edad Fértil".

¹¹ Unidad Coordinadora del Proyecto: Base de Datos Consolidada de Visitas de Monitoreo, 1993-1994; y, Resultados de la Visita de Supervisión en Región 6, 1995.

Donde se ha utilizado el DOFUPS, se le ha dado crédito por el mejoramiento de la programación local y de los servicios de salud prestados. Aún cuando al momento sus componentes no están implementados completamente, parece que el reconocimiento de la necesidad de organizar alguna respuesta a las necesidades discutidas por el DOFUPS sí es general.

El problema más serio con la implementación del DOFUPS parece ser la falta de capacitación en sus propósitos y uso, especialmente a nivel local y de área. Es posible que el personal que se había entrenado anteriormente, ya no trabaje en los puestos que tenían y es posible que el personal que ahora desempeña esos trabajos sea nuevo. El personal de salud local nunca ha recibido una capacitación consistente de DOFUPS y de funciones administrativas relacionadas.

2. SUPERVISION

2.1 ¿Ha mejorado la supervisión continua como resultado de las intervenciones del proyecto?

El énfasis del SSII en la supervisión como estrategia principal para implementar los componentes técnicos como administrativos ha estimulado y mejorado la supervisión. El uso del DOFUPS ha promovido y mejorado la supervisión continua a nivel local.

El desarrollo de sistemas para organizar y canalizar la programación y administración local ha proporcionado un enfoque de supervisión práctico concentrado en la prestación eficaz de servicios de salud básicos y cuestiones de control de calidad, más que en el cumplimiento de tareas específicas y la producción de indicadores estadísticos. La utilización y refuerzo de la supervisión de apoyo en vez de la supervisión que "busca fallas", ha mejorado la eficacia de la supervisión a todos los niveles, aunque este tipo de supervisión no ha sido uniformemente aplicado en todas las áreas.

Los supervisores regionales comprenden que la supervisión de apoyo continua tiene muchas ventajas. Estas incluyen el hecho de que sirven como método eficaz para identificar y corregir problemas que puedan impedir o interferir con la prestación de servicios de salud apropiados y de buena calidad; sirven como proceso de monitoreo de cumplimiento de las metas locales; una estrategia de capacitación; y como vehículo para determinar dónde asignar los escasos recursos de manera que se obtengan los mejores resultados.

Existen cuatro niveles de supervisión:

1. El nivel nacional o central supervisa la región;
2. El nivel regional supervisa las áreas;
3. El nivel de área supervisa los sectores y niveles locales;
4. El nivel local supervisa al personal comunitario, en su mayoría voluntario.

La continuidad y frecuencia de la supervisión en todos los niveles es variada e inconsistente. La principal actividad de supervisión del nivel nacional son las reuniones mensuales con todos los directores regionales, los Vice-Ministros y otro personal del MdeS. Solamente la División de Salud Materno-Infantil (DSMI) programa visitas regulares de monitoreo/supervisión a las Regiones, dedicando una semana de cada mes para visitar una Región específica y supervisar la ejecución de los programas de SMI en todos los niveles. Otras divisiones técnicas visitan las Regiones esporádicamente.

La supervisión de Areas y de UPS por parte de las Regiones es variada. El personal de la Región 1 programa por lo menos 4 visitas de supervisión al año para cada nivel (incluyendo hospitales, CESAMO y CESAR¹²) cada cuatro meses, además de las reuniones mensuales con los jefes de Areas. Las limitaciones geográficas a veces sólo permiten 2-3 visitas de supervisión a algunas localidades. El personal de la Región 6 no programa visitas de supervisión a sus Areas, sino que confían en las reuniones de evaluación mensual que tienen con los jefes de Area. El personal de Area debe visitar cada localidad por lo menos una vez al año en las dos Regiones. Las enfermeras de Areas y Sectores generalmente sí visitan cada localidad una vez al mes.

Las visitas de supervisión a nivel local todavía tienden a ser del tipo "busca culpa" más bien que de apoyo. Los jefes de área (médicos) y las enfermeras de Area y de Sector indicaron que ellos sabían que la supervisión de apoyo era mejor y que era política del MdeS utilizar supervisión de apoyo. También dijeron que todavía no hacían bien la supervisión de apoyo, achacándolo a varios factores, incluyendo la falta de tiempo, hábitos establecidos y conocimiento insuficiente del proceso.

El personal local comentó que ellos sabían que debían recibir supervisión de apoyo, pero que raras veces lo hacían y que en su lugar recibían la tradicional lista de deficiencias. Sus fallas se anotaban en una libreta para referencia futura. Todas las enfermeras auxiliares que visitamos tenían estas libretas y a menudo se repetía la misma anotación. Aunque recibían supervisión negativa, todo el personal local comentó que les gustaría recibir más visitas de supervisión, ya que de esa manera podrían mejorar sus servicios. También dijeron que les gustaría les anunciaran de antemano las visitas de supervisión, para poder así poder programar el tiempo que pasarían con los supervisores y evitar conflictos entre las actividades.

El personal Regional y de Area indicó que desafortunadamente la frecuencia de las visitas de supervisión disminuiría debido a los contratiempos descritos abajo. Una de las áreas problema del MdeS es la relativa falta de incentivos positivos y reconocimientos por un trabajo bien hecho. Esto sería particularmente provechoso como suplemento de la supervisión de apoyo.

¹² CESAMO = Centro de Salud con Médico.
CESAR = Centro de Salud Rural.

2.2 ¿Cuáles son las limitaciones para implementar un sistema de supervisión eficaz y sostenible?

Una de las limitaciones tiene que ver con la capacitación. El personal de todo nivel requiere la capacitación continua y mejorada, primero para establecer y luego para reforzar y perfeccionar los valores apropiados, las actitudes y habilidades para poder implementar la supervisión de apoyo, especialmente en los niveles de área y local. También, los oficiales y residentes comunitarios deben aprender a participar en el proceso de supervisión como parte de la programación local.

Una segunda limitación está relacionada con el financiamiento. El reciente incremento en los niveles autorizados de pago de viáticos, que aumentó en un 300% sin el correspondiente incremento en los presupuestos Regionales, efectivamente quiere decir que existen menos fondos disponibles para las visitas de supervisión. El pago de viáticos permite la movilización y participación del personal en las siguientes actividades:

1. Campañas especiales de prestación de servicios (ej.: campañas de vacunación);
2. Reuniones de análisis y evaluación;
3. Programación local;
4. Actividades de capacitación;
5. Visitas de supervisión;
6. Reuniones con participación comunitaria; etc.

Un tercer obstáculo es el transporte. La falta generalizada de una flota de transporte confiable en las regiones obstaculiza severamente las actividades de supervisión. Por ejemplo, la Región 6 tiene un total de 38 vehículos, de los cuales 20 (53%) no funciona y los restantes 18 no siempre funcionan. Existe una gran demanda para uso de los vehículos por todos los programas técnicos y otras actividades programadas por los niveles regionales, de área y locales. Además de la falta de vehículos, los fondos presupuestados para el mantenimiento y la compra de combustible es extremadamente inadecuada y, por consiguiente, limitante.

2.3 ¿Cómo se puede mejorar la calidad de la supervisión?

La calidad de la supervisión se puede mejorar por medio de una mejor definición de lo que se debe lograr durante la supervisión y como hacerlo. El hecho de sencillamente llenar un formulario como el POSSEM no es suficiente para ser considerado apoyo. La supervisión de apoyo requiere valores, actitudes y habilidades específicas. Estos elementos parecen estarse filtrando a través del sistema, principalmente a través de los esfuerzos de prueba y error para imitar lo que aparenta funcionar para otros.

Los supervisores Regionales y de Área en las Regiones visitadas dijeron que ellos mismos, así como el personal a nivel de Sector y local, necesitaban más capacitación para reforzar lo que estaban haciendo bien y para corregir lo que impide una supervisión de apoyo. El proceso puede

hacerse más eficaz y eficiente por medio de la formulación de objetivos específicos de aprendizaje y por el diseño de un programa de capacitación sistemática y de desarrollo de actividades para alcanzar estos objetivos.

Se debe escribir un manual breve describiendo como llevar a cabo la supervisión de apoyo y distribuirlo a todo el personal que debe llevar a cabo funciones de supervisión. Esto debe incluir una descripción conceptual de lo que significa la supervisión de apoyo, la actitud apropiada del supervisor de apoyo y sugerencias prácticas de cómo hacer las supervisiones. Se deben incluir escenarios de la supervisión de apoyo y de la supervisión de crítica para ilustrar las diferencias entre ambos métodos. Esto puede entonces ser referido durante las visitas de supervisión y se puede usar como complemento para otras actividades de capacitación. Se deben organizar talleres prácticos de trabajo prácticos para describir, demostrar y proveer guías prácticas de habilidades de supervisión. Todo el personal de supervisión debe asistir a breves talleres anuales de refrescamiento.

La inclusión del personal del mismo nivel, así como de miembros comunitarios en las visitas de supervisión ayudaría a mejorar las mismas. Por ejemplo, las enfermeras auxiliares más destacadas, podrían contribuir significativamente a la supervisión de otras enfermeras auxiliares. Podrían identificar problemas que ellas han enfrentado y podrían prestar asistencia técnica práctica basada en su propio éxito en la prestación de servicios y programas de salud pública. La participación de los miembros comunitarios ayudaría a fortalecer el sentido de responsabilidad hacia su centro de salud y les ayudaría a obtener a entender lo que es el centro de salud, sus operaciones y procedimientos.

2.4 ¿Debería el nivel de políticas del MdeS participar más activamente en la supervisión? Si así fuera, ¿cómo?

El nivel central del MdeS, o el nivel de políticas, debería tomar parte más activamente en la supervisión de las Regiones. El nivel de política se refiere a los más altos niveles de toma de decisiones del MdeS, tales como el Ministro, los Vice-Ministros, Directores Generales, Jefes de Direcciones y Jefes de Departamentos. El personal central/nacional debería visitar las Regiones para experimentar de qué manera sus políticas ayudan o obstaculizan la prestación eficaz y eficiente de servicios de salud a la población. El simple hecho de emitir políticas y formular programas para la implementación regional, de área y local basados solamente en los informes del personal regional, es algo así como diagnosticar y tratar a un paciente por teléfono.

Parece ser que la División de Salud Materno-Infantil y la Unidad Coordinadora del Proyecto SSII son actualmente los únicos organismos de nivel central/nacional que regularmente supervisan y monitorean sus programas en sus niveles regionales, de área y locales.

Se deben programar visitas de campo, de tal manera que se puedan combinar con los esfuerzos de supervisión y monitoreo de otras divisiones y organismos de nivel central/nacional, para interrumpir al mínimo los servicios de salud. Además, dentro de lo posible, tales esfuerzos

deben incluir personal del nivel local y estar acompañados por sesiones de retroalimentación. Sería ventajoso para la programación local en las Regiones, limitar todas las posibles visitas de supervisión a cierta semana cada mes, tal como la segunda o tercera semana.

2.5 Existe un papel constante para el proyecto en esta área?

El proyecto SSII debe continuar proporcionando asistencia técnica para el desarrollo continuado de las habilidades de supervisión en todos los niveles y fomentar el desarrollo de sistemas de supervisión en cada una de las Regiones. Aunque no es necesario que cada Región utilice el mismo sistema de supervisión, es importante que cada una de las Regiones tenga un sistema efectivo y consistente que satisfaga sus necesidades.

De acuerdo con una fuente del MdeS, tres de las Regiones han desarrollado sistemas de supervisión funcionales basados en DOFUPS (la Región Metropolitana y las Regiones 1 y 5) y una Región prácticamente no tiene sistema de supervisión (la Región 4). Las otras regiones se encuentran en posiciones intermedias entre estos dos extremos.

3. DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

3.1 ¿Ha mejorado el desarrollo de recursos humanos como resultado de las intervenciones del proyecto?

La meta del componente desarrollo de recursos humanos del SSII era el de mantener un suministro adecuado de personal actualizado y capacitado para el MdeS. La mayoría de sus objetivos numéricos han sido alcanzados. Pero, la eficacia e impacto de estas intervenciones son, ya sea desconocidas o decepcionantes. Se han preparado y distribuido doce manuales autodidácticos (ver Tabla 3), para cumplir con la meta numérica; pero en la práctica, estos son ineficaces como mecanismo de capacitación. Se ha completado un registro de recursos de personal. Por lo menos 26 empleados del MdeS han sido enviados al extranjero para graduarse en programas de salud pública, y por lo menos 15 han recibido títulos de Maestría en Salud Pública (MSP). Los objetivos de capacitación a corto plazo de voluntarios comunitarios y de cursos de refrescamiento para el personal del MdeS han sido sobrepasados.¹³

¹³ USAID/Honduras: Informes de Estado del Proyecto Sector Salud II, octubre 1, 1991 - septiembre 30, 1994.

Tabla 3. Módulos Autodidácticos, SSII, Honduras, 1993.¹⁴

TEMAS DE MODULOS	
1.	Malaria, Dengue y chagas
2.	Infecciones Respiratorias Agudas
3.	Diarrea y Cólera
4.	Lactancia
5.	Administración
6.	Tuberculosis
7.	Programas Ampliados de Inmunización
8.	Rabia
9.	Cuidados Maternos
10.	La Cadena Fría
11.	Embarazos, Parto y Post-Parto
12.	Planificación Familiar

Se han desarrollado materiales, pero no se entiende ni se recuerda una metodología contundente para el uso de los materiales en las Regiones. Por ejemplo, los módulos autodidácticos fueron diseñados, producidos y distribuidos, pero el personal en los centros que visitamos no recuerda una metodología eficaz y consistente para utilizar estos módulos. El personal en cada una de las UPS que visitamos nos mostraron copias de los módulos de autodidácticos y nos dijeron que habían leído parte de los libros. Nadie había leído un módulo completo, ni pudo explicar como utilizar los módulos eficazmente.

Los módulos autodidácticos podrían ser más efectivos con algunas instrucciones y recomendaciones simples concernientes a su uso. Por ejemplo, los supervisores deberían dar secciones de los módulos al personal para que los lean y luego dar seguimiento con cuestionarios sobre las asignaciones. Los supervisores también deben revisar los módulos para asegurarse de que se han completado las asignaciones escritas. Las reuniones mensuales de sector y de área deberían incluir regularmente sesiones para discutir lecturas asignadas y los supervisores regionales y de área deben dar seguimiento para asegurarse que esto se cumpla. También se deben dar pruebas y exámenes ocasionales. Además, se deben formular incentivos positivos. Por ejemplo, a esas personas que leen sus asignaciones y que completan los módulos podría recompensárseles con viajes para actividades de capacitación o reuniones especiales. También se deben otorgar certificados de participación en cada módulo.

¹⁴ Management Sciences for Health: INFORME FINAL PROYECTO SECTOR SALUD II. Boston, 1994.

Los departamentos y divisiones técnicas del MdeS organizan talleres de trabajo nacionales y regionales concernientes a su área de responsabilidad aparentemente sin ninguna coordinación entre eventos. Esto tiende a interrumpir el trabajo práctico del personal de área y regional. Continúa habiendo un énfasis excesivo en la capacitación técnica para la prestación de servicios médicos y poco énfasis en la capacitación administrativa en todos los niveles.

Después de los programas de capacitación inicial, son pocos los eventos de capacitación para el personal local y comunitario que se organizan. El método de multiplicación de esfuerzos de capacitación tipo "cascada", que enfoca a los supervisores clave regionales y de área y suponiendo una difusión de arriba hacia abajo de conocimientos y habilidades críticos, ha demostrado ser inoperante e ineficiente. Esto ha resultado en un exceso de oportunidades de capacitación para algunos pocos y prácticamente ninguna capacitación para la mayor parte del personal.

No existe una evaluación sistemática de los resultados e impacto de la capacitación, aparte de la observación de desempeño casual y anecdótico. Los organizadores comparan la conducción de eventos de capacitación con el logro de objetivos educacionales. Las técnicas de instrucción tienden a enfatizar más la transferencia de información que el aprendizaje de habilidades específicas. Existe muy poca capacitación de seguimiento o de refuerzo. La mayoría de los eventos no tienen objetivos de aprendizaje claros enfocados sobre las necesidades del personal de salud, sino que más bien tienden a reflejar las necesidades de los organizadores de los eventos.

3.2 ¿Cuál es la intención del MdeS en términos del desarrollo de los recursos humanos locales y de área?

El MdeS le ha dado prioridad al desarrollo de los recursos humanos y a la participación comunitaria. Esto le corresponde a las regiones. Las regiones han reconocido la necesidad de desarrollo y capacitación, tanto en las áreas administrativas como técnicas. Han reconocido que los intentos anteriores de capacitar y desarrollar no han tenido el suficiente éxito y que se deben diseñar nuevos programas y metodologías de instrucción. También sostienen que la capacitación debe ser práctica, de experiencia o capacitación-en el trabajo y que no debe interferir con la prestación de servicios, lo cual requiere que el personal abandone su área de trabajo para capacitarse. Actualmente, el MdeS no está seguro de cómo lograrlo.

3.3 ¿Existe un papel continuo para el proyecto en esta área?

La capacitación es la contribución más crítica y esencial del SSII al MdeS. La sostenibilidad y persistencia de los componentes del SSII dependen del establecimiento de un programa educacional que pueda presentar, reforzar y aumentar los conocimientos y habilidades para la implementación de sus componentes.

El papel actual para el SSII en el desarrollo de los recursos humanos es el de asistir en la formación de procedimientos educacionales eficaces, coherentes y flexibles, de actividades y programas para satisfacer las necesidades del MdeS.

El proyecto ha proporcionado asistencia técnica a largo plazo y becas para la educación de MSP en el extranjero. Dos de los objetivos de esto fueron:

- 1) Mejoras sostenibles de la calidad técnica y propiedad de las intervenciones de salud rural.
- 2) Mejoras sostenibles en el manejo de las intervenciones de salud rural.

3.4 ¿En qué medida alcanzó el proyecto estos dos objetivos?

Se han logrado mejoras definitivas en la calidad técnica y en cuanto a los cuidados apropiados de salud rural y en la gestión de las intervenciones de salud rural por medio de las intervenciones del SSII. Se han alcanzado grandes logros en la mejora de la calidad técnica en la prestación de servicios apropiados. Se ha capacitado más personal en la implementación de los programas técnicos y los estándares y prácticas actuales del MdeS concuerdan con las intervenciones del SSII. El éxito de los programas técnicos se refleja en el mejoramiento de los objetivos de los indicadores de salud básicos, tales como la reducción del índice de mortalidad infantil.

La gestión de las intervenciones de salud rural no ha mejorado al mismo grado que la calidad técnica de la prestación de servicios. Se ha avanzado en las intervenciones administrativas, pero éstas no son entendidas tan bien y se han implementado con menor éxito. Es claro que se ha avanzado más durante la presencia de los consultores técnicos a largo plazo. Desde que ellos se fueron, se han deteriorado algunos avances administrativos.

3.5 ¿Cuales son los obstáculos para tener éxito?

Uno de los obstáculos es la falta de consistencia y de seguimiento en la implementación de metodologías de desarrollo de recursos humanos. Esto en parte se debe a la falta de entendimiento del proceso de capacitación y educacional por parte del personal técnico y a la suposición de que "cualquiera" puede funcionar como capacitador. Los problemas surgen cuando un capacitador no comprende completamente los conocimientos y habilidades que se espera que enseñe y cuando ellos no conocen las técnicas eficaces de enseñanza. Este es el caso en relación con el énfasis en la supervisión de apoyo y en la capacitación en el trabajo como una de las estrategias principales para el desarrollo de recursos humanos.

Un segundo obstáculo es la relativa falta de evaluación y monitoreo de las actividades de capacitación y educacionales. Como resultado, no existe una retroalimentación respecto a si las personas pueden realmente aprender lo que debieran y no existe una información real concerniente al impacto de las actividades de capacitación.

Un tercer obstáculo se relaciona con las expectativas mal entendidas o que no son lo suficientemente claras en relación con la capacitación. Por ejemplo, no parece que se aprecien las diferentes fases de enseñar al personal lo necesario para implementar los componentes del SSII. Así pues, no parece existir ninguna diferencia entre la capacitación inicial y el refuerzo parece existir un reconocimiento de la diferencia entre los dos tipos de capacitación. Al mismo tiempo, cualquier institución requiere diferentes tipos de capacitación: 1) Socialización institucional, o aprendizaje de normas, procedimientos y cultura de la institución. 2) Capacitación de trabajo, o adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para desempeñar trabajos y tareas específicas. 3) Educación continua, o desarrollo profesional, lo que incluye la actualización, realce y expansión de conocimientos y habilidades profesionales. El actual desarrollo de recursos humanos no toma en cuenta consistentemente estas diferentes clases de necesidades educacionales.

Un cuarto obstáculo es la falta de incentivos para la capacitación y para la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades. Un incentivo sería convertir la capacitación específica en un pre-requisito para ciertos trabajos, o para obtener ascensos o incrementos salariales, etc. Otro incentivo sería otorgar certificados por estudiar y participar voluntariamente en programas de capacitación en horas fuera de trabajo. Otro incentivo sería el otorgar certificados por completar un número especificado de horas de capacitación o por un programa de estudio en particular.

3.6. ¿Existe una solución al problema de la continua rotación de personal clave?

La continua rotación de personal es, obviamente, un problema serio. Las causas principales, la política, razones económicas, inestabilidad laboral, etc. son difíciles, aunque no imposibles, de cambiar. Uno de los efectos principales de la rotación de personal es que los empleados que han recibido capacitación y/o ganado experiencia que les permite realizar un trabajo específico, abandonan su empleo y empleados sin capacitación toman su lugar. Un sistema de capacitación eficaz dentro del MdeS, con provisiones para programas de instrucción variados y flexibles, es la estrategia más práctica para resolver este problema. En particular, todos los empleados nuevos deberían ser capacitados en relación con las necesidades de sus trabajos específicos. La capacitación debe tener lugar antes de que asuman sus puestos y deben ser pre-requisitos del trabajo.

Conocimientos y habilidades que son críticos para el desempeño de trabajos específicos deben ser pre-requisitos para ser seleccionados para ese trabajo. Esta capacitación puede ser ofrecida a personas que aspiran a esos puestos, quienes, antes de ser empleados por el MdeS, puedan tomar cursos de capacitación ofrecidos por el MdeS durante horas no laborales y pagar ellos mismos por la capacitación.

Otra estrategia es capacitar tantas personas como sea posible en las intervenciones de componentes básicos del SSII, para incrementar las reservas de posibles reemplazos. Una manera de cumplir esto sería incluir la capacitación en el curriculum de programas educacionales profesionales, tales como las facultades de medicina y de enfermería. Otra medida sería la de

ofrecer educación continua, a través de talleres de trabajo y/o seminarios, a empleados actuales del MdeS y a personas interesadas en tal empleo. La certificación de conocimientos y habilidades básicos deberían ser pre-requisito para trabajar en el MdeS.

3.7 ¿Es sostenible la capacitación gerencial para estas posiciones y podría ésta ser un pre-requisito para asumir una posición administrativa?

Actualmente, la capacitación gerencial no es consistente o sistemática. Previamente se supuso que esta capacitación iba a ser proporcionada por consultores residentes a largo plazo asignados a las regiones y a los departamentos del MdeS. Desafortunadamente, aún cuando esto ocurrió en algunas regiones, la experiencia de capacitación en servicio no fue consistentemente exitosa en todas las regiones. También, la dependencia de un mecanismo de capacitación ha demostrado ser ineficaz. Se necesita diseñar un programa de capacitación administrativa más eficaz y coherente. La falta de comprensión y el deterioro de los componentes administrativos son testigos de lo importante que es atender esta necesidad.

Se debe incluir la capacitación administrativa adecuada en los programas actuales de capacitación de salud profesional, ofrecida a través de seminarios electivos y de talleres de desarrollo, módulos autodidácticos y materiales especializados que se puedan utilizar para mejorar la supervisión de apoyo.

Se reforzaría la sostenibilidad ofreciendo oportunidades en una variedad de actividades de capacitación y educacionales. Tal capacitación debe ser un pre-requisito de empleo, de ascensos y para obtener incrementos salariales.

3.8 ¿Tiene el programa de MSP de la Universidad Nacional un papel que jugar en la solución de este problema?

El programa de MSP de la Universidad Nacional parece ser un programa de buena calidad que responde a las necesidades identificadas del MdeS. Utiliza metodologías modernas y eficaces de instrucción. La posibilidad de obtener un título de Maestría es un incentivo concreto y fuerte para los profesionales de salud. El apoyo del programa UNAH/MdeS podría reemplazar las becas al extranjero para estudiar en los programas de MSP. Además del programa de MSP, el departamento de MSP de la Universidad puede organizar seminarios especializados y talleres de trabajo para las regiones del MdeS y puede organizar y llevar a cabo investigaciones operacionales.

El programa de MSP de la Universidad ofrece un número de ventajas para las necesidades de capacitación del SSII y el MdeS. El curriculum del programa de MSP fue formulado en coordinación con el MdeS, basado en estudios de necesidades y en problemas encontrados en las regiones de salud. Por consiguiente, las metas y objetivos, metodologías de instrucción, estrategias de capacitación en el trabajo y contenido de los cursos están diseñados para preparar a los profesionales de salud para responder mejor a las necesidades específicas de Honduras. Los

estudiantes mantienen sus trabajos mientras estudian, lo que proporciona seguridad profesional y asegura que los nuevos conocimientos y habilidades que aprendan sean aplicados en sus áreas de trabajo.

El programa de becas para estudiar salud pública fuera de Honduras tiene varias desventajas. Primero, requiere que las personas renuncien a su trabajo, dejen sus familias y abandonen el país por un año o más. Esto es desconcertante a nivel personal y social. Segundo, el estudio en el extranjero es mucho más caro que estudiar en Honduras. Tercero, los estudiantes estudian en un ambiente y contexto extraño, el cual puede ser o no de utilidad para Honduras. Cuarto, tienden a estudiar un curriculum general que no está enfocado a las necesidades específicas de Honduras.

3.9 ¿Existen alternativas viables a la capacitación como se han llevado a cabo hasta la fecha por el proyecto?

Existe la necesidad de una mayor variedad de programas de capacitación eficaces. La supervisión de apoyo y la capacitación en el trabajo son estrategias excelentes, pero no son suficientes. Necesitan ser complementadas por otras actividades. Los talleres son una buena metodología de capacitación que no ha sido bien utilizada en Honduras. Ha habido muchos talleres de mala calidad, llevados a cabo muy seguidos. Actualmente existe una desilusión general con los talleres y con la capacitación en general. Sin embargo, la capacitación es fundamental al éxito de las intervenciones del SSII. La formulación de objetivos claros de aprendizaje que contribuyan a la implementación de los componentes administrativos y técnicos del SSII, utilizando metodologías de instrucción más eficientes, incluyendo modelos y prácticas en comportamientos deseados, racionalizando la programación de la actividad de capacitación, son estrategias que podrían hacer la capacitación más viable y eficaz.

Algunos programas de capacitación podrían ser organizados y ofrecidos por el programa de MSP de la UNAH. Esto le daría más credibilidad al certificado, lo cual serviría como un incentivo. Deben ser ofrecidos tanto a empleados del MdeS como a extraños, a manera de lograr que más gente participe en la capacitación relacionada con las necesidades del MdeS. Esto contribuiría en la formación de una reserva de personas que podrían reemplazar a los empleados que renuncian. Las actividades de capacitación deben ser ofrecidas en "tiempos libres" para que no interfieran con el trabajo.

3.10 ¿Que pasa con la supervisión de apoyo?

La supervisión de apoyo es una excelente estrategia administrativa. Es flexible e idónea para las necesidades de administración y de desarrollo de recursos humanos. Existe una aceptación general del potencial positivo de la supervisión de apoyo en las regiones, pero también se reconoce que no está siendo bien utilizada en todos los niveles.

El personal de supervisión necesita más y mejor capacitación para poder llevar a cabo más eficazmente la supervisión de apoyo. También necesitan material que los guíe en el proceso y

para ayudarles a mejorar los resultados de la supervisión de apoyo. Existe la necesidad de enfatizar y desarrollar procedimientos de seguimiento y de retroalimentación en relación con el seguimiento.

3.11 ¿Cómo se puede monitorear regularmente el impacto de la capacitación?

Actualmente, no parece existir ninguna evaluación sistemática de las actividades de capacitación a ningún nivel. Esto puede ser en parte debido a la falta de objetivos claros de aprendizaje y a la falta de un programa de capacitación coherente. Consecuentemente, un paso que contribuiría a monitorear el impacto de la capacitación sería aclarar los objetivos e identificar los indicadores de aprendizaje que podrían entonces ser seguidos. Las estrategias que pueden ser seguidas para seguir los indicadores incluyen los instrumentos de auto-evaluación, medidores de desempeño institucional, pruebas antes del empleo y supervisión de seguimiento de indicadores técnicos y administrativos.

3.12 ¿Debe el proyecto tomar otro camino en lo que se refiere a la capacitación?

El proyecto necesita volver a enfocar y agilizar la capacitación. Se debe identificar una agencia coordinadora para asegurar que no exista un exceso de programación de actividades de capacitación por parte de divisiones y departamentos técnicos individuales del MdeS. También, se debe garantizar que la capacitación responda a necesidades de las regiones identificadas, especialmente a nivel local. Los objetivos de aprendizaje relacionados con las intervenciones técnicas y administrativas del SSII deben enfatizarse. Esta agencia debe representar las regiones y el nivel central del MdeS y debe programar todas las actividades de capacitación de los próximos tres a seis meses. No se deben permitir otras actividades de capacitación.

El proyecto también debe programar más actividades de capacitación y éstas deben ser más variadas, flexibles y continuas. Se deben programar menos eventos de capacitación durante horas laborales y se deben programar más fuera de horas laborales. Se debe hacer más énfasis en la responsabilidad personal para obtener y actualizar las habilidades profesionales. Se necesita identificar incentivos específicos para estimular este proceso. La capacitación debe convertirse en pre-requisito de empleo para el MdeS, así como para ascensos e incrementos salariales. Otros incentivos incluyen la presentación de certificados por estudios y el diseño de programas de estudio para la especialización en áreas específicas.

3.13 ¿Debe el proyecto continuar proporcionando capacitación?

En el contexto de los componentes del SSII, la capacitación es una de las contribuciones más esenciales y críticas del SSII al MdeS. La implementación apropiada, la sostenibilidad y persistencia de los componentes del SSII dependen del establecimiento de un programa de capacitación que pueda presentar, reforzar y aumentar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la implementación y continuación de los componentes.

El desarrollo de programas de capacitación eficaces, eficientes y multifacéticos (incluyendo en servicio, talleres de trabajo, etc.) es una de las contribuciones más importantes que el SSII puede hacer al MdeS. Como se describió anteriormente, actualmente no existe un sistema sistemático de capacitación en el MdeS. No existe un mecanismo consistente que garantice que el personal del MdeS ha adquirido las habilidades necesarias para desempeñar su trabajo. La computadora más avanzada del mundo no producirá mejor trabajo si nadie sabe como utilizarla. Del mismo modo, la mejor tecnología o procedimientos médicos/de salud no serán eficaces si las personas no saben qué son y como utilizarlas. El sistema de capacitación es también el mecanismo para compartir los conocimientos y habilidades de los componentes del SSII a las nuevas generaciones de empleados del MdeS, y es el mejor medio para asegurar que continúen las innovaciones e intervenciones después de que termine el SSII.

4. PRODUCTOS/SISTEMAS LOGISTICOS/ADMINISTRACION DEL MdeS

4.1 ¿Han mejorado el almacenamiento/distribución de productos como resultado de las intervenciones del proyecto?

Las metas del sistema de administración logística eran las de proporcionar compra de suministros y bienes de una manera más rápida y racional; mejorar la distribución, almacenamiento y uso de los suministros a través del uso de sistemas de control de inventarios; y mejores instalaciones de almacenaje.

Han habido mejoras significativas, aunque las deficiencias del sistema son siempre más notables. El problema de mayor peso es la falta de suministros en las UPS. Los centros de salud visitados indicaron que sólo tenían medicinas el 50% del tiempo que atendían pacientes. Esta parece ser la mayor queja de la población en contra de las UPS.

Un aspecto positivo es que aparentemente hay una mejor sistematización en los niveles locales, de área y regionales del proceso de compras y en el almacenamiento y desembolso de suministros recibidos. Un aspecto negativo es que la bodega central del MdeS todavía no satisface completamente, o de manera oportuna, las requisiciones de las regiones. Las necesidades de suministros son programadas anualmente. Las regiones formulan una lista de suministros basados en las necesidades del año siguiente, la cual es entonces revisada y aprobada--o no. Aún cuando se apruebe la lista de suministros, las regiones a menudo no reciben las cantidades aprobadas. La llegada tardía e insuficiente de las requisiciones de suministros de las regiones producen escasez de material y medicamentos en todos los niveles. Muchos residentes comunitarios no utilizan los centros de salud si saben que éstos no tienen medicamentos.

4.2 ¿Cuáles son los problemas continuos con el transporte?

El transporte continua siendo un dolor de cabeza para el MdeS. Una proporción relativamente alta de la flota de vehículos del MdeS no funciona. Por ejemplo, la Región 6 tiene un total de 38 vehículos, de los cuales 20 no funcionan. Algunos vehículos sencillamente son muy viejos--por ejemplo, 14 y 15 años--y han sobrepasado su vida funcional. Otros han desarrollado problemas mecánicos y necesitan repararse. Debido a la falta de repuestos en Honduras y a los altos precios de partes importadas, no han sido reparados aún. Algunos han estado en el taller por más de un año en espera de repuestos. Aunque aparentemente la mayoría de los vehículos proporcionados por el SSII está funcionando, la región considera sus problemas de transporte globalmente y no como problemas relacionados con el proyecto.

El factor más grande de los problemas de transporte es el presupuesto raquítrico programado para mantenimiento y reparaciones. Los administradores regionales prefieren invertir sus escasos recursos en el mantenimiento de vehículos que funcionan y que pueden ser utilizados inmediatamente. El costo del mantenimiento es relativamente bajo y es algo relativamente seguro: mantiene funcionando los vehículos que funcionan. Por otro lado, las reparaciones son caras y no confiables. Los repuestos tienden a ser caros y hay que importarlos, lo que implica retrasos y existe siempre la posibilidad que la reparación no será suficiente para que funcione el vehículo.

Otro de los problemas con el mantenimiento y la reparación de los vehículos del MdeS es la falta de confianza que se tiene en sus mecánicos. Se dé mantenimiento o se reparen o no los vehículos, el personal de mantenimiento reciben su sueldo. La falta crónica de repuestos y materiales les da excusas aceptables para no reparar los vehículos--aunque esto es también muy frustrante para los mecánicos, puesto que sin partes y materiales no pueden hacer su trabajo. No existen incentivos para que los mecánicos busquen repuestos substitutos o para que refabriquen o reparen las piezas originales o para utilizar partes de manufactura local--lo que hacen los dueños de autos privados para poder mantener sus vehículos en circulación. Los mecánicos privados no reciben pago a menos que reparen el vehículo.

El transporte es crítico e indispensable para el cumplimiento de los objetivos del MdeS. Si el MdeS considera importante tener su propia flota de vehículos, la conclusión inevitable es que el MdeS debe reemplazar sus vehículos viejos y desgastados, de los cuales tienen un número considerable y reparar los que aún tienen varios años de vida funcional. Los vehículos que no funcionan y que no se pueden reparar deben ser removidos de los libros del MdeS. Además, se debe incrementar el presupuesto para mantenimiento y reparación para poder atender las necesidades reales de mantenimiento y reparación.

Una posible solución es condicionar el contrato de los choferes a la disponibilidad de vehículos funcionales. Se puede asignar un vehículo a un chofer y, mientras funcione el vehículo, él tendrá trabajo. Esto proporcionaría un incentivo para que los choferes se aseguren de que sus vehículos reciban el mantenimiento apropiado y que sean reparados oportunamente. Otra posibilidad es la

de utilizar más contratistas privados para llevar a cabo las reparaciones y el mantenimiento. Esto ayudaría a reducir los costos, permitiría la reparación oportuna de los vehículos e incrementaría la vida funcional de los mismos. Los fondos locales recibidos a través de la recuperación de costos también podrían ser utilizados para este fin.

El alquiler de vehículos puede ser una solución viable para el MdeS. Si el MdeS alquilara sus vehículos, el dueño de los mismos sería el responsable del mantenimiento y la reparación de los mismos. Mientras un vehículo está recibiendo mantenimiento, o está siendo reparado, el MdeS recibiría un vehículo de reemplazo para que esto no interfiera con el trabajo. Un número de necesidades de transporte pueden ser resueltas rápida y económicamente por medio de la contratación de vehículos y choferes para necesidades o tareas específicas. Por ejemplo, la entrega de suministros sería más rápida y económica si éstos fueran transportados de esta manera.

Una rápida investigación determinaría el costo actual de mantenimiento y reparación de la flota actual del MdeS a nivel nacional, regional y de área, el costo del personal de mantenimiento del MdeS y el costo de comprar nuevos vehículos para reemplazar los carros viejos. Al mismo tiempo, las regiones de salud deben determinar el número mínimo de vehículos necesarios para llevar a cabo el trabajo básico, así como el número ideal de vehículos para desempeñar el trabajo que quisieran hacer. Se pueden solicitar cotizaciones de alquiler de las empresas locales e internacionales.

4.3 ¿Cuáles son los problemas continuos en la logística?

Brevemente, los principales problemas continuos en la logística incluyen lo siguiente: Presupuestos de adquisición inadecuados; procesos de autorización de compras burocráticos y lentos; falta de cumplimiento con las requisiciones/pedidos de medicinas y otros suministros; insuficiencia de entrega de suministros solicitados, los que a menudo no son enviados completos; pedidos llenados tardíamente; y cantidades en las ordenes no son determinadas por el flujo de pacientes ni por el uso de suministros, sino más bien predeterminadas por una lista de suministros básica en los niveles locales, de área y de región.

El problema más grande en el sistema logístico es la compra de fármacos, o más bien, la falta de compra de un suministro adecuado. Todo el personal, en todos los niveles, se quejó de la escasez de fármacos, la cual comienza en la bodega central y progresivamente afecta los niveles inferiores de la Región al Area y del Area a las UPS (CESAMO o CESAR). Todas las UPS que visitamos informaron que tenían medicamentos sólo al principio del trimestre, porque nunca recibían todos los medicamentos solicitados (aún cuando las cantidades solicitadas estaban dentro de los parámetros de la requisición anual previamente aprobada) y que se quedaban sin suministros. Muchos dijeron que lo que recibían usualmente generalmente sólo duraba la mitad del trimestre.

Cada Región prepara una lista anual de suministros, basada en la proyección de requisiciones de sus Areas y UPS; esta lista se remite al MdeS. Allí es revisada y aprobada (o no) por la División de Farmacia y por la División Financiera. Esta última combina las solicitudes de suministros de todas las Regiones y las envía a la División de Compras y Suministros. Esta División debe coordinar con el Ministerio de Hacienda para buscar y seleccionar un vendedor y proceder a hacer la compra. La compra, para todo el año, se hace de una sola vez. Este proceso toma bastante tiempo y es descrito por el personal del MdeS y de las Regiones como un esfuerzo burocrático largo y tedioso.

La preparación de la lista anual de suministros se basa en las cantidades indicadas por cada establecimiento de salud en el "Cuadro Básico". El cuadro básico fue preparado hace varios años. El uso de este cuadro de cantidades máximas pre-establecidas significa que las requisiciones de suministros no son basadas en el historial de su utilización y demanda por farmacéuticos en los diferentes establecimientos de salud. Las UPS siempre solicitan máximo posibles porque nunca reciben todo lo que piden.

Este ha sido un gran problema por largo tiempo. La mejor solución en el contexto actual sería descentralizar las compras y responsabilizar a todas las Regiones para que compren lo que necesitan, permitiendo que cada Región continúe con la descentralización de manera que cada UPS al cabo del tiempo se responsabilice por sus propias compras. Esto aliviaría al nivel central del MdeS de esta carga onerosa y complicada, permitiéndole utilizar sus energías en la investigación, análisis, planificación, desarrollo de recursos humanos, supervisión y monitoreo. También le permitiría a las regiones y a las UPS que compren los medicamentos que necesitan, en las cantidades necesarias, en el momento que las necesitan.

Un gran problema que fundamente la deficiente adquisición de farmacéuticos es la falta de recursos suficientes para comprar las cantidades adecuadas. Esto puede ser aliviado si se hace que la población beneficiaria tome parte en el financiamiento y compra de medicamentos. Al momento, se dan los medicamentos a los pacientes, esencialmente gratis, o a lo sumo, con el pago de un lempira (aproximadamente US\$0.11). Si las UPS vendieran los medicamentos al costo, éstas siempre serían significativamente más baratas que en las farmacias o almacenes de la localidad.

Según uno de los Vice-Ministros, existen más de 400 pequeñas farmacias comunitarias en todo Honduras. Todas estas empezaron con una pequeña donación de medicinas, las que fueron vendidas y con las ganancias de las ventas se volvieron a surtir de medicamentos. Se podría hacer un arreglo similar con las UPS. Cada una podría formar su fondo rotativo de drogas, el cual sería inicialmente financiado por el MdeS. Luego se mantendría con las ventas y pequeñas donaciones del MdeS para cubrir los medicamentos que se den a los pacientes indigentes.

Estos fondos locales podrían ser manejados por comités locales de salud, los que serían responsables de hacer las compras, poner los precios, recibir pagos y de consultar con las UPS para planificar las nuevas compras de medicamentos. Esto le permitiría a las comunidades

decidir cuánto deben pagar por sus medicinas, basados en las realidades del financiamiento de la compra; también haría que la comunidad participe en la planificación y en la gestión de la UPS.

Esto coincide con la política actual del GdeH de la participación social en la toma de decisiones, el control social de la gestión pública y la democratización de los servicios administrativos.¹⁵

4.4 ¿Cuáles son los obstáculos que evitan que el sistema POSSS sea un sistema eficaz de inventario/compra/suministro de fármacos y otros suministros?

En la mayoría de los centros de salud, el POSSS está presente de una u otra forma. De acuerdo con las visitas de monitoreo llevadas a cabo por la Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP) en 1993, 82% de los CESAR habían implementado el POSSS y en 1994, este porcentaje aumentó al 88%.¹⁶ En las UPS que visitamos, notamos que el cardex no siempre estaba actualizado. El POSSS también funciona principalmente como un sistema de inventario. Las prácticas actuales del sistema de compra/suministros no toman en cuenta los datos del POSSS, lo cual desincentiva el mantenimiento del mismo.

Según los supervisores de Area y Regionales, otros obstáculos al uso adecuado del POSSS incluyen la falta de capacitación, refuerzo y seguimiento; falta de seguimiento a las recomendaciones de la supervisión; y, como se indicó anteriormente, que las requisiciones que no llenan en relación con las cantidades y suministros pedidos, ni de acuerdo con el flujo de pacientes.

4.5 ¿Cómo se puede reforzar el sistema?

Se puede reforzar el POSSS dando un mejor adiestramiento y capacitación de seguimiento. La capacitación debe ser realizada por personal de Area y de Sector, para que ellos también puedan mejorar su supervisión y monitoreo del POSSS en las UPS y proveer un mejor seguimiento a las recomendaciones de supervisión. Brindar una corta capacitación del POSSS e incluirlo en forma aparente en las visitas de supervisión/monitoreo, enfatizaría su importancia y estimularía al personal local a prestarle más atención.

4.6 ¿Cuáles son los obstáculos a la implementación de un sistema eficaz?

Los obstáculos a la implementación de un POSSS eficaz incluyen: Un proceso de compras poco manejable y relativamente inadecuado; el proceso de compras está todavía muy centralizado; falta de iniciativa y motivación local; poco financiamiento; ausencia de participación comunitaria en el proceso; y, la falta de recuperación de costos de los medicamentos.

¹⁵ HONDURAS: SITUACION DE SALUD Y PRIORIDADES 1994-1997. Páginas 1,5,7,9,10.

¹⁶ Datos de las visitas de monitoreo de la UCP, 1993 y 1994.

4.7 ¿Cómo se podría instituir la entrega de suministros y medicamentos en un(os) contrato(s) de compra con el sector privado?

Combinar la entrega de medicamentos y suministros en contrato(s) de compra con el sector privado sería una buena estrategia. Esto ofrece un mayor potencial para satisfacer oportunamente las necesidades locales, es más flexible y oportuno y anima la participación comunitaria y la programación local. También se puede asociar con la recuperación de costos. Uno de los problemas sería que los niveles Regionales, de Area y locales no tienen mucha experiencia con el sector privado. Inicialmente, los medicamentos podrían costar más que si el MdeS los comprara al por mayor para todas las regiones. Eventualmente, este problema se resolvería a medida que los vendedores locales compitieran para venderle a las Regiones y a las UPS y a medida que las unidades se unan para hacer compras inmediatas conjuntas.

4.8 ¿Cuáles son los obstáculos de la sostenibilidad de estos sistemas?

Los obstáculos a la sostenibilidad del POSSS incluyen: capacitación insuficiente; falta de énfasis durante la supervisión y poco seguimiento a las recomendaciones de la supervisión; y la ausencia concreta de incentivos por hacerlo bien. Uno de los factores que más desaniman es el actual proceso de compras, el cual está basado en cantidades pre-establecidas y no en el flujo de pacientes, consumo de medicamentos, o el actual inventario en existencia. Esto refleja una falta de relación con las necesidades identificadas y parece hacer innecesario el proceso. Otro obstáculo es la falta de participación comunitaria en el proceso de compra y suministros. La participación comunitaria ofrece recursos humanos considerables para asistir al personal de la UPS local a resolver el problema de suministros.

4.9 ¿Cuál es un papel actual apropiado para el SSII?

El SSII debe asistir en la capacitación y el desarrollo de recursos humanos en el manejo del POSSS y en fomentar y organizar la participación comunitaria. El SSII también puede ayudar a organizar la asistencia técnica por medio de la formación de un fondo rotativo para drogas.

5. SISTEMA DE GESTION FINANCIERA DEL MdeS

5.1 ¿Ha mejorado la administración financiera como resultado de las intervenciones del proyecto?

Los directores regionales manifiestan que perciben un mejoramiento en la gestión financiera en términos de organización. Por otro lado, indican que la inestabilidad de los Administradores Regionales, los que son nombrados políticamente constituye un trastorno. Esto parece ser una gran preocupación de los directores regionales. Sería más eficiente que los administradores regionales fueran nombrados por los directores regionales, lo que los haría directamente responsables ante ellos.

En marzo de 1955, se publicaron estudios recientes sobre la organización, procedimientos y funcionamiento del área administrativa financiera realizado por EA Associates.¹⁷ Junto con contrapartes del MdeS, describían un número de deficiencias y recomendaciones para mejorarlas. Entre sus sugerencias están las siguientes: 1) Formular metas de trabajo y fechas para llevarlas a cabo; 2) preparar descripciones de funciones para establecer responsabilidades; 3) definir la estructura organizacional y funcional del área. 4) Proporcionar capacitación gerencial para establecer una cultura corporativa eficaz, desarrollar las habilidades de liderazgo, planificación para delegar, controlar y dirigir y para la toma de decisiones; 5) diseñar mecanismos de seguimiento; 6) proporcionar herramientas de administración financiera modernas (o sea, computadoras y programas adecuados); 7) simplificar y optimizar los procedimientos; escribir manuales para cada proceso, y 8) capacitar al personal a nivel nacional y regional. Estas son recomendaciones excelentes y deben ser implementadas. Sería ventajoso para el proyecto SSII alentar y apoyar al MdeS para poner en práctica estas recomendaciones.

5.2 ¿Qué tipo de asistencia adicional del proyecto es necesaria en esta área?

El desarrollo de la recuperación de costos sin reducir la cobertura a familias en severa desventaja tiene un gran potencial para la obtención de fondos suficientes para poder pagar por el nivel de servicios requeridos y deseados para la población local. Para hacer factible la recuperación de costos, existe la necesidad de enfocar la calidad de los servicios y el buen trato de los pacientes. También existe la necesidad de desarrollar en el personal del MdeS, actitudes concentradas en el cliente. Esto mejorará la calidad de los servicios e incrementará la recuperación de costos. La participación comunitaria es un elemento esencial que necesita expandirse y hacerse más eficaz.

5.3 ¿Qué esfuerzos ha realizado el MdeS para recuperar gastos?

En los CESAR, la recuperación de costos aumentó significativamente entre 1989 y 1994, saltando del 13% al 77% en los establecimientos monitoreados por la UCP (ver Tabla 4). También ha aumentado la recuperación en los hospitales y CESAMO. El concepto parece ser bien aceptado por la población beneficiaria. En uno de los CESAR que visitamos se nos informó que ellos rutinariamente cobraban Lps. 5.00 por consulta cuando eran administrados por una ONG. El personal de uno de los CESAMOS que visitamos nos informó que los pacientes usualmente pagaban Lps.30.00 a un centro de salud administrado por una ONG.

La política actual para la recuperación de costos por los CESAR es que el comité local de salud debe fijar el precio a cobrarse por consulta, que el comité debe efectuar los cobros y decidir como

¹⁷ EA Associates: AREA ADMINISTRATIVO FINANCIERA: DIAGNOSTICO TECNICO ORGANIZACIONAL. Ministerio de Salud Pública y USAID/Honduras, Tegucigalpa, marzo de 1995. Y EA Associates: AREA ADMINISTRATIVO FINANCIERA: ESTUDIO DIAGNOSTICO DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERACIONALES. Ministerio de Salud Pública y USAID/Honduras, marzo de 1995.

gastar el dinero que se recupere. De acuerdo con lo que decida el comité, el dinero recolectado se utiliza para comprar más medicamentos, hacer reparaciones y mejoras al CESAR, etc. Uno de los CESAR que visitamos no cobraba cuotas fijas, si no que dejaban a consciencia del paciente la cantidad que pagarían. Ese CESAR no recuperaba muchos fondos.

Los CESAMO cobran Lps.1.00 por consultas y tratamiento médico. De esto, el 75% debe permanecer en el CESAMO para cubrir gastos locales y deben ser gastados a discreción del personal local. El 25% por ciento restante es enviado a la Región. Actualmente, los dos CESAMO que visitamos envían todos los fondos que cobran a la Región y luego solicitan fondos, a medida que los necesitan, para hacer reparaciones al centro de salud o para comprar algo para el CESAR. Esta práctica es contraria a las políticas del MdeS.

Tabla 4. Proporción de CESAR que Reciben Pagos de Recuperación de Costos, Honduras, 1955.¹⁸

AÑO	Proporción de CESAR
1989	13%
1991	50%
1992	48%
1993	62%
1994	77%

5.4 ¿Cuáles son los problemas legales de las utilidades retenidas y cómo puede superarlos el MdeS?

El derecho constitucional a la salud se interpreta atención médica y medicamentos gratuitos. Existe la necesidad de reinterpretar estos conceptos para conformarse con la realidad actual. Si el presupuesto nacional no puede financiar completamente los servicios médicos a través del sistema del MdeS, entonces se necesita encontrar un suplemento financiero. La recuperación de costos de los beneficiarios del servicio es una posibilidad factible y una que los residentes comunitarios están anuentes a pagar.

¹⁸ Pinto, Antonio: INFORME ANUAL DE LA MONITORIA AL PROYECTO SSII, 1994. USAID/Honduras, HRD/HPN, Tegucigalpa, 1995.

La necesidad de que los empleados del MdeS tengan que fijar fianza para poder manejar los fondos locales colectados puede ser obviada permitiendo que los comités de salud local reciban estos pagos. Los comités de salud local también deben manejar los fondos de los CESAMO.

5.5 ¿Qué tan eficaz es la administración de fondos a nivel local?

Parece que la administración de fondos a nivel local está haciéndose bien, donde se permite que se realice. Las regiones aún manejan los fondos en gran medida. Existe una gran necesidad de una mayor participación del personal local de salud en el manejo de los costos recuperados. El potencial para la responsabilidad local es muy buena. Se deben desarrollar y diseminar sistemas de gestión y contabilidad sencillos. Preferiblemente, estos sistemas deben ser desarrollados por grupos comunitarios, tales como los comités de salud y compartidos con otras comunidades.

5.6 ¿Tiene el proyecto un papel continuo en esta área?

Todavía existe una gran necesidad de capacitar al personal de salud local y de desarrollar la participación comunitaria en esta área.

6. SISTEMAS DE MANTENIMIENTO DEL MdeS

6.1 ¿Están los sistemas de mantenimiento de centros de salud rural y de vehículos proporcionando el apoyo adecuado para la atención de salud rural, o constituyen impedimentos para mejorar la calidad de los servicios de salud rural?

El sistema de mantenimiento en el SSII tiene tres prioridades. La primera es la de mantener y sostener la cadena fría. La segunda prioridad era mantener y reparar vehículos y motocicletas. La tercer prioridad era mantener los establecimientos locales de salud a través de la participación comunitaria activa y eficiente.

Para algunas cosas, el mantenimiento no está trabajando bien y para otras es adecuado o está mejorando. En los niveles Regional y Central, el mantenimiento de vehículos es deficiente. Ver la discusión de Problemas de Transporte anterior. Los vehículos y refrigeradoras que no funcionan y que no se pueden reparar se mantienen como parte del inventario.

En algunas áreas, el mantenimiento de las instalaciones físicas está bien, mientras que en otras áreas no. En algunas comunidades, la participación comunitaria ayuda considerablemente al mantenimiento. Esto es particularmente cierto en los lugares donde existen comités de salud activos.

Por el momento, las cadenas frías son mantenidas relativamente bien. Los obstáculos principales son la falta de repuestos; la falta de talleres de reparación; y la falta de fondos. Se nos informó

que, aunque al momento la cadena fría es mantenida adecuadamente, en un futuro cercano pueden haber problemas, a medida que los refrigeradores lleguen al final de su ciclo de servicio.

6.2 ¿Qué tan eficaz ha sido la descentralización?

En el sentido administrativo, la descentralización de las funciones de mantenimiento ha procedido bien. Desafortunadamente, el bajo financiamiento de las actividades de mantenimiento ha impedido severamente su buen funcionamiento. Afortunadamente, gracias a financiamiento especial para este propósito, por el momento se ha mantenido bien la cadena fría. A medida que envejecen los refrigeradores y que necesiten ser reemplazados, puede haber deterioro en la cadena fría, a menos que se hagan arreglos para comprar nuevos refrigeradores.

6.3 ¿Con qué alternativas cuenta el MdeS?

Las alternativas con las que cuenta el MdeS incluyen el uso de contratistas locales para llevar a cabo el mantenimiento, especialmente en lo concerniente a los vehículos. Al mismo tiempo, el incremento en la participación comunitaria y en la programación local con insumos de la comunidad puede proveer voluntarios y contribuir con recursos para el mantenimiento. El mantenimiento es el receptor lógico de los beneficios de los esfuerzos de la recuperación de costos.

6.4 ¿Cuáles son los obstáculos para la sostenibilidad de esta función?

Los obstáculos principales para la sostenibilidad del mantenimiento son los siguientes: La falta de enfoque en la importancia del mantenimiento; la falta de financiamiento y recursos y la ausencia de participación comunitaria. También existe el riesgo de la falta de personal capacitado para mantener la cadena fría, a medida que se van reemplazando gradualmente las personas que estaban capacitadas para efectuar este mantenimiento. La falta de capacitación en procedimientos de mantenimiento, que indican una falta de apreciación de su importancia, son también obstáculos.

6.5 ¿Existe un papel para futuras intervenciones del proyecto?

Existe un problema importante. Es dudoso que a nivel central alguna vez se proporcione el financiamiento adecuado para el mantenimiento. Por consiguiente, se necesita desarrollar una fuente local de financiamiento. Esto requerirá el desarrollo de capacitación, educación para cambiar maneras de pensar y sistemas de control local. La experiencia y asistencia técnica del SSII son importantes para el mantenimiento a nivel local.

7. SISTEMAS INFORMACION GERENCIAL/SALUD (SIS) DEL MdeS

7.1 ¿Qué tan confiables y eficaces son los sistemas SIS del MdeS?

Las metas del SSII para el SIS (Sistemas de Información de Salud) eran de mantener los sistemas y procedimientos diseñados e implementados durante el SSI. Se debía establecer un sistema de microcomputadoras dentro del MdeS para facilitar la recolección, procesamiento y análisis de información y datos. En particular, este componente se enfocará en el uso apropiado de información para la planificación y la toma de decisiones.

El SIS del MdeS nos es todavía eficaz para el proceso de toma de decisiones. Cada mes, la División de Estadísticas recibe enormes cantidades de información. Después procesan la información manualmente, consolidando la información de 9 Regiones y producen un informe de estadísticas de salud. La División de Estadísticas acaba de terminar un informe estadístico para 1994, el que está siendo impreso actualmente, después de lo cual será distribuido. Tal información puede ser importante para la formulación de planes anuales locales, de Area y Regional, tal como para 1995. Obviamente, esta información no estará disponible oportunamente. Debido a las dificultades en el proceso de la información, existe poca retroalimentación a las fuentes de información (las Regiones).

Estos problemas pueden ser resueltos, por lo menos en parte, por la reciente "Propuesta para la Revisión y Ajuste del Sistema de Información de Salud"¹⁹, preparada por una comisión especial del MdeS con la asistencia técnica del Proyecto CDC Datos para la Toma de Decisiones.²⁰ Las medidas recomendadas en esta propuesta incluyen: 1) Simplificar el SIS para que se enfoque en la prestación de servicios, vigilancia epidemiológica y datos de población de tal manera que contribuya al desarrollo de un actitud y capacidad de análisis a todos los niveles (nacional, regional, área, local, comunidad). 2) Adaptar el SIS para reforzar su uso en la toma de decisiones en todos los niveles, incluyendo la capacitación de personal. 3) Asegurar una utilización apropiada y adecuada de la información en todos los niveles a través de la supervisión de apoyo. 4) Iniciar un proceso para coordinar las necesidades de información de programas específicos con la capacidad factible de personal local para su recolección, incluyendo procedimientos para probar y aprobar formularios que serían utilizados por todo el personal a nivel de las UPS. Sería ventajoso implementar esta propuesta lo más pronto posible.

7.2 ¿Se están logrando los objetivos de supervisión?

Los objetivos de supervisión concernientes al SSII no están siendo logrados. No existe la

¹⁹ Ministerio de Salud: PROPUESTA PARA LA REVISION Y AJUSTE DEL SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD. Tegucigalpa, agosto de 1994.

²⁰ Malison, M.D., & Blyler, M.: DATOS PARA LA TOMA DE DECISIONES, HONDURAS, MEDICION DEL PAIS. 1993.

supervisión sistemática o consistente de los procesos o procedimientos, ni del personal que participa en el SIS. Por otro lado, los supervisores no están usando suficientemente la información producida por el SIS. Esto se debe a la falta de capacitación concerniente a las habilidades necesarias para procesar y aplicar la información, a la relativa falta de información oportuna y a la falta de práctica en el uso de datos de servicios y resultados de servicios.

7.3 ¿Qué tan efectivo es el SIS para la programación local?

El SIS se usa al mínimo para la programación local. Los datos son recogidos localmente y enviados a las Areas, las que retransmiten la información a las Regiones. Los datos raras veces son procesados y analizados antes de enviarlos. Al uso de la información para la planificación, evaluación y toma de decisiones no se le da mayor importancia. El personal local y los miembros comunitarios necesitan ser capacitados en estas habilidades.

7.4 ¿Cómo se utilizan los datos del SIS?

Los datos del SIS son utilizados principalmente como indicadores del estado de salud. Raras veces se utilizan en la planificación. Parte del problema es causado por la gran cantidad de formularios que se utilizan para recoger la información, que en las Regiones suman más de 70. El manejo de esta gran cantidad de papel es una tarea de grandes proporciones. Todo el personal de estadísticas, central y regional, está utilizando computadoras muy antiguas e inadecuadas para realizar este trabajo, con una gran duplicación de esfuerzos. Los datos son usados al mínimo en la planificación debido a la falta de procesamiento práctico.

8. EDUCACION PARA LA SALUD

8.1 ¿Qué puede hacerse para cerrar la brecha que existe entre la división de educación para la salud y las otras divisiones técnicas del MdeS?

Uno de los principales problemas parece los líderes del MdeS no reconocen la importancia de la educación para la salud y los programas de comunicación para mejorar la salud y la contribución potencial de aumentar los efectos y el alcance los programas de prestación de servicios. Esto probablemente refleja la orientación clínica de la mayoría del personal del MdeS y su falta de conocimientos concernientes a la salud pública. Parte de una solución a este problema sería proveer educación general concerniente al valor de los programas bien diseñados de educación/comunicación para la salud. Esto podría hacerse a través de pequeños informes y presentaciones, panfletos, videos, etc. Las capacidades y logros de la División de Educación para la Salud (DES) deben ser descritas y activamente promovidas.

Otro problema de la DES es que aparentemente se le considera un programa no esencial que depende de otros programas técnicos para su trabajo y financiamiento. Parte del problema es que la DES no tiene control de los fondos para la educación en salud. Más bien, estos fondos tienden

a ser incluidos en presupuestos generales de los programas de prestación de servicios. En la actualidad, el MdeS no estipula que tales fondos deben ir automáticamente al DES. Por consiguiente, algunos directores de programas contratan educadores externos de salud, pasando por encima de la DES. Esto no solamente disminuye el control de la DES sobre los componentes educacionales/comunicación, sino que también resulta en inconsistencias en la eficacia técnica de estos programas, duplicación de esfuerzos, repetición innecesaria y mensajes confusos. Una solución práctica de este problema sería transferir a la DES todos los fondos para la educación/comunicación para la salud. Si la DES no cuenta con el personal suficiente para responder a las necesidades del MdeS en un tiempo determinado, entonces la DES debe ser el órgano que contrate y supervise al personal externo de educación o comunicación.

Se debe dar a la DES la autoridad y la responsabilidad de supervisión todos los programas de educación/comunicación para la salud. El personal de la DES debe trabajar con consultores externos. Actualmente, existe poca o ninguna evaluación de la eficacia e impacto de las medidas de educación/comunicación para la salud, materiales y programas y esta evaluación debe ser efectuada por la DES. Si la DES fuera más autónoma y autosuficiente, podría tomar más iniciativa en las evaluaciones y en mejorar los programas y planes actuales de educación/comunicación. Así, la DES podría prestarle un mayor servicio a las regiones y al MdeS.

El personal de la DES debe recibir más y mejor capacitación, para gradualmente aumentar sus habilidades profesionales.

8.2 ¿Debe el SSII asistir en ésta área? Si es así, cómo?

El MdeS no está disfrutando de los beneficios potenciales de la educación/comunicación para la salud. Esta tecnología es la base de la prevención constituye enlace con las poblaciones meta y es un complemento médico importante. Una de las razones principales por las que el MdeS no está aprovechando esta disciplina es la falta de una política nacional clara concerniente a la educación/comunicación para la salud. Esto puede ser favorablemente aliviado si el MdeS adoptara la política recomendada en la propuesta titulada: "Política Nacional de Educación para la Salud"²¹, que fue preparada por la DES, con la asistencia técnica del Dr. Reynaldo Pareja de la Academia para el Desarrollo Educativo. El SSII debe sugerir al MdeS que considere la implementación de esta recomendación.

El SSII debe difundir y reforzar los conceptos generales concernientes a la importancia y características de los programas de educación para la salud.

²¹ Ministerio de Salud, División de Educación para la Salud: POLITICA NACIONAL DE EDUCACION PARA LA SALUD. Tegucigalpa, Honduras, marzo 1995.

El SSII debe promover la implementación apropiada de los planes de comunicación y promover los programas de educación y comunicación comunitarios. Por ejemplo, actualmente, gran parte de la educación para la salud consiste de charlas, utilizando rotafolios, que se imparten a pequeños grupos de enfermeras auxiliares, y de la distribución de materiales. Muchos de los materiales son distribuidos sin acompañarlos de instrucciones o explicaciones. Las cuñas radiales fueron transmitidas durante una campaña y luego fueron almacenadas. Todos estos ejemplos reflejan la ineficiente utilización de recursos de educación/comunicación para la salud.

Gran parte de la ineficiente utilización de los recursos de educación/comunicación para la salud se debe a la incompleta implementación de los planes de comunicación. Más específicamente, los componentes de capacitación de los planes sólo se llevaron a cabo superficialmente. Esto significa que la mayoría de los empleados de salud no recibieron la capacitación adecuada en relación con los mensajes esenciales del plan, ni en las técnicas educacionales y de consejería. Además, la educación y la comunicación no son acciones aisladas, sino más bien un proceso. Como con toda la educación, la repetición es necesaria para el éxito y así mejorar los resultados.

En vista de esto, sería provechoso volver a implementar todos los componentes de los planes pasados y asegurar que lo mismo se aplique a los nuevos planes. Los planes de educación/comunicación para la salud deben repetirse periódicamente para establecer y luego reforzar los mensajes básicos y para inculcar mejor las prácticas de nuevos comportamientos.

Para implementar esta estrategia sería conveniente que la DES revisara y aprobara todo el material de educación y comunicación para la salud, las actividades y los planes, antes de que se lleven a cabo. Esto permitirá que las otras divisiones se beneficien con la experiencia ganada por la DES y va a garantizar que los recursos invertidos en la educación para la salud sean bien utilizados.

La DES debe desarrollar un sistema para monitorear y evaluar las actividades de educación y comunicación para la salud, no sólo desde el punto de vista de hacer investigaciones operacionales de técnicas y materiales para planes y actividades futuras, sino también para monitorear el efecto e impacto de los planes.

La DES no recibe su propio presupuesto, lo que le permitiría desarrollar algunas de las acciones discutidas previamente. Los fondos para la Información, Educación y Comunicación (IEC) se entrega junto con el dinero para los servicios de cuidados de salud. Generalmente, el financiamiento completo de los programas se le entrega a la división técnica responsable de ellos. Esta división es la que entrega los fondos a la DES para que desarrolle el plan de educación/comunicación. Esto significa que la DES no tiene dinero para llevar a cabo otras actividades, tales como seguimiento, refuerzo, monitoreo o evaluación de actividades. En conclusión, se debe dar a la DES un presupuesto que le permita cumplir con sus funciones.

Las medidas de educación/comunicación para la salud son servicios técnicos de la salud pública, que complementan intervenciones médicas específicas para mejorar la salud de la población.

Mientras que los servicios médicos ofrecen acciones definidas para prevenir y tratar enfermedades específicas o condiciones de salud, los servicios de educación/comunicación para la salud preparan a la población para utilizar estos servicios, ayudan a establecer conductas y prácticas necesarias para apoyar los servicios médicos, aumentan la utilización racional de los servicios médicos y aumentan la participación apropiada de la comunidad en su propio cuidado de la salud.

La DES actualmente forma parte de la Sub-Secretaría de Política Sectorial, mientras que las otras divisiones técnicas (tales como SMI, ETS-SIDA, Epidemiología, Salud Mental y Salud Dental) son parte de la Sub-Secretaría de Riesgos Poblacionales. Si se integrara a la DES dentro de la estructura organizacional del MdeS junto con las otras divisiones técnicas, estas divisiones podrían hacer mejor uso de los servicios y la experiencia de la DES y ésta podría supervisar

mejor las actividades de educación/comunicación de estas divisiones. Las capacidades y logros de la DES deben ser descritas y promovidas activamente.

BASICS ha presentado una propuesta de trabajo con el MdeS bien planificada en tres áreas de contenido con dos objetivos fundamentales.²² Las áreas de contenido son la salud materna/neonatal, CDD/IRA y cuidados infantiles integrados. Los dos objetivos son: 1) mejorar la conducta de quienes cuidan a los niños en el hogar; y 2) mejorar el acceso la atención de calidad a nivel comunitario. Estos objetivos requerirán considerable aporte de la educación/comunicación para la salud. La propuesta de BASICS debe ser promovida por el SSII y la DES debe ser una de las contrapartes y colaborador principal para llevar a cabo las actividades propuestas.

²² Smith, Barry, et al: BORRADOR DEL PLAN DE ACTIVIDADES NACIONAL PARA HONDURAS DE BASICS, abril 17, 1995.

SALUD REPRODUCTIVA

1. ¿Cuál sería una estrategia de salud aceptable para la planificación familiar/salud materno/infantil?

En respuesta a la necesidad percibida de reducir la mortalidad materna y de mejorar los servicios de planificación familiar, el MdeS desarrolló el "Manual de Normas y Procedimientos de la Atención Integral de la Mujer", el cual define la estrategia de riesgos reproductivos. Estas Normas son el producto de tres años de desarrollo y han sido validadas por los equipos técnicos de las Regiones, por el personal clínico de los niveles de Areas, las clínicas y los médicos del sector OB/GIN del Hospital Técnico en Tegucigalpa. También se solicitó la revisión técnica de otros programas, tales como el VIH/SIDA, prevención del Cáncer, Control de Vectores y PAHO/WHO. Estas normas, que incluyen la planificación familiar, son acompañadas por una Resolución Ministerial que informa que son parte integral del Proyecto de Políticas de Salud y siguen las estrategias de salud materno/infantil integrada que enfoca el riesgo reproductivo. Discutidos con todos los asuntos del cuidado de salud integrado están "todas las acciones relativas a la planificación familiar"(84). La Resolución Ministerial reconoce el hecho de que la planificación familiar es parte integral tanto de la salud materna como infantil, considerando hechos conocidos, tales como los índices de mortalidad materna se pueden reducir si se espacian los embarazos para permitir la recuperación total de la madre, así como permitir la total y prolongada lactancia para la salud del niño.(22,23,24)

La estrategia para la planificación familiar/salud materno/infantil está bien desarrollada por el MdeS. La estrategia está dividida en dos partes: riesgo obstétrico que exige el cuidado apropiado de mujeres de alto riesgo que se encuentran embarazadas y riesgos no-obstétricos, para todas las mujeres en edad fértil y proporciona planificación familiar para posponer o evitar embarazos que pudieran ser de alto riesgo. Para las mujeres embarazadas, la planificación familiar es proporcionada después del parto para evitar embarazos muy seguidos.

Estas normas con la Resolución Ministerial proveen una política y estrategia aceptables para la salud reproductiva, sin causar conflicto ya sea entre los proveedores de cuidados de salud, o los grupos comunitarios opuestos a la planificación familiar como programa vertical o demográfico. Es posible que esta estrategia no sea ideal, pues Honduras no está equipada para satisfacer las demandas de esta estrategia., tales como los sistemas de referencia, transporte, personal bien capacitado y facilidades bien equipadas para hacerle frente a las emergencias obstétricas. El MdeS está haciendo muchos esfuerzos para sobrepasar estos déficits a través de la creación de Clínicas de Salud Materno/Infantil, casas comunitarias donde las parteras puedan atender los partos y Hogares Maternos donde las mujeres embarazadas puedan quedarse hasta 15 días antes del inicio de la labor de parto, cuando es admitida al hospital.

2. ¿Existen problemas de capacitación en las habilidades clínicas y de consejería?

La respuesta es definitivamente sí. Los médicos capacitados por la Asociación Hondureña de Planificación Familiar (ASHONPLAFA) en habilidades clínicas de planificación familiar (en la actualidad) son generalmente los que están haciendo su año de servicio social. El Hospital Escuela es el área de capacitación de habilidades clínicas para estudiantes de medicina y de enfermería. El número de estudiantes es mayor que la demanda de servicios de planificación familiar, así que ni los médicos, ni las enfermeras, tienen la oportunidad de practicar adecuadamente las habilidades clínicas de la planificación familiar.

El Director del Hospital, Dr. Zambrano, dijo que él ha graduado residentes del OB/GIN que no sabían como insertar un DIU. ASHONPLAFA trata de llenar esta necesidad de capacitación clínica de médicos y enfermeras. Sin embargo, su clínica en Tegucigalpa sólo puede, debido a la falta de espacio, capacitar a dos estudiantes a la vez. El Departamento de Cuidados de Salud de la Mujer del MdeS recibe información de ASHONPLAFA en cuanto a quien ha sido capacitado y utiliza esta información para tratar de que se capacite a otros estudiantes. (Ver siguiente pregunta sobre el curriculum de las facultades de medicina y enfermería.)

Las enfermeras auxiliares y otros proveedores de servicios de salud necesitan ser capacitados en habilidades de consejería y en algunos casos lo han sido. Aquellos que han sido capacitados bajo un programa de ASHONPLAFA no han tenido seguimiento por parte del MdeS. Las enfermeras auxiliares son las únicas empleadas permanentes en las áreas rurales, con algunas excepciones. Se necesita realizar actividades de seguimiento/supervisión para poder mejorar las habilidades de consejería, ya sea de profesionales o de enfermeras auxiliares. Se deben desarrollar materiales para ayudar al personal a mejorar sus habilidades de consejería, especialmente en planificación familiar.

3. ¿Debe el proyecto trabajar para cambiar los currícula de las escuelas de formación de trabajadores de cuidados de salud?

La facultad de Enfermería de la Universidad ha desarrollado currícula para la planificación familiar, los cuales han estado en uso alrededor de tres años. Se enseña la teoría de la planificación familiar y del riesgo reproductivo, pero, debido a la falta de instalaciones de capacitación, se pospone la práctica de las habilidades hasta que la enfermera o enfermero cumpla con su año de servicio social. Sin embargo, si el médico del centro de salud siente que la planificación familiar es su prerrogativa, la enfermera profesional no recibe su práctica. Si bien los problemas de rotación afectan la capacitación de los médicos, es aún más difícil encontrar facilidades donde se pueda capacitar a las enfermeras profesionales. Por lo tanto, aunque estos currícula se han puesto en práctica por tres años, uno encuentra enfermeras que nunca han sido entrenadas en las habilidades clínicas de la planificación familiar, ya sea durante o después de sus cursos de formación.

La facultad de Enfermería de la Universidad ha desarrollado cursos de post-grado para las enfermeras profesionales. El curso tiene una duración de doce meses y se ofrecen tres áreas de especialidad: Materno/Perinatal, Cuidados Integrados Infantiles y de Adolescentes, y Salud Familiar. Las tres áreas presentan un Grado de Maestría como Enfermera Especialista. El programa hace mucho énfasis en la práctica, que cada enfermera realizará en su lugar de trabajo. Se aceptaron 17 enfermeras para el ciclo 1995-96 y ya empezaron sus estudios. Este año, recibieron becas del UNFPA, las que son estimadas en Lps.10,000 por estudiante. No será posible para la UNFPA dar estas becas el próximo ciclo. Este programa debe servir para proveer algunos profesionales bien capacitados para asistir en la implementación de la Estrategia de Riesgo Reproductivo. Al volver a enfocar el SSII, la USAID y el MdeS harán bien en considerar este programa para asistencia financiera y técnica.

La facultad de medicina de la Universidad ha diseñado un curriculum para la planificación familiar, el cual esperan iniciar el próximo año.

En el curso de 10 meses de capacitación para las enfermeras Auxiliares, unas 4 horas de las más de 1.000 horas se dedican a la planificación familiar.(31) Desde 1993, esto ha mejorado, pero no al grado de incrementar las habilidades de consejería antes de su nombramiento a un centro de salud rural. A la enfermera Auxiliar se le da un papel más activo en las normas de Servicios de Salud de la Mujer(84) del que le fuera concedido anteriormente. Se espera que ella proporcione todos los servicios de salud integrada de la mujer, excepto los partos: cuidados pre-natales, post-natales, consejería de planificación familiar y distribución de condones, otros métodos de prevención y anticonceptivos orales. Si la enfermera Auxiliar, como proveedora de servicios de salud permanente, desempeña un papel más importante en la planificación familiar, se le debe dar más atención que la que actualmente le da el MdeS. Si el SSII espera llevar la planificación familiar a las áreas rurales para aumentar la cobertura, la enfermera Auxiliar es la persona que puede hacerlo, si se le proporciona capacitación adicional y se le supervisa más de cerca.

4. ¿Cuáles son los problemas y obstáculos para proveer cuidados de salud reproductiva masculina y educación sexual a los adolescentes?

Salud Reproductiva Masculina:

En el sector privado, ASHONPLAFA en San Pedro Sula, ha instituido una clínica de salud reproductiva los días sábado, cuando solamente se atienden hombres. En esta clínica, se da consejería, se examinan y tratan EST; los riesgos reproductivos y el espaciamiento de nacimientos forman parte del programa de educación para hombres y, finalmente, se ofrecen y se hacen vasectomías en la clínica. Esta es una de las tres clínicas fundadas. ASHONPLAFA hace casi todas las vasectomías realizadas en Honduras. Los hospitales y clínicas no hacen vasectomías y piensan que éstas son responsabilidad del departamento de urología. En la clínica masculina de ASHONPLAFA en San Pedro Sula, también se tratan problemas de infertilidad y

se llevan a cabo conteos de espermatozoides en su propio laboratorio. Las otras dos clínicas de ASHONPLAFA que ofrecen los mismos servicios están localizadas en Tegucigalpa y Santa Rosa de Copán.

Educación Sexual y Salud para Adolescentes:

En papel, la salud de los adolescentes forma parte del Departamento de Salud de la Mujer como parte de un programa integrado para mujeres. Existe una falta de información sobre la salud de adolescentes y su educación sexual. Incluso los estudios sobre planificación familiar que son tan difundidos, ignoran este grupo y se concentran en mujeres en uniones estables.(12) El Departamento de Salud de la Mujer tiene un plan para incluir alguna orientación y educación sexual en las escuelas, pero no han empezado a implementarlo. Debido al gran número de embarazos de adolescentes, (113) y a un alto índice de mortalidad materna (230/100,000)²³, el MdeS está empezando a darle más énfasis a la educación sexual y la salud de los adolescentes. La población meta para esta actividad sería, por supuesto, la juventud masculina y femenina, siendo al menos un comienzo para resolver los problemas de salud reproductiva masculina.

Estos dos problemas parecen preocupar a los proveedores de cuidados de salud y a los jefes de división, pero nadie parece seguro de cómo atacar el problema. En el Hospital Escuela están planificando un programa para adolescentes (que incluye la educación sexual). Este programa será financiado por la UNFPA. El Hospital ha solicitado asistencia técnica del Departamento de Salud de la Mujer.

Al enseñar a la juventud, es importante asegurarse que ellos adquieran conocimientos sobre la salud reproductiva y la planificación familiar. Ellos deben ser orientados a la salud reproductiva y a la planificación familiar como un problema de salud, pero es tremendamente importante que también comprendan los problemas demográficos.

Ellos son el grupo que en la madurez tendrá que afrontar la explosión demográfica en su propio país, como se vieron obligados a hacerlo los otros países en la Conferencia de Cairo de 1994.

5. ¿Qué tan bien ha funcionado el proceso de listados de Mujeres en Edad Fértil (MEF) a nivel de comunidad? (Especialmente en la Región 5.)

Los listados de MEF a nivel comunitario son listas de mujeres en la comunidad en el grupo de edades entre 12-50* años. Estas listas incluyen la edad, estado civil, número de hijos y otra información concerniente a embarazos y partos. Las listas son mantenidas a nivel de centro de salud y son utilizadas principalmente para detectar mujeres en riesgo para que se les pueda dar

²³ En el grupo de adolescentes, 15-17 años de edad, el Índice de Mortalidad Materna (IMM) es más alto que el promedio nacional.

seguimiento y, de ser necesario, referirlas. Los listados fueron diseñados para el Cuidado de Salud Materno/Infantil Integrado, así que también se mantienen registros de niños menores de cinco años de edad, en lo referente a vacunas, episodios de diarrea, infecciones respiratorias, otras enfermedades y crecimiento y desarrollo de los niños.

Las visitas de campo demostraron que en la Región 5, cuentan con listados de mujeres y niños. Existe una tendencia de registrar solamente a las mujeres embarazadas y el registro de vacunas en los niños. Sin embargo, un empleado del MdeS recientemente informó que algunas áreas de la Región 5 utilizan listados completos para las mujeres, los que son analizados regularmente y las mujeres embarazadas con factores de alto riesgo son cuidadosamente monitoreadas. En otras Regiones no se han implementado los listados.

*MEF en normas internacionales es de 15-44 años, pero Honduras cambio esto a 12-50 para reflejar mejor su realidad. Esto hace difícil calcular una comparación entre países.

Las listas constituyen un buen instrumento para detectar el riesgo en mujeres y niños. La implementación de esta herramienta ha sido muy lenta. El nuevo listado de mujeres que se anexa a las normas contiene información sobre la planificación familiar y los métodos utilizados.

6. ¿Cómo se pueden mejorar los indicadores del proyecto?

Los tres principales indicadores para el componente de salud reproductiva del SSII son:

- 1) las tasas de fertilidad total de mujeres entre los 15 y 44 años de edad serán reducidas del 5.6 en 1987 a 4.6 en 1996;
- 2) el índice de mortalidad materna disminuirá del 221/100,000 a 145/100,000 o menos en 1996; (3)
- 3) el porcentaje de mujeres de áreas rurales que tuvieron visitas pre-natales al centro de salud durante su último embarazo aumentará del 67.2% en 1991 al 80.2% en 1996.

El único indicador de los tres que es fácil de medir es el último. Sin embargo, un indicador más realista sería medir las visitas pre-natales en las áreas rurales para el SSII, puesto que las áreas rurales son prioridad del proyecto. El porcentaje de visitas pre-natales a los centros de salud según el indicador de arriba está desviado, pues en él se incluyen áreas urbanas, así como áreas rurales y esto no es una medida del éxito del proyecto.

Es preciso cambiar el primer indicador para que refleje la preocupación de las proyecciones poblacionales de RAPID IV. (87) La Encuesta Epimiología de 1991-92 presenta el índice de fertilidad en 5.1, (12) para que se sepa que el índice está bajando. Sin embargo, tratar de alcanzar

un índice de 2.1 es necesario para disminuir el crecimiento demográfico en Honduras. Para un proyecto como el SSII, que tiene su propio límite de vida, este indicador es muy difícil de medir.

El APP (Años Protección Pareja) proporcionaría, año con año, un indicador que se podría medir y que sería confiable, sin tener que esperar encuestas y estudios de epidemiología. Los APP pueden ser utilizados para: monitorear el volumen de actividades de un programa de planificación familiar; comparar la eficacia y eficiencia de los diferentes componentes del proyecto; determinar la eficacia de costos de un programa de planificación familiar; medir la contribución de las actividades relacionadas de la planificación familiar para aumentar la cobertura de la anticoncepción; y cuantificar la contribución de varios componentes dirigidos a la entrega de servicios.(80)

Otros indicadores del final del proyecto son:

- **el porcentaje de todos los embarazos de alto riesgo que reciben servicios de referencia apropiados aumentará del 12% al 90%.**

Considerando que el sistema de referencias no está bien desarrollado, este es un gran salto y no es realista. Tomando en consideración los esfuerzos que está realizando el MdeS para mejorar el sistema de referencias, un indicador más realista sería del 12% al 30%.

- **90% de los CESAR estarán distribuyendo anticonceptivos temporales.**

Cuando solamente una fracción de los CESAR están actualmente distribuyendo anticonceptivos, esto no parece ser realista. Un indicador más realista sería "90% de los CESAR dentro de las Areas de implementación del proyecto".

- **80% de las mujeres embarazadas que visitan los centros de salud recibirán atención en cumplimiento con las normas del programa, tales como cuidados pre y post-natales, parto, servicios de planificación familiar/espaciamento, detección de cáncer y otros.**

¿Cómo se puede medir esto?

- **al 60% de las beneficiarias del programa de cuidados maternos se les habrá practicado citologías vaginales a intervalos prescritos por las normas del MdeS.**

Esta es una estadística de servicios que puede ser medida y probablemente alcanzada, pero no es un buen indicador, porque el problema no radica en tomar la prueba del PAP, sino más bien en leer los resultados y hacer que estos lleguen a las mujeres.

- **100% de los proveedores de servicios de salud y 50% de las mujeres en edad fértil estarán conscientes del riesgo de salud que implican los embarazos seguidos.**

162

Esto puede ser medido por estudios KAP.

- **100% de las mujeres en edad entre los 12-49 os habrán sido vacunadas con una segunda dosis de tóxico tetánico dentro de los últimos tres años.**

Esto puede ser medido, ya que es una estadística de servicio. Puede ser alcanzado ya que la sección de Tecnologías de Salud del proyecto sobre el PAI de este informe indica que el 70% de las MEF ya han sido vacunadas con la segunda dosis de TT.

Estos indicadores deben ser revisados conjuntamente con el MdeS y con algunas personas a nivel operacional. Deben ser validadas y ajustadas para hacer posible su logro. Las estadísticas de servicio son fáciles de medir y, al diseñar nuevos indicadores, serían valiosas dado el corto tiempo disponible en el proyecto. En realidad, uno de estos indicadores debe ser abandonado a medida que se implemente la extensión del SSII en algunas áreas esparcidas y no a nivel nacional. Es importante revisar todos estos indicadores.

7. ¿Cómo puede mejorarse la supervisión del MdeS para la PF/SR? ¿Qué asistencia del proyecto se puede proporcionar para esto?

En general, la supervisión de la PF/SR puede ser mejorada por medio del establecimiento de sistemas locales en las áreas rurales que reflejen las necesidades del personal local. El MdeS debe trabajar con una o dos Areas para diseñar un sistema y guía de supervisión local, basado en las necesidades del Area. Se deberá capacitar a los supervisores en calidad de supervisión, o sea, que dé facilidades, apoyo y que sea orientado a enseñar-aprender. El supervisor, por necesidad, debe ser conocedor en aspectos técnicos, así como administrativos de los programas de salud reproductiva y planificación familiar. A medida que el supervisor supervise personal en niveles de cuidado menores que los del Area, el enseñar a este personal individualmente puede ayudarles con su propia supervisión a nivel comunitario con los Guardianes, parteras y otros.

Se puede proporcionar asistencia del proyecto a estas Areas centinelas a través de operaciones de financiamiento que conlleven a las modificaciones e implementación más realista, haciendo posible que se duplique esta actividad en otras Areas del país.

8. ¿Enfatiza el componente del IEC sobre riesgos reproductivos la importancia de las prácticas preventivas, cuidados pre-natales adecuados y espaciamiento?

El componente IEC sí enfatiza la importancia de las prácticas de prevención, así como los cuidados pre-natales, especialmente en primerizas y mujeres mayores de 35 años o con muchos niños. También se enfatiza la metodología e importancia del espaciamiento. Estos materiales revisados están aún en una etapa de desarrollo.

8.1. ¿Enfatiza cómo responder a una emergencia obstétrica que requiere rápido tratamiento?

En materiales dirigidos a las parteras que se están desarrollando, se definen las emergencias obstétricas y el rápido tratamiento es la referencia.

El desarrollo de materiales del IEC ha sido retrasado por el cambio del personal y la falta de fondos para la impresión de los materiales. Es difícil revisar material que todavía no ha sido desarrollado completamente. Ciertamente, cuando se complete el material, éste debe reflejar las prácticas preventivas, cuidados pre-natales adecuados, espaciamiento, así como la respuesta a las emergencias obstétricas.

8.2 ¿Qué se puede hacer para reforzar las habilidades de consejería de los proveedores de servicios de salud?

Los proveedores de cuidados de salud necesitan información sobre la planificación familiar. Necesitan información sobre por qué la planificación es un problema de salud y un problema demográfico. Al no tener esta información, no se sienten motivados a aconsejar a las mujeres, especialmente porque no ven una razón real por la que deban hacerlo. Esta información necesita estar disponible para cada uno de ellos, o los proveedores de cuidados de salud no podrán dar consejos apropiados.

9. ¿Hasta qué punto ha respondido el proyecto a los problemas de salud reproductiva, planificación familiar y mortalidad materna en las áreas rurales?

El proyecto ha respondido a este problema en las áreas rurales proporcionando equipo para algunos CESAMO y CESAR en áreas rurales y aisladas y proporcionando los anticonceptivos necesarios. La capacitación bajo el proyecto ha sido mayormente para personal de alto nivel, no los dos niveles mencionados arriba. (Por ejemplo, el viaje a Quito para aprender técnicas de inserción de DIU después del parto y una visita de observación a México para observar cómo ellos han implementado estrategias de riesgo reproductivo.) Bajo el proyecto, la USAID proporcionó material para el IEC para usarse en las áreas rurales, pero se ha retrasado y pospuesto el desarrollo de este material en el MdeS por varias razones. Los recursos proporcionados no son suficientes y se enfocan en equipo y edificios. El proyecto necesita enfocar más la ayuda a las mujeres para que comprendan sus propias necesidades de salud y la de sus familias.

9.1 ¿Cuáles son los obstáculos?

El MdeS ha dependido de las Regiones para distribuir equipo y materiales, pero las Regiones no siempre distribuyen de acuerdo con la programación del MdeS. Por consiguiente, algunos

establecimientos están sobre-equipados y tienen un exceso de anticonceptivos, mientras que otros no tienen lo que necesitan.

Los obstáculos también incluyen las largas distancias, las malas carreteras, falta de transporte, falta de supervisión, no hay actualización de la capacitación, no hay materiales de IEC y la falta de habilidades tanto clínicas como de consejería por parte del personal. Otros obstáculos son culturales, ya que la gente piensa diferente en las áreas rurales a las áreas urbanas(26). Frecuentemente, el personal de salud no está consciente de ello y esto no está reflejado en el material del IEC que aún se encuentra en desarrollo.

La población rural está dispersada, con poco acceso a los cuidados de salud. A diferencia de las áreas urbanas y periurbanas donde el acceso no es un problema, mucha gente vive a más de una hora de distancia de cualquier centro de salud.

9.2 ¿Qué acciones es necesario tomar para reforzar la salud reproductiva, la planificación familiar y la reducción de la mortalidad materna en las áreas rurales?

El MdeS ha iniciado unas estrategias de salud diseñadas para mejorar la salud materna en las áreas rurales. Una iniciativa es la construcción de un "hogar" para mujeres embarazadas que viven lejos del centro de servicios, donde las mujeres pueden quedarse hasta los últimos 15 días del embarazo y son atendidas en un hospital durante el parto. Ella se queda en este hogar con un acompañante/amiga, partera o miembro de la familia. El gobierno municipal es completamente responsable por estos hogares. Ya se han construido dos y otros seis en están en fase de construcción.

Otra iniciativa es la construcción de un centro de nacimientos en la comunidad donde existe una partera que pueda atender el nacimiento, pero donde hay personal de salud disponible a corta distancia para atender cualquier emergencia. Nuevamente, la construcción y mantenimiento de este centro es responsabilidad del gobierno municipal. Ya están funcionando ocho de estos centros y otros 32 están en etapa de planeamiento.

Una tercera iniciativa es la de trabajar con las comunidades para proporcionar transporte en caso de emergencias obstétricas. Esto significa que las comunidades donde existe una partera que proporcione servicios a la mujer embarazada antes y durante el parto, siempre tendrán transporte disponible.

El MdeS también ha construido y mantenido el personal de unos siete u ocho Centros de Maternidad. El objetivo del Centro es el de proveer servicios integrados de Salud Materno/Infantil. Un Centro en El Paraíso estaba proporcionando todos los servicios a las mujeres y niños. Este Centro fue empezado como un esfuerzo de colaboración del MdeS, el IHSS y el Consejo del Gobierno Municipal. Personal del nivel central del MdeS nos informó que en unos otros dos o tres lugares existen Centros que proveen servicios integrados. En otro Centro que visitamos, en Siguatepeque, solamente se proporcionaban servicios maternos y de

recién nacidos. Los servicios de planificación familiar y salud infantil eran ofrecidos en el CESAMO que está ubicado al lado del Centro.

Para reforzar éstas y otras prioridades de áreas rurales, se sugiere que el SSII implemente a fondo las actividades de salud reproductiva en algunas Areas del país, en vez de tratar de implementar estas acciones a nivel nacional. Esto se podría hacer por medio de: 1) investigaciones de operaciones para probar intervenciones de cuidados maternos en proyectos demostrativos que puedan ser duplicadas en otras Areas; o por 2) asistencia técnica para proporcionar soluciones a los problemas de prestación de servicios, fortalecimiento organizacional y talleres de trabajo para gerentes y personal que participa en la toma de decisiones, ó 3) investigación de operaciones buscando específicamente incrementar el acceso de las mujeres rurales a los servicios anticonceptivos, expandiendo la disponibilidad de métodos clínicos a través de médicos, enfermeras profesionales y, más importante, enfermeras Auxiliares.

Otros contratistas de Asistencia Técnica y de ONG en el país están buscando en las sugerencias arriba descritas actividades de supervivencia infantil en áreas rurales. INOPAL III podría proporcionar cualquiera de los servicios arriba discutidos para el componente de salud reproductiva/planificación familiar del SSII, trabajando directamente con el MdeS.

9.3 ¿Existen problemas de género que deban ser consideradas en el desarrollo y programación de actividades de capacitación?

Como se discutió en la evaluación de medio período(4) y que aún es notable, existe un número desproporcionado de hombres en posiciones gerenciales ejecutivas. En las áreas rurales, a nivel operacional, predominan las mujeres. La población meta para las actividades de salud reproductiva son madres y cuidadoras principales. Las estrategias o programas de capacitación para las áreas rurales deben enfatizar la importancia de la mujer en todas las actividades comunitarias. La capacitación debe estar dirigida hacia aumentar la autoestima en las mujeres y en motivarlas a buscar ayuda para sus propios problemas de salud y no solamente los de sus niños. Las mujeres de las áreas rurales tienden a tener una autoestima muy baja (26) y por lo general no se sienten iguales a los hombres.

10. ¿Cómo puede la asistencia enfocada del proyecto asegurar el mantenimiento del progreso actual en la Supervivencia Infantil?

Un intervalo de 12 meses o menor entre nacimientos, es considerado universalmente como un factor de riesgo para la madre y el niño. Estos nacimientos no espaciados aumentan la posibilidad de que el niño nazca con bajo peso. Los niños con bajo peso al nacer corren más riesgos de enfermedad y tienen menos probabilidades de supervivencia que los niños que nacen con peso normal. Los nacimientos de corto intervalo también terminan el proceso de lactancia, lo que puede llevar a la desnutrición, diarrea, e infecciones respiratorias.(70)

La Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar de 1991-92(12) estima que el riesgo de muerte en niños de nacimiento de corto intervalo es el doble del de un niño que nace con un intervalo de 24 meses o más.

Los nacimientos de corto intervalo también ponen en riesgo a la mujer, aumentando la posibilidad de muerte, la que desaparece cuando los embarazos están espaciados por 24 meses o más. Los estimados basados en los datos del estudio de Mortalidad Materna encontraron que el 63.2% de las muertes maternas ocurren en mujeres que han tenido embarazos de corto intervalo.(70)

El progreso a la fecha de la supervivencia infantil puede ser mantenido si se enfatiza el espaciamiento como una actividad de Supervivencia Infantil, la que es tan importante para la supervivencia del niño, como la de la madre.

11. ¿Qué se puede hacer para establecer un sistema de referencia de emergencias obstétricas más eficaz en las áreas rurales?

El MdeS ha tomado iniciativas para tratar de establecer un sistema de referencias más eficaz. Se han creado Centros de Salud materno Infantil (centros de nacimientos) en algunas áreas para proveer cuidados de salud materno-infantil integrados. Estos centros están ahora proporcionando cuidados pre-natales, nacimientos, cuidados para el recién nacido y control de post-parto para ambos después de los 10 días de nacido. Algunos de estos centros proporcionan servicios integrados que incluyen la planificación familiar. Sin embargo, muchos de los centros no proveen servicios de planificación familiar, ni de salud infantil. Atienden partos normales y refieren a las mujeres de alto riesgo al próximo nivel de cuidado, o al hospital. Los centros que se visitaron durante las visitas de campo fueron buenos ejemplos de las diferencias. El Centro en El Paraíso proporcionó servicios integrados y contaba con el espacio suficiente para hacerlo. Este centro es también un ejemplo del esfuerzo de colaboración del MdeS, el IHSS y el Consejo Municipal. El Centro en Siguatepeque se limitaba al cuidado pre-natal, nacimiento, cuidado de recién nacido y una visita de post-parto a los diez días. Ciertamente, la infraestructura no es adecuada para los servicios integrados.

El transporte está siendo discutido en el MdeS como parte de sus esfuerzos por mejorar el sistema de referencias. En las comunidades donde el centro de nacimientos es atendido por una partera, se insta a las comunidades que encuentren un vehículo permanente para transportar a la paciente en caso necesario.

Los hospitales de Area y Regionales no están equipados para manejar una emergencia obstétrica. No cuentan con el equipo ni los suministros necesarios y la mayoría no cuenta con el personal capacitado en el manejo de estas emergencias.

11.1 ¿Cuáles servicios son prestados rutinariamente durante el control pre y post-natal en los centros de salud?

Los controles prenatales realizados por la enfermera Auxiliar incluyen: examen de los ojos para detectar palidez anémica, chequeo de extremidades para detectar edemas, presión arterial y peso, altura uterina y posición del feto y latidos del corazón del feto. Se supone que esto es seguido por consejos sobre nutrición, si es necesario y/o cualquier otro consejo que la enfermera Auxiliar pueda dar a la mujer sobre ejercicios, acerca de la lactancia y el cuidado de los pezones. Es un examen a fondo y adecuado para detectar cualquier signo de riesgo que pueda aparecer.

Los controles post-natales son realizados rutinariamente antes de que el paciente abandone el hospital, e incluyen: chequeo de sangrado, tono uterino, presión arterial y chequeo final del recién nacido. Estos chequeos son realizados 8-10 horas después del nacimiento cuando se da de alta a la madre. Los centros de salud no realizan estos chequeos, pero los centros de nacimientos piden a la madre que regrese a los diez días, lo cual casi nunca pasa en las áreas rurales y también hacen un chequeo a los 40 días, el cual también debe incluir consejos sobre la planificación familiar.

11.2 ¿Cómo es la calidad del cuidado?

Los CESAR proporcionan cuidados de calidad. Los exámenes realizados por las enfermeras Auxiliares son adecuados. Esto mejorará cuando se pongan en práctica las normas. En la actualidad, sin embargo, las enfermeras Auxiliares están lo suficientemente capacitadas para proveer servicios de calidad.

En los hospitales, la norma son los estándares de cuidados. Los procedimientos son realizados de acuerdo con los estándares del hospital. Fue obvio durante las visitas de campo que muchos de los factores institucionales de calidad de servicios no existen o no son los adecuados. Los hospitales no están equipados para proveer servicios de calidad y sus recursos humanos y materiales no son adecuados.

11.3 ¿Por qué las mujeres con problemas de riesgo de muerte no llegan a los hospitales o centros de salud?

Por años, el MdeS y otras instituciones han estudiado esta pregunta. Por medio de entrevistas a mujeres de las áreas rurales, han encontrado que una de las principales causas era la distancia entre el centro/hospital y sus casas; una causa secundaria era la falta de confianza en los proveedores de servicios de salud y el costo del transporte era la otra causa.

11.4 ¿Qué hacen o podrían hacer las comunidades para organizar los servicios de transporte y apoyo al sistema de referencias?

(Ver #11). Las comunidades que han tomado conciencia de sus necesidades de salud, ya sea a través de la educación o de la experiencia están gradualmente, hasta la fecha en muy pocos casos, organizándose alrededor del centro de salud, reconociendo que el sistema de cuidados de salud no es eficaz sin su participación. El esfuerzo del MdeS de conseguir que las comunidades proporcionen transporte para las referencias de emergencia está logrando la colaboración de las comunidades.

11.5 ¿Qué enfoques innovadores, tales como los hogares de nacimiento cercanos a un centro de salud, o radios de dos canales, pueden ser utilizados?

La iniciativa de hogares de nacimiento ha sido puesta en práctica por el MdeS, pero es muy reciente como para poder evaluar el impacto que esto pueda tener en la mortalidad, e incluso en la morbilidad.

Un radio de dos canales puede ser invaluable en los centros de Salud Materno/Infantil como medio para obtener consejos de un médico especializado cuando se presente una situación de amenaza de muerte y que por la falta de transporte o por lo inmediato de la emergencia, no se pueda referir al paciente. También serviría para poder pedir asistencia a otra localidad que se sepa cuenta con transporte, siempre y cuando haya suficiente tiempo para transferir al paciente, o para alertar al hospital que va a recibir al mismo, para que esté preparado. No se manejan nacimientos ni en los CESAMO ni en los CESAR, ni estos dos centros funcionan las 24 horas del día como lo hacen los Centros de Salud Materno/Infantil.

12. ¿Qué tan eficaces son las parteras? Cuidados pre-natales, revisión, nacimientos seguros y referencias cuando aparecen señales de peligro?

Antes de 1990, se capacitaba a las parteras con metodologías tradicionales en el aula. A principios de 1990, se puso en práctica una nueva metodología, la de participación, capacitación activa y refleja con alguna práctica basada en los riesgos reproductivos. Los objetivos de aprendizaje de esta capacitación abarcan los exámenes pre-natales realizados por las parteras con el chequeo de anemia (los ojos), edema, edad, número de niños y un corto examen abdominal no manipulativo. Si se encuentran algunos factores de riesgo, la mujer es referida en ese momento a un nivel más alto de cuidados. En el caso de edemas, la partera debe aconsejar a la mujer que descansa con los pies elevados, etc., pero debe indicarle que si el edema no mejora en unos dos días, debe ser referida. A la partera también se le enseña cómo efectuar un nacimiento limpio, la expulsión no-manipulativa de la placenta y el cuidado inmediato del recién nacido. Todavía está por determinarse qué tan eficaz es este entrenamiento, pero el personal del nivel central del MdeS siente que las parteras han contribuido a disminuir el índice de mortalidad materna, que aunque los factores de riesgo reproductivo son nuevos para las parteras, existe la evidencia de

que las parteras están refiriendo más pacientes a los hospitales. El MdeS acaba de terminar una evaluación de la capacitación de parteras llevada a cabo en 1993-94, un proyecto financiado por el FHIS. El proyecto se implementó en 14 Areas. La supervisión y el seguimiento de las parteras después de la capacitación fue llevado a cabo en su mayoría por ONG que están trabajando en los sectores donde vivían las parteras. Para todas las Areas, se impartió seguimiento al 28.7% de las parteras capacitadas. En total, se capacitaron 4.126 de un posible número de 6-8.000 parteras y al momento de la evaluación, solamente se habían perdido en el sistema 154.(122)

Los datos preliminares no incluían todos los Departamentos y Regiones donde se dio la capacitación. Algunas no habían presentado el informe, o las ONG no lo habían reportado, al momento de la evaluación. El MdeS planea llevar a cabo más evaluación y análisis de los datos antes de lanzarse a un nuevo programa de capacitación. Ellos sienten que las parteras están proporcionando un servicio que con el tiempo reducirá el IMM, lo cual probablemente ya hayan logrado, pero no existen evaluaciones para comprobar esta teoría.

12.1 ¿Tienen equipo básico?

Después de la capacitación, cada partera recibió un kit de nacimiento, como una mochila que contiene una sábana y delantal plásticos, cuerdas para atar esterilizadas, un forcep con esponja para lavar el área perineal con gasas esterilizadas, dos fuentes en forma de riñón, dos pequeñas botellas de desinfectante para las ataduras del cordón, gotas para los ojos del recién nacido, gasa para limpiar el perineum y la atadura del cordón (no esterilizada y esterilizada respectivamente), dos pequeñas toallas, un plato y jabón, un par de tijeras. Este equipo es adecuado. Recientemente, se incluyeron hojas de afeitar para cortar el cordón umbilical, puesto que las parteras de más edad no pueden manipular las tijeras. Realmente, en el proyecto arriba descrito, el equipo no llegó a tiempo y tuvo que ser distribuido durante la supervisión.(122)

12.2 ¿Cómo se pueden satisfacer sus necesidades de equipo y suministros?

Los materiales necesarios para los nacimientos posteriores son provistos, ya sea por el centro de salud sin costo alguno, o las parteras tienen que comprarlos en las farmacias con dinero del pago que recibieron por el último nacimiento. Otro mecanismo para asegurar la disponibilidad del material es que la mujer lo compre antes de su propio alumbramiento. Estas alternativas no necesariamente funcionarán en cualquier momento. El MdeS debe establecer un método de reemplazo de material que sea más seguro, tales como asegurándose de que los centros de salud tengan a mano los materiales necesarios para el número de parteras dentro del área de influencia del centro, o decidiendo cuánto material será necesario por el estimado del número de nacimientos esperados, incluyendo estos materiales en la programación de cada centro.

12.3 ¿Cuál es la actitud del personal de salud del centro con respecto a las parteras?

Las enfermeras Auxiliares generalmente muestran mucho respeto hacia las parteras, por la manera en que éstas atienden los nacimientos. Tienden a trabajar muy de cerca. Los médicos son notorios por la falta de respeto al tratar a las parteras y por hacer descartar el diagnóstico de ellas cuando refieren a un paciente. Con respecto a las enfermeras profesionales, las que han trabajado de cerca con ellas, o que participaron en la capacitación que se les dio, respetan a las parteras y la contribución al cuidado de salud que desempeñan en la comunidad. Estas actitudes están cambiando un poco a medida que el personal participa más en la nueva modalidad de capacitación utilizada por el MdeS. Los esfuerzos del MdeS de cambiar estas actitudes han sido admirables, pero éste es un proceso lento.

12.4 ¿Cómo se puede mejorar la capacitación y la supervisión?

La nueva modalidad requiere reuniones mensuales de las parteras y los proveedores de salud. El MdeS ha pedido a las ONG que trabajan en el área que reúnan a las parteras y que las visiten cuando efectúen sus visitas regulares, una responsabilidad que las ONG asumieron cuando se unieron al proyecto. No se debe capacitar a las parteras a menos que exista un sistema de seguimiento y de supervisión. Las evaluaciones de los programas de parteras en otros países todas recomiendan lo anterior, porque de lo contrario se pierde a la partera en el sistema y ella continua cometiendo los mismos errores de antes. Este seguimiento se convirtió en prioridad en la nueva modalidad de capacitación. La enfermera a cargo del programa de partera también indicó que el MdeS tenía dificultad para medir el éxito o fracaso del programa de parteras porque no se había efectuado investigaciones antes del programa y todavía no se ha planificado una para el futuro. Antes de comenzar la nueva ronda de capacitación de resto de las parteras, sería sensato contar con alguna base de datos.

13. ¿Es consistente el plan de apoyo para el Programa Nacional de VIH/SIDA con el contexto general de la asistencia del proyecto para la Salud Reproductiva? Examinar especialmente las alternativas posibles y fuentes sostenibles de condones.

Parece que en Honduras el VIH/SIDA se ha convertido en un problema de SMI. Puesto que Honduras tiene el 57% de los casos de SIDA en Centroamérica y solamente el 17% de la población de Centroamérica y la transmisión aquí es predominantemente heterosexual, el impacto sobre el SMI puede ser muy negativo. No solamente existe un impacto de salud, sino también un impacto socioeconómico, que actualmente solamente se observa en las ciudades, pero que no hay razón para creer que en un futuro éste no sea sentido en las áreas rurales.(11) El VIH/SIDA está afectando a la población entre 19-30 años de edad, que, en las mujeres, es también la edad reproductiva.

El objetivo del proyecto para las mujeres y niños es el de reducir el índice de mortalidad. Es razonable, conociendo cómo son afectadas las mujeres y los niños por esta enfermedad, que en

agosto de 1994 se haya incluido en el SSII un proyecto del VIH/SIDA.(2) Este proyecto se convirtió en una División dentro del MdeS, pero desafortunadamente, las Divisiones tienden a no colaborar unas con otras, causando, entre otros problemas, la duplicidad de esfuerzos.

Recientemente, ASHONPLAFA inició, dentro de su sistema de servicios de planificación familiar, un programa de prevención y detección del VIH/SIDA. Este programa es demasiado nuevo para poder evaluar el impacto, pero será de importancia para que el MdeS con el tiempo realice esta evaluación y decida si la educación y prevención del VIH/SIDA deben formar parte integral de los servicios de SMI.

La fuente de condones ha sido ampliamente discutida, puesto que la USAID no está segura por cuánto tiempo más podrá suplir los mismos. Una alternativa ofrecida hace algún tiempo era que el MdeS presupuestara y comprara sus suministros, lo cual hicieron. El MdeS podría, por supuesto, buscar fuentes alternativas de condones, pero éstos son necesarios en grandes cantidades tanto para los programas de salud reproductiva, como para la educación y prevención del VIH/SIDA. La alternativa más sostenible sería que el MdeS descubriera dónde están disponibles los suministros y que continuara presupuestando y comprando en el país los condones necesarios.

14. En vista de las respuestas del equipo a todas las preguntas anteriores, ¿cuál es el camino más eficaz para el apoyo del proyecto a las intervenciones de salud reproductiva?

El proyecto debe apoyar un esfuerzo en Areas centinelas para implementar la estrategia de riesgos reproductivos, probando si es práctico llevar a cabo una implementación a nivel nacional. En estas Areas, los programas de capacitación de los proveedores de salud deben enfatizar el papel de la mujer en la comunidad, así como el papel de las mujeres proveedoras de servicios de salud.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

La epidemiología de la Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en Honduras es la principal causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años de edad.(1) Un niño en las áreas rurales y periurbanas sufre un promedio de cinco episodios de infecciones respiratorias agudas al año. Los episodios en niños de madres solteras adolescentes fueron 42% por ciento más frecuentes que en las madres de mayor edad. Treinta y dos por ciento de las consultas en los centros de salud pública fueron debido a infecciones respiratorias agudas y hasta un 21% de la mortalidad infantil fue debido al IRA, principalmente la neumonía.(2) Sesenta y siete por ciento de las muertes infantiles ocurren en los hogares. La mitad de la mortalidad relacionada con la neumonía ocurre en los primeros dos meses de vida.(3)

Los niños con formas moderadas a severas de desnutrición corren 15 veces más riesgo de enfermarse o de morir por causa de ello.(4) Los factores de riesgos asociados son la deficiencia de vitamina A, bajo peso de nacimiento, la falta de lactancia exclusiva y riesgos ambientales tales como el humo y la conglomeración. La lactancia ha demostrado que protege contra el IRA: la frecuencia de episodios en niños menores de dos meses era sólo del 14% comparada con el 23% de frecuencia en niños que recibían alimentación mixta.(6) La Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar (EESF) de 1991-92 (6), reporta la reducción de casi una tercera parte de las muertes relacionadas con enfermedades diarreicas/IRA entre 1987 y 1991. El control del IRA se ha beneficiado por el alto índice de inmunización en el país, contra difteria, pertusis y sarampión. Se ha calculado que una cobertura entre el 80-90% puede evitar 59-67% de casos y muertes por sarampión y del 20-25% de muertes por IRA en niños menores de cinco años.(5)

1. ¿Qué acciones se necesitan tomar para aumentar la participación comunitaria en la identificación y tratamiento de la neumonía?

Crítico para el tratamiento del IRA/Neumonía es el reconocimiento de la madre, o de la persona encargada del cuidado del niño, del problema, darle al niño cuidados de calidad, el pronto reconocimiento de la necesidad de ayuda fuera de la casa y la disponibilidad y conocimientos del trabajador de salud que proveerá el cuidado.(8) En una encuesta apoyada por PAHO/WHO, "Encuesta con Enfoque Etnográfico", e investigaciones llevadas a cabo por la Academia de Desarrollo Educacional, se ha identificado una actitud de buscar servicios de salud. Se desarrolló un plan de comunicación, pero éste tenía algunas fallas técnicas y no se completó.

En 1991-92, el MdeS/NCIRAP, impartió capacitación a nivel nacional del manejo del personal de salud de casos estándares en respuesta a la necesidad del cuidado de casos estándares. El proceso de evaluación pre y post fue realizado en 1994. Un análisis preliminar de algunos de los resultados es presentados en la Tabla 1 y el Apéndice 1 (IRA 94108.CH3).

Tabla 1. Prueba Pre-Post del Manejo Institucional de los Casos del IRA por el Personal de Salud en los Hospitales Públicos de la Región de Salud 6. Honduras 1994²⁴

REGIONES DE SALUD												
	1		4		5		6		7		Pro. Nac.	
	Pre	Post	Pre	Post								
Uso de antibióticos	17	74	20	41	-	77	-	60	33	48	21	60
Pecho al inhalar	0	89	20	53	-	88	-	73	33	60	14	74
Signos de peligro	4	29	16	14	-	35	-	11	5	17	9	23
Difícil respirar	25	49	12	40	-	81	-	25	54	29	32	49
Conoc. y uso de normas	4	29	16	14	-	35	-	11	5	17	9	23
Seguimiento	39	50	11	27	-	52	-	30	37	7	25	35

Existe un incremento de conocimientos concerniente al manejo de casos institucionales (18% al 44%). No es claro si la misma audiencia que recibió la capacitación en 1991-1992, fue evaluada en 1994.

Las conductas comunes en el hogar de las madres o de las personas encargadas del cuidado del niño bajo el manejo del IRA, son el resultado de entrevistas efectuadas por personal de salud de las Regiones 1, 5, 6 y personal de salud de las Areas, CESAMO y CESAR en mayo de 1995. Las madres administran aceite de gallina, aceite de pescado y medicamentan con aspirinas y tés de diferentes hierbas locales, medicamentos para la tos y administran sulfa y antibióticos, automedicados en un 62% de los casos. La partera, el "curandero", los voluntarios de salud (guardianes) son sus recursos comunitarios. Aproximadamente el 15% del tiempo llegan al centro de salud normal (CESAR y/o CESAMO) (PAHO/MdeS, 1994). Esto sugiere un uso limitado del sistema de cuidados de salud para el manejo del IRA por parte de los residentes rurales y periurbanos.

Los voluntarios de salud comunitarios, guardianes, han sido capacitados para identificar y tratar casos simples de infección respiratoria y así prevenir una sobrecarga de las UPS. Lo que no ha ocurrido es la capacitación para identificar y tratar la neumonía en la comunidad. Hasta ahora se

²⁴NCARIP/MdeS/Dr. J. Melendez/1995

inician esfuerzos para afrontar este problema. El proyecto debe monitorear muy de cerca este esfuerzo para determinar el impacto del manejo comunitario del país. La participación de BASICS en este esfuerzo parece ser muy apropiada.

También es necesario llevar a cabo un estudio comunitario de bases para explorar los conocimientos locales sobre neumonía puesto que el diagnóstico de la neumonía por el encargado de cuidar al niño es más difícil. Los estudios previos solamente exploraron las infecciones respiratorias en general. También, se necesita explorar la investigación operacional de las conductas de búsqueda de servicios de salud de la persona encargada de cuidar al niño.

Actualmente, no se está llevando a cabo la capacitación de guardianes, o sea, la Región 6 no ha capacitado guardianes en los últimos cuatro años. La capacitación ha sido difícil por la deserción. Como se indicó en el último monitoreo de la Región 6, en mayo de 1995, solamente 57% de los guardianes y 37% de los "colaboradores voluntarios" asistieron a las reuniones mensuales.

Existe un alto nivel de deserción entre los guardianes en general y menos de ellos se benefician de esta capacitación/información para poder llevar estas acciones a sus comunidades. Las razones de las deserciones parecen ser la falta de incentivos para llegar a las reuniones mensuales, las distancias que deben de viajar y la falta de viáticos que les ayude a sufragar los gastos del viaje. Frecuentemente, las unidades de salud no tienen medicamento ni litrosol que compartir con los guardianes. La logística para obtener antibióticos y otros suministros toma por lo menos tres meses para llegar a los CESAR y CESAMO y éstos no reciben más del 50% de lo que han requerido. Esto causa una escasez crónica de medicamentos y suministros en las unidades de salud. El personal de salud comunitario no puede cubrir las áreas remotas a pie y dependen mucho de los guardianes.

El personal de los CESAR tiene un calendario mensual de reuniones, capacitación, inmunizaciones, más la contingencia de días de enfermedad o de vacación. Durante estos períodos el CESAR se cierra hasta por cuatro días o más. Este es un período durante el cual no se pueden hacer referencias.

Las acciones necesarias para mejorar esta situación incluyen el tratar de reforzar las organizaciones comunitarias y sus componentes. El Comité de Salud puede ser utilizado como un vehículo para la participación de la comunidad. Puesto que el Comité es elegido por la comunidad, podría convertirse en un eslabón clave entre los guardianes y el sistema de salud. El comité se puede involucrar en la toma de decisiones sobre su propia salud, evaluar los diferentes listados y los recién desarrollados censos comunitarios propuestos por la división del IRA al MdeS.

En países como El Salvador(9) e India(10) fue posible reducir substancialmente la morbilidad y la mortalidad causadas por el IRA/neumonía mediante el empleo de trabajadores de salud

comunitarios bien capacitados para enseñar, manejar la enfermedad, interrumpir el proceso mórbido y proporcionar antibióticos.

El manejo oportuno del caso en la comunidad por parte de trabajadores capacitados contribuye a disminuir la necesidad de referir al paciente a las instituciones de salud más caras y menos accesibles. La identificación oportuna de los problemas efectuada por los guardianes puede asegurar que los encargados del cuidado del niño busquen rápidamente la ayuda necesaria que les pueda brindar el médico y, en caso necesario, la enfermera.

2. ¿Qué clase de actividades promocionales o de capacitación son requeridas en esta área?

Es urgente implementar y apoyar los programas de comunicación masiva para educar a las madres sobre la IRA. Esto puede ser mantenido como una de las actividades de comunicación realizada por el guardián de salud local. Aunque por más de una década, el MdeS reconoció el problema del IRA y su seriedad y se desarrollaron buenos planes basados en investigaciones etnográficas y en la participación del personal comunitario de salud, éstas no han sido completamente implementadas o mantenidas.

La capacitación del personal de salud en el manejo apropiado de las IRA fue iniciado por el MdeS en 1991-92, pero fue interrumpida. El plan de la comunicación para la salud sobre el IRA para la pronta identificación y tratamiento también fue retrasada. Recientemente (mayo de 1995), el NCARIP ha reiniciado la capacitación de personal de las 7 Regiones, que a su vez capacitarán a los voluntarios comunitarios, quienes se supone proveerán educación para la salud y tratarán los casos de neumonía con antibióticos.

Existe la necesidad de desarrollar materiales de capacitación apropiados para el personal de salud y los trabajadores comunitarios. Existen manuales que ahora son obsoletos y las nuevas recomendaciones para el manejo de los casos deben ser incorporadas. La validación de los materiales a nivel comunitario no ha ocurrido aún.

La alta rotación de personal en los CESAMO, incluyendo al personal médico que desempeña su año de servicio social, hace necesario un programa de capacitación continua en el manejo estandarizado de los casos del IRA/ED. Los informes de monitoreo de la UCP indican como promedio de tiempo de las enfermeras en sus puestos, dos años.

3. ¿Qué se necesita hacer para reducir el número de neumonía institucional relacionada con la muerte de los niños menores de 5 años?

En Honduras, la muerte en instituciones de salud causadas por neumonía parece entrar en dos categorías: los niños que llegan a tiempo y reciben una mala atención, y los niños que llegan muy tarde para que el sistema de salud pueda hacer algo por ellos.

La falta de materiales, equipo, registros de salud incompletos o inusables, el uso irracional de los medicamentos y la mala capacidad del personal para tratar los casos complicados del IRA, fueron presentados en una encuesta hospitalaria realizada en 1991. Respuestas similares fueron se encuentran en entrevistas con directores y personal de hospitales Regionales y de Area en las Regiones 1, 5 y 6. Los medicamentos y los materiales se tardan meses en llegar a los centros de salud y las familias más pobres no pueden comprar las medicinas.

No es claro cómo funciona el sistema de referencias si los pacientes observados en los CESAR van a los hospitales de Area o Regionales; tampoco está en operación un sistema de contra-referencias. Apparently las familias ignoran el sistema de salud local y van directamente a los hospitales cuando los niños están en condición crítica y cuando el sistema puede hacer muy poco por ellos. El personal del MdeS y del NCARIP asegura que en los hospitales de Area existe una gran demanda de tiendas de oxígeno, aspiradores y antibióticos.

Como se muestra en la Tabla 1, el conocimiento del manejo estandarizado ha mejorado pero todavía es bajo, con un 44% de conocimientos del manejo apropiado a nivel nacional. Se necesitan cursos de seguimiento, educación continua, protocolos escritos y seguimiento. Esto debe ser proporcionado por las organizaciones médicas, asociaciones de hospitales, etc. La evidencia de haber asistido a cursos, talleres de trabajo y educación continua debe ser requisitos para promover o ascender al personal médico y de enfermería. Sería apropiado adaptar los curricula de las facultades de medicina y de enfermería al perfil epidemiológico del país.

4. ¿Cómo debe apoyar el proyecto a los hospitales de nivel de area en el tratamiento de la neumonía como la primer línea de referencia en el sistema del PHC?

El énfasis del apoyo del proyecto debe ir al hospital de Area. Proveerlos con los elementos básicos para que se vuelvan autosuficientes y que sirvan como el punto de enfoque principal para las actividades comunitarias. Existe la necesidad de equipo, (respiradores, antibióticos), manuales de instrucción, materiales, asistencia técnica en el manejo de registros de salud, fuentes útiles de monitoreo de estudios de investigación de casos y otras actividades.

El personal de los hospitales de Area debe ser capacitado en el manejo estandarizado de casos y recibir el apoyo para organizar y capacitar al personal de salud de la comunidad. El sistema de referencias y contra-referencias debe ser claramente establecido. La participación de las

instituciones locales de capacitación debe ser explorada para proporcionar capacitación en las habilidades de monitoreo y supervisión.

5. ¿Cómo pueden las comunidades apoyar el sistema de referencias?

La referencia a los CESAR de los casos de IRA por parte de los voluntarios comunitarios se hacen, pero no existe un proceso sistematizado ni se documenta el resultado final de la referencia. El sistema de información básico de referencia y contra-referencia no existe. No hay formularios, coordinación o normas estandarizadas de referencias que definan los casos o los pacientes que deben ser referidos.

La actividad más importante para iniciar la participación de la comunidad en el sistema de referencia y contra-referencia debe reforzar la organización comunitaria y desarrollar y mantener los comités de salud en las comunidades.

6. ¿Qué tan eficaces son las campañas del IEC en mantener informada a la población de las señales de peligro que requieren un tratamiento y referencia rápida?

Existe poca información sobre las campañas del IEC. Después de la investigación etnográfica llevada a cabo por HEALTHCOM y del desarrollo de planes, pasaron muchos años sin tomar ninguna medida. El MdeS/NCARIP indicaron que nunca se llevó a cabo el seguimiento de las actividades realizadas en 1991-1992. La falta de apoyo del SSII durante los últimos cuatro años ha sido frustrante. Después de las cuñas radiales iniciales y la utilización de los medios masivos de comunicación, los materiales impresos planificados, o sea los afiches, gráficas, manuales, materiales de educación para madres analfabetas, nunca fueron producidas ni imprimidas.

7. ¿Cuáles esfuerzos debe continuar apoyando el proyecto?

Se debe hacer una actualización del programa de comunicación desarrollado hace algunos años. Para hacerlo más eficaz, se debe enfocar en el manejo del problema por el trabajador de salud comunitario y por la madre del paciente, haciendo menos énfasis en la referencia a los centros de salud que frecuentemente están muy lejos, o están cerrados, o que no cuentan con los elementos básicos para prestar tratamiento.

Nuevamente, es importante promover la organización de los promotores de salud y de reconocer su importancia en la estrategia del MdeS de proveer servicios de salud en las comunidades rurales y aisladas. El promotor de salud debe tener una capacitación básica, común y adecuada en las intervenciones de supervivencia infantil para evitar la especialización de los promotores en la comunidad. Las madres no deben tener que consultar a un promotor diferente para cada problema de salud.

8. ¿Cuáles son los problemas con el programa piloto?

En 1993 se desarrolló un programa piloto para promover el manejo del IRA en la comunidad, con énfasis en la educación y el apoyo a la madre o la persona encargada de cuidar al niño. Esto fue postpuesto por falta de apoyo. En mayo de 1995, el MdeS/NCARIP decidieron implementar un programa nacional de manejo del IRA basado en la comunidad. El programa capacitará a 530 voluntarios comunitarios en siete regiones de salud para manejar el IRA en la comunidad. El primer paso comenzó en mayo de 1995, con la capacitación de 98 voluntarios en la Región 1. En el mes de junio comenzará un taller de trabajo para capacitadores integrado por personal de salud de las áreas.

BASICS tomará parte en cuatro puntos en el desarrollo del programa:

- a) Medición del desempeño de los voluntarios y supervisores y de la accesibilidad a los servicios de salud comunitarios; evaluación del sistema de apoyo al programa;
- b) Medición de recomendaciones y seguimiento del programa;
- c) Evaluación del impacto de la estrategia del programa sobre la mortalidad infantil; completar la asesoría de factibilidad; definir elementos de la estrategia que puedan ser duplicados en otras áreas remotas;
- d) Evaluación de la sostenibilidad de la estrategia en condiciones rutinarias en el área de estudio piloto.

9. ¿Cómo debe el SSII asistir en ésta área?

En las Areas de Salud identificadas para el SSII, el proyecto debe colaborar con BASICS para implementar totalmente una estrategia de tratamiento basada en la comunidad. Esto debe incluir operaciones de investigación y evaluación.

La división de educación en el MdeS debe ser apoyada en el desarrollo de mensajes para la comunidad apropiados para el control de riesgos en el hogar, la prevención de la neumonía y el tratamiento en el hogar de casos que no son neumonía. Se debe apoyar a las organizaciones de mujeres con esfuerzos del IEC para informarle al público que la neumonía es la primer causa de muerte en niños menores de cinco años. Algunos OPV han logrado difundir mensajes contra el SIDA, por ejemplo, y bien podrían compartir sus experiencias con el MdeS.

ENFERMEDADES DIARREICAS/COLERA

La propagación de la diarrea en el país ha disminuido y la mortalidad por enfermedades diarreicas bajó por un 40% entre 1984-1992. Sin embargo, las enfermedades diarreicas continúan siendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad infantil en Honduras. Es responsable del 16.5% de las muertes de infantes y 34.1% de las muertes de niños. La diarrea es también responsable del 14% de todas las visitas al hospital.

1. ¿Qué tan eficaces son las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarios (UROC) en la reducción de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades diarreicas?

La extensiva campaña nacional contra el cólera, preparada con la asistencia técnica del PAHO, he reforzado eficazmente la promoción del ORT. La distribución y uso de las SRO, conocida localmente como Litrosol, ha sido eficaz en las áreas rurales, así como en las áreas urbanas.

El informe de la División del Programa de Control de Diarrea del MdeS indicó un índice de acceso a las Sales de Rehidratación Oral (SRO) del 65%, el índice de uso de SRO del 40% y el índice de acceso a los ORT de 70%.

Las UROC, o Unidades de Rehidratación Oral Comunitaria, fueron creadas por el MdeS a sugerencia de PAHO, en respuesta a la epidemia del cólera. Por muchos años antes de que el cólera llegara a Honduras, el MdeS promovió el uso de los ORT a través de una red de Puestos de Distribución de Litrosol, los que eran altamente visibles en la comunidad y donde los niños eran rehidratados y las madres recibían educación y Litrosol. Las UROC fueron creadas sobre esta base. Los administradores de los UROC recibieron capacitación inicial y materiales de la UPS local. Los objetivos de los UROC eran: prevención de la deshidratación, administración pronta de SRO, referencias rápidas, participación en saneamiento básico y en la educación comunitaria sobre el manejo de las enfermedades diarreicas.

La evaluación de las UROC en enero de 1995 (11), mostró que los voluntarios comunitarios responsables de los UROC no trataban los casos de cólera en sus hogares. Eran eficaces en cuanto a organizar a la comunidad para la pronta identificación de los casos de cólera y su referencia. Proveyeron SRO en el hogar del paciente y participaron en los comités de educación y de agua y saneamiento. Ellos juegan papeles de líderes en sus comunidades y han proporcionado servicios valiables en la reducción de la morbilidad causada por la diarrea, promoviendo la pronta referencia de casos de cólera a las UPS, acciones que podrían prevenir la muerte.

Una visita de campo a la UROC en San Judas, Región 6, confirmó el papel positivo trazado por Barriga (11) en su evaluación. Una voluntaria fue elegida por la asamblea comunitaria para que manejara una UROC, educara a las madres que buscaban ayuda y rehidratara a los niños con diarrea. Ella no trata ningún caso de cólera, pero ha educado familias en la rehidratación oral en

el hogar. Ella ha organizado grupos de hombres para trasladar casos agudos al hospital. Debe notarse que el administrador de la UROC desempeña el mismo papel que desempeñó el guardián en la terapia de rehidratación oral de 1980. La UROC como fue concebida originalmente, no funciona; sin embargo, ha proporcionado un servicio importante a la comunidad y ha servido como puntos centinela para las enfermedades diarreicas y el cólera.

Los conocimientos de la comunidad sobre la rehidratación, el uso de líquidos, la continuación de la lactancia durante episodios de diarrea, etc., son bien conocidos.

La División de ED/Cólera del MdeS comparte la determinación que los UROC no son esenciales; es más importante continuar el esfuerzo de educar y apoyar a la comunidad a través de las actividades de la red de trabajadores comunitarios de salud. Una necesidad reconocida de la DEDC/MdeS es de mejorar la capacidad de las Unidades de Rehidratación Oral (URO) en los hospitales de Area. Actualmente, las URO no cuentan con personal, no son utilizados, o se utilizan para otros propósitos. Por lo tanto, los niños con diarrea y deshidratación que buscan servicios deben ser hospitalizados, en vez de ser tratados como servicio ambulatorio. Esto incrementa el costo por servicio del MdeS cuando se tiene que hospitalizar un caso de diarrea.

2. ¿Qué apoyo adicional debe proporcionar el proyecto en esta área?

El SSII debe continuar el apoyo en las áreas de comunicación, educación e información del programa. El desarrollo del material debe incluir investigación de calidad para estudiar los cambios de conducta, materiales de prueba pre y post, validación de las intervenciones. Se deben proporcionar fondos directamente a la División de Educación para la Salud del MdeS, para llevar a cabo intervenciones de educación y materiales.

La División de Educación para la salud debe ser ascendida al nivel de Directorado de Comunicaciones y Educación para la Salud, con un cuerpo de personal técnico multidisciplinario que pueda incorporar especialistas de las diferentes divisiones del MdeS, cuando ello sea necesario.

3. ¿Qué tan eficaz efectiva ha sido la campaña del IEC para reducir la mortalidad causada por enfermedades diarreicas/cólera?

La demanda y uso de Litrosol como resultado de comunicaciones de salud masivas y sistemáticas y de las intervenciones de mercadeo social es alta.

La continuidad del esfuerzo de educación y comunicación se ha visto fuertemente incapacitado debido a la falta de fondos. Los anuncios televisados no lograron llegar a los grupos más necesitados y en riesgo. Los anuncios y educación radiales han demostrado ser más eficaces.

La División de Educación para la Salud (DES) ha perdido personal y visibilidad en el MdeS. Aparentemente, las acciones del DES están desconectadas de las actividades principales. Se espera que con la aprobación de fondos por parte de la Unidad Coordinadora del Proyecto SSII, se pueda iniciar de nuevo la campaña educacional con mensajes adecuados sobre medidas preventivas, tales como el control de la contaminación del agua a nivel de hogares o de fuentes comunitarias, cuidados del ambiente y el mantenimiento apropiado de letrinas pueden ser promovidos. La rehidratación de personas mayores de 15 años, que posiblemente tengan cólera, sería de interés especial para los proveedores de servicios de salud, así como para la comunidad. Se están imprimiendo los manuales preparados para el control del cólera.

4. ¿Qué tan eficaz es la reacción de la comunidad a las enfermedades diarreicas y el cólera?

Los esfuerzos por controlar la diarrea a nivel comunitario son evidentes por el uso generalizado de SRO. El programa del MdeS de ED/Cólera tiene un Plan de Acción nacional que incluye la capacitación de voluntarios comunitarios para la TRO en niños menores y mayores de cinco años. La oficina acaba de desarrollar una propuesta para el reforzar la vigilancia epidemiológica e identificación y control de casos.

Aparentemente se está controlando la morbilidad debido a la diarrea con el uso intensivo de SRO, pero ha subido la tasa de casos mortales en los hospitales. En el caso de niños menores de un año, hubo 44/1000 muertes en 1990 y 98/1000 en 1993. Para niños mayores de cinco años las cifras son 18/1000 en 1990 y 50/1000 en 1993. (Perfil del Programa Nacional CED/OPS/MdeS/95.1) Esto es de esperarse, si la mayoría de los casos están siendo eficazmente tratados en la comunidad, entonces solamente los casos más severos están llegando al hospital. Estos casos probablemente llegaron demasiado tarde a los centros hospitalarios para poder recibir ayuda sin el tratamiento o asistencia apropiado. Por otro lado, puede ser que la capacidad institucional sea insuficiente y el conocimiento sobre manejo de casos estandarizado del personal sea inapropiado. Sin embargo, se necesita realizar esfuerzos para mejorar el manejo de casos en los hospitales, con capacitación continua en servicio.

5. ¿Cuáles son los obstáculos a la supervisión, IEC y logística eficaces?

El programa de EDC es uno de los elementos más antiguos y mejor implementados del proyecto SSII. Aunque ha tenido éxito, también ha demostrado la falta generalizada de participación comunitaria. Por ejemplo, las UROC fueron comenzadas con entusiasmo por los miembros comunitarios. Pero se proporcionó muy poca capacitación, apoyo y supervisión. La extensión del proyecto SSII necesita enfrentar el problema de supervisión en general. El control de ED debe ser un componente rutinario del POSAIN o cualquier otro Sistema de Cuidados de Salud integrados.

6. ¿Qué esfuerzos, si existe alguno, debería continuar apoyando el proyecto?

Es importante reforzar los cambios de conducta con respecto a la salud y a la educación para la salud en las comunidades, a través de campañas de educación, enfatizando la educación para prevenir la diarrea.

El programa de ED/Cólera también debe recibir el apoyo que incluya los materiales de capacitación y educación en otras áreas de actividades de supervivencia infantil, tal como el apoyo a la lactancia exclusiva. Apoyar la validación del Manual de Capacitación del Voluntario que se supone debe usarse para preparar a los voluntarios para su trabajo en las comunidades. Se debe implementar un sistema de información comparable, de la comunidad al Area, donde este puede ser procesado y utilizado como sistema retroalimentador. Actualmente, cada comunidad informa de manera diferente, sin retroalimentación.

INMUNIZACIONES

El objetivo de tener el 95% de los niños menores de un año completamente inmunizados, ha sido alcanzado. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) constituye un gran logro en Honduras y en la Región de las Américas. Tabla 2.

Tabla 2. Estado de Inmunizaciones de Niños <1 Año. Honduras 1995

AÑOS/VACUNA	1989	1992	1994
POLIO	85.9%	94.5%	95.4%
DPT	84.6	92.7%	95.8%
SARAMPION	94.2%	88.7%	93.6%
BCG	80.4%	91.5%	95.2%
TT2 en MEF*	37%		87%

*MEF = Mujeres en Edad Fértil

En 1995, la Comisión Internacional para la Erradicación de Polio²⁵ declaró que el polio estaba oficialmente erradicado de Honduras y todas las regiones de las Américas. Al mismo tiempo, los organismos donantes internacionales prometieron su compromiso de mantener su apoyo hasta el año 2000, cuando se espera lograr la erradicación del polio en el mundo entero.

Las nuevas metas del GdeH y del MdeS son la eliminación²⁶ del Tétano Neonatal (TNN) y el Sarampión y el control²⁷ de la tosferina (Pertussis).

La cobertura actual de mujeres en edad fértil que han recibido el Toxoide de Tétano (TT2) es de 87% en el país y 85% en 62 municipalidades consideradas de alto riesgo. Un Plan de Acción Acelerado contra el Tétano Neonatal (TNN) está en pie, con énfasis en la vacunación de mujeres en edad fértil en su lugar de trabajo, mercados, escuelas, etc. El requisito de certificación de eliminación es el de mantener la incidencia de menos de un caso por cada 1000 nacimientos, (Honduras ya alcanzó este punto) y 100% de cobertura en mujeres de 12 a 44 años de edad.

²⁵ Erradicación = Interrupción global de transmisión de enfermedades, la extinción de microorganismos y la terminación de procedimientos preventivos.(5)

²⁶ Eliminación = Eliminación de transmisión de enfermedades en un área geográfica definida.(6)

²⁷ Control = Reducción de morbilidad y mortalidad de una enfermedad, al grado que ésta ya no constituya un problema de salud.(7)

Después del éxito alcanzado con la erradicación del polio en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud, el gobierno local y los organismos donantes han propuesto trabajar en la eliminación del sarampión. En Honduras, el sarampión ha dejado de ser un problema de salud pública (8), el promedio de incidencias en los últimos cinco años es de 64 casos por 100.000 habitantes (MdeS/PAHO). De los 8.360 casos de sarampión en 1990, bajó a tres casos en 1994 y cero mortalidad en los últimos cuatro años. El análisis retrospectivo de muertes por sarampión efectuado en el Area Metropolitana en 1989 (9), encontró que solamente el 12% de los casos pudieron ser evitados por cobertura de vacunación. Muchos de los casos han ocurrido en niños por vacunarse, en adultos y en niños ya vacunados. El Area Metropolitana concluyó que la incidencia de sarampión solamente se podría reducir más si se aumentaba la edad de vacunación de 9 a 12 o 15 meses, o aumentando una segunda dosis de vacuna a la programación.

Ochenta porciento del PAI es apoyado por el GdeH y el resto es apoyado por un grupo de organismos donantes internacionales que incluyen a USAID (5.8%), la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) (2.2%), la Comunidad de Estados Europeos (CEE)(2.8%), UNICEF (5.6%), la Organización Panamericana de la Salud (4.7%), la Agencia Japonesa para Cooperación Internacional (JAICA), el Instituto Latinoamericano para el Niño, el Comité Nacional para la Certificación de Erradicación del Polio.

La participación de estos organismos incluye el apoyo a las diferentes necesidades del PAI, incluyendo la construcción de bodegas de almacenamiento y cuartos fríos, cadena fría, provisión de sistemas fotovoltaicos para áreas de difícil acceso, vigilancia de monitoreo y epidemiología, educación, movilización social en apoyo a las campañas de vacunación, cobertura de TT2, etc.

El programa SSII apoya al programa nacional de inmunizaciones para lograr la erradicación del polio, para reducir la incidencia del sarampión, tosferina, tétano en niños y para evaluar la expansión del TT2 en las mujeres en edad fértil.

El grupo de organismos donantes constituye el núcleo del Comité Inter-Agencia para el Programa Ampliado de Inmunización que fue creado en 1988, para coordinar las actividades de los diferentes componentes del PAI y evitar la duplicación de esfuerzos.

1. ¿Cuáles son los problemas de logística, mantenimiento y sostenibilidad en la cadena fría?

El sistema logístico trata con la compra, almacenamiento y control de suministros para asegurar que las vacunas, materiales, equipo y transporte para el servicio de entrega y servicios de apoyo estén disponibles. El sistema logístico para proveer vacunas es centralizado y casi autónomo. La cadena fría va del nivel central a las Regiones y de allí a las Areas y puestos comunitarios. El sistema funciona razonablemente bien, con algunas áreas problema, tales como escasez de

vacunas para el sarampión y BCG (Regiones 5 y 6) y polio (Regional). La ausencia de mantenimiento preventivo y correctivo fue discutido como uno de los problemas encontrados a nivel nacional por el programa PAI.

El informe de monitoreo de 1994 y el primer trimestre de 1995 de la UCP, indica la disponibilidad de vacunas en la UPS en la muestra en la Región 6, como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3. PROPORCION DE VACUNAS DISPONIBLES EN LAS UPS DEL MONITOREO DE LA UCP 1994-1995

	1994	1995 (Región 6)
POLIO	76.6%	81.8%
DPT	81.8%	81.8%
BCG	64.9%	54.5%
SARAMPION	76.6%	81.8
TETANO TOXOIDE	75.3%	72.7%

El proyecto SSII ha apoyado el sistema logístico y la cadena fría con la construcción de bodegas, vehículos, equipo, refrigeradores, materiales, personal, capacitación y monitoreo.

La sostenibilidad del sistema presenta los problemas previstos. Existe una deficiencia en el número de vehículos con refrigeración y, en general, pocos vehículos para transportar las vacunas del aeropuerto a la bodega central y de allí a las áreas de almacenamiento en las regiones, áreas de salud y puestos comunitarios. En cada uno de estos niveles, es posible que los antiguos y mal mantenidos vehículos dejen de funcionar. En cada nivel de la cadena fría, los elementos clave son establecer procedimientos para el transporte, almacenamiento y monitoreo de vacunas, personal bien capacitado y supervisado que pueda manejar y monitorear la distribución de vacunas de acuerdo con procedimientos establecidos y equipo bien mantenido para almacenar y transportar las vacunas a la temperatura apropiada.

El mantenimiento de la cadena fría es efectuado por técnicos de la cadena fría (TCF) en los niveles central y regionales por voluntarios capacitados en las áreas y comunidades. Varios choferes voluntarios han sido capacitados para desempeñar una doble función. Esta última opción no ha sido eficaz debido a la alta rotación de este personal. En varias áreas, las enfermeras auxiliares están siendo capacitadas como TCF.

Los refrigeradores y congeladores están llegando al final de su vida útil (hasta un 30% - 50%), algunos tienen de 15 a 20 años. El equipo donado no puede ser reparado debido a la falta de repuestos, fondos y personal capacitado. Un área de particular preocupación es la Región 8 en la Mosquitia. El aislamiento y la dificultad de acceso son riesgos de la sostenibilidad del programa.

El número de refrigeradores/congeladores que no funcionan adecuadamente, no incluye el equipo viejo que se encuentra almacenado en una bodega del MdeS.

La Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP), utiliza cuestionarios durante su monitoreo, para buscar información sobre la disponibilidad de vacunas, el estado de los refrigeradores y suministros. Las regiones de salud tiene una lista de código de colores muy visible de los puestos de salud y del estado de la cadena fría. Una marca verde significa que la cadena está en buen estado; el amarillo significa que algunas áreas necesitan atención o no están trabajando y el rojo es un signo de riesgo de corte en el sistema. Supuestamente, esto promueve la vigilancia y reacción oportuna de los oficiales regionales. El monitoreo del SSII de 1994 informó que el 72% de los refrigeradores en un muestreo de UPS más accesibles al equipo de monitoreo, contaba con marca verde. Sin embargo, las regiones 4 y 6 solamente tenían un porcentaje del 40% y 52%, respectivamente, de sus refrigeradores funcionando con marcas verdes.

Este método de monitoreo visual y oportuno debe continuar y ser ampliado en el PAI. La mayor parte del personal de salud ya está tomando parte en el reconocimiento del problema; lo discuten en reuniones mensuales y se espera que motiven al sistema para que tome acción. Asimismo, da prioridad a la compra de repuestos o servicios.

Aparentemente, la supervisión de la cadena fría es débil, especialmente en el seguimiento; existe una falta de fondos para transporte y viajes de supervisión; La Mosquitia no cuenta con técnicos que provean mantenimiento preventivo o asistencia técnica.

En el nivel central, el personal del PAI visita las Regiones tres veces al año y el técnico de la cadena fría realiza visitas de supervisión dos veces al año. De las Regiones a las Areas, la supervisión no es una actividad regular y los formularios preparados para este efecto generalmente no se utilizan. Las regiones no piden en su presupuesto anual una cantidad apropiada de fondos para la supervisión.

El PAI central está en el proceso de preparar monitoreo y control de partes y repuestos. La supervisión se reporta en la Sección de Peter Boddy.

2. ¿Cuál es la estrategia apropiada para reducir y finalmente terminar el apoyo del SSII a la cadena fría?

La cadena fría es un eslabón débil de un PAI eficaz que ha llegado a las comunidades más remotas del país. El PAI es el punto de entrada a un sistema de cuidados de salud formal y

constituye una oportunidad para que los proveedores privados y públicos y a los grupos comunitarios participen en actividades de Cuidados de Salud Primarios.

En total, las 879 Unidades Productoras de Servicio (UPS) en el país cuentan con 996 refrigeradores y 80 congeladores. Aproximadamente 30% de ellos no trabaja y 80% tiene más de 25 años.

Aproximadamente, 100 UPS no cuentan con refrigerador y existe una falta de partes y repuestos. El presupuesto asignado a las regiones para estos artículos no es realista en términos de precios de partes y repuestos en los mercados locales e internacionales. 60% de los refrigeradores funcionan con kerosén y, por estar localizados en las UPS más remotas, no funcionan por falta de combustible, transporte y repuestos. Tabla 4 y Apéndice 2.

Tabla 4. ESTADO DE LA CADENA FRIA EN HONDURAS 1995²⁸

REFRIGERADORES		FORMA DE ENERGIA	NO FUNCIONAN BIEN	
NUMERO	%		NUMERO	%
547	55	KEROSEN	180	32.9
100	10	GAS	20	20.0
50	5	ELECTRICIDAD		
298	30	CONDENSACION	100	33.5
996	100	TOTAL		

El SSII debe continuar apoyando este eficaz y visible programa de salud infantil. La voz de USAID en el comité de inter-agencias se necesita para mantener la influencia, ampliar conceptos y asegurar el control de calidad del sistema.

3. ¿Cómo debe el monitoreo de la cadena fría ser parte de la estrategia de supervisión general del MdeS?

La supervisión y el monitoreo son parte de la estrategia del MdeS, pero no está bien implementada debido a la falta de fondos, personal o capacitación en el área de supervisión. El MdeS ha producido varios formularios que no son utilizados o llenados.

²⁸ Dra. Ida Berenice Molina: Situación Actual de la Cadena del Frío en Honduras, 1995.

188

Es muy importante que el MdeS reconozca lo frágil de su sistema y la dependencia actual de la información de la UCP. Se debe asignar un presupuesto para llevar a cabo las actividades de monitoreo y supervisión como parte rutinaria de los servicios.

4. ¿Cómo se pueden sostener los avances logrados en el desarrollo de la cadena fría y el programa horizontal PAI?

La sostenibilidad de la cadena fría está basada en un inventario actualizado de refrigeradores, congeladores, anotaciones de vida útil, accesibilidad a partes y servicios: la disponibilidad de personal capacitado para mantenerla y la supervisión y capacitación continua.

No se cuenta con todos los elementos necesarios debido a la falta de fondos y/o personal. El aumento en el interés de capacitar a la enfermeras auxiliares como técnicos de la cadena fría podría ser eficaz, ya que las enfermeras son empleadas más permanentes en el sistema de salud que los choferes. No está claro si la definición de funciones de una enfermera auxiliar vaya a cambiar o si ellos van a mantener un grupo de enfermeras auxiliares solamente para trabajar como TCF. Se necesita una gran inversión para la reparación y mantenimiento de los vehículos a fin de poder sostener los logros alcanzados hasta ahora.

Las condiciones climatológicas de Honduras (calor y humedad) y el mal sistema de electricidad son altos riesgos para la cadena fría. Varios CESAR tienen refrigeradores que funcionan con kerosén. Un problema actual es la logística de la obtención del kerosen, la disponibilidad de un chofer para que lo transporte y de fondos para pagar los viáticos.

El PAI horizontal, o vacunación sobre demanda, es proporcionada en todos los centros, rurales y urbanos, así como por visitas de las enfermeras auxiliares a áreas remotas. Las campañas de vacunación han sido reducidas a una anual, con gran esfuerzo y alto costo.

Para sostener el PAI horizontal se requiere el mantenimiento del sistema logístico, supervisión, capacitación y el desarrollo de planes específicos para la comunicación o programas que apoyen específicamente la estrategia de vacunación horizontal. El apoyo del sector privado a las campañas de vacunación en las regiones visitadas fue obvio. Habían afiches en las tiendas y mantas en las ciudades y pueblos.

El apoyo y mantenimiento del LIVAC puede ser utilizado como una herramienta de supervisión y monitoreo. Asimismo, si los LIVAC están actualizados y contienen el número real de niños que viven en la comunidad, esto facilitaría la solicitud de insumos y materiales basados en números reales, evitando los estimados que pueden ser erróneos. Los LIVAC son fáciles de usar y casi sin costo alguno, se mantienen en la mayoría de los centros de salud rurales y urbanos y, supuestamente, han facilitado el incremento en la cobertura y seguimiento de niños en riesgo. El potencial de los listados debe ser utilizado para animar la participación de la familia en la decisión de buscar cuidados de salud preventiva y para desarrollar su responsabilidad y participación en el manejo y operación del centro de salud.

El apoyo y la educación provisto por los guardianes a las familias, debe incluir su entendimiento e importancia de los LIVAC, para que ellos puedan a su vez explicar a las familias de la comunidad las razones y necesidades de la vacunación, control de niño sano, monitoreo del crecimiento, etc.

MONITOREO DE CRECIMIENTO Y LACTANCIA

De 1983 a 1989, el MdeS, el Instituto Hondureño de Seguridad Social y la Junta Nacional de Bienestar Social recibieron asistencia de la USAID para desarrollar un proyecto para apoyar la lactancia materna llamado Programa de Alimentación Materna (PROALMA). A finales de 1988, el proyecto indicó haber conseguido la eliminación en un 100% de la leche artificial y biberones de las salas de post-parto en el país y el 50% de los hospitales habían iniciado instalaciones "compartir cuarto". La lactancia materna ha aumentado de 9.6 meses en 1981 a 12.4 meses en 1987, en las áreas urbanas y de 17.7 meses a 19.6 meses en las áreas rurales. La evaluación de Popkin de 1991 sugiere que esto se debió a los cambios de política de los hospitales.²⁹

Los datos de la Encuesta sobre Salud Familiar de 1991, empleando datos sobre el status de la lactancia materna del día anterior a la encuesta, analizados por Wellstart³⁰, revelan que las tasas de lactancia materna exclusiva aumentaron en el país en su conjunto de 30.3% en 1987 a 37% en 1991. La tabla que aparece a continuación muestra los aumentos en Tegucigalpa/San Pedro Sula, otras áreas urbanas y en las áreas rurales.

Tabla 5. PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA/HONDURAS 1987-1991

Tasas de lactancia materna exclusiva en Honduras para niños menores de 4 meses				
	1987	(N)	1991	(N)
Tegucigalpa/San Pedro Sula	14.7	(102)	27.6	(76)
Otras áreas urbanas	16.3	(80)	23.6	(72)
Áreas rurales	36.8	(419)	42.9	(282)
Total	30.3	(601)	37	(430)

Desde 1991-1992, el MdeS ha venido implementando el Proceso de Organización de Salud Infantil (POSAIN) en dos regiones y aproximadamente 20 unidades de salud. El objetivo de POSAIN es el de monitorear el crecimiento de los niños, promover la temprana identificación de problemas y promover la participación de la comunidad en la solución de los problemas.

La medición antropométrica del estado nutricional del niño es una herramienta de diagnóstico conocida, en la cual el peso por edad parece ser el estimado más valioso de la nutrición. Una

²⁹ Red Nacional de Consejeras Comunitarias en Lactancia Materna. La Liga de la Leche, 1992.

³⁰ Hubert, Allen. Analyses of the Honduran Family Health Survey: Comparison of Breastfeeding Rates, December, 1993. Wellstart Expanded Promotion of Breastfeeding Program.

MONITOREO DE CRECIMIENTO Y LACTANCIA

De 1983 a 1989, el MdeS, el Instituto Hondureño de Seguridad Social y la Junta Nacional de Bienestar Social recibieron asistencia de la USAID para desarrollar un proyecto para apoyar la lactancia materna llamado Programa de Alimentación Materna (PROALMA). A finales de 1988, el proyecto indicó haber conseguido la eliminación en un 100% de la leche artificial y biberones de las salas de post-parto en el país y el 50% de los hospitales habían iniciado instalaciones "compartir cuarto". La lactancia materna ha aumentado de 9.6 meses en 1981 a 12.4 meses en 1987, en las áreas urbanas y de 17.7 meses a 19.6 meses en las áreas rurales. La evaluación de Popkin de 1991 sugiere que esto se debió a los cambios de política de los hospitales.²⁹

La Encuesta de Epidemiología Nacional de 1991-1992 mostró que entre 1987 y 1991, la frecuencia de la alimentación materna pasó del 44% a menos de un mes de edad a 26%.³⁰ Tabla 5.

Tabla 5. PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA/HONDURAS 1987-1991

TIPO DE ALIMENTACION	EDAD EN MESES							
	< 1		1 - 2		5 - 6		7 - 23	
	1987	1991	1987	1991	1987	1991	1987	1991
LM Exclusiva	44%	26%	20%	11%	3%	0.4%	0.1%	0.0%
LM Mixta	55	72	74	84	82	88	64	61
Otra		2	5	5	16	12	36	39
Número	133	115	317	224	278	244	1894	1584

Desde 1991-1992, el MdeS ha venido implementando el Proceso de Organización de Salud Infantil (POSAIN) en dos regiones y aproximadamente 20 unidades de salud. El objetivo de POSAIN es el de monitorear el crecimiento de los niños, promover la temprana identificación de problemas y promover la participación de la comunidad en la solución de los problemas.

La medición antropométrica del estado nutricional del niño es una herramienta de diagnóstico conocida, en la cual el peso por edad parece ser el estimado más valioso de la nutrición. Una

²⁹ Red Nacional de Consejeras Comunitarias en Lactancia Materna. La Liga de la Leche, 1992.

³⁰ Encuesta de Epidemiología y Salud Reproductiva. Ministerio de Salud Pública 1991-1992.

192

sesión de monitoreo de crecimiento en el centro de salud también se emplea como medio para comunicarse y educar a las madres sobre los beneficios de las prácticas de la alimentación materna, los alimentos apropiados para el "despecho", mantener las vacunas al día, y tratar de mantener saludable al niño. POSAIN también integra el cuidado prenatal, siguiendo el concepto de alto riesgo y una participación coordinada con los voluntarios comunitarios o "monitores" para apoyar esta iniciativa.

1. ¿Ha sido suficientemente validado el POSAIN (en términos de aplicabilidad de la metodología y resultados en la comunidad) de manera que amerite apoyo adicional?

En 1992 se llevó a cabo una evaluación del POSAIN (ocho meses después de su implementación). Como resultado de la evaluación, se recomendaron una serie de modificaciones al instrumento y al proceso. El número de niños en el programa era insuficiente para probar o desaprobar que POSAIN tenía un efecto significativo en el estado nutricional.³¹

En 1994 se llevó a cabo una evaluación de los datos recopilados en cuatro comunidades en el período 1991 y 1992. Aún sin datos de punto de partida antes de la intervención del estado nutricional, se concluyó que hay evidencias de mejora en el estado de nutrición de los niños. En general, la desnutrición bajó en las cuatro aldeas, del 41% a un año de edad en 1991, al 30% a un año de edad en 1992.³²

El programa es muy joven y se ha implementado en muy pocos lugares para hablar de suficiente validación.

2. Si es así, ¿cómo debe apoyar el proyecto?

POSAIN está funcionando eficazmente en el CESAR de San Marcos, Región 5. Las características del CESAR pueden no ser representativas de Honduras, pero ha logrado los objetivos del MdeS de lograr que la comunidad tome parte en el proceso de búsqueda de salud y prevención de enfermedades. Se informó un 100% de cumplimiento de la vacunación y cero mortalidad a causa de IRA o diarrea en el último año, (la TRO es efectuada por voluntarios comunitarios). Existe la identificación y listados de todas las mujeres embarazadas con énfasis en los casos de riesgos reproductivos y monitoreo de crecimiento y desarrollo de los niños. Ha podido trabajar con voluntarios comunitarios bien capacitados, quienes mantienen una estricta vigilancia de los niños con riesgo nutricional.

³¹ Plan de Actividad del País. BASICS, Honduras. Abril/1995.

³² BASICS/Barry Smith, diciembre 1994: Evaluación de Datos de POSAIN.

POSAIN combina años de experiencia en el campo y conocimientos científicos del Management Sciences for Health (MSH) y del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). Este procedimiento, aunado a la participación comunitaria podría ser una estrategia eficaz para un Sistema de Cuidados de Salud Primarios (SCSP). Se necesita evaluar el trabajo y monitorear el impacto medido y la calidad de los servicios. También se necesita un sistema IEC continuo a la comunidad. Los trabajadores de salud comunitarios necesitan ser evaluados y monitoreados en términos de su conocimiento y habilidad para implementar los diferentes componentes del POSAIN.

3. ¿Quién provee el cuidado de niños en el hogar y cuál es la calidad de los cuidados?

Durante la última década, el MdeS desarrolló materiales, investigaciones de audiencias, producciones radiales, capacitación, monitoreo y evaluación de competencias. Se implementaron una serie de estrategias de comunicación un tanto desiguales para el IRA, EDC y Salud Reproductiva. Razones administrativas o apoyo insuficiente obstaculizaron la iniciativa. BASICS ha propuesto dos objetivos en esta área: mejorar la conducta de la persona encargada del cuidado del niño en el hogar y mejorar el acceso a cuidados de calidad a nivel de comunidad. La modificación de la conducta de la persona que cuida al niño será llevada a cabo en dos fases, primero para comprender las prácticas actuales a nivel del hogar y segundo para diseñar estrategias de educación y comunicación, basadas en investigación formativa.

4. ¿Qué tan eficaz es la actual red de consejeras comunitarias para la lactancia materna?

El primer grupo de 129 Consejeras y 50 promotoras de alimentación materna en la Región 3 fue objeto de evaluación en 1991. A través de grupos de enfoque, las madres mostraron un marcado interés en la lactancia materna y la extensión de la misma, debido a la participación de las Consejeras. El cambio en las actitudes fue evidente cuando las madres que esperaban dar biberón a sus niños, cambiaron a la lactancia exclusiva. La segunda evaluación, realizada en San Pedro Sula en 1992, también mostró un incremento en el número de meses de lactancia exclusiva.

5. ¿Es esta intervención duplicable y sostenible a nivel nacional?

Se está demostrando que esta intervención se puede repetir con la eficaz capacitación de consejeras en diferentes áreas del país, con promesas del mismo resultado de exclusiva y sostenible alimentación materna, disminuyendo los episodios de diarrea y la presencia de un grupo de apoyo comunitario que ha llegado a un gran número de madres, más que cualquier otra intervención de consejería.

La sostenibilidad del proyecto depende del apoyo financiero y de la continua participación de los consejeros. La necesidad de trabajar fuera del hogar está promoviendo la deserción de la red de consejeros, lo cual es un trabajo voluntario. Otras razones son la falta de incentivos o tiempo para continuar con las tareas de consejería.

La Liga de la Lactancia Materna de Honduras está tratando de resolver el problema económico de los consejeros, promoviendo pequeños negocios, preparación y venta de manualidades, etc.

6. ¿Cómo debe continuar su apoyo el proyecto?

Existe la necesidad de la supervisión constante, de monitoreo y apoyo a las consejeras para evitar la deserción. También es importante medir el nivel de éxito a través de la investigación formativa. La presencia y participación de las consejeras en el sistema de salud de su área podría ser utilizado para aprender más acerca de su trabajo, y la influencia que tienen sobre la comunidad para mantener la exclusividad de la lactancia materna, especialmente en madres adolescentes, que suman más de la quinta parte de las madres del país.

7. ¿Cuál es la relación entre POSAIN y el trabajo realizado por las Consejeras Comunitarias de Alimentación Materna?

El desarrollo de una red comunitaria de apoyo a la lactancia materna fue iniciada con éxito por la Liga de la Lactancia Materna de Honduras (LLMH). Su enfoque es entrenar a madres "consejeras de lactancia", quienes a su vez capacitan y apoyan a las madres en sus comunidades para mantener una exclusiva alimentación materna hasta el sexto mes de vida. Para el primer trimestre de 1995, LLMH había capacitado a 438 consejeras y a 61 promotores en la Regiones 3 y Metropolitana.

El resumen del informe de diciembre de 1994 indicó que las prácticas de lactancia y sus meses promedio en las áreas meta parecen haber subido. La capacitación de las consejeras es intensiva y con una participación muy activa. Cubre un amplio grupo de componentes de una exitosa lactancia materna.

8. ¿Qué potencial existe para combinar las dos estrategias?

Existe un buen potencial para combinar las dos estrategias. La consejería de lactancia materna debería ser un componente de las actividades de la red comunitaria y de los voluntarios que trabajan con POSAIN; debe tener la suficiente capacitación para intervenir con la madre embarazada y apoyar su decisión de lactar. Parece muy apropiado incluirlo en el área materna de POSAIN, para que las mujeres puedan facilitar un buen comienzo para un niño bien alimentado. Las ventajas de la lactancia exclusiva y continua para la madre y el niño podrían contribuir con

los objetivos de POSAIN de disminuir la mortalidad y morbilidad por las IRA, diarrea y otras enfermedades infecciosas. Las consejeras de lactancia también podrían capacitar a sus colegas voluntarias, tales como los guardianes, voluntarios nutricionales y otros voluntarios que trabajan en la comunidad, para apoyarse unos a otros y eliminar el sentimiento de extrema especialización entre los trabajadores comunitarios.

Es importante que el MdeS revise cuidadosamente las funciones de los diferentes grupos de voluntarios que trabajan en la comunidad, para estudiar los problemas de la comunidad que se podrían resolver con la intervención de los voluntarios, enfocando la integración de sus actividades y hacer el mejor uso de los voluntarios en las comunidades.

Se deben realizar esfuerzos para organizar sesiones de capacitación por las consejeras de alimentación materna en los centros que trabajan con la intervención de POSAIN. Sus actividades podrían ser monitoreadas, medidas y el reconocimiento de la comunidad podría disminuir las posibilidades de deserción.

9. ¿Qué apoyo debería ser proporcionado por el proyecto?

Se necesita el apoyo del proyecto para expandir esta iniciativa en por lo menos dos regiones completas, para el monitoreo de actividades, evaluación de resultados y costo de las intervenciones.

PAPEL QUE DESEMPEÑAN LAS OPV EN LAS ACTIVIDADES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

El papel que desempeñan las Organizaciones Privadas Voluntarias (OPV) en el proyecto SSII es el de participar en la implementación de las intervenciones de supervivencia infantil y de sistemas de agua y saneamiento.

Se contrataron diez OPV para trabajar en actividades de supervivencia infantil y para cubrir áreas geográficas que no son cubiertas por el MdeS. Ellos han recibido supervisión, monitoreo y apoyo general del proyecto.

Las diez OPV son: Predicar y Sanar (PREDNISAN), Horizontes de Amistad, Aldea Global, Comité Evangélico de Desarrollo y Emergencia Nacional (CEDEN), Honduras Outreach, Fundación Hondureña para los Derechos del Niño (FUNHDENI), Federación del Desarrollo Comunitario de Honduras (FEDECOH), La Liga de la Lactancia Materna de Honduras (LLMH) y Organización Fraternal Negra de Honduras (OFRANEH).

FEDECO ha conseguido bastante participación de la comunidad en el área de Lempira, Región 5. Su trabajo se lleva a cabo en áreas remotas con altos índices de analfabetismo en las mujeres (78%) y bastante pobreza. Han capacitado voluntarios de salud comunitarios o voluntarios de salud infantil para cubrir IRA y ED; también, 150 Voluntarios Nutricionistas para aconsejar a las madres sobre la mejor utilización de los alimentos donados por CARE; 150 Consejeras de Lactancia Materna, Monitores de Crecimiento y Guardianes. Existe una gran cantidad de material educativo que se ha desarrollado con la ayuda de la comunidad y basado en las normas del MdeS. El grupo de personas que trabaja con esta OPV podrían ser una gran adición al personal del MdeS.

OFRANEH ha desarrollado un proyecto en el Departamento de Gracias a Dios, Región 6. Cubre las aisladas áreas costeras y montañosas. Su objetivo es cubrir a una población de 36,000 personas, incluyendo 6.000 niños menores de cinco años de edad que pertenecen a las comunidades Garífunas y Pech. El MdeS no proporciona servicios en esta área y la coordinación, monitoreo, supervisión y apoyo general del personal médico y de enfermería de la Región 6 no es evidente, con excepción de las reuniones para el apoyo de las actividades del PAI. En circunstancias más difíciles, el programa ha podido hacer que la comunidad participe en la formación de 36 grupos de voluntarios, ha capacitado a 18 parteras en Sangrelaya y Cusuna. Para la rehabilitación nutricional están utilizando una mezcla étnica de hojas y hierbas para aumentar el escaso menú. El índice de inmunización de niños menores de un año es del 60%.

Esta OPV es nueva y necesita tiempo para desarrollarse, tiene gran necesidad de apoyo, capacitación y supervisión. Los requisitos administrativos de la USAID parecen abrumar al personal. FUNDHENI, localizado en Francisco Morazán, Región 1, es una OPV joven con gran influencia comunitaria. Se construyeron dos CESAR con la participación comunitaria, uno en la Hermita y el otro en el Tablón. Estos son los únicos centros de salud comunitarios en los cuales

encontramos actividades para las madres, tales como inserción de DIU, control de post-parto, así como un enfoque horizontal a la inmunización, una clínica de niño sano y agua y saneamiento. Existe mucha inseguridad sobre el futuro entre el personal, pues los centros fueron entregados al MdeS al finalizar el proyecto.

Hermanidad de Honduras es una OPV fuerte, que ha recibido el apoyo de la USAID por muchos años. Trabaja con varios donantes, incluyendo a CARE, la comunidad Suiza, donantes italianos, entre otros. Tiene un edificio impresionante, con clínicas de salud, salud dental, instalaciones para la educación y capacitación, un programa para el desarrollo de nuevas semillas y el mejor uso de la soya. Una cooperativa proporciona ayuda económica para la comunidad, e ingresos para la OPV.

Han capacitado 139 parteras en cursos que duran un año, 228 guardianes, 60 guardianes femeninas, y monitores nutricionales a cargo de un jardín de niños. Tienen muy buena coordinación con la capacitación, apoyo, supervisión y monitoreo de la Región 5. La Región utiliza las facilidades de la OPV para llevar a cabo la capacitación de su personal.

Las diez OPV que trabajan en actividades de supervivencia infantil le prestan servicios a 245 comunidades, con una población de aproximadamente 130.000 niños menores de cinco años. Entre sus estructuras permanentes, las OPV han construido, o están por construir, 16 centros de salud. El costo total de este esfuerzo es de Lps.13.445.240.

1. ¿Cómo han contribuido las OPV que trabajan en actividades de supervivencia infantil con los logros de los propósitos del proyecto y con los indicadores de resultados?

Las OPV tienen un amplio rango de estructura, capacidad gerencial, así como capacidad individual y el personal para llevar a cabo sus responsabilidades. Los proveedores de servicios de salud de las OPV están dispuestos a trabajar en áreas donde el MdeS no ha podido prestar servicios, o que no está considerando en este momento.

El número de voluntarios comunitarios de salud contactados, capacitados y apoyados por las OPV ha podido mantener una red de servicios, inmunizaciones, referencias, educación, apoyo a la lactancia materna, monitoreo de crecimiento, educación de las madres y el desarrollo de hortalizas comunitarias para suplementar la dieta.

Es importante notar el desarrollo de materiales de capacitación, basados en las normas del MdeS, pero adaptados al nivel de comprensión y necesidades de las madres en las comunidades pobres.

En todas las áreas de influencia de las OPV, con excepción de las comunidades Garífunas y Pech, se han mantenido los niveles de inmunización como un indicador de cuidados de salud primarios. Otras quejas de la comunidad, tales como la presencia de IRA, diarrea y desnutrición

son comunes como en cualquier otra Area, CESAR y CESAMO visitado. Es posible que el aislamiento de las comunidades, sus problemas socioeconómicos, tales como el analfabetismo y la pobreza hagan que estos problemas sean más obvios.

2. ¿Cuanto éxito tuvieron las OPV en ampliar la cobertura y prueba de ideas innovadoras?

La cobertura es amplia, de más de 120.000 niños menores de cinco años, que de otra manera tendrían pocas posibilidades de ser cuidados por el sistema del MdeS. En sus actividades, las OPV combinan la salud con la nutrición, la jardinería, el desarrollo de alimentos locales y consejería entre amigos, entre otras actividades de agua y saneamiento.

3. ¿Qué tan sostenibles son los esfuerzos de las OPV?

La sostenibilidad actual de las OPV depende del apoyo de los organismos donantes y de la fortaleza de su propio apoyo colaborativo. Desde el punto de vista de recuperación de costos, las OPV, en general, tienen un potencial débil de sostenibilidad financiera. Algunas OPV cobran Lps. 5.00 por servicio (el MdeS cobra Lps.1.00), pero solamente si la persona puede pagar. No estaban disponibles los estimados sobre colectas totales.

4. ¿Existe algún papel actual para las OPV en las actividades de supervivencia infantil?

El papel de la OPV debe ser apoyado por la organización de una exitosa red de OPV hondureñas que trabajan en intervenciones de supervivencia infantil. La colaboración entre OPV debe fomentar la ayuda mutua y la asistencia técnica en áreas tales como: intervenciones de supervivencia infantil, agua y saneamiento, desarrollo comunitario, participación de las mujeres, entre otras.

Sin embargo, deben ser reforzadas y capacitadas para proporcionar los servicios de salud materno/infantil apropiados y responder a las necesidades más apremiantes de una comunidad en particular, que pueda tener un impacto significativo en el mejoramiento de la salud en la comunidad.

La Federación de Organizaciones Privadas de Desarrollo de Honduras (FOPRIDEH), podría servir como el vehículo para la organización y apoyo de una "cúpula de OPV" que trabaje para la supervivencia infantil y la salud maternal.

FOPRIDEH es una organización privada voluntaria establecida en 1982 y reconocida por Acuerdo Presidencial en 1983. Sus objetivos son de unir a las ONG que trabajan para el

desarrollo de Honduras; promover el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas por la organización de sus miembros; establecer procedimientos para promover el diálogo con el GdeH y sus instituciones. Otros objetivos son los de promover el desarrollo de leyes que protejan a las ONG y la colaboración de sus miembros con otras organizaciones nacionales e internacionales.

GESTION/IMPLEMENTATION DEL PROYECTO

¿Hasta qué punto la organización y gerencia del proyecto han promovido y apoyado las metas y objetivos del proyecto? ¿Qué modificaciones en organización y gestión del proyecto aumentarían la eficiencia/eficacia del papel gerencial, dado el alcance esperado y la disponibilidad de recursos anticipada en el proyecto?

Desde la partida de MSH, la gestión del proyecto ha consistido de dos componentes, una Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP) encabezada por el Dr. Gustavo Bardales, localizada fuera de los predios del Ministerio en el centro de Tegucigalpa, en el Edificio Alonso y personal localizado en la Misión.

La Unidad Coordinadora del Proyecto consta de 16 empleados. La Unidad consiste de un Coordinador y un Sub-Director, supervisando el programa, Oficiales de Finanzas y compras, un Contralor, un Administrador Financiero y un Gerente de Propiedades. El resto del personal consiste de contadores y secretarías. La oficina cuenta con dos vehículos y un número de computadoras obsoletas. La UCP maneja el proyecto a través de dos instrumentos: una función de supervisión financiera/administrativa; y una función de Supervisión y Monitoreo. La UCP lleva el control de los gastos y prepara informes de renglones tales como fondos rotatorios Central y Regional, pago de viáticos y reparación de edificios. Se revisan los gastos regionales. Estos informes son presentados a la Unidad Administradora del MdeS antes de ser entregados al Ministerio de Hacienda (MdeH). Se llevan a cabo visitas rutinarias de Supervisión y Monitoreo a cada Región.

El personal de proyecto de la Misión incluye a un Oficial de Salud y Población, Dr. David Losk, un Oficial Administrativo, Sr. Ross Hicks, un Consultor del TAACHS, Dr. Stanley Terrel, un Consejero de Agua y Saneamiento, Sr. Herb Caudill, un Oficial de Monitoreo, Dr. Antonio Pinto y un Consejero de Población del Sector Público, Dr. Angel Coca. El equipo ha estado con el proyecto por mucho tiempo. El Dr. Pinto trabaja con USAID hace más de diez años y anteriormente desempeñó el cargo de Director General del Ministerio de Salud. el Dr. Coca también trabajó con el Ministerio de Salud antes de unirse al proyecto.

El Oficial Administrativo de la USAID/H monitorea los gastos del proyecto, realiza proyecciones de gastos y presenta informes financieros al Oficial de Salud y Población y a la UCP. La Oficina de Desarrollo Financiero revisa los balances y actúa como enlace con el Ministerio de Hacienda. La UCP es provista de un fondo rotativo para cubrir los gastos de las Regiones. Estos gastos son revisados por UCP y enviados, a través del Ministerio de Salud, al Ministerio de Hacienda. Si son legítimos, los gastos son reembolsados por la USAID de la Cuenta Central de Fondos (CCC). Los gastos son autorizados a través de una serie de Cartas de Ejecución que obligan los fondos del Gobierno de los Estados Unidos y autorizan al Ministerio de Hacienda a desembolsar fondos locales en lempiras al Ministerio de Salud para los gastos del proyecto.

El Ministerio, a través de la UCP, recibe un presupuesto anual para suministros y costos locales de las actividades del proyecto. USAID retiene el financiamiento para la asistencia técnica no local. La UCP sirve tanto como conducto para estos fondos y para darle asistencia técnica al Ministerio al satisfacer los requerimientos técnicos y administrativos del proyecto. El proceso de poner a la disposición los fondos para una actividad del proyecto puede tomar de dos hasta ocho meses después de presentada la solicitud inicial. Esto es significativo para la extensión del proyecto, que termina en mayo de 1998.

Las visitas de campo de Monitoreo y Supervisión de la UCP son llevadas a cabo conjuntamente con personal de la USAID. A principios del proyecto se elaboró un protocolo estándar y, con algunas pequeñas modificaciones, se ha utilizado durante todo el proyecto. Once CESAR son seleccionados aleatoriamente (con reemplazo para centros que estén cerrados), son visitados y la Enfermera Auxiliar a cargo es entrevistada y el centro observado. El instrumento utilizado es bastante extensivo y recopila información importante, alguna de la cual es utilizada en esta evaluación. Registra visitas de supervisión, capacitación, presencia y ausencia de suministros y otros temas. Sin embargo, el instrumento colecciona relativamente poca información acerca de la calidad del desempeño de cualquiera de estas actividades, o la calidad del desempeño de tareas específicas. Los resultados de las visitas, de una semana de duración, son tabulados y presentados al personal Regional y de Área. Estos resultados también se ingresan en la base de datos del proyecto y se guardan en un sistema SPSS desarrollado por MSH. Ha habido renuencia a cambiar este sistema, tanto por la comparabilidad de año con año y porque la UCP no tiene la capacidad de programar y analizar estos datos. En la única visita de Monitoreo y Supervisión que pudo realizar el Equipo de Evaluación de Medio Período en la Región 6, el informe se leyó al personal reunido, pero su discusión fue esporádica y el personal Regional estaba muy a la defensiva. Todos los problemas fueron achacados a los vehículos, el incremento de los viáticos (aunque se estaba discutiendo el período de 1994, antes de que entraran a efecto las nuevas tasas de viáticos) y las fallas al nivel Central (recibo de fondos y medicinas), sobre las que la Región podía hacer poco. Se identificaron muy pocas respuestas positivas. No parece existir un mecanismo de seguimiento formal para responder a las preocupaciones identificadas en la visita de campo.

Un elemento esencial en la gestión del proyecto es la relación entre USAID y el MdeS. Una relación de trabajo estrecha garantiza que las condiciones especificadas en esta pregunta sean alcanzadas; o sea, que el manejo del proyecto avance las metas y objetivos del mismo. La relación entre la UCP y la USAID es excelente y existe una atmósfera de colaboración y apoyo que es ejemplar. Sin embargo, al nivel de la Región se vuelve menos claro qué tan eficaz es el proyecto para influir en los hechos.

La primera evaluación de medio período tenía la tarea de enfocar las dificultades en el rastreo financiero y elaboración de reportes. Estos temas han sido enfocados posteriormente. Se han desarrollado recomendaciones de gestión financiera a través de asistencia técnica local y éstas necesitan ser implementadas. Temas continuos incluyen preocupaciones sobre la gestión del proyecto de manera descentralizada. Actualmente se utiliza el método de "la motivación y el

castigo". Los fondos para costos locales del proyecto son la motivación que retiene la UCP para que sus recomendaciones sean tomadas en serio al nivel Regional; las visitas de Evaluación y Monitoreo son el castigo. Esta relación probablemente debe ser modificada, es decir, si la función de Evaluación y Monitoreo fuera transformada en un sistema continuo de manejo/información de salud y si este sistema proporcionara la información necesaria para ser utilizada a nivel Regional, el personal del proyecto podría interactuar continuamente con personal Regional y de Area para tratar los problemas. Se podría establecer un fondo rotativo Regional o de Area para que el personal local tenga mayor autoridad; las revisiones financieras regulares proporcionarían el "castigo" necesario. Las visitas de campo podrían transformarse en visitas de garantía de calidad: las observaciones y revisiones de desempeño, capacitación y solución de problemas. Cada visita podría incluir presentaciones por los Directores de Area acerca de programas específicos, una pequeña encuesta, resultados de un ejercicio de capacitación y/o demostración de una nueva herramienta o habilidad analítica.

En resumen, el equipo gerencial del proyecto, incluyendo a la UCP y USAID/H, ha promovido las metas del proyecto y trabaja muy estrecha y eficazmente. Sin embargo, dado el tiempo limitado para la extensión, el enfoque de USAID sobre el manejo de resultados y las nuevas metas propuestas de enfocar al proyecto en la implementación de programas en Areas, las funciones actuales de la UCP deben ser transformadas y mejoradas.

Actualmente, la UCP canaliza los fondos a las Regiones. Una recomendación general de esta evaluación es identificar Areas de Salud en las cuales el proyecto se enfocará ahora. Si se adopta esta recomendación, se sugiere el siguiente escenario. Las autoridades del UCP, de Area y Regionales, elaboraran un plan de trabajo y un presupuesto anual para costos locales, en consulta con la USAID. Se establecerán cuentas de fondos rotativos para cada Area de Salud. Estos fondos serán sumados a los presupuestos de costos locales actualmente administrados por la UCP. Para poder asegurar una estrecha relación de trabajo con el Ministerio, la UCP y la División de Planificación juntas desarrollarían el Sistema de Salud/Administración de Información. Esto requerirá un incremento en la capacidad de la UCP y de la División de Planificación para proveer informes, los que incluirían nuevos sistemas de control de costos y desembolsos. El Ministerio también debe ser reforzado para implementar un sistema de salud/administración de información, un enfoque de supervisión y evaluación de seguridad de calidad y otros sistemas. La colaboración Ministerio/UCP, empezando de un tamaño relativamente pequeño, podría convertirse en un modelo para un futuro Ministerio de nivel Central: enfocando la asistencia técnica, supervisión y monitoreo, sistemas de salud/administración de información, control de costos y negociar con donantes extranjeros.

¿Cuál ha sido el impacto de la reorganización de la Unidad Coordinadora del Proyecto del MdeS? ¿Cuáles son los problemas críticos en la participación del MdeS en la gestión del proyecto? ¿Qué acciones se pueden tomar para resolver estos problemas?

La primera evaluación de medio período identificó una serie de problemas acerca de la UCP. Siguiendo las recomendaciones, el proyecto apoyó un análisis a fondo del funcionamiento de la Unidad e identificó asistencia técnica local para preparar planes, actividades y manuales para resolver estos problemas. Estos informes (115,116,117,119) fueron presentados en marzo de 1995 y el proceso de reforma acaba de iniciar. Los informes en sí son sólidos y bien conducidos y prometen mejorar grandemente el sistema contable de la UCP. Estas reformas sirven como banco de pruebas para reformas administrativas y de otra índole.

La UCP trabaja directamente con las regiones para alcanzar los objetivos del proyecto. Sin embargo, cuando cambian los gobiernos y por ende, cambia el personal del Ministerio, esta relación se interrumpe. Es crítico que USAID explore los mecanismos para garantizar la continuidad en la gestión administrativa y financiera.

¿Qué niveles de financiamiento total por parte del GdeH son necesarios para la extensión del proyecto?

Esta pregunta solamente puede ser respondida cuando se desarrollen términos de referencia detallados para la extensión del proyecto. Sin embargo, en general, el financiamiento de contraparte para cubrir salarios necesita ser mantenido al mismo, o más alto, nivel actual (L1.500.000/anual). Es probable que unos nuevos términos de referencia pidan que la UCP desempeñe un papel más relevante. Una segunda preocupación es que el personal de la UCP no es empleado permanente del Ministerio, y las inversiones en la UCP pueden no ser institucionalizadas. Es necesario que el Ministerio considere la manera de incorporar a la UCP, o de proporcionarle personal permanente para asegurar su institucionalización. El incremento en los viáticos proclamado por el Ministerio también incrementará altamente los costos del proyecto. Los viáticos para el personal del Ministerio también pueden ser solicitados a través de fondos de contrapartida.

Agua de Saneamiento

Pregunta 1

- * A qué grado están las "Juntas de Agua" dando mantenimiento a los sistemas de agua construidos bajo el Proyecto?

Todos los sistemas construidos con apoyo del Proyecto tienen una Junta de Agua que en el caso de acueductos está constituida por cinco miembros electos en asamblea general, y por tres miembros en el caso de pozos con bomba de mano. Al hacer entrega de los sistemas construidos, tanto SANAA como la DSA/MSP, capacitan a la Junta en aspectos relacionados con:

- Administración del sistema
- Operación y Mantenimiento del Sistema, y
- Determinación y reajuste de tarifas.

El contenido del aprendizaje incluye la operación y el mantenimiento de acueductos y pozos rasos. Este adiestramiento le proporciona a la Junta los aspectos esenciales para conocer qué debe hacer en cada caso. Sin embargo, tanto en SANAA como en la DSA/MSP no se hace distinción entre Mantenimiento Preventivo y Correctivo; únicamente se realiza este último. Según hemos observado en el campo, la Junta con sus propios medios, adquiere los repuestos necesarios y, si es necesario, contrata mano de obra especializada para el mantenimiento. Cuando el daño o falla es mayor y escapa a las posibilidades técnicas de la Junta, ésta busca la asesoría técnica de los Promotores en Salud o de los Técnicos en Agua y Saneamiento y conjuntamente efectúan las reparaciones que sean necesarias.

De acuerdo con nuestras observaciones, las Juntas y la comunidad en general, están altamente motivadas en relación con los beneficios que les trae el sistema de agua. Desde luego, es necesario mantener activa esa participación e interés mediante la presencia periódica de personal de promoción y de asistencia técnica. Otro factor de mucha importancia es la personería jurídica que las Juntas adquieren por intermedio de SANAA al terminar la construcción de sus acueductos. En esa forma las Juntas pasan a tener un patrimonio y se convierten en sujetos de crédito. La primera acción que realizan es abrir una cuenta de ahorros en un Banco en la que se depositan una cantidad mensual excedente del cobro de la tarifa mensual. El objetivo es capitalizar un recurso para el mantenimiento del sistema y posibles ampliaciones.

En la Oficina Regional del SANAA de La Ceiba, al entrar en funcionamiento los TOMs, se clasificaron 77 sistemas que estaban operando mal o no operando (30% del total) y al cabo de un año existían 49 sistemas en esas condiciones, (19% del total). Esto demuestra la eficacia de la labor del TOM y el interés de las Juntas en corregir sus sistemas cuando hay adecuada promoción y asistencia técnica.

- * **Cuáles son los posibles obstáculos a su sostenimiento y cómo puede el Proyecto atenderlos?**

Las entrevistas y conversaciones mantenidas con miembros de algunas Juntas, con usuarios en las comunidades y con personal de los proyectos demuestran que existe un alto grado de confianza en las instituciones que construyeron los sistemas y que se conoce y se aprecia el aporte del PSS-II. También nos han expresado los miembros de las Juntas visitadas que esperan que no ocurra como en el pasado, que una vez entregado el sistema, los actores desaparecen y les dejan sin la necesaria asistencia técnica periódica que les permita mantener adecuadamente el sistema y solucionar los problemas que se hayan presentado, especialmente cuando ocurre cambio de miembros de la Junta o de operador (fontanero).

Sin embargo, internamente dentro de la Junta se pueden presentar posibles obstáculos si los miembros de la Junta pierden interés o si por razones de economía se contratan operadores poco responsables o si la comunidad no está de acuerdo con los reajuste tarifarios que la Junta acuerde introducir.

El proyecto puede ayudar a evitar a minimizar esos posibles obstáculos generando y apoyando una iniciativa para la creación de un grupo de mantenimiento de los sistemas que visiten las comunidades con una periodicidad de tres a cuatro meses y que además realicen una inspección de la microcuenca y del entorno ambiental general de la comunidad. Este elemento tiene un costo, es cierto, pero ese costo será inferior al que se requeriría para reactivar un sistema prematuro deteriorado por falta de mantenimiento.

La creación de un incentivo, no monetario, de reconocimiento hacia las Juntas que, en un determinado período de tiempo, demuestren dinamismo y tengan sus sistemas en buen estado de mantenimiento, puede ser una iniciativa que la Junta y la comunidad aprecien. En varias comunidades es posible observar placas de reconocimiento de la Junta y de la comunidad hacia las instituciones y técnicos que trabajaron el sistema y hacia las agencias que colaboraron con sus aportes, pero no existe nada de parte de las instituciones hacia la comunidad y la Junta. Un pequeño diploma, una carta, un acuerdo o algo similar tiene mucho valor para la comunidad y la Junta de Agua.

- * **Cuál es la participación relativa de mujeres y hombres en las Juntas y cómo se puede estimular el nivel de participación?**

Tradicionalmente, la participación del hombre en las Juntas de Agua ha sido prevalente, sin embargo en los últimos tiempos la mujer ha ido escalando esas posiciones y participando de manera activa en las marcha de las Juntas de Agua comunales. De las observaciones realizadas durante nuestras entrevistas y visitas al campo en donde se entrevistó a varias mujeres, es posi***

y hombres se puede decir que existen tres estratos de participación en las Juntas:

1. Integración de las Juntas solamente con hombres;

2. **Presencia de mujeres en las Juntas como vocales, tesoreras y/o secretarías, y**
3. **Participación total de las mujeres en todo lo relacionado con los sistemas de agua. Es el caso de las comunidades Misquitas y Garífunas.**

Los mecanismos expuestos anteriormente pueden aprovecharse para estimular el nivel de participación de hombres y mujeres líderes en las Juntas de Agua ampliando su responsabilidad a la vigilancia de las microcuencas dentro de un programa que puede diseñarse para ese propósito.

Pregunta 2

- * **Que tan efectivamente ha podido el SANAA involucrar a COHDEFOR y otras agencias, y las Juntas locales a fin de asegurar que las cuencas de agua están adecuadamente protegidas?**

Se han realizado algunos intentos para coordinar acciones a nivel institucional que permitan aplicar estrategias concretas para proteger adecuadamente las cuencas de agua, especialmente las microcuencas de los diferentes sistemas rurales. Sin embargo aún no existe una política definida sobre este asunto.

En la práctica se han presentado casos de deforestación y mal uso de los terrenos que componen la microcuenca de sistemas rurales y ha sido la misma Junta de Agua encargada de interponer la correspondiente reclamación con el apoyo del Patronato y de la municipalidad para la solución de estos problemas. Las Juntas de Agua si tienen conocimiento de la necesidad de proteger adecuadamente la microcuenca, sin embargo sienten alguna inseguridad al tomar acciones defensivas por desconocimiento de los aspectos legales y de cuáles son las instituciones que pueden brindarle apoyo. Durante nuestras visitas a comunidades en la Región de Salud 6, La Ceiba, pudimos constatar el reclamo de una comunidad, con el apoyo del Patronato y del Municipio con la participación del Promotor en Salud frente a la anunciada deforestación de la microcuenca por particulares.

Es necesario definir una política clara y una estrategia de aplicación que garantice que las microcuencas sean adecuadamente protegidas. Una línea de acción del Proyecto puede ser el apoyo para la creación de viveros regionales o por áreas de trabajo, con especies seleccionadas y resistentes, que se planten en las microcuencas por la misma comunidad y que sean mantenidas por la Junta.

Pregunta 3

- * **Qué tan efectivo ha sido el programa de educación en salud en el cambio de comportamiento de parte de los beneficiarios hombres y mujeres.**

Las enfermedades diarreicas han constituido en Honduras una de las principales causas de mortalidad infantil, especialmente en el área rural, aproximadamente el 30% de las muertes en niños menores de cinco años se debe a esa causa.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de Honduras, 1991-1992, la prevalencia de las enfermedades diarreicas fue menor en las comunidades que disponen de servicio de agua para consumo humano en condiciones seguras y cuyas casa tienen algún sistema de eliminación sanitaria de excretas. El Proyecto Sector Salud II ha dedicado aproximadamente el 30% de su presupuesto a la construcción de acueductos o pozos con bomba de mano y a la instalación de letrinas de cierre hidráulico o de hoyo seco en el área rural de tres Regiones de Salud. Los sistemas han sido bien construidos y la comunidad está haciendo uso de ellos.

Sin embargo, la dotación de infraestructura sanitaria adecuada y de buena calidad, por si sola, no resuelve el problema en su totalidad. Es necesario educar a la población para el uso correcto de los sistemas así como en relación con su mantenimiento. Esta actividad de educación para la salud es realizada inicialmente por los educadores sanitarios, técnicos en agua y saneamiento y por los promotores en salud con muy buen resultado pero, desafortunadamente, no tienen una adecuada continuidad que garantice que los servicios van a ser utilizados y mantenidos siempre en la misma forma y que los cambios de comportamiento alcanzados sean mantenidos constantemente.

* Cuán sostenible es el programa?

La aplicación de las prácticas de higiene y educación sanitaria se reducen y hasta llegan a desaparecer en una comunidad cuando no se las recuerda y renueva con cierta frecuencia. El programa es sensible al paso del tiempo y necesita ser reactivado oportunamente. La sostenibilidad de este programa dependerá tanto del interés de la comunidad como del apoyo que las instituciones le puedan dar.

* Hay un papel continuo para el Proyecto?

Si, esto es un campo que merece ser apoyado y en el cual el Técnico en Salud Ambiental podría tener un papel importante.

Pregunta 4

* Cómo puede el proyecto apoyar al SANAA a seguir en deliberaciones importantes de política, inclusive la reorganización de operaciones, la descentralización y el costo-efectividad?

La política de descentralizar las funciones, toma de decisiones, la planificación e implementación de proyectos de manera que sean ejecutados en las oficinas de campo, ha traído beneficios al Proyecto Sector Salud II/PRASAR-SANAA-USAID y también a la

institución SANAA que ha aprovechado la experiencia positiva del proyecto para reorganizar su contabilidad, el manejo de inventarios, etc.

Como parte de la reorganización de operaciones el proyecto tomó algunas medidas clave, como la aplicación de tecnologías sencillas, de más bajo costo posible y cuyo mantenimiento esté dentro de la capacidad económica de cada comunidad y se ha obtenido una decidida y amplia colaboración de la comunidad, hombres y mujeres que han trabajado o aportado materiales locales para la obra y luego para el mantenimiento del sistema. También se han capacitado técnicos de mando medio para trabajar en promoción y construcción, como auxiliares del ingeniero o como técnicos en la operación y mantenimiento de los acueductos. Igualmente, se ha creado el "ingeniero de proyecto" y se ha buscado reducir gradualmente el costo administrativo de apoyo al proyecto sin comprometer su efectividad.

Adicionalmente se ha involucrado a seis OPDs que trabajan en áreas remotas cuyo rendimiento es exitoso.

Todos estos cambios estructurales deben continuar a ser apoyados por el proyecto a fin de conseguir su consolidación y la creación de dos regionales más como se tiene planeado.

También sería importante apoyar la formulación de una política en relación con la delimitación y protección de las cuencas de agua y otra en el sentido de institucionalizar el mantenimiento de los acueductos y su financiamiento como un medio para conseguir mejorar la sustentabilidad de los mismos.

Pregunta 5

* Cómo han ayudado en la implementación del Proyecto las innovaciones introducidas por el SANAA en lo referente a mejorar la eficiencia de los programas de agua y saneamiento?

a) Regionalización y descentralización

Con el propósito de darle agilidad al proyecto en su ejecución y operación, fue necesario crear cinco oficinas regionales de SANAA dotadas de los recursos técnicos, administrativos y materiales necesarios para implementar los proyectos de agua potable rural y de instalación de letrinas de sello hidráulico. Esta regionalización le permite al SANAA cubrir una área geográfica mayor y descentralizar las acciones de planificación, diseño, implementación y operación de mantenimiento. Además, los procedimientos han cambiado en el sentido de que ahora el ingeniero es responsable por todo el proyecto en forma integral y está a cargo del ingeniero en el campo directamente. La supervisión es otra actividad descentralizada que se ejecuta exitosamente.

b) Uso de Técnicos de Operación y Mantenimiento (TOMs) en la supervisión del mantenimiento y proyectos construidos.

Es un elemento indispensable en la fase de post-construcción, especialmente cuando los sistemas de agua ya tienen un tiempo de construidos y no han recibido un adecuado mantenimiento. Es una iniciativa que merece ampliarse a otras áreas después de evaluar su rendimiento y comparar el estado de funcionamiento de los sistemas a su cargo con otros que no se benefician de ese elemento. Existen seis TOMs con sede en la Oficina Regional del SANAA en la Ceiba; han sido cuidadosamente seleccionados y capacitados para sus funciones.

Los 6 TOMs en La Ceiba tienen a su cargo 260 acueductos que los visitan regularmente y de acuerdo a su real estado operacional y necesidades de asistencia técnica. Al inicio del programa se definieron cuatro tipos de acueductos, así:

- A. Operando en óptimas condiciones
- B. Operando, pero con deficiencias que son solucionables sin necesidad de haber inversiones.
- C. Operando mal, o no operando. Las deficiencias pueden corregirse con recursos financieros de la comunidad.
- D. No está operando y la inversión requerida va más allá de la capacidad económica de la comunidad.

Los 260 acueductos en mantenimiento con TOMs fueron evaluados un año después, con los siguientes resultados:

Tipo de Acueducto	Número Inicial	Un año después
A	53	89
B	121	118
C	77	49
D	9	4
TOTAL	260	260

En un año de trabajo de los TOMs el porcentaje de acueductos operando en buenas condiciones se incrementó en un 19% mientras se redujo el porcentaje de los que están operando mal o no operando en un 38%.

La utilización de los Técnicos en Mantenimiento reporta buenos resultados y es un buen medio para garantizar que los sistemas construidos sean mantenidos adecuadamente durante

todo el período para el que fueron diseñados.

La creación del TOM en la Oficina Regional de SANAA en La Ceiba ha servido de base para que se decida implementar un programa similar en la Oficina Regional de El Progreso.

c) **Nuevo laboratorio de control de calidad de agua en El Progreso.**

Este importante recurso está equipado con materiales, instrumentos y reactivos adecuados para realizar determinaciones que se requieren para análisis físico-químico-bacteriológico del agua de los sistemas rurales construidos o por construir bajo el proyecto del Sector Salud II. En parte funciona como laboratorio de referencia en colaboración con los laboratorios de análisis de agua que posee el MSP en La Ceiba y otras regiones. También presta asistencia a otras instituciones y fue muy importante su participación durante la epidemia de cólera.

Aparentemente, sería posible darle mayores responsabilidades operativas y tal vez de investigación. Podría pensarse en un programa de monitoreo de la calidad del agua de las fuentes de abastecimiento rural -superficiales y subterráneas - que tiene relación estrecha con las operaciones de mantenimiento. En todo caso, es conveniente cambiar la actitud actual, descrita por el Encargado del laboratorio, como receptiva de muestras por otra más agresiva de salir y buscar muestras, dentro de un bien organizado programa de monitoreo de la calidad del agua.

d) **Introducción de Técnicos de Agua y Saneamiento (TASes)**

Cada TAS tiene una área geográfica definida bajo su responsabilidad. Sus funciones en lo que a agua y saneamiento se refiere, son similares a las del Promotor de Salud que trabaja para la División de Saneamiento Ambiental del MSP. Como parte de la descentralización del SANAA y la creación de cinco oficinas regionales se hizo necesario capacitar a los promotores de agua y saneamiento, ahora conocidos como Técnicos de Agua y Saneamiento. El TAS motiva a la comunidad para que participe activamente en la construcción del sistema y la instalación de letrinas, adiestra a la Junta de Agua en el manejo administrativo y en la operación y el mantenimiento del acueducto incluyendo la desinfección del agua y finalmente realiza visitas periódicas a la comunidad con la finalidad de ayudar a la Junta en la resolución de problemas que hayan surgido y revisar la marcha administrativa y estado financiero de la Junta. Si es necesario, colabora con la Junta de Agua para la actualización de las tarifas por consumo. El perfil de trabajo del TAS incluye las siguientes actividades.

1. Visita preliminar a la comunidad en la cual se va a instalar agua potable y letrinas. Durante esa visita se mantienen reuniones con los líderes de la comunidad y con representantes del Patronato con quienes se analiza la participación de la comunidad en el proyecto. Además se inspeccionan las posibles fuentes de agua y se determina la viabilidad del proyecto.
2. Se desarrolla una encuesta básica que incluye un croquis de localidad y detalles

topográficos de lo que será el sistema de agua y se procede a la formación de la Junta de Agua.

3. Una vez que se cumplan los requisitos de firma de documentos de compromiso, obtención de derechos de servidumbre y se tengan listos los diseños y especificaciones de construcción, el TAS procede a organizar la comunidad a fin de hacer efectiva su participación en la obra y supervisa la construcción del acueducto siguiendo los lineamientos del ingeniero del proyecto.
4. Simultáneamente capacita a la Junta sobre administración, operación y mantenimiento del acueducto, educación sanitaria e higiene personal, uso del agua, aplicación de cloro, aplicación de tarifas, reglas para realizar las asambleas comunales. Al mismo tiempo capacita al operador del sistema. La instalación de las letrinas va paralela a la construcción del acueducto y debe concluir al mismo tiempo.

e) Redefinición del alcance de trabajo de los ingenieros.

Siguiendo las políticas de reorganización de las operaciones, el SANAA integró efectivamente todos los trabajos relacionados con la instalación de los acueductos, de modo que en la actualidad un mismo ingeniero es responsable por los estudios, diseños construcción y mantenimiento de los acueductos y ha recibido el nombre de "Ingeniero de Proyecto" y reemplaza a la suma de ingeniero de estudios y planificación, de diseño y de construcción que existía antes de la reorganización. Esta medida ha beneficiado al PSS-II porque los proyectos están mejor concebidos y hay mayor compatibilidad entre el diseño y la construcción lo cual, además, facilita la operación y el mantenimiento del acueducto.

También se ha definido una política de trabajo que consiste en módulos de trabajo compuestos por un ingeniero y tres TASes. Cada TAS es responsable por tres proyectos que en promedio se estima sean construidos en seis meses cada uno, es decir que la producción de cada módulo o grupo sería de 18 proyectos al año, rendimiento que es muy importante para la marcha del PSS-II, además que la calidad del trabajo es más uniforme.

f) Establecimiento de la autonomía de las Juntas de Agua.

Se ha aprobado por SANAA el Reglamento de las Juntas Administradoras de Sistemas de Agua Potable y Disposición de Excretas para las Comunidades Rurales, el mismo que ya se encuentra funcionando en las Oficinas Regionales de SANAA. El Reglamento contiene la Organización de la Junta, los Deberes y Atribuciones y su relación con SANAA.

La Junta administradora con el criterio técnico del SANAA determina el monto de la tarifa que se ha de cobrar al usuario por conexión domiciliar o por llave de uso común y que servirá para cubrir los gastos de operación y mantenimiento, incluyendo sueldos de operación, energía, combustible, lubricantes, gastos de administración, cloración y un fondo de capitalización para ser utilizado en reparaciones mayores y ampliaciones del sistema.

La Junta Administradora maneja sus propios fondos en beneficio del sistema. Este es uno de los cambios que se han obtenido como beneficio del Proyecto. Anteriormente, la Junta entregaba al SANAA el producto recaudado y SANAA lo revertía a la comunidad por OMUR. Al desaparecer el Fondo Nacional de Saneamiento, es la Junta quien maneja sus propios recursos, además de tener personería jurídica.

* Cuáles de estas áreas merecen mayor apoyo bajo un proyecto más reducido?

Todas estas intervenciones han ayudado en la implementación del Proyecto y han mejorado la eficiencia de los programas. Sin embargo, dentro de un proyecto más reducido se identifican 3 áreas prioritarias:

1. Uso de Técnicos de Operación y Mantenimiento (TOMs) en la supervisión del mantenimiento de proyectos construidos.
2. Utilización de Técnicos de Agua y Saneamiento, y
3. Fortalecimiento de la autonomía de las Juntas de Agua.

* Cuál debe ser el papel de los participantes hombre y mujeres?

Las tareas descritas pueden ser desempeñadas por hombres o por mujeres, debidamente capacitados. Sin embargo, debido a las condiciones particulares de cada trabajo, es conveniente que algunos de ellos como el de TOMs y TASes sean desempeñados por hombres.

Pregunta 6

* Qué planes tienen otros donantes (por ejemplo: Banco Mundial, BID) para invertir en el sector de Agua y Saneamiento de Honduras?

Durante el tiempo que duró esta consultoría no fue posible contactar directamente a Delegados del Banco Mundial y del BID; sin embargo, se conoce que el BM realiza algunas actividades en los departamentos de Valle, Choluteca, Intibuca, Lempira y La Paz, teniendo como ejecutores a PNUD y UNICEF, con el propósito de construir 40 acueductos, 152 pozos excavados y 10.000 letrinas dentro del programa Nutrición y Salud que conlleva

también un componente en educación para la salud.

El Proyecto Honduras Japón tiene también un plan operativo para 1995 para el abastecimiento de agua en 18 comunidades rurales de la Región de Salud 2 y la construcción de 500 letrinas.

- * **Cuál debería ser el papel futuro de la USAID en ayudar al SANAA a obtener ayuda financiera de estas otras instituciones?**

La experiencia adquirida y demostrada por SANAA en el ámbito rural, con el Proyecto del Sector Salud II debe ampliarse a otros programas que sean financiados con fondos de otras agencias.

- * **Cuál sería una relación apropiada y sostenible entre el SANAA y el PHIS, las municipalidades y las ONGs?**

SANAA tiene muy claro que éstos programas rurales no significan solamente la construcción de infraestructura, sino que también tienen un alto componente de salud y un alto contenido social con la participación activa de la comunidad, de los patronatos comunales y por consiguiente de los municipios. En el país hay algunas ONGs calificadas que han demostrado su eficiencia en proyectos patrocinados por USAID y que pueden ser utilizadas en el futuro para ampliar la cobertura.

Pregunta 7

- * **Qué tan efectivo fue el papel desempeñado por las seis OPDs en extender los servicios de agua y saneamiento en el área rural?**

Seis OPDs han estado trabajando para el componente Agua Potable y Saneamiento del proyecto Sector Salud II en los Departamentos de Intibucá, Choluteca, Valle, Lempira, Olancho, La Paz, Francisco Morazán e Islas de la Bahía. Los OPDs han completado ya 172 sistemas de agua de los 257 planeados dentro del PSS-II. Generalmente, el objetivo de los OPDs es el desarrollo integral de la comunidad, especialmente aquellas que se encuentran en áreas remotas, de difícil acceso y dispersas. Su trabajo es ampliamente reconocido por su calidad y costo inferior al de las instituciones que trabajan en el sector. Además disponen de una red de promotores en sus áreas de trabajo.

Los seis OPDs seleccionados para trabajar con el PSS-II son: Save the Children que tiene 85 comunidades para agua potable; FEDECOH con 53 comunidades; Catholic Relief Services con 73; Agua para el Pueblo con 88, CEDEM con 16 y APROBID con 16. De estas seis OPDs, una CEDEN no continúa trabajando en el proyecto, FEDECOH y APROBID están por terminar sus compromisos y los restantes continúan sus trabajos satisfactoriamente. El

modelo de trabajo del proyecto PSS-II/SANAA-USAID es adaptado a cada OPD con la variante que ellas seleccionan las comunidades a servir. Las relaciones de trabajo con las comunidades han sido particularmente exitosas, lo que favorece al proyecto.

- * Qué tan efectivos fueron en la organización comunitaria y la educación en salud?

Como se expresó anteriormente, las actividades de las OPDs en la organización de la comunidad y la educación en salud han sido particularmente exitosas. Su labor es bien reconocida y apreciada tanto en las comunidades trabajadas como en todo el país.

- * Existe un papel futuro para OPDs en esta área en un proyecto reducido?

Si la capacidad y responsabilidad demostrada con el Proyecto Sector Salud II son una garantía de que al reducirse los fondos del proyecto, las OPDs serán un recurso para extender la cobertura a costos menores por proyecto o por habitante beneficiado, además de poder llegar a comunidades dispersas y difícil acceso.

Pregunta 8

- *Cuál debe ser el papel de los "técnicos en salud ambiental (TSA)?"

En una reunión mantenida con directivos y técnicos de la Región de Salud 3, San Pedro Sula, sobre este tema, se obtuvieron variados comentarios y opiniones en relación con cuál debería ser el perfil de este recurso y cuál debería ser el tipo y tiempo de capacitación. Recogiendo esos conceptos y de acuerdo a nuestro propio criterio, opinamos que las funciones del TSA debe incluir, las siguientes áreas programáticas:

1. Agua potable
2. Disposición de excretas
3. Saneamiento y control del medio ambiente
4. Residuos sólidos
5. Higiene y mejoramiento de la vivienda
6. Higiene de los alimentos
7. Control de vectores y zoonosis
8. Educación en salud
9. Higiene y salud ambiental
10. Promoción y organización comunal
11. Impacto ambiental
12. Medidas sanitarias en casos de desastre
13. Prevención de la contaminación del agua, el suelo y el aire
14. Administración y gestión sanitaria.

Dependiendo de su área específica de trabajo o actividad, debe estar preparado para realizar una encuesta sanitaria completa, medir el impacto ambiental de los proyectos de desarrollo

215

y recomendar medidas preventivas que sean aplicables en cada caso.

- * **Deben los TSAs ser hombres y mujeres**

La descripción del perfil del TSA es válida para los dos géneros, si están debidamente capacitados y tienen espíritu de trabajar y tomar decisiones bajo presión. Los TSAs pueden ser hombres y mujeres.

- * **Cuáles son las intenciones del MSP en cuanto a consolidar los componentes de salud ambiental actualmente dispersos (inclusive metas, sistemas de información y recursos humanos)?**

La Dirección Nacional de Atención al Medio está en proceso de definir las políticas, metas y estrategias que habrán de guiar su gestión.

Durante el desarrollo de esta consultoría, el Director de Atención al Medio no se encontraba en el país, sin embargo, y por entrevistas con otros funcionarios se conoce que está en el ánimo del Director el consolidar todos los componentes que sea posible en beneficio de la gestión a realizar.

- * **Cuál es el papel apropiado para el proyecto en esta área?**

Esta es una área que el proyecto debe apoyar en forma total y decidida. En el futuro inmediato, las acciones sobre el medio y su control tendrán una prioridad muy alta porque, entre otras razones, a través de ellas se buscará una mayor sustentabilidad de los proyectos, con lo cual se conseguirá defender la inversión realizada en el campo de la salud.

Annex 7
Donor Support Budget

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE PLANIFICACION
UNIDAD DE PROYECTO
RESUMEN DE PROYECTO EN EJECUCION 1994
EN LEMPIRAS

NO.	NOMBRE DEL PROYECTO	LOCALIZACION	UNIDAD EJECUTORA	DURACION		NO. CONVENIO	FUENTE FINANCIERA	FINANCIAMIENTO			
				INICIO	FINAL			PRESTAMO	DONACION	FONDO NAC.	TOTAL
1	Salud y Nutricion	Paraiso, Olancho, La Paz, Ocotepeque, Fco. Morazan, Valle y Choluteca, Sta. Rosa de Copan, Intibaca, Sta. Barbara, Lempira	Direccion de Planificacion M.S.P.	11/03/93	31/12/96	2452-HO 01-03-92	Agencia Financiera de Fomento Banco Mundial	241,853,208		32963304	274,816,512
2	Fortalecimiento de Educacion en Enfermeria	6 centros de formacion de enfermeras CENARH UNALCURLA, CUNR, CERARH NORTE, CERARH SUR	M.S.P.	01/09/90	30/08/95	Acuerdo 10-08-90	Agencia Japonesa de Cooperacion Internacional (JICA)		17472000	1679000	19,151,000
3	Coop. Hondureno Aleman de Seguridad Alimentaria (COHASA) II Rural	Municipios Erandique, Sta. Cruz y San Andres (7aldeas y 43 caserios del Dpt. de Lempira)	SECPLAN	01-01-93	31-12-95	Acuerdo 15-01-91	Gob. de Alemania		9000000	2000000	11,000,000
4	Proy. de pozos y Acueductos Rurales (PROPAR)	Yoro, Cortes, Sta. Barbara	Region de Salud 3	01-08-86	31-12-94		Gobierno Suizo (COSUDE)		6900000	2200000	9,100,000
5	Puesta en Marcha de Hospitales	Todo el pais	PRONASSA	19-09-87	31-12-95		BID	128,500,000		94000000	222,500,000
6	Prog. del Desarrollo rural integrado de la Subregion de Yoro (DRI-YORO)	Negrilo, Morazan, Yoro, Sulaco, Victoria y Yoro	Secret. de Recursos Naturales	Enero de 1992	Dic. de 1996	Acdo. Ejec. 0947-92 Decreto Legal 114-92 Nov. 1992	Gobierno Suizo (COSUDE)		29812500	9937500	39,750,000
7	Centro de Estudio y Control de Contaminantes (CESCOO III FASE)	A Nivel Nacional	CEESCO	01-01-88	31-12-96		OPS/OMS		1892970	3523900	
8	Desarrollo Institucional y Mejoramiento de los Recursos Humanos (Sector Salud II)	A Nivel nacional	Ministerio de Salud Publica	19-10-88	19-10-95	522-0216 30-06-88	A.I.D.		57253200 *	26016400 *	3,269,600*

28

NO.	NOMBRE DEL PROYECTO	LOCALIZACION	UNIDAD EJECUTORA	DURACION		NO. CONVENIO	FUENTE FINANCIERA	FINANCIAMIENTO			
				INICIO	FINAL			PRESTAMO	DONACION	FONDO NAC.	TOTAL
9	Abastecimiento de Agua e Higiene de Base en el Sector Rural (ALA 86/20)	Fco. Morazan y el Paraíso	ALA 86/20	01-08-88	31-12-93	Decreto 34-88 09-06-88 ALA 86/20	Comunidad Economica Europea		90,446,646	52,730,530	143,177,176
10	Programa de Desarrollo para Desplazados Refugiados y Repatriados (PRODERE)	San Marcos, Ocoatepeque, Colomonsegua, San Antonio, Intibuca	CONARE	01-11-89	31-12-94		Gobierno de Italia y P.N.U.D.				1,906,000
11	Abastecimiento de agua de la zona agrícola de Comayagua de la Region No. 2	Comayagua, La Paz Intibuca	Division de Saneamiento Ambiental MSP	13-12-93	14-12-94	Donacion Gobierno del Japon	Gobierno del Japon		36,003,760	6,195,028	42,198,788
12	Programa Regional de Recogida y Tratamiento de los Desechos Procedentes de Hospitales (ALA 91/33)	Tegucigalpa, Fco. Morazan	Division de Saneamiento ALA 91/33	01-01-93	30-04-98	Decreto 47-94 ALA 91/33	Comunidad Europea		2,700,000	1,880,000	4,580,000 Aprobado para 1995

* Las cantidades se consignan en US\$ porque el Convenio establece los compromisos financieros en Dolares Americano.

Annex 8
Extended Recommendations

RECOMENDACIONES

1. Programación local y supervisión.

Continuar promoviendo el modelo de programación/administración local, incluyendo el uso de CEFASA y DOFUPS, con supervisión de apoyo como medios para alcanzar el modelo. Facilitar la diseminación y desarrollo de CEFASA y DOFUPS; incluyendo los siguientes elementos:

- Aumentar la capacitación con enfoque en problemas en las áreas de planificación local, los componentes de CEFASA y DOFUPS y la supervisión de apoyo.
- Enfatizar la capacitación de personal de supervisión de área y de sector y diseñar material de capacitación que pueda utilizarse para ayudarles a desarrollar programas de capacitación en casa sobre planificación local, CEFASA y DOFUPS durante las visitas de supervisión a las UPS.
- Identificar UPS que han implementado con éxito la planificación local, CEFASA y DOFUPS, o uno de sus componentes; darles un taller de trabajo para adiestrar a los capacitadores; y utilizarlos como capacitadores y supervisores-capacitadores para las otras UPS.
- Promover más visitas de supervisión regulares y consistentes a todos los niveles, enfatizando el uso de la supervisión de apoyo.
- Debido a la necesidad de enfocar y reducir los recursos del proyecto, estos esfuerzos pueden enfocarse y ser operacionales en áreas centinelas.

2. Logística y Mantenimiento

Descentralizar la compra de suministros y el mantenimientos y reparaciones, en los niveles Regionales, de Area y, especialmente, comunitarios.

- Establecer, a nivel Regional, fondos rotativos del presupuesto del MdeS para la compra de suministros, especialmente de medicamentos y para el mantenimiento y reparación.
- Utilizar al máximo los contratos privados para las compras, mantenimiento y reparaciones y para proporcionar transporte.
- Establecer más autoridad y responsabilidad local para los miembros de la comunidad y proporcionarles la capacitación adecuada para el manejo de compras y mantenimiento para las UPS locales, especialmente concerniente a los fondos recuperados localmente.
- Capacitar más personal para el mantenimiento de la cadena fría.

3. Participación Comunitaria

Promover más una participación activa de la comunidad en el manejo y funcionamiento de las UPS y los programas de salud de la comunidad. Para lograr esto, implementar una capacitación apropiada y programas de desarrollo para activar y mantener la participación comunitaria. El programa debe incluir capacitación concisa en el trabajo conjunto (trabajo de equipo), asesoría en lo que respecta a necesidades, análisis, planificación y evaluación. La participación comunitaria debe incluir los siguientes elementos:

- Una asamblea general anual donde todos los miembros de la comunidad y el personal de las UPS se reúnan para discutir la situación actual de salud en la comunidad, escuchar los informes anuales de las UPS y del comité de salud comunitario, dar voz a sus aspiraciones, ofrezcan sugerencias, aprueben el plan de trabajo de salud anual de la comunidad y tomen otras decisiones generales.
- Un plan anual desarrollado por el comité de salud de la comunidad y el personal de las UPS, el cual debe ser aprobado por una asamblea comunitaria, o por un concejo comunitario.
- Un comité de salud comunitario, que asistiría a las UPS a llevar a cabo su plan de trabajo anual, coordinar apoyo comunitario al plan anual, manejar los fondos recibidos a través de los esfuerzos de recuperación de costos local, supervisar el mantenimiento y reparación del centro de salud local, administrar un fondo rotativo para la compra de suministros y desarrollar cualquier otra actividad que contribuya al mejoramiento de la salud de la comunidad.
- Voluntarios que asistirían a las UPS y al comité de salud comunitario en la implementación del plan de salud anual y en proveer servicios a la comunidad. Estos incluiría a las parteras, guardianes de salud, representantes de salud y otros.

4. Recuperación de costos

Promover y ampliar la recuperación de costos como medio para mejorar los servicios de cuidados de salud a nivel local. La recuperación de costos debe incluir honorarios por servicios y la venta de medicamentos a bajo costo. El MdeS sencillamente no puede continuar proporcionando medicamentos gratis a todos sus pacientes.

- Desarrollar y capacitar a los comités de salud local para manejar los fondos recuperados, incluyendo la determinación de cuánto se debe pagar por servicios y medicamentos, el recibo de los pagos, decisiones de exoneraciones, cuidado del dinero colectado, desembolsos para compras aprobadas, etc.
- Establecer un fondo rotativo local para la compra de suministros y para el mantenimiento, iniciado con fondos del MdeS y reemplazado por fondos recuperados.

- Organizar un sistema para la supervisión local del manejo de fondos.
- Evaluar las leyes y regulaciones que puedan impedir el funcionamiento de los servicios de salud y las actividades y recomendar su modificación o eliminación.

5. Desarrollo de recursos humanos

Reorganizar el desarrollo de recursos humanos y racionalizar la capacitación. Diseñar un sistema educacional y de capacitación que pueda responder consistente y metódicamente a las necesidades de capacitación del MdeS. Incluir los elementos y factores siguientes en el sistema.

- Tomar en cuenta las necesidades institucionales generales del MdeS, formulando programas para los siguientes requisitos de capacitación: 1) Socialización institucional, aprendedizaje de normas, procedimientos y cultura de la institución. 2) Capacitación de trabajo, o adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el desempeño de tareas y trabajos específicos. 3) Educación continua, o desarrollo profesional, el cual incluya actualización, mejora y ampliación de los conocimientos y habilidades profesionales.
- Incluir diferentes mecanismos y modalidades para la capacitación, tales como estudio autodidáctico, talleres de trabajo, cursos y seminarios, educación formal (en colaboración con instituciones educacionales establecidas, tales como la UNAH, etc.)
- Formular un plan de capacitación anual basado en el estudio de necesidades locales y regionales.
- Coordinar todas las actividades de capacitación de cualquier agencia o división del MdeS.
- Desarrollar un sistema para el monitoreo y evaluación de las actividades de capacitación.
- Desarrollar prácticas de desempeño claras (lo que los capacitados podrán hacer después de la capacitación) y de aprendizaje de objetivos, basado en necesidades identificadas.
- Definir y desarrollar incentivos para la educación tales como establecer pre-requisitos para el empleo, ascensos, aumentos salariales, reclasificación, etc.; entrega de certificados por completar cursos, talleres de trabajo, series de actividades, etc.; incluir la supervisión, etc.

Utilización de organizaciones locales para organizar y llevar a cabo actividades de capacitación, tales como universidades locales, ONG/OPV, escuelas y otros.

6. Sistemas de información de salud

- Rediseñar el sistema de información, de manera que pueda proporcionar información sobre salud y administración que pueda contribuir a la planificación y la toma de decisiones. Incluir lo siguiente:
- Simplificar y sistematizar la recopilación, procesamiento y análisis de datos.
- Descentralizar el procesamiento de datos a las Regiones; eliminar la duplicidad de esfuerzos.
- Adquisición de equipo y materiales necesario, incluyendo computadoras, modems y programas de cómputo.
- Implementar las reformas propuestas al SIS, preparadas con la asistencia del CDC proyecto de Datos para la Toma de Decisiones.
- Diseñar un programa de capacitación para mantener el sistema.
- Actualizar/implementar las recomendaciones de la asesoría del Sistema de Información de USAID y la asesoría del DDM.

7. Educación para la salud

Reforzar la capacidad funcional de la División de Educación para la Salud (DES); racionalizar las actividades de educación y comunicación para la salud (EC/S) a través de la DES; implementar y repetir los planes de educación y comunicación de la supervivencia infantil y la salud materna; y revisar y reproducir los materiales educativos.

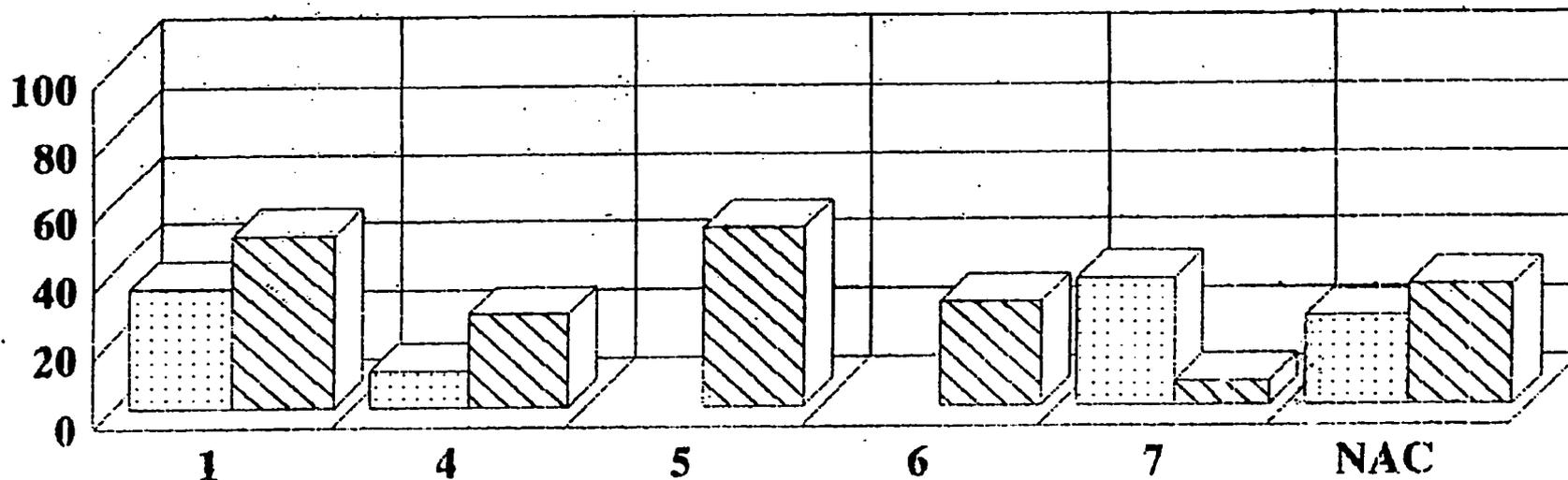
- Ratificar una política nacional de educación, como la que propuso la DES con la asistencia técnica de AED.
- Reforzar la capacidad institucional de la DES por medio de la localización con las divisiones técnicas con las cuales trabaja dentro de la estructura organizacional del MdeS.
- Proporcionar a la DES un presupuesto adecuado.
- Desarrollar un plan de evaluación y monitoreo para las actividades de EC/S.
- Requerir que todas las actividades y materiales del EC/S sean revisadas y aprobadas por la DES para verificar su propiedad técnica.
- Implementar los componentes de capacitación de los planes de comunicación.

EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LAS NORMAS DE IRAs

GUIA DE OSERVACION DIRECTA DE MANEJO DE CASOS

DIAGNOSTICO, CLASIFICACION Y TRATAMIENTO

PORCENTAJE



PRE	34.8	10.5			36.8	25.5
POST	50	26.7	51.9	30	6.7	34.7

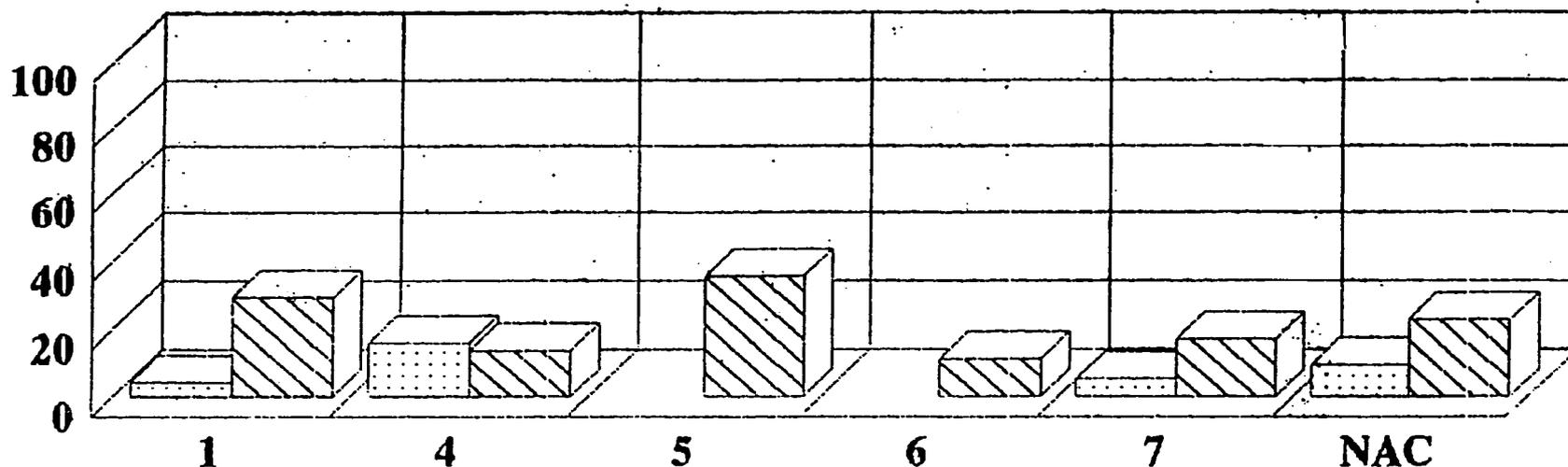
REGIONES DE SALUD



SE INDICO LA CITA DE CONTROL

EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LAS NORMAS DE IRAs GUIA DE OSERVACION DIRECTA DE MANEJO DE CASOS DIAGNOSTICO, CLASIFICACION Y TRATAMIENTO

PORCENTAJE



PRE	4.2	15.8			5.3	9.4
POST	29.2	13.6	35.3	11.1	16.9	22.6

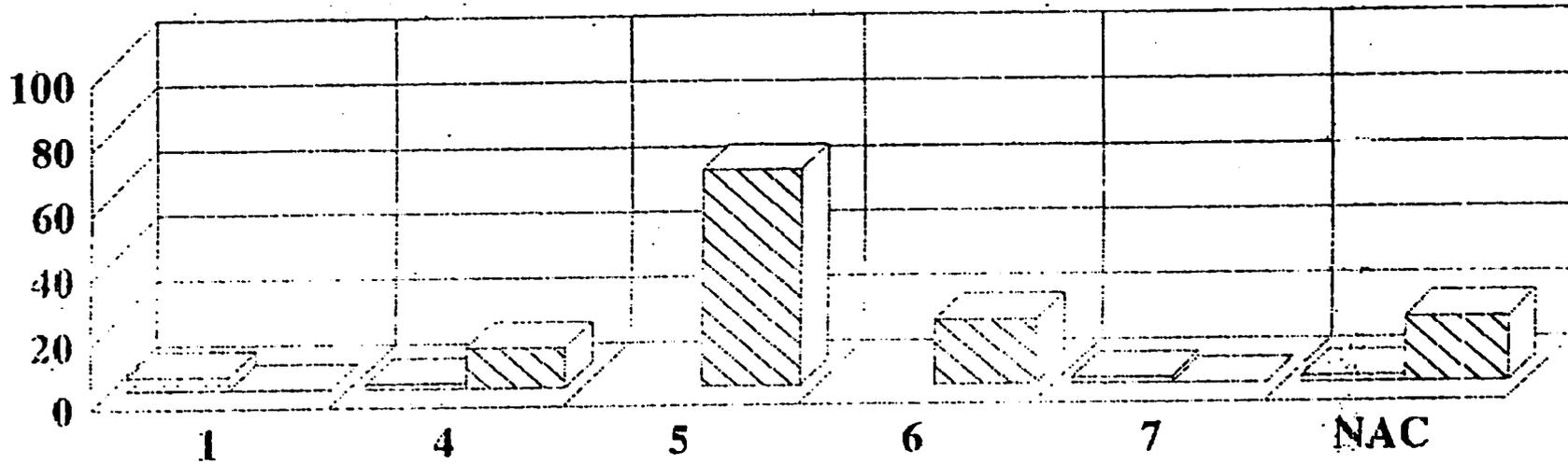
REGIONES DE SALUD



SE EDUCO SOBRE: SEÑALES DE PELIGRO

EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LAS NORMAS DE IRAs GUIA DE OSERVACION DIRECTA DE MANEJO DE CASOS DIAGNOSTICO, CLASIFICACION Y TRATAMIENTO

PORCENTAJE



PRE	4.2	1.7			1.8	2.1
POST	0	12.5	66.7	20	0	20

REGIONES DE SALUD

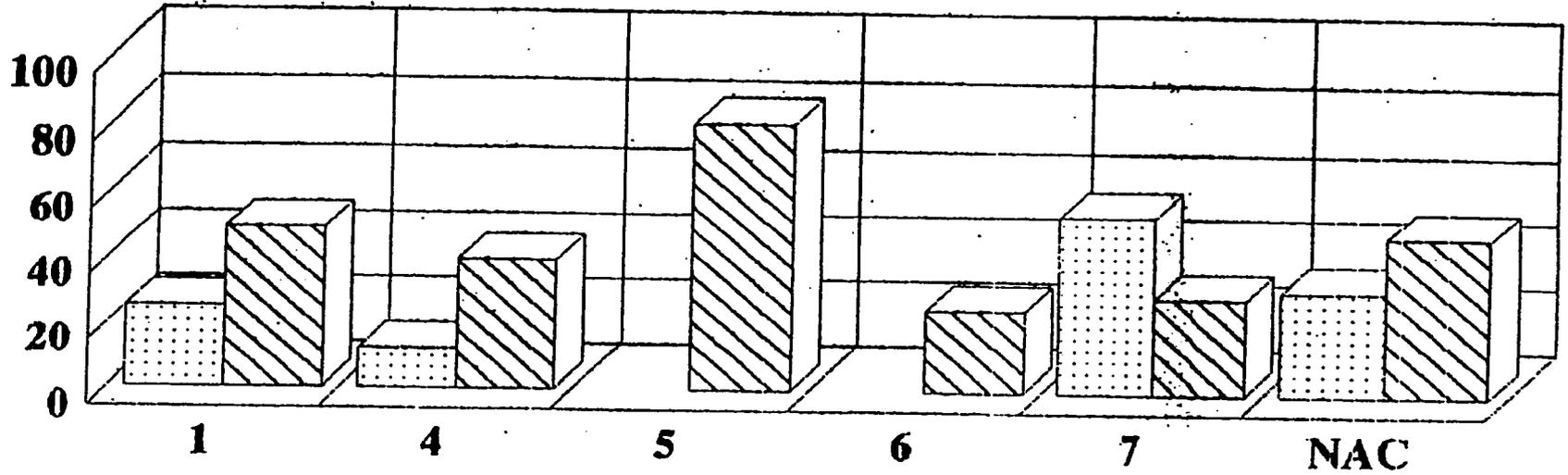


DEBIDA A NIVEL SUPERIOR

228

EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LAS NORMAS DE GUIA DE OSERVACION DIRECTA DE MANEJO DE CASOS EXAMEN FISICO DEL PACIENTE

PORCENTAJE



PRE	25	12.1			54.4	31.7
POST	49.2	39.5	81.2	25	29.2	48.5

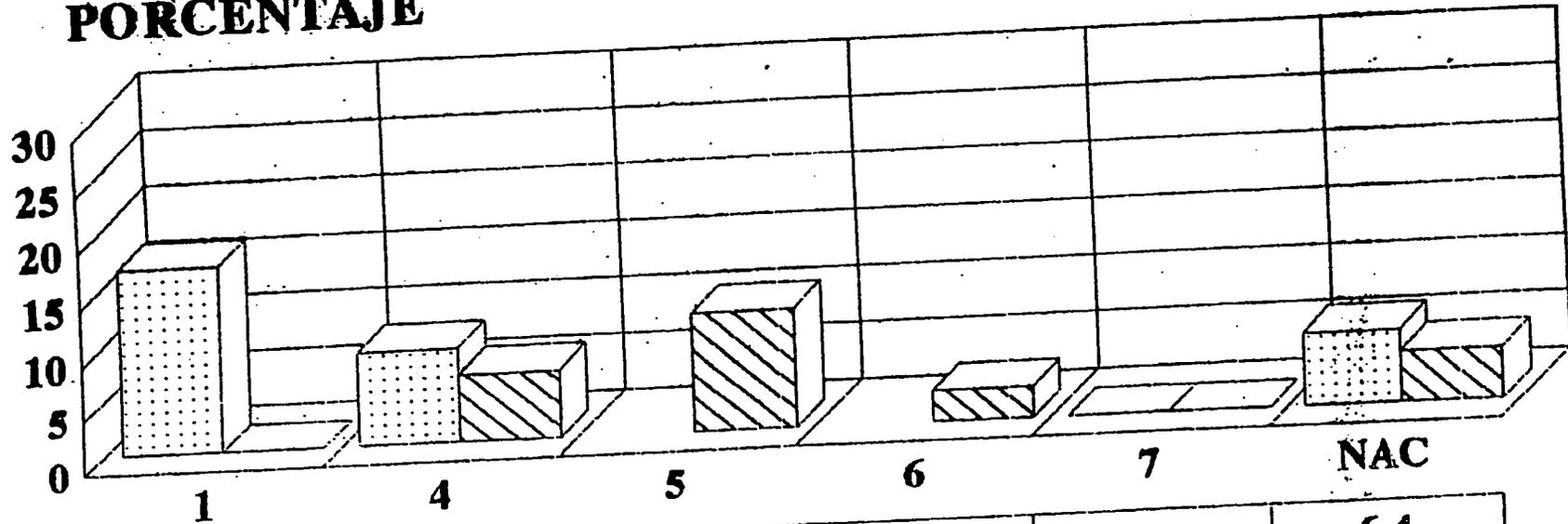
REGIONES DE SALUD



TOMO LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

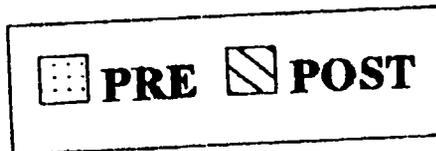
EVALUACION DE LA IMPLEMENTACION GUIA DE OSERVACION DIRECTA DE MANEJO DE CASOS INTERROGATORIO AL PACIENTE

PORCENTAJE



	1	4	5	6	7	NAC
PRE	16.7	8.5			0	6.4
POST	0	6.2	10.6	2.8	0	4.5

REGIONES DE SALUD

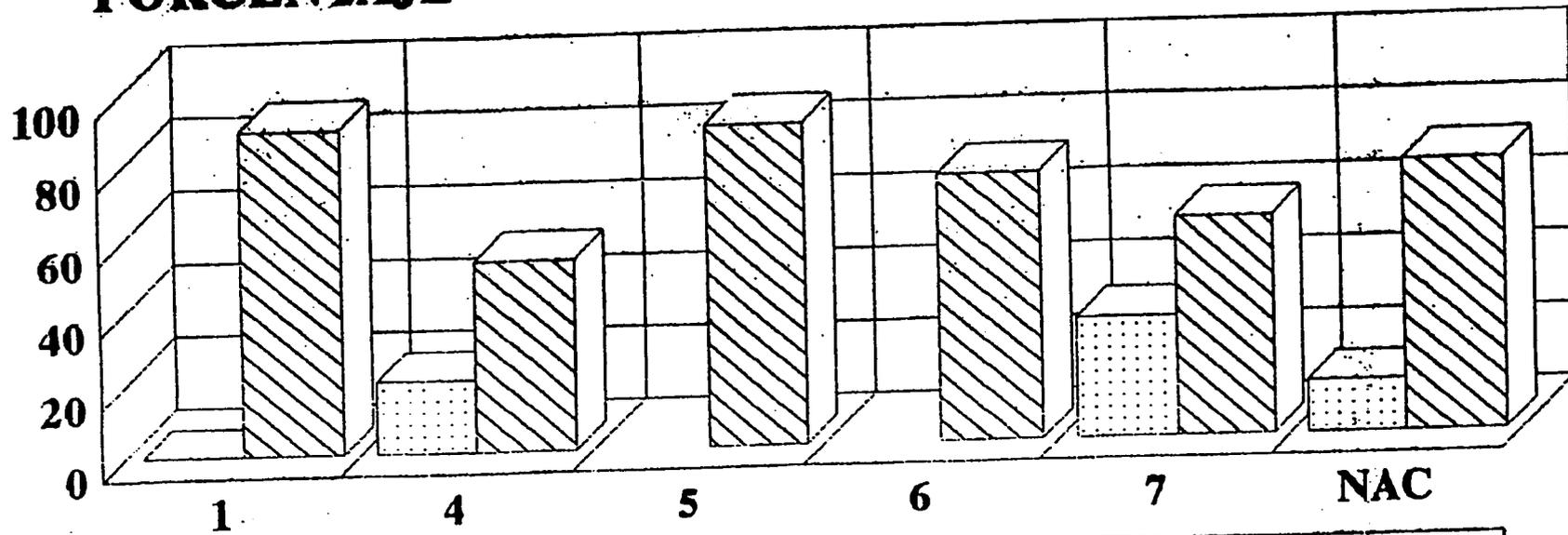


SI TIENE /HA TENIDO TAQUIPNEA "RESPIRACION RAPIDA"

Annex 10
Cold Chain

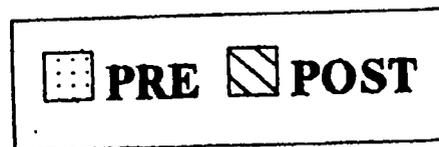
INVESTIGACION DE CONOCIMIENTOS EN EL MANEJO DE CASOS DE IRA, PERSONAL INSTITUCIONAL SEÑALES DE GRAVEDAD EN UN NIÑO < DE 2 MESES

PORCENTAJE



PRE	0	20			33.3	14.3
POST	89.5	52.9	88.2	73.3	60	74.4

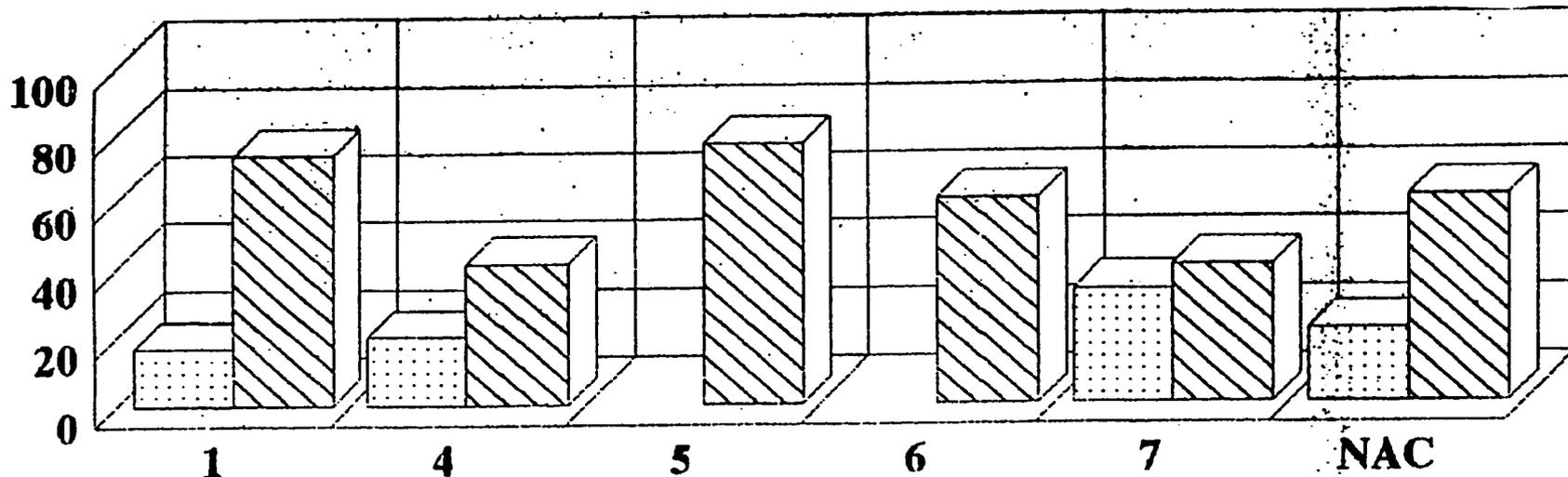
REGIONES DE SALUD



TIRAJE SUBCOSTAL OBVIO

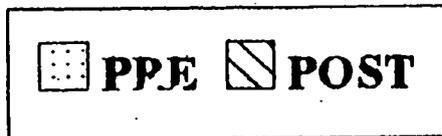
INVESTIGACION DE CONOCIMIENTOS EN EL MANEJO DE CASOS DE IRA, PERSONAL INSTITUCIONAL PRIMER DOSIS APROPIADA DE PENICILINA PROCAINICA

PORCENTAJE



PRE	16.7	20	76.5	33.3	21.4
POST	73.7	41.2	76.5	60	60.3

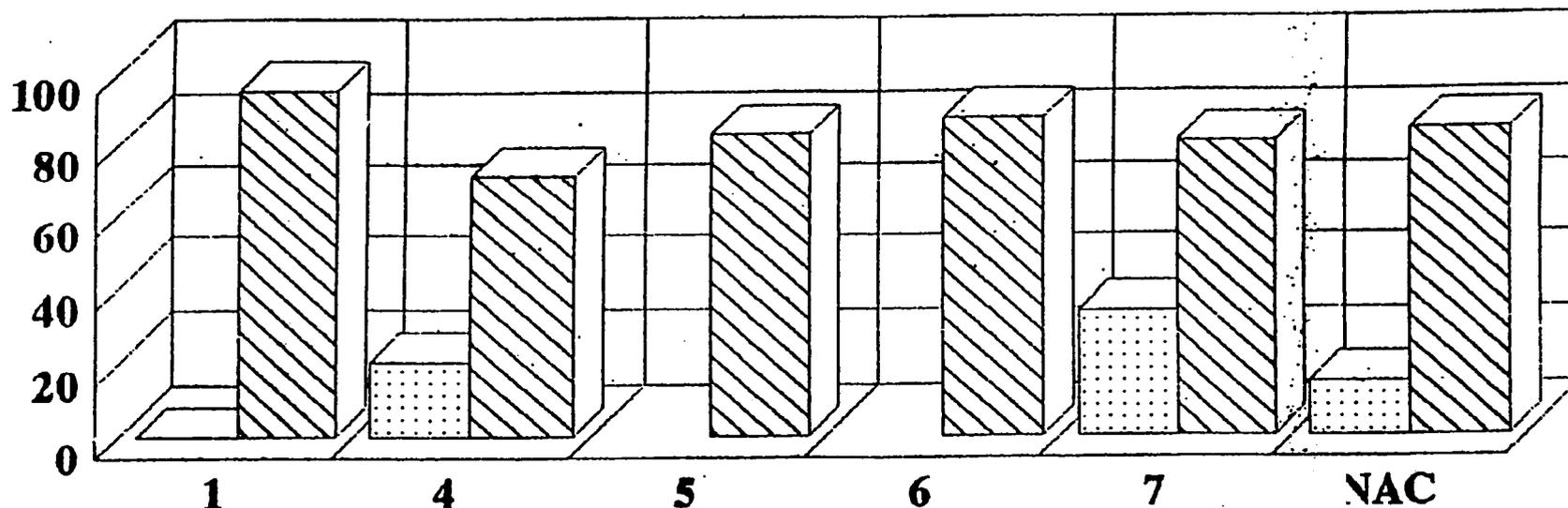
REGIONES DE SALUD



50,000 A 250,000 UNIDADES PARA MENORES DE 2 MESES

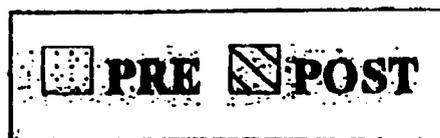
INVESTIGACION DE CONOCIMIENTOS EN EL MANEJO DE CASOS DE IRA, PERSONAL INSTITUCIONAL PRIMER DOSIS APROPIADA DE PENICILINA PROCAINICA

PORCENTAJE



PRE	0	20	82.4	33.3	14.3
POST	94.7	70.6	86.7	80	83.3

REGIONES DE SALUD



TIRAJE SUBCOSTAL

Annex 11
Basic Indicators

Honduras: Health and Economic Indicators

Economic Indicators

<u>Indicator</u>	<u>Value</u>	<u>Year</u>	<u>Source</u>
GNP/Capita	\$580	1992	World Bank/ UNICEF
Avg. Annual Growth	- 0.3 %	1980-92	World Bank
Inflation	7.6 %	1980-92	World Bank
% Share of Income			
Top 10 %	47.9 %	1992	World Bank
Top 20 %	63.5 %	1992	World Bank
Long-Term Debts	\$3282 million	1992	World Bank
GDP Growth	2.8 %	1980-92	World Bank
Agricultural Growth	3 %	1980-92	World Bank
Industrial Growth	3.5 %	1980-92	World Bank
Cereal Imports	128,000 tons	1992	World Bank
Grain Imports	162,000 tons	1990	UNDP
Food Production Index	83	1988-90	UNDP
Dependence on Food Impts	13.7 %	1988-90	UNDP
Food Aid	\$5.5 million	1991	UNDP
Annual Food Prod./Capita	1.3 %	1992	World Bank
Balance of Payments	- 224 million	1992	World Bank
Receipt of Devt. Assistance	283	1986	World Bank
from all Sources:	258	1987	
	321	1988	
	242	1989	
	450	1990	
	275	1991	

Honduras: Health and Economic Indicators

Socio-Demographic Indicators

<u>Indicator</u>	<u>Value</u>	<u>Year</u>	<u>Source</u>
Population	5.4 million	1992	World Bank
Pop. under 16 yrs.	2.5 million	1992	UNICEF
Population Growth	3.3 %	1980-92	World Bank
	2.8 %	1992-2000	World Bank
Adult Illiteracy	27 %	1992	World Bank
Female Illiteracy	29 %	1992	World Bank
Crude Birth Rate	49/100,000	1970	World Bank
	37/100,000	1992	World Bank/ UNFPA
Crude Death Rate	15/100,000	1970	World Bank
	7/100,000	1992	World Bank
Total Fertility Rate	7.2	1970	World Bank
	4.9	1992	World Bank/ UNFPA
	4.0	2000	World Bank
Primary Education	10 % of age group	1991	World Bank
Secondary Education	19 % of age group	1991	World Bank
Tertiary Education	9 % of age group	1991	World Bank
% Kids Reaching Grade Five	41 %	1992	UNICEF
% Pop. in Urban Areas	45 %	1992	IDB
Urban Growth Rate	5.3 %	1992	World Bank
Household with Elec.	25 %	1984	World Bank
Access to Safe Water	64 %	1990	World Bank
	69 %	1992	PAHO
Access to Sanitation	64 %	1992	PAHO

Honduras: Health and Economic Indicators

Health Indicators

Life Expectancy	66.0 yrs.	1992	World Bank
Males	63.7 yrs.	1990-95	PAHO
Females	68.0 yrs.	1990-95	PAHO
Under 5 Mortality			
female	57/1000	1992	World Bank
male	70/1000	1992	World Bank
Infant Mortality	110/1000 live births	1970	World Bank
	50/1000 live births	1990	U.N.
	49/1000 live births	1992	World Bank
Low Birthweight	9 %	1992	World Bank
Under-Five Underweight	21 %	1992	UNICEF
Malnutrition	20.6 %	1992	World Bank
Maternal Mortality	221/100,000 live births	1988	World Bank
Reported AIDS Cases	3,473	June, 1994	PAHO
Reported AIDS-Related Deaths	877	June 1994	PAHO
Reported Cholera Cases	2,320	1991-93	PAHO
Reported Cholera Deaths	44	1991-93	PAHO
Cholera Case-Fatality Rate	1.9 %	1991-93	PAHO
Immunization Coverage			
DPT	94 %	1993	EPI/PAHO
OPV	95 %	1993	EPI/PAHO
Measles	94 %	1993	EPI/PAHO
	89 %	1992	UNICEF
ORT Use in Percent of Diarr. Episodes	70 %	1994	UNICEF

Annex 12
Bibliography

BIBLIOGRAPHY

1. **Health Sector II Project Paper, Project No. 522-0216, USAID/LAC, Washington, 1988**
2. **Health Sector II Project Paper Amendment #1**
3. **Project Agreement Amendment #19 for Health Sector II Project, Honduras, August 26, 1994**
4. **Report of the Health Sector II Project External Mid-Term Evaluation**
5. **Project Evaluation Summary, USAID/Honduras**
6. **Objective Tree**
7. **Scope of Work Addendum--Matrix of Constraints, What We Know, Questions for the Team.**
8. **Issues Matrix prepared by USAID/Honduras with input from Management Sciences for Health**
9. **Honduras Health Sector II Project Final Report, prepared by Management Sciences for Health, January 1994**
10. **Honduras: Health and Economic Indicators**
11. **El Impacto Socioeconomico del VIH/SIDA en Tegucigalpa y San Pedro Sula, Honduras, Ministerio de Salud Publica, AIDSCAP/Family Health International, Feb. 1995**
12. **Honduras National Epidemiological and Family Health Survey, 91-92, Ministry of Health/USAID/Honduras, July 1994**
13. **Epidemiology and Family Health Survey, Honduras, 1987: Final Report**
14. **Perfil del Programa Nacional de C.E.D. Para: Honduras, 1994**
15. **HEALTHCOM Implementation Plan, Honduras: 1991-1992**
16. **HEALTHCOM Country Strategy Plan: Honduras**
17. **Notes from the Field: Communication for Child Survival (see articles)**
 - a. **Developing a questionnaire for an Acute Respiratory Infection Pilot Study by Carol Baume**
 - b. **Public and Private Sector Collaboration for the Commercial Marketing of ORS in Honduras**
 - c. **Field Perspectives on an ARI Communication Pilot Program in Honduras**

18. **Cholera Situation in the Americas, Update Number 12, PAHO**
19. **Nothing to Sneeze At: Integrating Research into the Honduran ARI Communication Program**
20. **Preliminary Report on the Results from the 1987 Resurvey in Honduras, February 1988**
21. **Institutionalization of Health Communication Methodology in Honduras, 1989**
22. **Investigacion Sobre Mortalidad de Mujeres de Edad Reproductiva con Enfasis en Mortalidad Materna, Honduras 1990**
23. **MotherCare Background Documentation and World Bank Discussion Paper on Safe Motherhood, 1993**
24. **Assessment of the Impact of a National Intervention to Promote Exclusive Breastfeeding in Honduras, Ministry of Public Health, Honduras, in Collaboration with the Nutrition Community Project, Academy for Educational Development, Washington, Nov. 1994**
25. **Reproductive Risk: A Strategy to Improve Family Planning Service in Honduran Social Security Institute, POP Council, 1992-93**
26. **Investigacion Cualitativa Sobre Riesgo Reproductivo, Proyecto de Salud, Mujer y Desarrollo, Dic. 1990 Haceres, Pensares y Sentires de las Mujeres Hondurenas Sobre Riesgo Reproductivo**
27. **Sugerencias para una Politica del Ministerio de Salud Public Sobre Espaciamento de Embarazos Bajo el Enfoque de Riesgo Reproductivo, Ministerio de Salud Public, Honduras, 1993**
28. **Plan Detallado de Implementacion: Vigilancia Comunitaria de los Ninos Menores de Cinco Anos y de las Mujeres en Edad Fertil, Ministerio de Salud Publica en Colaboracion con Management Sciences for Health, Honduras, 1993**
29. **Examining the Increasing Popularity of Traditional Methods in Honduras**
30. **BASICS Draft Honduras Country Activity Plan and USAID/Honduras Scope of Work for Buy-In**
31. **A.I.D.'s Family Planning Program in Honduras: A.I.D. Technical Report No. 9, Center for Development Information and Evaluation, 1993**
32. **Honduras Project Paper Private Sector Population II**
33. **Follow-Up Survey of Pregnant Women and Women with Infants, Honduras, 1988**

34. **Scope of Work: Postpartum/Postabortion Contraception Workshop**
35. **Proyecciones de Poblacion de Honduras por Sexo y Edad 1988-2050**
36. **Informe de Viaje, Octubre 24-Noviembre 4, 1994, by Nora Quezada and Lori Ravello**
37. **Informe de Viaje, Feb. 13-17, 1994, by Nora Quezada and Lori Ravello**
38. **Taller de Logistica de Anticonceptivos, Abril 17 al 21 de 1989, Zamorano, Honduras**
39. **Evaluacion del Efecto de Una Intervencion Nacional Destinada a Promover la Lactancia Materna Exclusiva en Honduras, Ministerio de Salud Publica, en Colaboracion con el Proyecto de Comunicacion en Nutricion. Febrero, 1995.**
40. **Wellstart trip reports.**
41. **Plan Detallado de Implementacion para la Implementacion a Nivel Nacional del Tratamiento de las Neumonias por Personal Comunitario**
42. **Red Nacional de Consejeras Comunitarias en Lactancia Materna por La Liga de la Leche Materna de Hondura**
43. **MOH Assessment of Financial and Administrative Improvements**
44. **Sugerencias Para ser Incluidas en la Propuesta para Mejorar el Sistema Logistico de Suministros**
45. **Plan de Capacitacion y Desarrollo de los Recursos Humanos, Ministerio de Salud Publica, Honduras, 1995**
46. **Propuesta para la Estructuracion de un Proceso de Planificacion/Presupuestacion que Responda a las Necesidades del Ministerio de Salud Publica**
47. **DIP: Adecuacion Organizacional y Funcional de la Division de Recursos Humanos**
48. **Plan Detallado de Implementacion para el Desarrollo del Nivel Local**
49. **Definicion de los Sistemas de Registro de Entradas, Salidas y Existencias a Nivel Regional y de Areas**
50. **Propuesta Para la Incorporacion del Espaciamiento de Embarazos Bajo el Enfoque de riesgo Productivo en la Curricula de las Escuelas Formadoras de Recursos en Salud. Management Sciences for Health, 1993.**
51. **Capacidades y Funciones del Ministerio de Salud Publica en Informatica**

52. **Perfiles del Personal Necesario en el Ministerio de Salud Publica en Informatica**
53. **Documento de Precalificacion Medicamentos Maternales Medico-Quirurgicos**
54. **Estructura Organizativa Division de Suministros**
55. **Plan Detallado de Implementacion para Fuentes Alternativas de Financiamiento a Nivel Local**
56. **Documento Referencial para la Preparacion de Material Educativo Dirigido al Nivel de Tecnicos de Saneamiento**
57. **Fortalecimiento y Modernizacion del Sector de Agua y Saneamiento. GOH/UNDP**
58. **Capacitacion de Juntas de Agua Comunitarias del Area Rural para Operacion y Mantenimiento de los Sistemas de Agua Potable. MSP/DSA**
59. **Desarrollo de la Cooperacion Tecnica entre Regiones. 2da. Reunion Sobre Innovaciones en el Desarrollo de la Administracion y Prestacion de los Servicios de Salud**
60. **Programa de Reforma del Sector Agua y Saneamiento. Borrador del Informe Final**
61. **Manual Tecnico del Sistema Nacional de Evaluacion de Impacto Ambiental**
62. **Ley de Municipalidades (Reformada)**
63. **Acuerdo de Creacion del Grupo Colaborativo**
64. **Reglamento de las Juntas Administradoras de Sistemas de Agua Potable y Disposicion de Excretas para Comunidades Rurales. Sep. 91**
65. **Informe Ejecutivo, 1994. PSS-II/SANAA-USAID**
66. **Status of Water Supply and Sanitation Component**
67. **Comparacion del Estado de los Acueductos al Inicio del Programa de TOMs y Despues de Un Ano. Oficina Regional del SANAA, La Ceiba**
68. **Summary. Water Supply and Sanitation Program in Honduras**
69. **PVO Activity in Water Supply and Sanitation, at a Glance, 3/31/95**
70. **Fact Sheet. USAID Water Supply and Sanitation Program. Health Sector II Project**
71. **Factores de Riesgo para la Salud Maternoinfantil, Honduras, 1995, 2nd. Draft**

72. **Poverty in Honduras - A Food and Nutritional Security Profile, CARE/USAID, 1994**
73. **Informe de la Investigacion Operativa sobre Oportunidades Perdidas en Planificacion Familiar, MSH, Dec. 1992**
74. **Convenio entre GOH y USAID, Proyecto ASHONPLAFA - 1989**
75. **Final Evaluation Private Sector POP II Project, Nov. 1994 (Appendices only)**
76. **Propuesta de Investigacion Operacional - Planificacion Familiar con Enfoque de Riesgo Reproductivo en IHSS. POP Council, 1989-1990.**
77. **Technical Assistance/Operations Research Proposal - Increase Promotion of Reproductive Health Through Social Development in NGOs - POP Council, 1991.**
78. **Proposal: Breast Feeding for Natural Birth Spacing in Honduras, POP Council/La Leche League, SPS**
79. **Mother Baby Package, WHO, Dec. 1994 (Draft No.8)**
80. **Improving Family Planning Evaluation, Jose Garcia Nunez, 1992**
81. **La Honduras de Hoy y la Honduras de Manana, Lucia Marino, April 1995**
82. **The Impact of a Perinatal Reproductive health program in Honduras, Ricardo Vernon et.al, from International Family Planning Perspectives, Sept. 1993**
83. **Plan de Comunicacion Educativa Sobre Riesgo Reproductivo, DSMI y DES, Junio 1992**
84. **Manual de Normas y Procedimientos de Atencion a la Mujer, Abril 1995**
85. **Evaluacion de los Servicios de Salud - Region 5, 1994**
86. **Manual para la Capacitacion de Parteras Tradicionales en Honduras, 1994**
87. **RAPID Honduras Salud, Poblacion y Desarrollo, 1995**
88. **Project Agreement for Health Sector II (522-0216), Honduras. June, 1988.**
89. **Seccion I de Plan de Trabajo 1995 para Proyecto Salud Sector II (522-0216), Ministerio de Salud Publica, Politica Sectorial.**
90. **Honduras: Situacion de Salud y Prioridades, 1994-1997. Ministerio de Salud Publica.**
91. **Proceso de Organizacion del Sistema de Supervision, Evaluacion y Monitoreo. Ministerio de Salud Publica, Honduras. 1993.**

92. **Mejoramiento de Garantia de Calidad de Servicios de Rehidratacion Oral Durante Una Epidemia de Colera, University Research Corporation. 1991.**
93. **Mid-Term Evaluation Wllstart's International's Expanded Promotion of Breastfeeding Program, Health Technical Services Project. 1994.**
94. **Manual de Funciones por Departamento y Unidades, con Metodologia para el Desarrollo Organizacional del Almacen Central de Medicamentos, Ministerio de Salud Publica, Honduras. 1995.**
95. **Modulo de Atencion al Nino, Modulo de Atencion a la Mujer, Modulo de Rendimiento Medico, TBC, ETS y Otros. Honduras. 1994.**
96. **Evaluacion de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud Publica, Honduras. 1995.**
97. **Departamento de Estado, Boletin de Estadisticas e Informacion de Salud Estadistica de Atencion Ambulatoria 1993, Ministerio de Salud Publica, Honduras. 1994.**
98. **Data for Decision Making from Country Assessment, Honduras. Malison, Michael, & Blyler, Maureen. CDC, 1993.**
99. **Operacionalizacion Propuesta de Desarrollo de Recursos Humanos en Funcion del Desarrollo Local, Ministerio de Salud Publica, Region de Salud No. 1, Departamento de Educacion. Honduras, 1995.**
100. **Listado Basico de Medicamentos, Ministerio de Salud Publica, Honduras, 1993.**
101. **Informe Anual de la Monitoria en las Regiones Sanitarias, Proyecto Sector Salud II (522-0216), USAID/Honduras. 1994.**
102. **Informe Sistema de Fondos Recuperados - 1993, "Un Auto-Financiamiento de los Servicios de Salud para Brindar Una Atencion con Eficiencia, Eficacia y Equidad", Ministerio de Salud Publica, Division de Finanzas. Honduras, 1994.**
103. **Proceso de Organizacion del Sistema de Informacion (POSI), Guia de Archivo, Ministerio de Salud Publica, Honduras. 1991.**
104. **Proceso de Organizacion del Sistema de Informacion (POSI), Ministerio de Salud Publica, Honduras. 1993.**
105. **Diagnostico Tecnico Organizacional del Area Administrativo Financiera, EA Associates, Honduras, 1995.**
106. **Integrated Childhood Illness Management: Consolidating and Extending a Decade of Child Survival Gains. A Collaborative USAID/CDC Framework for Program Development. June, 1994 (Draft).**

107. Honduras USAID Health Profile. Center for International Health Information. Washington 1991.
108. Informe de Consultoria Politica y Marco Legal que Apoyan la Lactancia Materna en Honduras. La Liga de la Lactancia Materna de Honduras. 1993.
109. ARI Programme Management - A Training Course. World Health Organization - 1990
110. Resumen de la Propuesta de Atencion Integral Materno Infantil, Ministerio de Salud Publica, Division de Salud Materno Infantil, Honduras - 1994
111. Evaluacion del Funcionamiento de las Unidades de Rehidratacion Oral Comunitaria (UROC) en Honduras. Patricio Barriga, BASICS, Honduras - 1995
112. Riesgo Reproductivo y Salud Materno Infantil. RAPID IV/USAID Honduras. 1995
114. Enfoque de Riesgo Reproductivo, Documento Base. Ministerio de Salud Publica. Honduras - 1990
115. Information Technology Assessment. Ministry of Health, Pedro C. Herrera, USAID/Honduras. 1993.
116. Area Administrativo Financiera Diagnostico Tecnico Organizacional, Ministerio de Salud Publica. AE Associates. March, 1995.
117. Seminario Taller Sobre el Sistema Contable Unidad Coordinadora del Proyecto del Sector Salud II, USAID/Honduras. Fernandez, Fortin, Bogran y Asociados, Marzo, 1995.
118. Manual de Administracion de Sueldos y Salarios, Unidad Coordinadora, Proyecto Sector Salud II, USAID/Honduras. Fernandez, Fortin, Bogran y Asociados, Nov., 1994.
119. Normas y Procedimientos de la Estructura de Control Interno, Unidad Coordinadora del Proyecto Sector Salud II, USAID/Honduras. Fernandez, Fortin, Bogran y Asociados, Nov., 1994.
120. Manual de Contabilidad y Sistema de Informacion Financiera, Unidad Coordinadora del Proyecto Sector Salud II. Fernandez, Fortin, Bogran y Asociados, Nov., 1994.
121. Primary Health Care Management Advancement Programme. Monitoring and Evaluating Programmes. Agakhan Health Services, Washington, D.C., 1993.
122. Ministerio de Salud, División de Educación para la Salud: POLITICA NACIONAL DE EDUCACION PARA LA SALUD. Tegucigalpa, Honduras, Marzo 1995.

123. **Ministerio de Salud: PROPUESTA PARA LA REVISION Y AJUSTE DEL SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD. Tegucigalpa, August 1994.**
124. **Malison, M.D., & Blyler, M.: DATA FOR DECISION MAKING, HONDURAS, COUNTRY ASSESSMENT. 1993.**
125. **EA Associates: AREA ADMINISTRATIVO FINANCIERA: DIAGNOSTICO TECNICO ORGANIZACIONAL. Ministerio de Salud Pública & USAID/Honduras, Tegucigalpa, March 1995.**
126. **EA Associates: AREA ADMINISTRATIVO FINANCIERA: ESTUDIO DIAGNOSTICO DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERACIONALES. Ministerio de Salud Pública & USAID/Honduras, Tegucigalpa, March 1995.**