PD-ABN-248

Proyecto de la USAID No. 522-0216 USAID Project No. 522-0216

ENMIENDA No. 22 AL CONVENIO DE PROYECTO
PROJECT AGREEMENT AMENDMENT No. 22

ENTRE
BETWEEN

LA REPUBLICA DE HONDURAS
THE REPUBLIC OF HONDURAS

Y
AND

LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA
THE UNITED STATES OF AMERICA

PARA
FOR

SECTOR SALUD II
HEALTH SECTOR II

Tegucigalpa, Honduras
31 de julio de 1996

ENMIENDA AL CONVENIO DE PROYECTO
Proyecto de la USAID No. 522-0216
Sector Salud II

ENMIENDA No. 22, fechada 31 de julio de 1996, entre los ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, actuando a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ("USAID") y la REPÚBLICA DE HONDURAS ("Donatario"), actuando a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) y el Ministerio de Salud (MdeS).

CONSIDERANDO, que el Donatario y la USAID celebraron un Convenio de Donación, fechado 30 de junio de 1988 ("Convenio"), últimamente enmendado el 3 de agosto de 1995.

CONSIDERANDO, que el Donatario y la USAID desean enmendar nuevamente el Convenio para proporcionar fondos adicionales de la USAID para el Proyecto, modificar la Descripción Amplificada del Proyecto, incrementar la contribución de contraparte del Gobierno de Honduras (GdeH) para el Proyecto y hacer otros cambios tal como se describen a continuación:

POR LO TANTO, las Partes del mismo por este medio convienen en que el Convenio deberá ser enmendado como sigue:

1. Financiamiento Adicional. Para ayudar al Donatario a cubrir los costos de ejecución del proyecto, la USAID, de conformidad con el Acta de Asistencia al Exterior de 1961, y sus enmiendas, conviene en donar al Donatario bajo los términos del Convenio DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDÓS MIL DÓLARES ESTADOUNIDENSES (US$2,222,000) adicionales. La Donación total, que comprende los fondos donados bajo la Sección 3.1 del Convenio original, como se enmendó previamente, y mediante esta Enmienda No. 22, no deberá exceder los CINCUENTA Y OCHO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL

PROJECT AGREEMENT AMENDMENT
USAID Project No. 522-0216
Health Sector II

AMENDMENT No. 22, dated July 31, 1996, between the UNITED STATES OF AMERICA, acting through the United States Agency for International Development ("USAID"), and the REPUBLIC OF HONDURAS ("Grantee"), acting through the Ministry of Finance and Public Credit (MFPC) and the Ministry of Health (MOH).

WHEREAS, the Grantee and USAID entered into a Project Grant Agreement, dated June 30, 1988 ("Agreement"), last amended on August 3, 1995.

WHEREAS, the Grantee and USAID desire to further amend the Agreement to provide additional USAID funds for the Project, modify the Amplified Project Description, increase the Government of Honduras (GOH) counterpart contribution to the Project, and make certain other changes as described below:

NOW, THEREFORE, the Parties hereto hereby agree that the Agreement shall be amended as follows:

1. Additional USAID Funding. To assist the Grantee to meet the costs of carrying out the Project, USAID, pursuant to the Foreign Assistance Act of 1961, as amended, agrees to grant to the Grantee under the terms of this Agreement an additional TWO MILLION TWO HUNDRED AND TWENTY-TWO THOUSAND UNITED STATES DOLLARS (US$2,222,000) ("Grant"). The total Grant, comprising the funds granted under Section 3.1 of the original Agreement, as previously amended, and by this Amendment No. 22, shall not exceed FIFTY-EIGHT MILLION EIGHT HUNDRED AND EIGHTY TWO THOUSAND UNITED STATES

DÓLARES ESTADOUNIDENSES (US$58,882,000). Podrán hacerse disponibles fondos por una cantidad que no exceda un total de OCHO MILLONES VEINTIOCHO MIL DÓLARES ESTADOUNIDENSES (US$8,028,000) de conformidad con y sujeto a las condiciones especificadas en la Sección 2.2.a. de este Convenio. El total planificado de contribución de la USAID para este Proyecto, sujeto a la disponibilidad de fondos y al acuerdo mutuo entre las partes, es SESENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS DIEZ MIL DÓLARES ESTADOUNIDENSES (US$66,910,000).

2. Financiamiento del Gobierno de Honduras. La USAID por este medio reconoce que el Donatario ha cumplido con los requisitos mínimos de contraparte del proyecto actualmente equivalentes a VEINTISÉIS MILLONES QUINCE MIL QUINIENTOS DÓLARES ESTADOUNIDENSES (US$26,015,500) calculados a la tasa de cambio vigente a la fecha del Convenio Original ($1.00:L2.00). Los recursos adicionales en efectivo que serán proporcionados por el Donatario para la extensión del Proyecto (comenzando con el año fiscal del GdeH en 1997 al 30 de septiembre de 1999) no deberá ser menor que el equivalente en lempiras de DOS MILLONES CIENTO DIEZ MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y UN DÓLARES ESTADOUNIDENSES (US$2,110,861), sin incluir los costos de anticonceptivos establecidos en la Sección 5.10 mencionada a continuación. El valor de esta contribución adicional deberá calcularse utilizando la tasa de cambio de referencia según lo establecido en la Resolución No. 337-6194 del Banco Central de Honduras vigente en la fecha en que se firme esta Enmienda No. 22.

3. Distribución de Fondos Obligados. El Anexo III aquí adjunto, "Distribución de Fondos Obligados", reemplaza en su totalidad al

DOLLARS (US$58,882,000). Additional Grant funds not to exceed a total of EIGHT MILLION TWENTY EIGHT THOUSAND UNITED STATES DOLLARS (US$8,028,000) may be made available in accordance with and subject to the conditions specified in Section 2.2.a. of this Agreement. The total planned USAID contribution to this Project, subject to the availability of funds and the mutual agreement of the parties to proceed, is SIXTY-SIX MILLION NINE HUNDRED AND TEN THOUSAND UNITED STATES DOLLARS (US$66,910,000).

2. Government of Honduras Funding. USAID hereby acknowledges that the Grantee has fully met the minimal project counterpart requirement to date equivalent to TWENTY-SIX MILLION FIFTEEN THOUSAND FIVE HUNDRED UNITED STATES DOLLARS (US$26,015,500) calculated at the exchange rate in effect on the date of the original Project Agreement ($1.00:L2.00). The additional cash resources to be provided by the Grantee for the Project extension (commencing with GOH fiscal year 1997 to September 30, 1999) shall be no less than the Lempira equivalent of TWO MILLION ONE HUNDRED AND TEN THOUSAND EIGHT HUNDRED AND SIXTY ONE UNITED STATES DOLLARS (US$2,110,861), not including costs of contraceptives as set forth in Section 5.10 below. The value of this additional contribution shall be calculated using the reference exchange rate as set forth in Resolution No. 337-6194 of the Central Bank of Honduras in effect on the date of signature of this Amendment No. 22.

3. Distribution of Obligated Funds. Annex III attached hereto, "Distribution of Obligated Funds", supersedes and replaces in its entirety the budget

presupuesto adjunto como Anexo I a la Enmienda No. 21 del Convenio de Donación del Proyecto, de fecha 3 de agosto de 1995.

4. Fecha de Terminación de Asistencia al Proyecto. La Sección 3.4, "Fecha de Terminación de Asistencia al Proyecto" (FTAP), es por este medio eliminada en su totalidad y por lo tanto se sustituye como sigue:

La "Fecha de Terminación de Asistencia al Proyecto" (FTAP), que es el 30 de septiembre de 1999, o cualquier otra fecha que las Partes convinieren por escrito, es la fecha para la cual las Partes estiman que todos los servicios financiados bajo la Donación habrán sido efectuados y todos los bienes financiados bajo la Donación habrán sido proporcionados al Proyecto como se contempla en este Convenio.

5. Condiciones Previas al Desembolso. El Artículo 4, "Condiciones Previas al Desembolso", es por este medio eliminado en su totalidad y por lo tanto se substituye como sigue:

"ARTICULO 4

Condiciones Previas al Desembolso

SECCIÓN 4. 1 Información Básica y Metas. El Ministerio de Salud deberá proporcionar la información básica y establecer metas anuales y para el final del proyecto para todos los indicadores de resultado al 31 de diciembre de 1996 los cuales son aceptados mutuamente por la USAID. El convenio mutuo entre la USAID y el MdeS para estas metas es una Condición Previa al compromiso de fondos de donación de la USAID después del 1 de enero de 1997 para costos locales en los que incurra el MdeS.

SECCIÓN 4.2 Programa de Demostración sobre la Concesión de Servicios de Planificación de Familia. Antes de cualquier desembolso de

attached as Annex I to Amendment No. 21 to the Project Grant Agreement, dated August 3, 1995.

4. Project Assistance Completion Date. Section 3.4, "Project Assistance Completion Date" (PACD) is hereby deleted in its entirety and the following is substituted therefor:

The "Project Assistance Completion Date" (PACD), which is September 30, 1999, or such other date as the Parties may agree to in writing, is the date by which the Parties estimate that all services financed under the Grant will have been performed and all goods financed under the Grant will have been furnished for the Project as contemplated in this Agreement.

5. Conditions Precedent to Disbursement. Article 4, "Conditions Precedent to Disbursement", is hereby deleted in its entirety and the following is substituted therefor:

"ARTICLE 4

Conditions Precedent to Disbursement

SECTION 4.1 Baseline Data and Targets. The Ministry of Health shall provide baseline data and establish annual and end-of-project targets for all result indicators by December 31, 1996 that are mutually agreeable to USAID. The mutual agreement by USAID and the MOH to these targets is a Condition Precedent to the commitment of USAID grant funds after January 1, 1997 for MOH-incurred local costs.

SECTION 4.2 Demonstration Program on the Provision of Family Planning Services. Prior to any disbursement of USAID grant funds for MOH

fondos de donación de la USAID para los costos locales en que incurra el MdeS después del 30 de septiembre de 1996, el MdeS deberá nombrar una Area de Salud en cada Región de Salud del país en las cuales se llevará a cabo el programa de demostración sobre la concesión de servicios de planificación de Familia por parte de enfermeras auxiliares en los Centros de Salud Rurales (*CESARes*).

SECCIÓN 4.3 Evaluación de las Actividades de Area y Comunitarias. Antes de cualquier desembolso de fondos de donación de la USAID en cualquiera de los nueve fondos de Area después del 31 de diciembre de 1996 el MdeS deberá llevar a cabo una evaluación de las actividades de Area y comunitarias. Esto incluirá una consideración del uso, impacto y sostenibilidad de las actividades apoyadas por los presupuestos de Area y su efecto en la movilización (o desplazamiento) de recursos de otras fuentes".

6. Condiciones Especiales. El Artículo 5, "Condiciones Especiales", según se enmendó mediante la Enmienda No. 19 al Convenio de Proyecto del 26 de agosto de 1994, por este medio se suprime en su totalidad y se sustituye por lo siguiente:

"ARTICULO 5

Condiciones Especiales

A menos que la USAID acordara lo contrario por escrito, el Donatario conviene con las condiciones especiales siguientes:

SECCIÓN 5.1 Retención de Cuotas y Costos Operacionales

El País Cooperante acuerda que todas las cuotas y costos recuperados como parte de cualquier actividad descrita en este Convenio deberán ser retenidos por la unidad recolectora y deberán ser adicionales a cualquier cantidad presupuestada por

incurred local costs after September 30, 1996, the MOH shall name one Health Area in every Health Region of the country in which the demonstration program on provision of family planning services by auxiliary nurses at Rural Health Centers (*CESARes*) will be conducted.

SECTION 4.3 Evaluation of Area and Community Activities. Prior to any disbursement of USAID grant funds into any of the nine Area funds after December 31, 1996 the MOH shall carry out an evaluation of Area and community activities. This will include a consideration of the use, impact and sustainability of the activities supported by the Area budgets and their effect on the mobilization (or displacement) of resources from other sources."

6. Special Covenants. Article 5, "Special Covenants", as amended by Project Agreement Amendment No. 19 of August 26, 1994, is hereby deleted in its entirety and the following is substituted therefor:

"ARTICLE 5

Special Covenants

Except as USAID may otherwise agree in writing, the Grantee agrees to the following covenants:

SECTION 5.1 Retention of Fees and Costs at Operational Level

The Cooperating Country agrees that all fees and costs recovered as part of any activity described in this Agreement shall be retained by the collecting unit and shall be in addition to any amounts budgeted by the Cooperating Country for that

5

el País Cooperante para esa unidad. Además, el País Cooperante acuerda hacer cualesquiera estipulaciones que sean necesarias, incluyendo y no limitadas a la aprobación de la legislación nacional, que permita la retención de cuotas y costos a nivel operacional después de finalizadas las actividades descritas en este Convenio.

SECCIÓN 5.2 Requerimientos para Fianza

El Coordinador de la Unidad de Coordinación del Proyecto y la persona designada para manejar el fondo rotatorio establecido en el Servicio Autónomo de Acueductos y Alcantarillados (SANAA) rendirán fianzas en forma y sustancia satisfactoria al Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Los fondos rotatorios de las Areas se derivarán del fondo rotatorio establecido en la Unidad de Coordinación del Proyecto (UCP). Por lo tanto, no se requerirá que las personas designadas para manejar estos fondos rindan fianzas.

SECCIÓN 5.3 Emisión de Contratos de Personal Multianuales.

El País Cooperante acuerda la emisión de contratos multianuales durante la vida del Proyecto, para personal financiado con fondos del Proyecto en la Unidad de Coordinación del Proyecto del MdeS.

SECCIÓN 5.4 Requisito de Liquidación Anual

El País Cooperante conviene que la Unidad de Coordinación del Proyecto presentará informes financieros anuales al cierre de cada año calendario (año fiscal del País Cooperante) y, basados en estos informes, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público autorizará el reintegro del fondo al Banco Central por su monto original. El requisito de liquidación para el año anterior se llevará a cabo durante el primer trimestre del año siguiente.

Unit. Furthermore, the Cooperating Country agrees to make whatever provisions are necessary, including and not limited to the passage of national legislation, to allow the retention of fees and costs at the operating level after the end of the activities described in this Agreement.

SECTION 5.2 Bonding Requirements

The Coordinator of the Project Coordination Unit and the designated manager of the rotating fund established in the National Autonomous Water and Sewage Service (SANAA) will post fidelity bonds satisfactory in form and substance to the Ministry of Finance and Public Credit. The Area revolving funds will be derived from the rotating fund established in the Project Coordination Unit (PCU). Accordingly, the designated managers of these funds will not be required to post such bonds.

SECTION 5.3 Issuance of Multi-year Personnel Contracts

The Cooperating Country agrees to the issuance of multi-year contracts, for up to the life of the Project, for Project-funded personnel in the MOH Project Coordination Unit.

SECTION 5.4 Annual Liquidation Requirement

The Cooperating Country agrees that the Project's Coordination Unit will present annual financial status reports at the close of each calendar year (Cooperating Country fiscal year) and, on the basis of these reports, the Ministry of Finance and Public Credit will authorize the replenishment of the fund in the Central Bank for its original amount. The liquidation requirement for the previous year will be carried out during the first quarter of the following year.

SECCIÓN 5.5 Establecimiento y Uso de Sistemas de Control Administrativo Regionales

El País Cooperante acuerda que:

a. La División de Transporte del MdeS proporcionará capacitación y servicios de certificación por la instalación y el mantenimiento de los sistemas de control de inventario de los repuestos para motocicletas y pick-ups en cada una de las regiones sanitarias del MdeS antes de entregarles los repuestos; y

b. La División de Transporte del MdeS en coordinación con la Unidad de Coordinación del Proyecto Sector Salud II monitoreará la utilización por parte de las Regiones Sanitarias del MdeS de los sistemas de control de manejo recomendados en el Reporte USAID/FARS No. 92-03. La División de Transporte del MdeS preparará reportes semestrales certificando el uso adecuado por parte de las Regiones Sanitarias del MdeS de los sistemas de control administrativo.

SECCIÓN 5.6 Monitoreo de los Resultados de Rendimiento. El MdeS conviene en monitorear los resultados de rendimiento acordados para las nueve Areas e informar semestralmente a la USAID a partir del 31 de enero de 1997. Estos informes serán proporcionados a la USAID el 31 de enero y el 31 de julio de cada año.

SECCIÓN 5.7 Compromiso del Donatario para Proporcionar Fondos de Contraparte. Además del financiamiento de anticonceptivos según la Sección 5.10 mencionada a continuación, el GdeH se compromete a proporcionar financiamiento de contraparte adecuado en las cantidades acordadas mediante el proceso presupuestario para apoyar las actividades de proyecto. Además, el GdeH se compromete a utilizar un mecanismo de fondo rotatorio para desembolsar la contraparte.

SECTION 5.5 Establishment and use of Regional Management Control Systems

The Cooperating Country agrees that:

a. The MOH Division of Transportation will provide training and certification services for installing and maintaining inventory control systems for pick-up and motorcycle spare parts in each of the MOH Health Regions before releasing spare parts to them; and

b. The MOH Division of Transportation in coordination with the Health Sector II Project Coordination Unit will monitor the MOH Health Regions' use of the management control systems recommended in USAID/FARS Report No. 92-03. The MOH Division of Transportation shall prepare biannual reports certifying the adequacy of the MOH Sanitary Regions' use of these management control systems.

SECTION 5.6 Monitoring of Performance Results. The MOH agrees to monitor the agreed-on performance results for the nine Areas and report to USAID semi-annually commencing January 31, 1997. These reports will be provided to USAID on January 31 and July 31 each year.

SECTION 5.7 Grantee Commitment to Provide Counterpart Funds. In addition to the financing of contraceptives per Section 5.10 below, the GOH commits to provide adequate counterpart funding in the amounts agreed upon through the budgetary process to support project activities. Furthermore, the GOH commits to utilizing a rotating fund mechanism to disburse the counterpart.

SECCIÓN 5.8 Responsabilidad de los Directores de Area para Proveer a las Unidades de Producción de Servicio (UPS). El GdeH acuerda que mediante los sistemas de supervisión e información, los directores de Area serán responsables de la transferencia de suministros de medicinas y otros suministros entre las UPS con el fin de asegurar que todas las UPS estén continuamente abastecidas.

SECCIÓN 5.9 Selección de Oficiales Administrativos Regionales y de Area. El MdeS acuerda establecer el perfil, incluyendo la preparación académica y experiencia mínima, y el procedimiento para la selección de las posiciones de Oficiales Administrativos Regionales y de Area.

SECCIÓN 5.10 Compra de Anticonceptivos por Parte del GdeH. El GdeH conviene en financiar la compra de anticonceptivos tanto para las actividades de Planificación de Familia y prevención del SIDA a partir de 1997 así como en incrementarlos posteriormente. Bajo esta Condición, el GdeH conviene en abrir un rubro en su presupuesto para 1997 por el equivalente en lempiras de por lo menos $20,000 (3% de los costos totales proyectados de anticonceptivos), incrementandolo a por lo menos $70,000 en 1998 (10 por ciento) y a por lo menos $140,000 en 1999 (20 por ciento). La tasa de cambio utilizada para estimar el valor del dólar de estos costos en lempiras será la referencia de la tasa de cambio determinada por los procedimientos establecidos en la Resolución No. 337/94 del Banco Central de Honduras a partir del primer día laborable del año calendario/fiscal del GdeH en el cual se harán estas contribuciones.

SECCIÓN 5.11 Grupos de Trabajo para el Sistema de Apoyo. El MdeS acuerda que los tres grupos de trabajo establecidos para diseñar los planes de trabajo para los sistemas de apoyo en Manejo de Información/Finanzas/Administración,

SECTION 5.8 Responsibility of Area Directors for Supplying Service Production Units (UPS). The MOH agrees that through the supervisory and information systems, Area directors will be responsible for the transfer of supplies of medicines and other supplies among UPS in order to assure that all UPS are continually stocked.

SECTION 5.9 Selection of Regional and Area Administrative Officers. The MOH agrees to establish the profile, including academic preparation and minimal experience, and the procedure for selection of the positions of Regional and Area Administrative Officers.

SECTION 5.10 GOH Procurement of Contraceptives. The GOH agrees to finance the procurement of contraceptives for both Family Planning and AIDS prevention activities beginning in 1997 and increasing thereafter. Under this Covenant, the GOH agrees to open a line item in its 1997 budget for the lempira equivalent of at least $20,000 (3% of the projected total costs of contraceptives), increasing it to at least $70,000 in 1998 (10 percent) and to at least $140,000 in 1999 (20 percent). The exchange rate used to estimate the dollar value of these Lempira costs will be the reference exchange rate as determined by the procedures set forth in Resolution No. 337/94 of the Central Bank of Honduras as of the first working day of the calendar/GOH fiscal year in which these contributions are to be made.

SECTION 5.11 Support System Working Groups. The MOH agrees that the three working groups established to design the workplans for the support systems in Management Information /Finance/Administration, Health Information, and

8

Información en Salud, y para Supervisión, Monitoreo y Evaluación continuarán funcionando activamente bajo la supervisión y guía del oficial contraparte designado por el MdeS.

SECCIÓN 5.12 Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA). El GdeH acuerda que el SANAA buscará el apoyo de otros donantes en el sector de agua y saneamiento ya que la USAID tiene estipulado descontinuar la asistencia para la construcción de nuevos sistemas de agua y saneamiento después del 31 de diciembre de 1996. Al mismo tiempo, todo el financiamiento de la USAID para otras actividades sectoriales serán realizadas de acuerdo con el modelo de participación comunitaria desarrollado bajo el proyecto. Esto incluye el establecimiento de juntas de agua comunitarias, la participación activa de los TASes (Técnicos en Agua y Saneamiento) y TOMs (Técnicos en Operaciones y Mantenimiento) en los procesos y un componente fuerte de educación en agua y saneamiento.

SECCIÓN 5.13 Aprobación de los Planes de Trabajo y Presupuestos de Area. Antes de aprobar el financiamiento para los planes a nivel de Area, el MdeS deberá enviar los planes de trabajo y presupuestos de Area para revisión y aprobación de la USAID. Durante la elaboración de estos planes de trabajo y presupuestos de Area, deberá darse prioridad a la utilización de fondos para apoyar las inversiones en salud primaria y a aquellas actividades que movilizarán los recursos locales para la salud comunitaria.

SECCIÓN 5.14 Evaluación de Costos y Ahorros de los Nuevos Sistemas de Tecnologías y Administración. El MdeS acuerda evaluar los costos totales y ahorros asociados con los nuevos sistemas de tecnologías y administración incorporados y apoyados bajo este proyecto, incluyendo ACCESO y el establecimiento de presupuestos a nivel de Area. Esta evaluación deberá velar por los costos de viajes, suministros y

for Supervision, Monitoring and Evaluation will continue to function actively under the supervision and guidance of the designated MOH counterpart officer.

SECTION 5.12 National Autonomous Water and Sewage Service (SANAA). The GOH agrees that SANAA will seek the support of other donors in the water and sanitation sector as USAID intends to discontinue assistance for constructing new water and sanitation systems after December 31, 1996. At the same time, all USAID funding for other sectoral activities will be done in accordance with the model for community participation developed under the project. This includes the establishment of local community water boards, the active involvement of TASes (Water and Sanitation Technicians) and TOMs (Operations and Maintenance Technicians) in the process, and a strong water and sanitation education component.

SECTION 5.13 Approval of Area Workplans and Budgets. Prior to approving the funding for Area-level plans, the MOH shall submit Area workplans and budgets for review and approval by USAID. In developing these Area workplans and budgets, priority shall be given to using project funds to support primary health investments and those activities which will mobilize local resources for community health.

SECTION 5.14 Assessment of Costs and Savings of New Technologies and Administrative Systems. The MOH agrees to assess the full costs and savings associated with the new technologies and administrative systems introduced and supported under this project, including ACCESO and the establishment of Area level budgets. This assessment shall look at travel, supplies, and other recurrent costs as well as the impact on personnel

otros costos recurrentes así como también el impacto en el tiempo del personal asociado con el mantenimiento de estas iniciativas. La evaluación también deberá incluir una revisión general de la adjudicación de recursos del MdeS, el uso y administración y opciones para asegurar una adjudicación adecuada del presupuesto del GdeH para los servicios de cuidados de salud primaria. El MdeS deberá presentar los resultados de esta evaluación a una audiencia amplia en una serie de seminarios anuales convocados para 1997, 1998 y 1999 específicamente para este propósito.

SECCIÓN 5.15 Política sobre Educación en Salud. Antes del financiamiento de la USAID para nuevas iniciativas en información, educación y comunicación, el MdeS deberá: (1) elaborar y aprobar una política sobre Educación en Salud que defina el papel de la División de Educación en Salud (DES) ; (2) realizar un seminario para discutir y publicar la política dentro del Ministerio; y (3) acordar la no utilización de fondos de la USAID o fondos de contraparte del proyecto para cualesquiera materiales de Información, Educación y Comunicación (IEC) que no concuerden con la política.

SECCIÓN 5.16 Administración de Desperdicio Médico. El Ministerio de Salud deberá instituir un sistema de administración de desperdicio médico que asegure la disposición apropiada en todas las UPS donde se acumulan cantidades de desperdicio (ej. CESAR, Centros de Salud con Médico (CESAMO), Clínica Materno-Infantil y Hospitales). Las actividades del proyecto en las nueve Areas principales resultarán en la producción de ciertas cantidades de desperdicio médico (jeringas, vendas, etc.) el cual, si no se desecha apropiadamente, podría constituir un riesgo de salud pública. Con el fin de reducir al máximo posible dicho riesgo, el Ministerio de Salud acuerda instituir e implementar un sistema de administración de desperdicio médico mutuamente aceptable entre la USAID y el MdeS

time associated with sustaining these initiatives. The assessment shall also include a general review of MOH resource allocation, use and management and options for assuring an adequate GOH budget allocation for rural primary health care services. The MOH shall present the results of this assessment to a broad audience in a series of annual seminars convened in 1997, 1998 and 1999 specifically for this purpose.

SECTION 5.15 Policy on Health Education. Prior to USAID's funding of new initiatives in information, education, and communication, the MOH shall: (1) elaborate and approve a policy on Health Education which defines the role of the Division of Health Education (DHE); (2) hold a seminar to discuss and publicize the policy within the Ministry; and (3) agree not to use USAID or project counterpart funds for any Information, Education, and Communication (IEC) materials that do not conform to the policy.

SECTION 5.16 Medical Waste Management. The Ministry of Health shall institute a medical waste management system that insures proper disposal in all UPSs where amounts of waste accumulate (i.e., CESAR, Health Center with Physician (CESAMO), Maternal-Infantile Clinic, and Hospitals). Project activities in the nine focus Areas will result in the production of certain amounts of medical waste (syringes, bandages, etc.) which, if not properly disposed, could constitute a public health risk. In order to reduce to the maximum extent possible such risk, the Ministry of Health agrees to institute and implement a medical waste management system mutually agreeable to USAID and the MOH (as set forth in a Project Implementation Letter). This system shall include procedures appropriate to

(según lo establecido en una Carta de Ejecución). Este sistema deberá incluir procedimientos apropiados para cada nivel de UPS para la administración de desperdicio médico (incluyendo capacitación de personal) y deberá especificar el monitoreo y obligación de estos procedimientos. Además, el MdeS deberá asegurar que los contenedores de desechos, los incineradores y/u otros medios apropiados para el manejo de desperdicios estén disponibles y en uso. El MdeS además acuerda no utilizar fondos de la USAID o de contraparte del proyecto para comprar suministros y equipo médicos que conduzcan a la producción de desperdicios médicos para cualquiera de las UPS hasta que se haya implementado dicho sistema."

7. Descripción Amplificada del Proyecto. El Anexo I aquí adjunto, la "Descripción Amplificada del Proyecto", deja sin valor ni efecto y sustituye en su totalidad a la Descripción Amplificada del Proyecto adjuntada como el Anexo I a la Enmienda No. 19 al Convenio de Proyecto fechada 26 de agosto de 1994.

8. Otros Términos y Condiciones. A excepción de lo aquí enmendado, todos los demás términos y condiciones del Convenio, y sus enmiendas, permanecen en pleno vigor y efecto.

each UPS level for medical waste management (including training of personnel) and shall specify monitoring and enforcement of these procedures. Additionally, the MOH shall insure that disposal containers, incinerators and\or other appropriate means of handling wastes are available and in use. The MOH further agrees not to use USAID or project counterpart funds for procuring medical supplies and equipment that lead to the production of medical wastes for any UPS until such a system is implemented."

7. Amplified Project Description. Annex I attached hereto, the "Amplified Project Description" supersedes and replaces in its entirety the Amplified Project Description attached as Annex I to Project Agreement Amendment No. 19 dated August 26, 1994.

8. Other Terms and Conditions. Except as herein amended, all other terms and conditions of the Agreement, as amended, remain in full force and effect.

11

EN FE DE LO CUAL, la República de Honduras y los Estados Unidos de América, cada cual actuando a través de su representante debidamente autorizado, celebran y entregan la presente Enmienda No. 22 al Convenio de Proyecto en el día y año indicados al principio del mismo.

REPUBLICA DE HONDURAS

Juan F. Ferrera
Ministro de Hacienda y Crédito Público

Enrique Samayoa
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

IN WITNESS WHEREOF, the Republic of Honduras and the United States of America, each acting through its duly authorized representative, have caused this Project Agreement Amendment No. 22 to be signed in their names and delivered as of the day and year first above written.

UNITED STATES OF AMERICA

Wayne R. Nilsestuen
Acting Mission Director

U:\DFPUB\WPDATA\PROJECTS\0216\HSII#22.TXT

ANEXO I

Descripción Ampliada del Proyecto

SECCIÓN A. Objetivo Estratégico y Propósito del Proyecto. El proyecto Sector Salud II (SS II) contribuye al objetivo estratégico del Gobierno de Honduras (GdeH) y la USAID de *"Salud Familiar Mejorada."* Específicamente, SS II pretende lograr una mayor utilización de:

- Servicios de Salud Reproductiva, incluyendo Servicios de Planificación Familiar;
- Intervenciones de Supervivencia Infantil Seleccionadas; y
- Prácticas de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual/Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (ETS/SIDA).

El propósito del Proyecto es de asegurar un sistema sostenible y efectivo de atención primaria de la salud pública en Honduras, mediante el mejoramiento de la calidad, accesibilidad y sostenibilidad de servicios efectivos de la supervivencia infantil, planificación familiar y salud reproductiva y prevención de ETS/SIDA.

Para lograr este objetivo, recursos de la USAID y del GdeH apoyarán las iniciativas para alcanzar cuatro resultados intermediarios críticos:

1) *La entrega mejorada de servicios de supervivencia infantil dentro de las nueve Areas de enfoque.* Juntas, estas Areas incluyen unas 226 clínicas y hospitales y aproximadamente 25% de la población nacional.

2) *La entrega mejorada de servicios de salud reproductiva y planificación familiar en las Areas seleccionadas.*

3) *La entrega mejorada de programas de prevención de ETS/SIDA y de tratamiento de ETS* entre grupos de población meta.

4) *Sistemas y Políticas Nacionales Fortalecidos.* Las actividades apoyadas bajo la extensión del proyecto ayudarán a que el Ministerio de Salud (MdeS) implemente su plan de trabajo multianual de ACCESO en 15 Areas demostrativas y logre los resultados claves en

ANNEX I

Amplified Project Description

SECTION A. Strategic Objective and Purpose. The Health Sector II Project (HS II) contributes to the joint USAID/Government of Honduras (GOH) Strategic Objective of *"Improved Family Health."* Specifically, HS II strives to achieve increased use of:

- Reproductive Health Services, Including Family Planning Services;
- Selected Child Survival Interventions; and
- Sexually Transmitted Diseases/Acquired Immune Deficiency Syndrome (STD/AIDS) prevention practices.

The purpose of the Project is to insure a sustainable and effective public primary health care system in Honduras by improving the quality, accessibility and sustainability of effective child survival, family planning and reproductive health, and STD/AIDS prevention services.

To achieve this objective, USAID and GOH resources will support efforts to achieve four crucial intermediate results:

1) *Improved Delivery of Child Survival Services Within Nine Focus Health Areas.* Together, these areas include 226 clinics and hospitals and about 25% of the nation's population.

2) *Improved Delivery of Reproductive Health and Family Planning Services in the Selected Areas.*

3) *Improved Delivery of STD/AIDS Prevention and STD Treatment Programs* among high-risk target groups.

4) *Strengthened National Systems and Policies.* Activities funded by the extended project will assist the Ministry of Health (MOH) to implement its ACCESO multi-year workplan in 15 demonstration Health Areas and to achieve key results with respect to effective

cuanto a la descentralización efectiva; implemente una estrategia nacional en salud ambiental; y fortalezca su capacidad gerencial y administrativa.

SECCIÓN B: Marco de Resultados

De acuerdo a la Tabla 1 en la página siguiente, la extensión de este proyecto está diseñada para promover los esfuerzos a largo plazo de la USAID y del MdeS en establecer un "Sistema Sostenible y Efectivo de la Atención Primaria de la Salud Pública" (resultado intermedio (IR) de nivel 2), enfocando la asistencia técnica (AT) y los recursos en los problemas de oferta más prominentes -- tanto administrativos como técnicos -- que obstaculizan el progreso en la reducción de las tasas de mortalidad materna-infantil en las áreas rurales. Con esta extensión de tres años, serán más de 10 años de asistencia del proyecto SS II, a un "sistema sostenible y efectivo de atención primaria de salud pública" que contribuirá directamente al incremento en la utilización de intervenciones selectas en la supervivencia infantil, a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, y de las prácticas en la prevención de ETS/SIDA. Estos a su vez llevarán a una "salud familiar mejorada."

El enfoque de este proyecto es el de fortalecer al sector público. Esto contribuirá tanto al "Sistema Sostenible y Efectivo de Atenciones Primarias en Salud Pública," a través de su trabajo con el MdeS, como al nivel de resultado IR-2, a "un Sistema Sostenible y Efectivo en Planificación Familiar y Salud Reproductiva del Sector Privado", a través de su trabajo con Organizaciones Privadas de Desarrollo (OPDs) locales, en colaboración con el Proyecto Sector Privado de Población III. Además, el componente del proyecto de ETS/SIDA, que comenzó en 1994 con una duración de cuatro años, está programado para continuar bajo la extensión del SS-2.

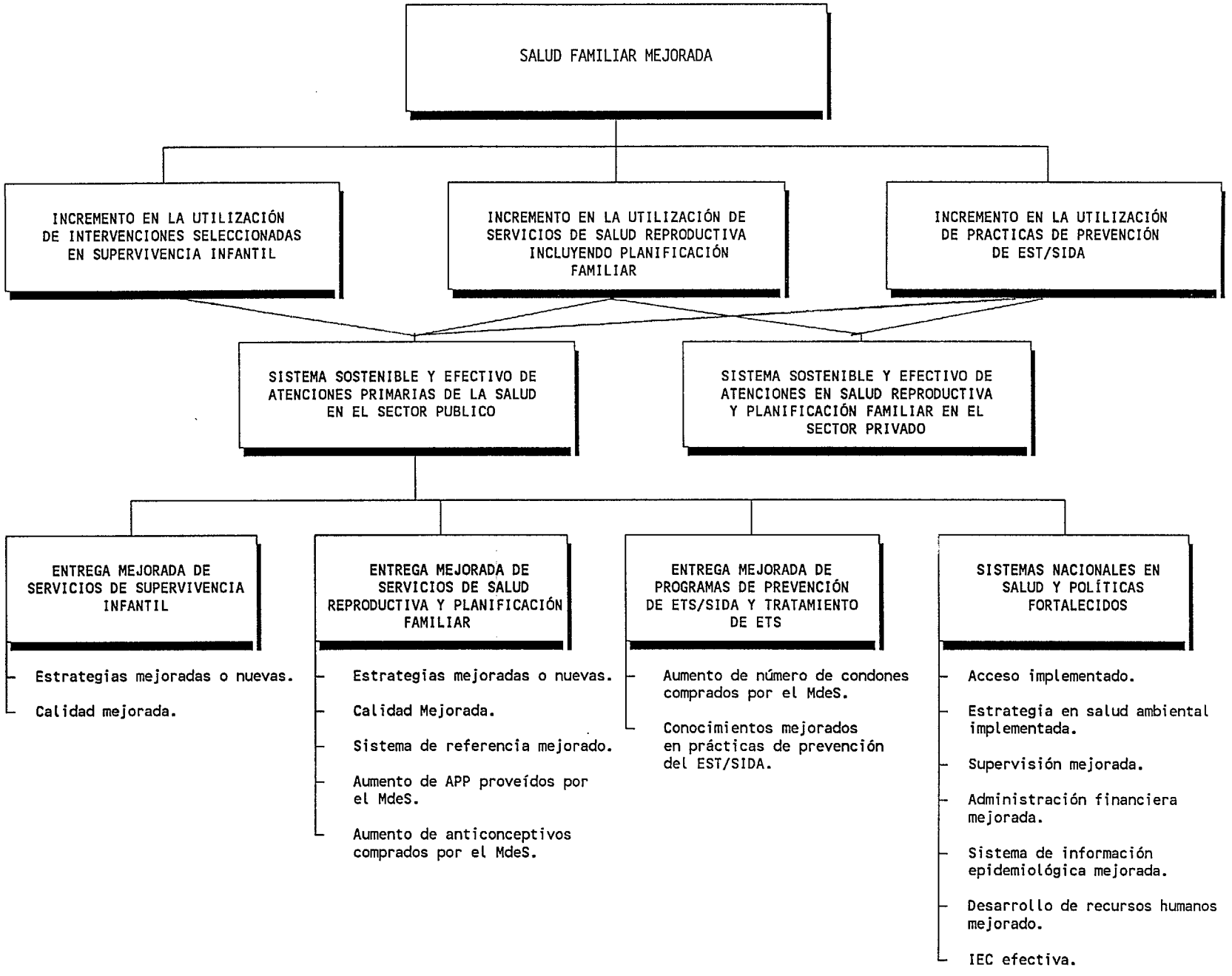
decentralization; to implement an environmental health strategy at the national level; and to strengthen its managerial and administrative capabilities.

SECTION B: Results Framework

As shown in Figure 1 on the following page, this project extension is designed to further USAID's and the Ministry of Health's long-term effort to establish a "Sustainable and Effective Public Primary Health Care (PHC) System" nationally (intermediate result (IR) level two) by focusing TA and resources on the most salient supply-side problems -- both administrative and technical -- which hinder further progress in reducing maternal and infant mortality in rural areas. With this three-year extension, there will be ten-plus years of HS II Project assistance to "a sustainable and effective public primary health care system" that will contribute directly to the increased use of selected child survival interventions, of reproductive health and family planning services, and of STD/AIDS prevention practices. Use of these essential interventions in turn will result in "improved family health."

This project focuses on strengthening the public sector. It will contribute both to "a Sustainable and Effective Public Primary Health Care (PHC) System", through its work with the MOH, and to the parallel IR 2 level result, "a Sustainable and Effective Private Sector Family Planning and Reproductive Health Care System", through its AIDS\STD prevention activities through local governments and Non-Governmental Organizations (NGOs), in collaboration with the Private Sector Population III Project. The STD/AIDS project component, which began in early 1994 with a four year time horizon, is also slated to continue under this extension.

SECTOR SALUD II



p:\pubdoc\hs2\table (glc:Spanish:07/18/96)

En varios estudios y reportes realizados por la USAID y el MdeS, se han documentado los obstáculos administrativos, financieros y técnicos para mejorar el sistema de atención primaria de salud pública; incluyendo, recientemente, la evaluación intermedia del proyecto. Debido a la limitación de recursos y al corto plazo disponible bajo esta enmienda para enfocar estos obstáculos, es obvio que se necesitará un nuevo programa en el sector salud, actualmente planificado para el año fiscal 1999 y funcionará simultáneamente con un nuevo préstamo del Banco Mundial para el sector. Sin embargo, durante este período de 3 años, la evaluación intermedia y otros estudios marcan la necesidad de una estrategia de cuatro dimensiones, que estará basada en lo siguiente:

(1) Disponibilidad mejorada de servicios de supervivencia infantil, salud reproductiva y planificación familiar en las nueve áreas de enfoque, que contienen aproximadamente 226 clínicas y hospitales que atienden un 25% de la población nacional. En estas Areas de enfoque (ver mapa) los recursos del proyecto ayudarán a apoyar y fortalecer las Unidades de Producción de Servicios (UPS), (i.e., Centros de Salud) para proveer atenciones primarias en salud más racional e integrada que responden a sus comunidades. El apoyo incluirá tanto asistencia técnica (la mayor parte programada juntamente con la División Materno-Infantil), como recursos presupuestarios directos a las nueve Areas de enfoque para la implementación de sus planes anuales. La estrategia incluye elaborar, probar, e implementar enfoques nuevos o mejorados para reducir las tasas de mortalidad materno-infantil, desnutrición, y fecundidad. Las nueve Areas incluyen Región 3 (San Pedro Sula Metro, San Pedro Sula, Puerto Cortés, y Santa Cruz de Yojoa), Región 2 (Comayagua, Siguatepeque, La Paz, y Marcala), y Región 1 (Sabana Grande). En planificación familiar la USAID apoyará la provisión de anticonceptivos a nivel nacional, la formación de comités sobre salud reproductiva a nivel central del

Administrative, financial and technical constraints to improving the public primary health care system have been well documented in several USAID, development partner and MOH studies and reports, including, most recently, in the mid-term project evaluation. Given the limited resources and short time available under this amendment to address these constraints, it is clear that a substantial new program in this sector, currently planned to coincide with a new World Bank sector loan and begin in FY 1999, will be required. In this three-year interim, however, the mid-term evaluation and other studies point to the need for a four-pronged strategy that will focus on the following intermediate results described by geographic level of implementation:

(1) Improved delivery of child survival, reproductive health and family planning services in nine health focus Areas which have approximately 226 clinics and hospitals and serve approximately 25% of the nation's population. In these focus Health Areas (see maps) project resources will help support and strengthen the Service Production Units (UPS), (i.e., Health Centers) to better provide rational, integrated and responsive primary health care to the community. Support will include both USAID-funded technical assistance (mostly programmed with the Division of Maternal Child Health) and direct budgetary support to each of the nine Areas for the implementation of individual Area workplans. The strategy will entail developing, testing and implementing in these Areas new or improved approaches to reducing infant and maternal mortality, malnutrition and fertility. The nine Areas include Health Region 3 (Honduras' largest Region which includes Metro-San Pedro Sula, San Pedro Sula, Puerto Cortés and Santa Cruz de Yojoa), Region 2 (Comayagua, Siguatepeque, La Paz and Marcala), and Region 1 (Sabana Grande). In family planning, USAID will also support provision of contraceptives nationally, the formation of reproductive health committees at the central MOH level, and a pilot activity on the provision of

Ministerio de Salud, y una actividad piloto sobre la provisión de servicios de planificación familiar por auxiliares de enfermería en un grupo de Centros de Salud Rurales (CESARes) seleccionados de todas las nueve Regiones.

(2) Sistemas nacionales y políticas fortalecidos en las 15 Areas, para mejorar la gerencia financiera descentralizada y recuperación de costos al nivel local, y para mejorar la supervisión, sistemas de información gerencial y epidemiológica, educación para la salud, y el sistema de suministros y mantenimiento de vehículos y equipo. La meta del MdeS es de implementar estas reformas a nivel nacional, pero un número de ellas primero será ejecutado y probado a un nivel menos ambicioso. Las 15 Areas seleccionadas para demostrar estas reformas administrativas incluyen las nueve Areas de enfoque (representando 3 Regiones), más una Area seleccionada de cada una de las seis Regiones restantes del país [Específicamente, éstas incluyen: San Lorenzo, Choluteca (Región 4); Gracias, Lempira (Región 5); Tela, Atlántida (Región 6); Juticalpa, Olancho (Región 7); Cauquira, Gracias a Dios (Región 8), donde la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional apoya los gastos locales; y Comayaguela, M.D.C. (Región Metro).] El apoyo de la USAID incluirá dialogo con el MdeS sobre políticas, vinculado con un conjunto de indicadores y convenios mutuamente acordados para lograr al final del proyecto, y asistencia técnica, enfocada en las Areas y programada juntamente con los grupos de trabajo por las tres áreas administrativas (información financiera, información epidemiológica, y supervisión). El objetivo será fortalecer el proceso descentralizado de toma de decisiones administrativas y financieras con el fin de proporcionar soluciones prácticas a los problemas administrativos apremiantes.

(3) Disponibilidad mejorada de programas de prevención de ETS/SIDA y atenciones de ETS entre grupos meta de alto riesgo en San Pedro Sula, Tegucigalpa, La Ceiba y Comayagua.

family planning services by auxiliary nurses in Rural Health Centers (CESARes) in Health Areas selected from all nine Health Regions.

(2) National systems and policies strengthened in 15 Health Areas to improve decentralized financial management and local cost recovery, and to improve supervision, management and health information systems, health education and the vehicle and equipment supply and maintenance systems. The MOH goal is to implement these reforms nationally, but a number of these reforms will need to be first introduced and tested on a more modest scale. The 15 Areas selected for demonstrating these administrative reforms include all of the above nine Areas (representing three health regions), plus one area selected from each of the six remaining health regions in the country. [Specifically, the 15 include the nine focus Areas plus six additional Areas: San Lorenzo, Choluteca (Region 4); Gracias, Lempira (Region 5); Tela, Atlántida (Region 6); Juticalpa, Olancho (Region 7); Cauquira, Gracias a Dios (Region 8) where Swedish International Development Agency is working and supporting local costs; and Comayaguela, M.D.C. (Region Metro).] USAID assistance will take the form of policy dialogue with the MOH that is linked to a mutually agreeable set of end of project indicators and covenants, and limited regional and Area-level technical assistance (programmed in coordination with the three specialized administrative working groups) that is aimed at strengthening decentralized administrative and financial decision-making to provide practical solutions to pressing administrative problems.

(3) Improved delivery of STD/AIDS prevention and STD treatment programs among high-risk target groups in San Pedro Sula, Tegucigalpa, La Ceiba and Comayagua.

17

(4) Mantenimiento de programas nacionales efectivos a través de apoyo limitado a actividades tales como el programa extensivo de inmunización, la terapia de rehidratación oral y la salud ambiental.

Para lograr los resultados deseados y así alcanzar un impacto nacional, el MdeS coordinará con otras agencias de cooperación. Para las áreas técnicas, la coordinación será facilitada por asistencia técnica al nivel central del MdeS y a través de comités nacionales dirigidos por el MdeS (tales como el Comité Técnico para la Salud Reproductiva). Para las áreas administrativas, la coordinación de donantes y el apoyo de la USAID a las 15 Areas demostrativas ayudarán a asegurar que las reformas administrativas de mayor éxito están señaladas e implementadas a nivel nacional.

El MdeS proveerá datos de línea de base y las metas anuales y del final del proyecto, tal como está indicado en el Anexo II, antes del 31de diciembre de 1996, de acuerdo con la Condición Previa No. 4.1., "Información Básica y Metas," de esta Enmienda No. 22 al Convenio de Proyecto de Donación. Este Anexo indica que algunos indicadores del nivel IR 4 se medirán solamente a nivel de las nueve Areas de enfoque y las 15 Areas demostrativas, y no al nivel nacional. Todos los indicadores del OS y nivel IR 1 (a excepción de VIH/SIDA) miden el impacto *nacional*, igual a los indicadores de nivel IR 2, del sistema sostenible y efectivo de atenciones primarias en salud pública. Estos incluyen progreso en implementar los sistemas administrativos/gerenciales comprobados y las estrategias de tecnologías en salud a las 41 Areas del país, y en aumentar el porcentaje de sistemas rurales de agua tipo "A."

SECCIÓN C: Plan de Acción para el Logro de Resultados

A continuación se presenta un resumen de las principales intervenciones que serán necesarias para

(4) Maintenance of highly effective national programs by providing limited support to such activities as the expanded program of immunization, oral rehydration therapy and environmental health.

To achieve the results envisioned and thus have a national impact, the MOH will coordinate with other donors. In technical areas, this coordination will be facilitated by technical assistance working with central MOH authorities, and through MOH involvement in special national technical committees (such as the Reproductive Health Technical Committee). In introducing new and/or improved administrative practices, donor coordination through the MOH and USAID's support in 15 demonstration Areas will help insure that appropriate administrative changes are recognized and adopted nationally.

The MOH will provide the baseline data and the annual and end-of-project targets associated with the intermediate project results in Annex II by December 31, 1996, in accordance with a Condition Precedent No. 4.1, "Baseline Data and Targets", of this Project Agreement Amendment No. 22. As seen in this Annex, some of the project indicators at the IR 4 level will be measurable at the level of the nine focus Areas and 15 demonstration Areas, and not at the national level. All SO and IR 1 level indicators, however (except those focussing on HIV/AIDS transmission), measure *national* level project impact, as do key IR 2 level indicators of a sustainable and effective national public primary health care system. These include progress in expanding proven administrative/management systems and health technologies to all 41 Health Areas, and in increasing the percentage of rural water systems that operate at an "A" level.

SECTION C: Plan of Action for Achieving Results

The following is a summary of the key interventions that will be needed to achieve the four

lograr los cuatro resultados intermedios al nivel tres del proyecto con la identificación y diseño de responsabilidades. Este resumen está basado en los planes desarrollados por los cuatro grupos de trabajo del MdeS en las áreas de supervisión, desarrollo de recursos humanos, administración financiera e información sobre la salud; en los planes de trabajo de las nueve áreas del proyecto (aprobados a través de la Carta de Ejecución No. 56), y las Condiciones Previas y Condiciones Especiales indicados en los Artículos 4 y 5 de esta Enmienda No. 22 al Convenio de Proyecto. Las definiciones de éxito para cada uno de los resultados intermedios, incluyendo la tabla de indicadores y la tabla anual, se presentan en el Anexo II.

ACCESO es un proceso iniciado por el MdeS bajo la responsabilidad del "Grupo de Asistencia Técnica" (GAT). ACCESO trabaja con las comunidades en un proceso de programación local que involucra estrechamente al nivel local en la identificación y resolución de sus propios problemas de salud, especialmente en salud ambiental, recuperación de costos, sistema de referencias, y el "paquete básico" de servicios primarios de salud. El proceso involucra la participación de las personas de influencia y las que toman decisiones en sus comunidades, incluyendo las municipalidades, bajo la orientación de uno o más miembros del GAT y de las Areas o Regiones. Una vez iniciado el proceso, el GAT se convierte en un grupo asesor y las áreas asumen mayor responsabilidad. Una de las metas de ACCESO es el de mejorar el acceso y utilización de los servicios de salud, involucrando a la comunidad en el proceso para ayudar a su UPS en el mejoramiento y sostenimiento de la calidad de los servicios de salud.

Mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios primarios de salud a nivel local (incluyendo supervivencia infantil, salud reproductiva, y planificación familiar), y el sostenimiento a largo plazo del financiamiento de los servicios de salud,

level three intermediate results along with the identification and designation of responsibilities. This discussion is based on the workplans developed by the four MOH working groups in Supervision, MIS/Finance/Administration, and Health Information, on the workplans of the nine focus Health Areas (approved in Project Implementation Letter 56), and on the Conditions Precedent and Covenants set forth in Articles 4 and 5 of this Project Agreement Amendment No. 22. The definitions of success for each of these intermediate results including both the indicators table and the first year key activities, are provided in Annex II.

ACCESO is a process initiated by the MOH and under the responsibility of the "*Grupo de Asistencia Técnica*" (GAT) task force. ACCESO works with communities in a process of local programming which will involve the local levels intimately in the identification and the resolution of their own health problems, especially in environmental health, cost recovery, the referral system, and the "basic package" (*paquete básico*) of health services. The process involves the decision-makers and persons of influence in the communities, including the municipalities, under the guidance of one or more members of GAT and of the Health Area and/or Region. Once the process is underway, the GAT will play an advisory role, with a greater share of the process being assumed by the Health Area. One of the goals of ACCESO is to improve the access and utilization of health care services by involving the communities in supporting their local UPS to improve and sustain the quality of health care.

Improving the quality and availability of locally available primary health care services (including child survival, reproductive health and family planning services) while simultaneously meeting the long-range challenge of sustainable health care

que son claves para lograr los resultados intermedios que la USAID y el MdeS esperan del proyecto. Para lograrlos, el proyecto proveerá asistencia técnica al MdeS para realizar investigaciones operativas y canalizar los recursos de la USAID al apoyo de los planes de trabajo de las Areas, adquirir insumos y proveer AT a las nueve Areas de enfoque, que representan aproximadamente el 25% de la población nacional. Este apoyo resultará en la elaboración e implementación de nuevas estrategias costo-efectivas y procedimientos que enfoquen en combatir las principales causas prevenibles de la mortalidad infantil. Además de lo anterior, el mejoramiento de los sistemas nacionales administrativos, financieros, y de información epidemiológica es otro elemento clave de esta estrategia. Sección 5.14 de esta Enmienda al Convenio de Proyecto de Donación requiere que el MdeS estudie los gastos y ahorros asociados con las nuevas tecnologías y sistemas gerenciales introducidos y apoyados bajo este proyecto y el modelo de ACCESO para el establecimiento de presupuestos descentralizados de las Areas.

Las nueve Areas del proyecto incluyen aproximadamente 226 facilidades, incluyendo 62 CESAMOs, 155 CESARes, dos hospitales públicos en San Pedro Sula (Leonardo Martínez y Mario Catarino Rivas, tres hospitales de Area (La Paz, Comayagua, y Puerto Cortés), y cuatro clínicas materno-infantiles.

Los CESARes, CESAMOS, clínicas, y hospitales de Area serán el foco principal para el desarrollo de los programas sostenibles. La USAID proveerá asistencia limitada a los cinco hospitales y a las cuatro clínicas materno-infantiles y su apoyo será básicamente para mejorar la calidad de servicios al cliente. A través del apoyo del proyecto, el MdeS acreditará a estos hospitales y clínicas como "Hospitales y Clínicas Amigos de los Niños". El apoyo a los Hospitales Leonardo Martínez y Mario Catarino Rivas consistirá en el fortalecimiento del

financing will be key to achieving the intermediate results USAID and the MOH expect from the extended Health Sector II Project. This will entail providing technical assistance to the MOH for operations research, and focussing USAID resources on supporting the Area workplans, procuring supplies for, and providing technical assistance to nine target Health Areas, which together represent approximately 25% of Honduras' total population. This assistance will result in the development and introduction of cost-effective new approaches and procedures that focus on the principal causes of preventable child mortality. In addition, improving the cost-effectiveness of national administrative, financial and health information systems is another key element of this strategy. Section 5.14 of this Project Grant Agreement Amendment requires the MOH to undertake a study of the costs and savings associated with the new technologies and administrative systems introduced and supported under this project, and of the ACCESO model and establishment of decentralized Area level budgets.

The nine project-supported focus Health Areas encompass approximately 226 health facilities, including 62 CESAMOs, 155 CESARes, two urban public hospitals in San Pedro Sula (Leonardo Martinez and Mario Catarino Rivas), three area hospitals (in La Paz, Comayagua and Puerto Cortés), and four mother-child clinics.

The CESARes, CESAMOs, clinics, and area hospitals will be the primary focus for the development of sustainable programs. USAID will provide limited assistance to the five hospitals and four Maternal-Infant (M-I) Clinics to improve customer service and quality. Through this assistance, these facilities will be MOH accredited as "Baby Friendly Hospitals/Clinics". Project support to the Leonardo Martínez y Mario Catarino Rivas hospitals will focus on strengthening the referral and treatment of pneumonia and the

sistema de referencia, tratamiento de las neumonías y el manejo de las emergencias obstétricas que no pueden ser manejados en niveles inferiores. Este es un número factible de lugares para las intervenciones limitadas propuestas. Fondos del proyecto no podrán ser destinados para la compra de suministros para estos hospitales ni para el pago de su personal.

Personal de la USAID, Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP), MdeS (nivel Central, Regional, de Area, y ACCESO), y representantes de agencias de cooperación de la USAID/Washington (Wellstart, BASICS, Mother Care), han participado en un grupo de trabajo para evaluar la elaboración de los planes de trabajo de las Areas para lograr las metas en salud reproductiva y supervivencia infantil. Cada una de las nueve Areas de salud bajo la extensión del proyecto, con la participación de la comunidad, elaboraron su propio plan de trabajo y presupuesto, que la USAID y el MdeS aprobaron bajo la Carta de Ejecución (CdeE) No. 56. A través de esta CdeE, el GdeH establecerá un fondo rotatorio en cada Area para reembolsar el dinero gastado en las actividades realizadas bajo los planes de trabajo y presupuestos, y la UCP monitoreará y apoyará la ejecución de los mismos.

Un importante resultado intermedio del proyecto es que el MdeS aumente el porcentaje de CESARes y CESAMOs tipo "A" en las nueve Areas de enfoque. Este indicador será elaborado por el MdeS y utilizado para medir la calidad y disponibilidad de servicios básicos materno-infantiles. Para lograrlo, el MdeS asegurará la participación comunitaria en la provisión de los servicios de salud (a través de la creación y/o apoyo de comités y voluntarios comunitarios), en manejar su UPS, y en establecer prioridades (a través de comités locales). Con apoyo de fondos y asistencia técnica al MdeS de agencias como Garantía de Calidad, BASICS, y Datos para la Toma de Decisiones, los comités locales desarrollarán la capacidad de evaluar los problemas de sus comunidades y colaborar con

management of obstetrical emergencies that cannot be treated at lower levels. This is a feasible number of sites for the limited interventions proposed. Project funds may not be used for the purchase of supplies for these hospitals nor for the payment of salaries of hospital personnel.

Staff from USAID, the Project Coordination Unit (PCU), MOH (central, regional and area levels, as well as the ACCESO task force) and local representatives of USAID (G/PHN) cooperating agencies, MotherCare, Wellstart and BASICS, have participated in a working group to oversee the development of area-based workplans for achieving the desired results in reproductive health and child survival. Each of the nine focus Health Areas under the project extension, with local community participation, then developed its own specific annual workplan and budget, which USAID and the MOH reviewed and approved through Project Implementation Letter (PIL) 56. Under this PIL, the GOH will establish a rotating fund in the Areas to reimburse activities set forth in the workplans and budgets, and will use the PCU to monitor and support the execution of these Area plans.

An important intermediate result of this project is for the Ministry of Health to increase the percentage of CESARes and CESAMOs in the nine focus Areas maintained at the "A" level. This indicator will be developed by the MOH and used to measure quality and availability of basic maternal and child health (MCH) services. To achieve this, the MOH will need to insure community participation in the provision of health services (through community volunteers and health groups), in the management of the health centers, and in the determination of priorities (through the creation and/or support of local committees). With local currency support and technical assistance to the MOH through cooperating agencies such as Quality Assurance, BASICS, and Data for Decision Making, local

personal de salud en buscar las soluciones adecuadas.

El MdeS a través de ACCESO y con apoyo de la USAID, continuará promoviendo la participación comunitaria para el monitoreo de su propia condición de salud, a través de la expansión del sistema de información básica, que incluya los listados de mujeres embarazadas y de niños que reciben servicios esenciales de supervivencia infantil y salud reproductiva. Específicamente, el apoyo de la USAID permitirá que el MdeS prepare las comunidades locales para que puedan desarrollar y asumir la responsabilidad para el manejo de la cuota de recuperación retenidas en el centro de salud, y para que las "farmacias populares," puedan contribuir a la sostenibilidad financiera de las actividades del proyecto, mientras se mejora el acceso a las medicinas esenciales. Los comités locales también participarán en el manejo de algunas intervenciones de salud (ver las siguientes secciones). El jefe del GAT será la contraparte principal del MdeS para estas actividades.

Resultado Intermedio 3.1: Entrega Mejorada de Servicios de Sobrevivencia Infantil en Nueve Areas de Enfoque

(a) Nuevas estrategias iniciadas y utilizadas para combatir la neumonía en niños menores de cinco años, y (b) calidad mejorada en el manejo de casos de neumonía.

La USAID proveerá los insumos y los fondos en moneda local en el año calendario (AC) 1996 y también proveerá asistencia técnica para ayudar al MdeS a reducir la mortalidad infantil relacionada con neumonía en las comunidades y centros de salud apoyados por el proyecto. La mayor parte de la AT vendrá de los proyectos "Mother Care," (especialmente para el análisis situacional) y BASICS. A nivel comunitario, el MdeS dotará de

committees will develop the capacity to assess health problems in their communities and collaborate with health personnel in finding appropriate solutions.

The MOH, through ACCESO, and with USAID support, will continue to promote community involvement in the monitoring of its health condition through the expansion of simple basic information systems, including the community lists of coverage of pregnant women and young children who receive essential child survival and reproductive health services. Specifically, USAID assistance will enable the MOH to involve local communities so they will be better prepared to develop and assume authority over the management of the fees collected and retained at the health centers, and over community pharmacies which can contribute to the financial sustainability of project-supported activities while improving access to essential drugs. Local community groups will also be involved in the direct delivery of certain health interventions (see the following sections). The chief of the GAT will be MOH counterpart for this set of activities.

Intermediate Result 3.1: Improved Delivery of Child Survival Services in Nine Focus Areas

(a) New approaches introduced and used for combatting pneumonia in children under five years, and (b) improved quality of pneumonia case management.

USAID will procure supplies, program local currency support in calendar year (CY) 1996 and provide technical assistance (TA) to assist the MOH to reduce pneumonia-related mortality in the communities and health centers assisted by the project. USAID will obtain the bulk of this TA through the MotherCare Project (particularly for the "Situational Analysis") and the BASICS Project. At the community level, the MOH will seek to increase

equipo y capacitará al personal comunitario para la detección temprana, tratamiento local efectivo y referencias oportunas de los casos graves de infecciones respiratorias agudas (IRAs). Al nivel hospitalario, la mortalidad será reducida a través del mejoramiento del equipo médico, logística, capacitación de personal clave, y supervisión para el manejo efectivo de casos de neumonías. Ambos niveles de atención se beneficiarán del nuevo enfoque en calidad de atención, que a su vez será apoyada por una adecuada supervisión y logística. BASICS proveerá AT al MdeS para elaborar y actualizar el plan de comunicaciones en IRAs y en monitorear y evaluar el programa comunitario de atención de IRAs. El Director de la División Materno-Infantil será la contraparte ante la USAID para estas actividades.

(c) Nuevas estrategias iniciadas y utilizadas para promover la lactancia materna exclusiva para niños menores de 6 meses, y (d) calidad mejorada en la promoción de la lactancia materna exclusiva.

El MdeS y la USAID continuarán proporcionando apoyo técnico para aumentar la lactancia exclusiva entre niños 0-6 meses, a través de la integración de prácticas óptimas de lactancia con otras intervenciones de supervivencia infantil (por ejemplo, el manejo efectivo de diarrea e IRA, cuidados maternos y monitoreo del crecimiento y desarrollo), y la extensión adicional del programa de consejeras comunitarias, que apoya la Liga de La Lactancia Materna con la asistencia técnica de Wellstart (o el proyecto de USAID/Washington que le sigue). Durante el primer año del proyecto con la AT de Mother Care se llevará a cabo la evaluación final del programa de consejeras comunitarias en El Progreso y Puerto Cortés. Los resultados de esta evaluación se utilizarán para que el MdeS extienda este programa a las nueve áreas del proyecto.

awareness and improve early detection, effective local treatment and timely referrals through the equipping and training of community volunteers in the diagnosis, management, and referral of serious cases of acute respiratory infections (ARI). At the hospital level, mortality will be reduced through improved equipment, logistics, training of key personnel, and supervision for effective case management of pneumonia. Both levels of intervention will benefit from a new focus on quality of care, which in turn will be supported by improvements to supervision and logistics. BASICS will provide technical assistance to the MOH both in developing and updating an ARI communication plan and in monitoring and evaluating the ARI community treatment program. The counterpart to USAID for these activities will be the Director of the Maternal-Child Health Division (MCH).

(c) New approaches introduced and used for promoting exclusive breastfeeding for children under six months of age, and (d) improved quality of exclusive breastfeeding promotion.

USAID and the MOH will continue to provide technical assistance and support to increase exclusive breastfeeding among children 0-6 months. This will involve the integration of optimal breastfeeding practices with other child survival interventions (e.g., the effective management of diarrhea and ARI, maternity care, and growth monitoring) and the further extension of the community counselor program supported by the Liga de La Lactancia Materna with technical assistance from Wellstart (or the follow-on G/PHN project). With technical assistance from MotherCare, a final evaluation of the community counselor program in El Progreso and Puerto Cortés will be completed by the MOH during the first year of the project to inform the MOH on how best to expand this intervention into the nine focus Areas.

Adicionalmente a lo anterior, el MdeS en colaboración con OMS/UNICEF, acreditará a los cinco hospitales y cuatro clínicas materno-infantiles de las nueve áreas como hospitales y clínicas "Amigos de los Niños" en términos de sus prácticas y manejo de la lactancia materna. Otra intervención costo-efectiva es la actualización del curriculum de capacitación de Médicos y Enfermeras de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), la cual se llevará a cabo con la asistencia de Wellstart. La contraparte ante la USAID para actividades de lactancia materna será el/la Director/a de la División Materno-infantil.

(e) Nuevas estrategias iniciadas y utilizadas para el monitoreo del crecimiento y atención integral al niño/a (AIN) menor de un año, y (f) calidad mejorada de la atención integral al niño.

El programa de atención integral al niño/a, más ampliamente conocido como "AIN", pretende aumentar el porcentaje de niños que asisten a una UPS por primera vez. También pretende aumentar el porcentaje de niños menores de un año recibiendo servicios de "AIN" mensualmente, incluyendo el monitoreo de su crecimiento, educación en nutrición y salud para sus madres. La USAID, mediante la extensión del proyecto, ayudará a que el enfoque de AIN llegue a las comunidades más postergadas, aumentado el porcentaje de comunidades bajo el programa de AIN en forma operativa y efectiva. La USAID ayudará al MdeS a identificar las comunidades prioritarias dentro de las nueve Areas del proyecto. El proyecto promoverá la participación comunitaria y la utilización de voluntarios comunitarios capacitados. Durante el año calendario (AC) de 1996, BASICS ayudará al MdeS en la evaluación del costo e impacto del modelo AIN. Los resultados de esta evaluación serán utilizados para mejorar el programa e implementarlo en las nueve Areas del proyecto. El Director (a) de la División Materno-Infantil será la contraparte del MdeS ante la USAID para estas actividades.

Additionally, in collaboration with the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) all five hospitals and four MCH clinics in the nine focus areas will be MOH accredited as "Baby Friendly" in terms of sound lactation management practices. Another cost effective intervention related to this will be the upgrading of the National Autonomous University of Honduras (UNAH) General Medicine and Nursing training curricula also with technical assistance from Wellstart. The counterpart to USAID for breastfeeding activities will be the Director of the Maternal-Child Health Division.

(e) New approaches introduced and used for monitoring growth and integrated child health care among children under one year of age, and (f) improved quality of integrated child health care.

The community-based integrated child care program, widely known by its Spanish acronym "AIN", seeks to increase the percentage of children attending a health clinic for the first time. It also seeks to increase the percentage of children under one who receive integrated child care services on a monthly basis, including growth monitoring and nutrition and health education for mothers. Under the extended Health Sector II Project, USAID assistance will help AIN focus on the most needy communities. USAID will help the MOH identify such priority communities within the nine focus Areas and increase the percentage of those communities with operating and effective AIN programs. The project will promote community participation and the use of trained community volunteers. BASICS will assist the MOH in an extensive evaluation of the costs and impact of the AIN model, expected to be completed in calendar year (CY) 1996. The results of this evaluation will be used to refine and implement the program throughout the nine focus Health Areas. The Director of MCH will be the MOH counterpart to USAID for these activities.

Aunque el enfoque de la estrategia del proyecto de supervivencia infantil se concentra en las tecnologías nuevas o mejoradas en las nueve Areas del proyecto, se continuarán apoyando aunque sea en forma limitada a aquellas intervenciones de supervivencia infantil exitosas a nivel nacional, especialmente inmunizaciones y terapia de rehidratación oral (TRO), al nivel nacional. Aunque estas intervenciones son importantes, no requieren una inversión fuerte de recursos ni asistencia técnica. Estas intervenciones limitadas se describen a continuación:

IR 1.1(a): Mantener la cobertura de vacunaciones en niños menores de un año a un nivel mínimo de 90% (en DPT, Sarampión, Polio, y Tuberculosis); y (b): mantener la cobertura de vacunaciones de mujeres entre 12-49 años a un nivel mínimo de 90% (dos dosis de toxoide tetánico dentro de los últimos tres años).

La USAID y el MdeS están comprometidos en mantener la red de frío para garantizar el éxito continuo del programa de inmunizaciones. Fondos de donación de la USAID se utilizarán para realizar auditorías de la red de frío a nivel nacional, y fondos de contraparte se utilizarán en forma limitada para la compra de repuestos y kerosina. Otro elemento clave para mantener la cobertura de inmunizaciones mayor al 90% será el enfoque del programa a través de ACCESO, y con los presupuestos de Area aumentando el porcentaje de las municipalidades y UPSs con comités de salud funcionando. Otro elemento clave es el incremento del uso de los Listados de niños menores de dos años como una herramienta de manejo comunitario. El Director/a de la DMI y el jefe/a del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que funciona bajo la DMI serán las contrapartes del MdeS ante la USAID para estas actividades.

Additionally, while the focus of the project's strategy in child survival will concentrate on these new or improved technologies in the nine focus areas and beyond, the project will continue to provide limited support to ensure sustainable national delivery of highly successful child survival interventions -- namely immunizations and oral rehydration therapy -- at the national level. Although these project interventions are very important, they do not require major investment or additional technical assistance. These limited interventions are described below:

I.R.1.1(a): Immunization coverage for children under one maintained at 90% or higher (DPT, Measles, Polio, Tuberculosis); and (b): Tetanus Toxoid immunization coverage of women aged 12-49 maintained at 90% or higher (two doses of Tetanus Toxoid in the previous three years).

USAID and the MOH are committed to maintaining the cold chain for vaccines to guarantee the continued success of the immunization program. USAID Grant funds will finance national cold chain audits and project counterpart funds will, on a limited basis, be used to support the cold chain through the purchase of spare parts and kerosene. Another element in sustaining the 90%-plus immunization coverage rates will be the project's focus through ACCESO and with the Area budgets on increasing the percentage of municipalities and UPSs with local health committees functioning. Increasing the use of the *"Listados"* of children under two years of age as a community-based management tool is another key element. The Director of MCH and the chief of the Expanded Program of Immunization (PAI) unit under MCH will be the MOH counterparts to USAID for these activities.

25

IR 1.1(d): Cobertura institucional por diarrea en niños menores de cinco años no excederá al 10% (línea base 1995); y (e): El porcentaje de niños menores de cinco años con diarrea en los últimos 15 días tratados con sales de rehidratación oral aumentará de 31.7% (1991) a 40% (1999).

SS II continuará apoyando al MdeS para lograr estos dos resultados. El proyecto apoyará al MdeS en el desarrollo de un plan para fortalecer TRO a nivel comunitario, basado en la evaluación del programa comunitario de TRO que realizará BASICS. Un elemento importante de la asistencia técnica de BASICS será el desarrollo y validación de un manual para voluntarios comunitarios. Con el propósito de incorporar las lecciones aprendidas a las intervenciones del proyecto, la USAID le dará seguimiento a la evaluación del Programa Ampliado de Control de Enfermedades Diarréicas y Cólera (PACED/C) que PAHO esta realizando. La Directora de DMI será la contraparte del MdeS ante la USAID para estas actividades.

Resultado Intermedio 3.2: Entrega Mejorada de Servicios de Salud Reproductiva y de Planificación Familiar en las Nueve Areas de Enfoque.

(a) Introducción de Estrategias de Planificación Familiar Nuevas o Mejoradas; y (b) Incremento en la Cantidad de Anticonceptivos Comprados por el MdeS a nivel nacional.

El MdeS necesita proporcionar servicios fortalecidos de planificación familiar (PF) a través de todo el sistema de salud, para lograr los objetivos establecidos de mortalidad materna e infantil. Esto es particularmente necesario en las áreas rurales donde ASHONPLAFA no puede proporcionar cobertura adecuada y completa, aunque la mortalidad materna y las tasas de fecundidad sean más altas en las áreas rurales. Las intervenciones

I.R 1.1(d): Percentage of total outpatient visits to health centers of children under five due to diarrhea not exceeding 10%; and (e): Percentage of children under five with diarrhea in the last 15 days treated with oral rehydration therapy (ORT) increased from 31.7% (1991) to 40% (1999).

HS II will continue to assist the MOH in its efforts to achieve these two results. The project will assist the MOH in the development of a plan to strengthen ORT at the community level based on an evaluation by BASICS of the community-based ORT program. An important element of BASICS' technical assistance will be the development and pretesting of a manual for community volunteers. USAID will monitor the PAHO program review of the Expanded Program for Cholera and Diarrheas (PACED) for the purpose of applying the lessons learned to ORT project interventions. The Director of MCH will be the MOH counterpart to USAID for these activities.

Intermediate Result 3.2: Improved Delivery of Reproductive Health and Family Planning Services in the Nine Focus Areas.

(a) Improved or New Approaches to Family Planning Introduced, and (b) Increased MOH Purchase of Contraceptives Nationally.

Enhanced family planning (FP) services need to be provided by the MOH throughout its health care system in order to achieve both maternal and child survival objectives. This is especially critical in rural areas where ASHONPLAFA is unable to provide full and adequate coverage, even though maternal mortality and total fertility rates are highest in rural areas. MOH interventions will therefore complement the activities supported under

del MdeS en estas áreas complementarán las intervenciones apoyadas bajo el Proyecto Sector Privado de Población III (PSP III) de la Misión.

Bajo el proyecto PSP III, la Misión proporcionará asistencia tanto a ASHONPLAFA, como a un número de OPDs que trabajan principalmente en las nueve Areas del proyecto, para promover la planificación familiar, aconsejar a los clientes sobre la disponibilidad de servicios de planificación familiar públicos y privados, y a proveer directamente servicios de planificación familiar. La USAID espera que con estas actividades se incrementará la demanda de los servicios de PF a nivel de las UPS. Debido a que la participación del MdeS en actividades de salud reproductiva es clave para su sostenibilidad e impacto nacional, el PSP III apoyará la formación de tres comités técnicos público-privado en salud reproductiva presididos por el MdeS, en capacitación; información, educación y comunicación (IEC); y servicios mediante los cuales se reforzará la comunicación entre el MdeS, ASHONPLAFA, y las ONGs internacionales y locales. El Population Council proveerá asistencia técnica a los comités, y Population Communications Services proveerá asistencia técnica en el diseño de una estrategia de IEC para salud reproductiva que incluya a los adolescentes y a los hombres.

El apoyo activo del MdeS a los servicios de salud reproductiva, y especialmente la planificación familiar ayudará que la mortalidad materno infantil disminuya aceleradamente. El MdeS aumentará el numero de "años de protección de pareja" (APPs) que provee nacionalmente, y el GdeH establecerá un renglón presupuestario para la compra directa de anticonceptivos, de acuerdo con la Sección 5.10 de esta Enmienda al Convenio del Proyecto. El MdeS también fijará metas de APPS en las nueve Areas de enfoque del proyecto, y aumentará el porcentaje de mujeres que reciben métodos de PF pos-parto en las UPS bajo el proyecto.

the USAID-assisted Private Sector Population III Project (PSP III).

Under PSP III, the Mission will provide assistance both to ASHONPLAFA and to a number of PVOs working primarily in the nine focus Health Areas to promote family planning, to counsel clients on both publicly and privately available FP services, and to provide family planning services directly. USAID expects that these activities will increase demand for FP services at the UPS level. Because MOH participation is key to sustainability and national impact, PSP III will support three private-public reproductive health technical committees, chaired by the MOH, on training; information, education and communication (IEC); and services, to strengthen the communication between ASHONPLAFA, PVOs and the MOH. These committees will be coordinated by the MOH, and will strengthen communication between the MOH, ASHONPLAFA, and international and local NGOs. The Population Council will provide technical assistance to the committees, and Population Communications Services will provide technical assistance in the design of an IEC strategy for reproductive health which includes adolescents and men.

The active support of reproductive health services, particularly family planning, by the MOH will help accelerate the decrease of maternal and child mortality. The MOH will increase the number of couple-years-of-protection (CYP) it provides nationally with USAID supported contraceptives, and the GOH will establish a budget line item for the MOH's direct procurement of contraceptives per a Section 5.10 of this Project Agreement Amendment. The MOH will set targets for significantly increasing CYPs in the nine focus Areas, and for ensuring that a growing percentage of women in these nine Areas receive postpartum family planning methods in UPSs.

El MdeS con la asistencia técnica de Population Council (INOPAL) llevará a cabo un proyecto innovador de demostración en una Area de cada Región del país, que tendrá como componentes la orientación/consejería en PF a las(os) usuarias(os), mantener un inventario adecuado de anticonceptivos (incluyendo a los orales) y la distribución de los mismos, y la inserción de DIUs en los CESARes por auxiliares de enfermería. El Programa para Contracepción Voluntaria y Segura capacitará a las auxiliares de enfermería en métodos de PF. Si este esfuerzo demuestra algún grado de éxito, las lecciones aprendidas por el MdeS serán utilizadas para promover cambios en las políticas nacionales con el propósito de volver los servicios de PF más accesibles a las poblaciones rurales.

El proyecto también apoyará algunas investigaciones operativas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) en el área de salud reproductiva/planificación familiar, con la asistencia técnica de la ONG "The Population Council."

La USAID, bajo SS II, proveerá anticonceptivos, equipo médico y materiales educativos al MdeS y al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) para fortalecer al programa de esterilizaciones quirúrgicas voluntarias (EQV), inserciones de DIUs, distribución de condones, y consejería en PF a mujeres, hombres, y adolescentes y la prevención de VIH/SIDA. El IHSS ha sido un socio activo en la salud reproductiva, especialmente en Tegucigalpa y San Pedro Sula, con una cobertura del 24% de la población nacional. Sus resultados en términos de número de EQV, inserción de DIUs y distribución de condones han sido importantes para lograr la meta del MdeS de aumentar la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos modernos.

Recursos del proyecto apoyarán la capacitación y supervisión efectiva de los servicios de planificación

With the assistance of the Population Council (INOPAL), the MOH will implement an innovative pilot project in one Area of every health Region of the country to provide family planning counseling, the maintenance of an adequate inventory of, and distribution of contraceptives (including orals), and IUD insertion by auxiliary nurses in CESARes. The Association for Voluntary Surgical Contraception (AVSC) will provide training for auxiliary nurses in clinical family planning methods. If successful, the lessons learned by the MOH will be used to guide policy changes to make family planning services more accessible to rural populations throughout the country.

The project will also support operations research by the National Autonomous University of Honduras (UNAH) in the area of reproductive health/family planning with technical assistance from The Population Council.

Contraceptives as well as medical and educational equipment and supplies will be provided to the Honduran Social Security Institute (IHSS) by USAID under HS II to upgrade its capacity to continue to perform voluntary surgical sterilizations, IUD insertions, condom distribution, and counseling to men, women and adolescents in family planning and STD/AIDS prevention. IHSS has been an active partner in reproductive health, mainly in Tegucigalpa and San Pedro Sula, with IHSS coverage extending to approximately 24% of the total population of Honduras. IHSS outputs in terms of voluntary surgical sterilizations, IUD insertions, and condom distribution have been critical in meeting MOH targets to increase contraceptive prevalence attributable to modern methods.

Project resources will also support training and effective supervision to enhance family

familiar/salud reproductiva (PF/RH) a nivel de UPS. Los médicos, enfermeras profesionales, y auxiliares de enfermería ofrecerán servicios de calidad a sus clientes (hombres y mujeres). También se capacitarán a las supervisoras (es) para que supervisen en forma efectiva. Estas innovaciones son necesarias para mejorar la salud de las mujeres rurales en edad reproductiva y sus hijos/hijas. La División MI será responsable de la capacitación a todos los niveles. La capacitación en consejería de PF será identificada conjuntamente por el MdeS y la USAID.

(c) Estrategias Mejoradas o Nuevas en Salud Reproductiva; (d) Calidad de Servicios de Salud Reproductiva Mejoradas y (e) Referencias en Salud Reproductiva Mejoradas.

Adicionalmente al fortalecimiento de los servicios de planificación familiar y de consejería en PF, en las UPS y el sistema de referencia en los hospitales, se fortalecerá la calidad de servicios de salud reproductiva (aumentar el número de visitas prenatal y posparto y reducir la mortalidad materna y neonatal), manejar embarazos de alto riesgo y emergencias obstétricas más efectivamente. Con el objeto de apoyar todos los servicios de salud reproductiva el proyecto apoyará un estudio/inventario de diagnóstico (análisis situacional) de necesidades de equipo y servicios en las UPS. Después del análisis situacional de las UPS la USAID dotará el equipo médico básico que garantice la prestación de los servicios de salud por las UPS (CESARES, CESAMOS, Hospitales, Clínicas Materno-infantiles).

Otra actividad clave que será financiada por la USAID será un diagnóstico comunitario sobre las prácticas de la atención de partos y prácticas perinatales, con asistencia técnica de MotherCare. Este diagnóstico será importante para mejorar la calidad de las atenciones maternas y neo-natales a nivel comunitario. Posteriormente, el MdeS

planning/reproductive health (FP/RH) services at the UPS level. The physicians, professional nurses, and auxiliary nurses who counsel male and female customers will provide family planning counseling and services proactively. The supervisors, too, will receive training in order to effectively supervise this area. These innovations are departures from current operations, but are essential to improve the health of rural women of reproductive age and their children. The MCH Division will be responsible for the technical training of personnel at all levels. The provider of training in counseling skills will be determined jointly by the MOH and USAID.

(c) Improved or New Approaches to Reproductive Health (RH), (d) Improved Quality of RH Services, and (e) Improved RH Referrals.

In addition to enhancing family planning counselling and services, UPS and hospital services (including the referral system) in the nine focus Areas will be strengthened to improve the quality of RH services (i.e., to increase prenatal visits and postpartum checkups, and reduce maternal and neonatal mortality), and for managing high risk pregnancies and obstetric emergencies more effectively. To this end, the project will finance and provide technical assistance to the MOH for a diagnostic survey/inventory (situational analysis) of health facilities equipment and service needs. Based on the results of the survey, USAID will procure basic equipment for the UPS, including clinics and hospitals.

Another key activity to be funded by USAID will be a qualitative community diagnosis on delivery and postpartum (perinatal) practices by MotherCare. This diagnosis will be key to improving maternal and neo-natal care. The MOH will then design specific interventions that address the identified problems, including plans for an IEC campaign and

elaborará intervenciones específicas para atender a los problemas identificados, incluyendo planes para una campaña de IEC y esfuerzos para aumentar el número de partos atendidos por personal de salud y las parteras. Otra actividad bajo la asistencia técnica de MotherCare será la elaboración de protocolos para el manejo de las emergencias obstétricas y perinatales en las UPS y hospitales y la capacitación en su utilización.

Las intervenciones propuestas reconocen que el período que abarca desde el embarazo, el parto y las primeras semanas de vida es continuo, y consecuentemente la necesidad de proveer una gama de servicios de calidad para el binomio madre-niño/a. La nutrición materna mejorada (incluyendo una estrategia para la anemia materna), atenciones prenatales, ambientes mejorados de parto con realce en la higiene, transporte para mujeres con emergencias obstétricas a UPS capaces para manejarlas, atenciones para niños/as de bajo peso al nacer, iniciación exitosa de respiración y lactancia materna exclusiva, y la protección y monitoreo del recién nacido, son elementos de los resultados esperados de estas intervenciones.

La Directora de DMI será la contraparte de la USAID para estas actividades.

Resultado Intermedio 3.3: Entrega Mejorada de Programas de Prevención de ETS/SIDA y de Tratamiento de ETS.

La meta principal de este componente, que apoya el Programa Nacional de Control y Prevención de ETS/SIDA (PNCPS) del MdeS, es la de proporcionar asistencia técnica, administrativa y financiera a instituciones, tanto en el sector público como el privado, para poder mantener a un nivel constante la tasa de seroprevalencia del VIH entre la población meta. La USAID apoya al PNCPS a través de una estrategia de: 1) detección, tratamiento, y prevención de ETS; 2) educación en el comportamiento sexual responsable; y 3) la

efforts to increase the number of births attended by health personnel other than traditional birth attendants (TBAs). Another planned activity with technical assistance from MotherCare will be the development of obstetric and perinatal case management protocols for use at health centers and hospitals and training in their use.

The interventions proposed here also recognize that the entire period spanning pregnancy, childbirth and the first weeks of life is a continuum, and consequently the need to provide a range of services for the mother/child dyad is compelling. Improved maternal nutrition (including a maternal anemia strategy), prenatal care, improved birthing environments with enhanced hygiene, transportation for women with obstetric emergencies to facilities capable of handling these events, care for low birth weight babies, successful initiation of breathing and exclusive breastfeeding, and the protection and monitoring of the newborn are all among the expected results of these interventions.

The Director of MCH will be the MOH counterpart to USAID for these activities.

Intermediate Result 3.3: Improved Delivery of STD/AIDS Prevention and STD Treatment Programs

The primary objective of this project component, which supports the MOH National STD/AIDS Prevention and Control Program (NACP), is to provide technical, administrative and financial assistance to institutions in both the public and private sectors in order to maintain at a constant level the HIV seroprevalence rate among target populations. USAID supports the MOH's National AIDS Prevention Program with a strategy of: (1) detection, treatment, and prevention of STDs; (2) education in responsible sexual behavior; and (3)

promoción del uso de condones, dirigida a los grupos de alto riesgo de Tegucigalpa, San Pedro Sula, Comayagua, la Ceiba, como lo son las trabajadoras comerciales del sexo y sus clientes, hombres que tienen sexo con hombres, personas que trabajan en las maquilas, y los Garífunas. Estas intervenciones ya se han iniciado y se están llevando a cabo a través del programa de AIDSCAP. El proyecto de AIDSCAP y su plan detallado de implementación (PDI) describen las intervenciones financiadas por la USAID, las cuales continuarán siendo apoyadas bajo el SS II hasta agosto de 1997. En agosto-septiembre de 1996 se evaluarán las intervenciones de este proyecto. Uno de los propósitos principales de esta evaluación será de revisar los resultados intermedios y metas para la continuación del programa después de caducar el contrato local para asistencia técnica de la oficina local de AIDSCAP (en agosto 1996), y de identificar el mecanismo mas factible para la continuación del apoyo del período septiembre 1996 hasta agosto 1997, y del final del período "post-AIDSCAP," desde septiembre 1997 hasta el final del proyecto SS II en septiembre 1999.

El MdeS y la USAID investigarán, como parte de la evaluación, mecanismos alternos para mantener el apoyo a estas actividades. Estos podrían incluir ayudar a AIDSCAP/Honduras a registrarse como una OPD con la USAID, seguido por un contrato o acuerdo cooperativo directo con la USAID; o que forme una relación con una OPD establecida como subcontratista. Bajo estos arreglos, se tendría que conseguir la asistencia técnica necesaria a través de proyectos ya establecidos, como, por ejemplo, el CDC, el proyecto Regional de Prevención de SIDA (de G-CAP, Guatemala), o el proyecto que sigue AIDSCAP de la USAID/Washington.

La Directora del PNCPS será la contraparte del MdeS ante la USAID para las actividades de control y prevención de ETS/SIDA.

promotion of the use of condoms, all directed at high-risk populations, namely, commercial sex workers and their clients, men who have sex with men, people who work in factories in industrial processing zones, and the Garífuna ethnic group, in the most affected areas -- San Pedro Sula, Tegucigalpa, La Ceiba, and Comayagua. This work has been initiated and is being carried out through the AIDSCAP program. The AIDSCAP project agreement and detailed implementation plan (DIP) describe USAID-funded interventions, which will continue to be supported under HS II through August, 1997. An external mid-term evaluation of this component will be conducted in August-September 1996 . One of the principal purposes of this exercise will be to revise the intermediate results and benchmarks for the continuation of the component after the local AIDSCAP technical assistance contract ends in August 1996, and to recommend the most appropriate mechanism for continuing support during the September 1996 through August 1997 interim period, and from the end of the AIDSCAP central contract in August 1997 until the September 1999 PACD.

The MOH and USAID will explore, as part of the evaluation exercise, alternative mechanisms for continued program support. These may include the registration of the local AIDSCAP office in Honduras as an NGO, followed by a direct USAID-managed contract or cooperative agreement, or to encourage AIDSCAP/Honduras to form a grantee relationship with an established NGO. Under either arrangement, necessary short-term technical assistance could be procured separately, through, for example, the Centers for Disease Control, the G-CAP Regional AIDS Prevention Program, or the G/PHN follow-on to the AIDSCAP contract.

The Director of the NACP will be the MOH counterpart to USAID for the activities falling under this intermediate result.

Resultado Intermedio 3.4: Sistemas Nacionales en Salud y Políticas Fortalecidos.

Otro grupo de objetivos del SS II es de: (1) asistir al MdeS a implementar su plan de trabajo multianual de ACCESO en las 15 Areas demostrativas y lograr resultados claves en cuanto a una descentralización efectiva; (2) implementar una estrategia en salud ambiental a nivel nacional que se enfoque en la descentralización del SANAA, la capacitación de técnicos en salud ambiental, y elaborar y utilizar un instrumento evaluador para aumentar el porcentaje de los sistemas rurales de agua "tipo A" en el país; y (3) fortalecer la capacidad gerencial/administrativa del MdeS en cuanto a (a) sistema de información gerencial/finanzas/administración; (b) supervisión, monitoreo, y evaluación; (c) sistema de información epidemiológica; (d) mejorar la capacidad del MdeS de desarrollar sus recursos humanos, posiblemente a través de fortalecimiento de los programas y curricula de medicina general, enfermería, y salud pública de la UNAH; y (e) implementar una política efectiva de IEC.

(a) Elaboración e Implementación del Plan de Trabajo Multianual de ACCESO en 15 Areas Demostrativas.

ACCESO es una iniciativa del MdeS establecida para promover amplia participación comunitaria en el sector salud. Ha elaborado un plan de trabajo multianual con presupuesto para descentralizar aún más la administración de servicios de salud, empezando en las 15 Areas demostrativas del país, y planifica aumentar este esfuerzo a nivel nacional. Los objetivos claves de ACCESO incluyen la identificación de comunidades postergadas con pocos servicios de salud; aumentar el porcentaje de UPSs y municipalidades con comités locales de salud operando; trabajar con personal de Areas, UPSs y con municipalidades para elaborar e implementar planes de trabajo y presupuestos de Area, y a través del Grupo de Asistencia Técnica

Intermediate Result 3.4: National Systems and Policies Strengthened.

Another set of objectives of HS II is to: (1) assist the MOH to implement its ACCESO multi-year workplan in 15 demonstration Areas and achieve key results with respect to effective decentralization; (2) implement an environmental health strategy at the national level which focuses on decentralization of SANAA, the training of environmental health technicians, and developing and using an evaluative instrument to increase the percentage of "A" rural water systems operating in the country; and (3) strengthening the managerial/administrative capability of the MOH with respect to (a) MIS/Finance and administration; (b) supervision, monitoring and evaluation; (c) the Health Information System (HIS); (d) improving the MOH's capacity to develop its human resources, possibly by working to strengthen the general medicine, nursing and public health programs and curricula at UNAH; and (e) implementing an effective IEC policy.

(a) ACCESO Multi-year Workplan Developed and Implemented in 15 Demonstration Areas.

ACCESO is an MOH initiative established for the purpose of promoting broad community participation in the health sector. It has developed a multi-year plan and budget for further decentralizing the administration of health services starting in 15 demonstration Areas of the country, and plans to expand this effort nationally. Key objectives of ACCESO include the identification of underserved and needy communities; increasing the percentage of UPSs and municipalities with functioning local health committees; working with Health Area and UPS officials and with local municipalities to develop and implement Area workplans and budgets, and through the ACCESO Technical Assistance Group (GAT), developing the

de ACCESO (GAT) elaborar las políticas e instrumentos necesarios para asegurar que se aumente el porcentaje de UPSs de categoría "A".

El Grupo de Asistencia Técnica (GAT) se reúne mensualmente e incluye representantes de las Unidades Normativas del MdeS. Está dirigido por el Director de Planificación. Un Grupo Técnico (GT) de 10 personas, dirigido por el Director de ACCESO (el Viceministro para Redes de Servicio) supervisa el GAT, con la participación de la USAID, UCP, la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, y la OPS. El GT se reúne regularmente para la coordinación técnica, asegurar la implementación del plan de trabajo de ACCESO (inclusive el componente de SS II), y para informar al GAT. El proceso de ACCESO apoyará y será apoyado por las actividades del proyecto diseñadas para fortalecer los sistemas gerenciales/administrativos del MdeS.

(b) Estrategia de Salud Ambiental Implementada a Nivel Nacional

La USAID proveerá asistencia técnica y financiera para completar la construcción (al final de diciembre de 1996) de sistemas de agua y saneamiento de alta calidad y asegurar que los más-de-700 sistemas construidos con fondos del SS II, y los más de 3,000 sistemas rurales de agua construidos con apoyo financiero de la USAID o de otras agencias anteriormente, se mantendrán a un nivel óptimo. Además, la USAID continuará su diálogo político para promover un SANAA descentralizado y más efectivo.

Para lograr el resultado de aumentar el porcentaje de sistemas rurales de agua operando a un nivel "A", la USAID proveerá asistencia técnica para la elaboración por SANAA de un instrumento para evaluar y monitorear los sistemas de agua y financiará la capacitación y equipamiento de aproximadamente 48 técnicos de operaciones y mantenimiento (TOMs), cuyas responsabilidades

policies and instruments needed to insure a growing percentage of high quality "A" level UPSs.

The ACCESO Technical Assistance Group (GAT) meets monthly and includes representatives of all the major MOH divisions. It is chaired by the Director of Planning in the MOH. Over the GAT is a ten-person Technical Working Group (GT) chaired by the Director of ACCESO (Vice Minister) with the participation of USAID, the PCU, Swedish International Development Agency (SIDA) and PAHO. The GT meets regularly for technical coordination, assuring implementation of the ACCESO workplan (including the USAID HS II Project component), and for briefing the GAT. The ACCESO process will support, and in turn will be supported by, project activities designed to strengthen the MOH managerial and administrative systems.

(b) Environmental Health Strategy Implemented Nationally

USAID will provide technical and financial assistance to complete the construction (by December 1996) of high quality water and sanitation systems and insure that all 700-plus rural water and sanitation systems that will have been built with project funding, as well as the more than 3,000 rural water systems constructed with financial support from USAID or other donor assistance in the past, are maintained at an optimal level. In addition, USAID will continue its policy dialogue to promote a more effective, decentralized SANAA.

To help achieve the higher level intermediate result of "increasing the percentage of rural water systems in the nation that operate at an "A" level", USAID will provide technical assistance to support SANAA's development of an evaluation and monitoring instrument, and will fund the training and equipping of approximately 48 additional technicians in operations and maintenance (TOMs),

incluirán ayudar a las comunidades locales en mantener y operar sus sistemas de agua y en recaudar y utilizar las cuotas por las juntas de agua.

El MdeS creará un nuevo nivel de empleado, el "técnico de salud ambiental" (TSA), quien supervisará las actividades de salud ambiental a nivel local. A nivel de Aérea, se creará el puesto de "Jefe de salud ambiental" (JSA), para manejar los programas de salud ambiental. La USAID apoyará al MdeS en capacitar e instalar los TSAs y JSAs, financiando el programa de estudios y la capacitación de estos nuevos técnicos.

La USAID también proveerá asistencia técnica (AT) al MdeS para re-estructurar su programa en salud ambiental. Específicamente, el MdeS mantiene una gama de actividades de salud ambiental (por ejemplo, control de malaria y otras enfermedades diseminadas por vectores, control de zoonosis (la rabia), atención a la calidad de agua y saneamiento, y mantener estandares de alimentos y fitosanitarios), pero la estructura actual dentro del MdeS ha impedido una ejecución adecuada. El MdeS está en el proceso de consolidar estas actividades a una sola oficina, manejada por una oficina de nivel de "director general."

Además, la USAID continuará coordinando con otros donantes, proveerá AT y adquirirá una cantidad limitada de equipo para descentralizar aún más la estructura y operaciones del SANAA a nivel regional. El objetivo a largo plazo (que no será logrado durante la vigencia del SS II) es que cada sistema urbano de agua sea transferido a control municipal. El diálogo político de la USAID, consistente con los propósitos del Banco Mundial para este sector, se enfocará en la reorganización del SANAA para aumentar el número de oficinas regionales descentralizadas a siete y separar sus funciones programáticas y de apoyo de sus funciones operacionales rutinarias.

whose responsibilities will include providing assistance to local communities in the maintenance and operation of their systems and in the collection and utilization of fees by the local water boards.

The MOH will create a new level of employee called the Environmental Health Technician, or TSA, who will oversee all environmental health activities at the local level. At the Area level, the MOH will create the position of "Chief of Environmental Health" (JSA), who will manage environmental health programs. USAID will support the MOH in its efforts to train and deploy new TSAs and JSAs by financing the development of curricula and training for these new technicians.

USAID will also provide the MOH with technical assistance (TA) for the restructuring of its environmental health program. Specifically, the MOH has a variety of environmental health activities (including, for example, the control of malaria and other vector-borne diseases, control of zoonoses (rabies), improving quality of water and sanitation, and maintaining food and phytosanitary standards), but the organizational structure of these programs within the MOH has impeded adequate implementation. The MOH is now consolidating these activities into a single office, headed by a director with "Director General" status.

Additionally, USAID will continue to coordinate with other donors and provide technical assistance and a limited amount of equipment to bring about a further decentralization of SANAA's structure and operations to the regional level. The longer-term objective (one that will not be achieved during the extended life of this project) is to have every urban water system in the country transferred from SANAA control to municipal ownership. USAID policy dialogue, consistent with the World Bank agenda for the sector, will focus on SANAA reorganization to further increase the number of decentralized regional offices to seven, and to separate SANAA's programmatic and support

functions from its more routine operational functions.

(c) Sistema de Información/Administración/Finanzas (SIG/A/F) Elaborado e Implementado.

El MdeS ha establecido tres grupos de trabajo para reformas de SIG/A/F; Supervisión, Monitoreo, y Evaluación (SME); y Sistema de Información Epidemiológica (SIE). Estos han elaborado y preparado planes de trabajo multianuales. Los planes contemplan la ejecución de cambios administrativos inicialmente en las 15 Areas Demostrativas, y luego al nivel nacional. La USAID proveerá al MdeS asistencia presupuestaria limitada (pero necesaria) para implementar las reformas administrativas en las 15 Areas.

El desarrollo e implementación de un sistema de información financiera gerencial efectivo (SIG), capaz de proporcionar la información financiera y administrativa necesaria para la toma de decisiones puntual en todos los niveles del MdeS es una meta intermedia importante de la extensión del proyecto. A través del proceso de diseñar e implementar el SIG durante el período del proyecto, los procesos administrativos se simplificarán, se descentralizarán, se controlarán y reportarán transparentemente, volviéndose por ese medio más sensible a los requisitos de los usuarios del sistema de atenciones primarias de salud.

El MdeS y la USAID contemplan dos grupos de actividades que conduzcan a estos resultados. Uno se deriva del manejo de fondos de donación del proyecto desembolsados para el apoyo de las actividades técnicas y de participación comunitaria de las nueve Areas de Enfoque. Cada una de las 9 Areas de enfoque desarrollará su respectivo plan anual de trabajo y presupuesto operativo, con asistencia técnica del proyecto, en el primer año (o sea, junio a diciembre 1996). El MdeS, a través de la Unidad de Coordinación del Proyecto (UCP), establecerá fondos rotatorios en cada una de las

(c) MIS/Finance/Administration (MIS/F/A) System Developed and in Use.

Three working groups focussing on reforms of the MIS/F/A, supervision, monitoring and evaluation (SME), and health information systems (HIS) have been established by the MOH and have prepared and submitted three-year workplans. The plans contemplate the implementation of administrative changes initially in 15 demonstration Health Areas followed by national expansion. USAID will provide limited (but essential) local budget assistance to the MOH to implement these administrative reforms in the demonstration Areas.

The development and implementation of an effective financial management and information system *(MIS/F/A)* for timely decision making at all levels of the MOH will be a major intermediate result of the extended HS II Project. In the process of designing and implementing this MIS over the project period, administrative processes will be simplified, decentralized, and transparently controlled and reported on - thereby becoming more responsive to the customer service requirements of the primary health care delivery system.

The MOH and USAID envision two sets of activities leading to these results. One derives from the management of project grant funds disbursed in support of the technical and community participation activities of the nine focus Health Areas selected from Regions 1, 2 and 3. In year 1 of the project extension (June to December 1996), annual work plans and operating budgets will be developed and implemented by the nine focus Areas, with project funded technical assistance. The MOH, through the Project Coordination Unit (PCU), will establish rotating funds in each of these

nueve Areas, de manera que pueden ejecutar sus planes anuales de trabajo y presupuestos operativos. Personal de la UCP visitará cada Area dos veces por mes, proporcionando servicios de capacitación y supervisión para la utilización de los fondos. La UCP también trabajará en coordinación cercana con el personal administrativo de las Regiones, y reunirá los datos suficientes durante sus visitas para preparar informes mensuales de cumplimiento de actividades e informes de ejecución presupuestaria para las Areas y Regiones, así como al nivel político del MdeS. En el segundo año de la extensión del proyecto (1997) el personal de la UCP entregará las responsabilidades de capacitación, supervisión y preparación de informes de monitoreo a su contraparte en las Regiones de Salud correspondientes; y para el tercer año (1998), las Regiones serán responsables para cumplir con estas funciones. Las Areas asumiendo estas responsabilidades exitosamente será el resultado final en el proceso de descentralizar la utilización de recursos y rendimiento de cuentas a las Areas.

El otro grupo de actividades se deriva de la reforma de la administración financiera iniciada con la Enmienda al Acuerdo de Proyecto SS II No. 19, de fecha 26 de agosto de 1994. Este conjunto de actividades ha sido retrasado para poder acomodar los cambios en la administración pública del GdeH, que se espera resulten de la aprobación de legislación actualmente bajo estudio en el Congreso Nacional de Honduras para la modernización del estado. Se espera que esta ley permita la descentralización de la ejecución del presupuesto para las Regiones 1 y 5 en 1996.

El grupo de trabajo del SIG/F/A coordinará el proceso de simplificación de procedimientos administrativos e instrumentos del MdeS, incluyendo costos recuperados. Todos los niveles del MdeS (Central, Regional, y Area) participarán en este proceso. Una unidad de ejecución, compuesta por un director (financiado por la

Health Areas to enable Health Area to staff execute their annual work plans and operating budgets. Personnel from the PCU will visit each Health Area twice per month, providing training and supervision services for the utilization of the funds. These PCU staff members will work in close coordination with administrative personnel from the corresponding health Regions. PCU staff will gather sufficient data during their visits to prepare monthly project activity completion and budget execution reports for distribution to the health Regions and the MOH policy level. In year 2 of the project extension (1997), the PCU personnel visiting the Health Areas will be tasked with turning over the training, supervision and monitoring report preparation duties to a counterpart in the corresponding Health Regions. In year 3 (1998) of the project extension, the Health Regions will be responsible for the training, supervision and monitoring report preparation duties. The successful assumption of these duties will constitute the end result of this vanguard effort to decentralize resource utilization and accountability to the Health Area level.

The other set of activities derives from the financial administration reform initiated in conjunction with HS II Project Agreement Amendment No. 19 dated August 26, 1994. These reform activities have been delayed in order to be responsive to changes in GOH public administration expected to result from the passage of "Modernization of the State" legislation currently being reviewed by the Honduran National Congress. It is anticipated that this legislation will allow for the decentralization of budget execution to health Regions 1 and 5 beginning in 1996.

The MIS/F/A working group will coordinate the simplification of MOH administrative procedures and instruments, including recovered costs. All levels of the MOH (central, Regional, and Area) will participate in this process. An implementation unit, composed of a USAID-funded Director and two counterpart funded analysts, will be responsible

USAID) y dos analistas (financiados por fondos de contraparte) diseñará un sistema de información que incorpore estos procesos simplificados, se preparará un manual de operaciones, se capacitará al personal en su uso y se instalará el sistema, a manera de proyecto piloto, en el nivel central del MdeS y en las Regiones 1 y 5. El SIG al nivel central agregará la información de las Regiones y manejará aquellos procesos administrativos no descentralizados a las Regiones. Después de una evaluación del proceso y de acuerdo con la acción del Congreso que autorice el sistema descentralizado a más Regiones, el sistema estará implementado en las Regiones 2 y 3. La implementación exitosa por las Regiones de estos procedimientos e instrumentos simplificados será el resultado final de este aspecto de la descentralización administrativa.

El Director de Administración del MdeS será la contraparte ante la USAID para estas actividades

(d) Sistema de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (SME) Elaborado e Implementado en 15 Areas Demostrativas.

Durante 1996 el grupo de trabajo de Supervisión, Monitoreo, y Evaluación (SME) revisará, junto con representantes de los niveles Central, Regional, Aérea y local, los procedimientos e instrumentos de supervisión actuales del MdeS. Como resultado de esta revisión, los protocolos del SME serán adecuados, probados y validados en cada una de las 15 Areas demostrativas.

La USAID financiará el transporte y los viáticos para que el MdeS elabore e implemente un sistema de supervisión capacitante, monitoreo, y evaluación, a todos niveles operativos -- así cada nivel proveerá apoyo, habilidades en la resolución de problemas, consejería, y capacitación-en-servicio al nivel supervisado. A través de la extensión del proyecto, de acuerdo al proceso presupuestario convenido, el Ministerio de Salud se responsabilizará por una

for designing an information system that incorporates these simplified processes, preparing an operations manual, training personnel in its use, and installing the system on a pilot basis at the central level of the MOH and in health Regions 1 and 5. The MIS at the central level will aggregate regional information and handle any administrative processes not decentralized to the health Regions. After an evaluation of the process, and in accordance with Congressional action authorizing decentralization to additional Regions, the system will be installed in Regions 2 and 3. Successful implementation by the Regions of these simplified administrative procedures and instruments will constitute the end result of this aspect of the process of administrative decentralization.

The MOH counterpart to USAID for these activities will be the Director of Administration.

(d) Supervision, Monitoring and Evaluation (SME) System Developed and Implemented in 15 Demonstration Areas.

During 1996 the SME working group, together with representatives of the Central, Regional, Area, and local levels, will review current MOH supervisory procedures and instruments. As the result of this review, SME protocols will be refined, appropriate personnel will be trained in their use, and these will be tested and validated by the MOH in each of the 15 demonstration Health Areas.

USAID will finance travel and per diem to enable the MOH to develop and implement a system of supportive supervision, monitoring and evaluation at all levels of the MOH -- with each supervising level providing support, problem solving skills, counseling, and in service education to the supervised level. Over the course of the project extension, as agreed upon through the budgetary process, the MOH will assume an increasing share

porción cada año mayor de los costos recurrentes.

Recursos del proyecto apoyarán la participación de personal de las 15 Areas demostrativas, financiando su transporte y viáticos para que puedan viajar de sus Areas a Tegucigalpa para capacitación y reuniones, y de personal del nivel central a las Areas, para propósitos de monitoreo y validación. El transporte de personal de Area dentro de sus respectivas Areas lo financiará la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, un ejemplo notable de coordinación entre donantes.

Durante 1997 y 1998, el MdeS evaluará la experiencia de las 15 Areas demostrativas y se harán las adecuaciones apropiadas. Basado en la evaluación y las conclusiones relevantes del estudio sobre financiamiento del sistema de salud y el costo-efectividad de las reformas (vea Sección 5.14 de esta Enmienda No. 22 al Convenio de Proyecto), se incorporarán al sistema 14 Areas adicionales (en 1997) y las demás Areas en 1998. El Director de Planificación será el contraparte del MdeS ante la USAID para esta actividad.

(e) Sistema de Información Epidemiológica (SIE) Implementado en las 15 Areas Demostrativas.

El desarrollo e institucionalización de un SIE eficiente y efectivo servirá para fortalecer el proceso de la toma de decisiones a nivel local, y para asegurar una distribución racional y costo-efectiva de los escasos recursos del MdeS (o sea basada en los datos epidemiológicos). A la vez esta información servirá para la detección temprana de problemas, para monitorear progreso en el logro de las metas del MdeS, y para indicar la condición general de salud de la población.

Durante el primer año de la extensión (junio a diciembre, 1996) el grupo de trabajo del SIE, con asistencia técnica apropiada del proyecto, analizará el estado actual de la información epidemiológica; examinará y definirá las necesidades de información

of these recurrent costs.

HS II resources will support the participation of personnel from the 15 demonstration Areas by funding the travel and per diem costs to enable them to travel from their Areas to Tegucigalpa for training and meetings, and of MOH personnel to the Areas for monitoring and validation purposes. The movement of Area supervisory personnel within their Areas will be supported by the Swedish International Development Agency, a notable example of donor coordination.

In 1997-98 the MOH will evaluate the experience of the 15 demonstration Areas and make appropriate adjustments to the system. Based on this assessment and relevant findings from the health care financing study on the cost-effectiveness of these reforms (see Section 5.14 of this Project Agreement Amendment No. 22), an additional 14 Areas will be incorporated into the system (in 1997), and the balance of the Areas by the end of 1998. The Director of Planning will be the MOH counterpart to USAID for the SME system.

(e) Health Information System (HIS) implemented in 15 Demonstration Areas.

The development and institutionalization of an efficient and effective HIS will serve as a basis for strengthening local decision making and for insuring a more rational (i.e., epidemiologically based) and therefore more cost-effective allocation of scarce MOH resources. At the same time, this information will also be useful in early warning/health surveillance, in monitoring progress in achieving MOH targets, and in providing data on the general health condition of the population.

During year 1 (June to December 1996) the HIS working group, with appropriate technical assistance funded from HS II, will analyze the current state of health information; examine and define health information needs and the data collection

epidemiológica y los instrumentos de colección de datos por nivel; probará y validará el sistema simultáneamente en las 15 Areas demostrativas; y preparará el primer borrador de un manual de operaciones del sistema. Durante los años dos (1997) y tres (1998), el MdeS y la USAID revisarán y evaluarán las experiencias de las 15 Areas demostrativas. Como consecuencia, el MdeS hará las adecuaciones apropiadas al sistema; capacitará personal en el uso del manual; tomará en cuenta las conclusiones del estudio de financiamiento (vea Sección 5.14 de esta Enmienda No. 22 al Convenio de Proyecto) incluyendo un análisis de los costos recurrentes, y si resulta costo-efectivo, se implementará e institucionalizará el sistema en las Areas restantes.

Con el sistema SME, los recursos del proyecto apoyarán la participación del personal de las 15 Areas demostrativas, financiando su transporte y viáticos para que puedan viajar de sus Areas a Tegucigalpa para capacitación y reuniones, y de personal del nivel central a las Areas, para propósitos de monitoreo y validación del SIE en las Areas. El transporte de personal de Area dentro de sus respectivas Areas lo financiará la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. A través de la extensión del proyecto, el MdeS asumirá una proporción aumentada de los costos recurrentes asociados con el SIE. El Director de Planificación será la contraparte del MdeS ante la USAID para esta actividad.

(f) Capacidad del MdeS en el Desarrollo de Recursos Humanos Mejorada.

Bajo la extensión del proyecto, el MdeS y la USAID explorarán oportunidades especificas que podrían mejorar el desarrollo de recursos humanos dentro del Ministerio. Específicamente, la USAID evaluará las oportunidades para adecuar los programas de Salud Pública y de Enfermería de la UNAH. Se considerará la factibilidad de adecuar el programa de estudios especialmente en las áreas

instruments by level; test, validate, and modify the system simultaneously in each of the 15 demonstration Areas; and develop the first draft of a system operations manual. In years 2 and 3 (CY 1997 and CY 1998) the MOH and USAID will review and evaluate the experience of the 15 demonstration Areas; the MOH will make appropriate adjustments to the system; train personnel in the use of the operations manual; take into account relevant findings from the health care financing study (see Section 5.14 of this Project Agreement Amendment No. 22) including an assessment of recurrent costs, and, if cost-effective, implement and institutionalize the HIS reforms in the remaining Health Areas.

As with the SME system, HS II funds will support the participation of personnel from the 15 demonstration Areas with travel and per diem expenses between their Areas and Tegucigalpa. Project resources will also fund MOH personnel to enable them to monitor and validate the HIS process in the Areas. Travel and per diem costs for Area personnel working within their respective Areas will be supported by the Swedish. Over the course of the project extension, the MOH will assume an increasing share of the recurrent costs of the HIS. The Director of Planning will be the MOH counterpart to USAID for the HIS.

(f) Improved MOH Human Resources Development Capacity.

Under this project extension, USAID and the MOH will explore specific, well targeted opportunities that could improve human resource development within the MOH. In particular, USAID will carry out an assessment of opportunities to improve the Nursing and Masters in Public Health programs at the UNAH. This assessment will look at the feasibility and appropriateness of modifying and

técnicas de salud reproductiva/planificación familiar y consejería en lactancia materna. También se considerará la posibilidad de apoyar programas en Enfermería Profesional fuera de la UNAH y de establecer cursos con certificación para personal del MdeS que llenen sus necesidades de recursos humanos capacitados, así como también la factibilidad de aprovechar el programa de la USAID/Washington de "Vínculos Universitarios", para así lograr establecer una relación profesional entre la UNAH y una universidad en los EE.UU.

(g) Política Efectiva de Información, Educación y Comunicación (IEC) Implementada

El enfoque a nivel Area y su programación local intensiva requiere nuevas estrategias en comunicaciones en salud. Los programas de comunicaciones públicas del MdeS se han desarrollado independientemente en vez de canalizarse a través de la División de Educación de la Salud (DES). Esto ha resultado en una duplicación de esfuerzos y el no aprovechamiento de un recurso ya establecido. De acuerdo con la Sección 5.15 de esta Enmienda No. 22 al Convenio de Proyecto, el proyecto instará a que el Ministerio defina y apruebe una política sobre la educación de la salud. Dicha política debería estipular que la DES estará involucrada en el diseño de todas las campañas IEC. Así, el componente de comunicaciones del plan de trabajo de la División Materno-Infantil se elaborará conjuntamente con la DES y se financiará por SS II. El diseño, elaboración e implementación de campañas de la educación de salud pondrán énfasis en un mayor nivel de participación comunitaria.

La USAID apoyará las actividades IEC al nivel nacional a través del diálogo político y el financiamiento de la elaboración, reproducción y utilización de materiales IEC en areas técnicas especificas, inclusive IRA, TRO, y salud reproductiva. Los Directores de DMI y DES serán

upgrading the curriculum in these programs (and in the curriculum that governs pre-service training in the areas of reproductive health/family planning and breastfeeding counseling). The possibility of supporting other nurse training programs outside UNAH and introducing certificate courses for MOH personnel that would help meet MOH human resource development needs will also be explored, as will the feasibility of using the USAID/W University Development Linkages Program to achieve professional academic ties between the UNAH and a university in the U.S.

(g) Effective Information, Education and Communication (IEC) Policy Implemented

The Health Area focus and its intensive community-based programming will require new approaches to health communication. MOH communication programs have been independently developed in many separate programs instead of being channeled through the Division of Health Education (DHE). This has led to a duplication of efforts throughout the Ministry and a failure to take advantage of an established resource. In accordance with Section 5.15 of this Project Agreement Amendment No. 22, HS II will encourage the MOH to define and approve a policy on health education. The essential characteristic of this policy will be its stipulation that the DHE must be involved in the design of all IEC campaigns. In this spirit, the communications component of the MCH workplan will be developed in collaboration with the DHE and financed by the project. Health education program design, development and implementation will emphasize greater community participation.

USAID will support IEC nationwide through policy dialogue and funding of the development, reproduction, and use of IEC materials in specific technical areas, including IRA, ORT, and Reproductive Health. The Directors of MCH and of the Health Education Division (DHE) will be

las contrapartes del MdeS ante la USAID para estas actividades.

SECCIÓN D: Monitoreo, Evaluación, y Plan de Auditorías

1. Monitoreo y Evaluación

a. Monitoreo

El MdeS monitoreará el logro de las actividades claves y las metas anuales elaboradas para los indicadores, como indicamos en el Anexos II, e informará a la Misión semestralmente (al 31 de enero y 31 de julio de cada año), sobre el progreso en alcanzar las metas. Hasta donde sea posible, los datos serán desagregados por género.

Tal como indican el Anexo II, diferentes fuentes de datos serán utilizados por el MdeS y la USAID para llevar a cabo el monitoreo. Estas incluirán un análisis situacional hecho en las nueve Areas de enfoque, la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) 1996, una versión limitada de la ENESF en 1998 en las nueve Areas de enfoque, estadísticas sobre servicios de las UPS, y otros informes del MdeS.

El Sistema de Información Epidemiológico, mientras se vaya desarrollando, aportará datos sobre el progreso alcanzado en los resultados programados. El sistema de supervisión desempeñará un papel importante en la recolección de datos para los informes: los supervisores llenarán un instrumento sencillo de datos sobre el status de provisión de servicios en cada UPS, inventario, operaciones, y condición física. Esta información será usada para medir la disponibilidad y provisión de servicios de las UPSs por separado y agregado. Durante los primeros 12 meses de la extensión del proyecto, el MdeS llevará a cabo una visita de monitoreo a cada una de las nueve Areas de enfoque y las 15 Areas demostrativas. Tanto la USAID como el MdeS (incluyendo la UCP)

MOH counterparts to USAID for these activities.

SECTION D: Monitoring, Evaluation, and Audit Plan

1. Monitoring and Evaluation

a. Monitoring

The MOH will monitor the achievement of the key activities and annual targets developed for the project results indicators as set forth in Annex II, and will report to the Mission semi-annually (by January 31 and July 31 of every year), progress made in reaching these targets. To the extent possible, data will be disaggregated by gender.

As shown in Annex II, several different data sources will be utilized by the MOH and USAID in carrying out this monitoring function. These sources will include a situational analysis conducted in the nine focus Areas, the 1996 Epidemiology and Family Health Survey (EFHS), a limited version of the EFHS in 1998 in the nine focus Areas, service statistics from reporting UPS, and other MOH reports.

As the MOH Health Information System is developed, it will provide data on progress toward meeting planned results. The supervision system will perform an important data-gathering function for the monitoring function: supervisors will complete a simple data collection instrument describing the status of UPS service provision, inventory, operations, and physical condition. This information will be used to measure the availability and provision of services at each UPS and in the aggregate. During the first 12 months of the project extension, the MOH will also carry out a monitoring visit to each of the nine focus Areas and 15 demonstration Areas. Both USAID and MOH (including the PCU) will participate in these visits.

participarán en estas visitas.

b. Evaluación

La USAID y el MdeS llevarán a cabo una evaluación a principios de 1998 para analizar los logros alcanzados por el proyecto, basados en los indicadores de resultados (vea Anexo II). Ambos se pondrán de acuerdo en el alcance de trabajo para la evaluación y en la selección del equipo evaluador. El MdeS designará un representante como contraparte del equipo. La USAID será responsable de una contratación directa o a través de la Oficina "Global" de la USAID/Washington para llevar a cabo la evaluación. La evaluación se iniciará a principios de 1998 para permitir ajustes durante el último año del proyecto y para ayudar en el diseño de un programa que posiblemente comience en el año 1999.

2. Requisito de Auditorías Anuales

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Donatario) llevará a cabo auditorías financieras anuales de todos los fondos desembolsados al MdeS (inclusive fondos desembolsados directamente a los niveles Central, Regional y de Area), al SANAA, y a cualquier otra institución o Ministerio, público o privado, que lleve a cabo actividades con fondos de este de proyecto (excepto cuando el desembolso directo total anual no exceda de cien mil dólares).

Las auditorías se llevarán a cabo de acuerdo con los términos siguientes:

Las auditorías deberán determinar si la recepción y desembolso de los fondos bajo el convenio están presentados de acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados y las disposiciones generales de la USAID y si el recipiente (donatario) ha cumplido con los términos del Convenio. Cada auditoría se terminará a más tardar un año después del cierre del año calendario

b. Evaluation

USAID and the MOH will carry out an evaluation in early 1998 to analyze project achievements, based on indicators of project results (Annex II). The MOH and USAID shall jointly agree on the scope of work for this evaluation and on the selection of the evaluation team. The MOH shall also designate a counterpart representative to the team. USAID will be responsible for either contracting directly or using Global Field Support Funds to procure the services of a G\PHN cooperating agency to carry out the evaluation. The evaluation is to begin in early 1998 in order to allow time for adjustments during the final year of the project and to assist in the design of a possible follow-on program beginning in FY 1999.

2. Annual Audit Requirement

The Ministry of Finance and Public Credit (Grantee) shall have annual financial audits made of all funds disbursed to the Ministry of Health (covering funds disbursed directly to the Central, Regional and Health Area levels), to SANAA, and to any other public or private sector institution or ministry carrying out activities funded under this project agreement extension (except where the total direct annual disbursement does not exceed $100,000).

The audits shall be carried out in accordance with the following terms:

The audits shall determine whether the receipt and expenditure of the funds provided under the Agreement are presented in accordance with generally accepted accounting principles and USAID standard provisions and whether the recipient has complied with the terms of the Agreement. Each audit shall be completed no later than one year after the close of the calendar year

(o sea, el año fiscal del GdeH) durante el cual los fondos fueron desembolsados.

El Ministerio de Hacienda seleccionará un auditor independiente aceptable a la USAID bajo "Las Pautas para Auditorías Financieras Contratadas por Recipientes (Donatarios) Extranjeros," emitidas por la Inspectoría General de la USAID ("Pautas"), y las auditorías se harán de acuerdo con las "Pautas".

La USAID, a su discreción, podría hacer evaluaciones financieras de los fondos donados bajo el Convenio. El recipiente (donatario) ofrecerá a los representantes autorizados por la USAID/Honduras/Oficina de Contabilidad/Análisis Financiero la oportunidad en todo momento razonable de llevar a cabo estas evaluaciones.

SECCIÓN E: Costos Recurrentes de las Intervenciones del Proyecto para las Organizaciones Participantes

El análisis de los costos recurrentes de este proyecto se compone de dos elementos: una estimación del presupuesto de los costos recurrentes para el período 1996-1999, vinculado a un acuerdo entre la USAID y el GdeH sobre el monto y proporción de estos costos que el GdeH asumirá (vea Anexo V para un desglose de los montos); y un compromiso de parte del MdeS para evaluar todos los costos y ahorros asociados con las nuevas tecnologías y sistemas administrativos (incluyendo ACCESO) introducidos y apoyados bajo este proyecto (a través de la Sección 5.14 de esta Enmienda No. 22 al Convenio de Proyecto).

Los costos recurrentes anuales se han estimado de la siguiente manera: 1) En el presupuesto del primer año (1996) todos los costos locales se han clasificado ya sea como "inversión" o como "recurrentes," y se han proyectado estimaciones para los años de 1997, 1998, y 1999; 2) Los costos recurrentes fijos de un 4% anual están asociados con el mantenimiento y reparación del equipo

(i.e., GOH fiscal year) in which the funds were disbursed.

The Ministry of Finance shall select an independent auditor eligible to USAID under the "Guidelines for Financial Audits contracted by Foreign Recipients" issued by the USAID Inspector General ("Guidelines"), and the audits shall be performed in accordance with the "Guidelines".

USAID may, at its discretion, also conduct financial reviews of the funds provided under the Agreement. The recipient shall afford authorized representatives of USAID/Honduras CONT/FARS Office the opportunity at all reasonable times to conduct these reviews.

SECTION 4: Recurrent Costs of Project Interventions to Participant Organizations

The recurrent cost analysis of this project is composed of two elements: a budgetary estimate of the project recurrent costs during the CY 1996-1999 project period, tied to an agreement with the GOH on the amount and proportion of those recurrent costs which will be assumed by the GOH (see Annex V for a breakdown of these costs); and a commitment by the MOH to fully assess the costs and savings associated with new technologies and administrative systems (including ACCESO) that are introduced and supported under this project (per Section 5.14 of this Project Agreement Amendment No. 22).

The annual project recurrent costs are estimated as follows: (1) All local costs in the first year budget are classified as either investment or recurrent, and estimates are projected to years two, three and four; (2) fixed recurrent costs of 4% per annum are associated with all project procured equipment maintenance and repair; and (3) an increasing share of contraceptive procurement will be born by the

adquirido con fondos del proyecto; y 3) El GdeH asumirá una porción incrementada del costo de anticonceptivos (de acuerdo con la Sección 5.10) Basado en esta fórmula, el porcentaje de costos recurrentes (excluyendo anticonceptivos) que cubrirá el GdeH durante cada uno de los años del proyecto será 59% (1996), 70% (1997), 85% (1998) y 91% (1999). El porcentaje de los costos recurrentes por anticonceptivos pagados por el GdeH aumentará de 1.6% (1996) a 20% (1999). El porcentaje total de todos los costos recurrentes que es la responsabilidad del GdeH durante los cuatro años del proyecto será: 29% (1996), 36% (1997), 44% (1998), y 46% (1999). Los fondos de ESF cubrirán los costos recurrentes solamente para el año de 1996. Después de 1996, estos costos serán cubiertos por fondos nacionales.

SECCIÓN F: Presupuesto

El presupuesto del Proyecto se encuentra como el Anexo III de este Convenio. Dentro del presupuesto, cada elemento individual podrá ser incrementado o disminuido hasta en un 15% sin la previa aprobación de la USAID. Cualesquiera cambios mayores del 15% entre los elementos será acordado mutuamente entre la USAID y el MdeS.

GOH (per Section 5.10). Based on this formula, the percentage of non-contraceptive recurrent costs covered by the GOH during each of the four project years will be 59% (1996), 70% (1997), 85% (1998), and 91% (1999). The percentage of contraceptive recurrent costs paid by the GOH will increase from 1.6% (1996) to 20% (1999). The overall percentage of all recurrent costs borne by the GOH over the four years is: 29% (1996), 36% (1997), 44% (1998), and 46% (1999). ESF funds will cover recurrent costs only for CY 1996. After 1996, these costs will be covered by national funds.

SECTION F: Budget

The Project budget is attached as Annex III to this Agreement. Within the budget, individual project elements may be increased or decreased by up to 15% without prior approval from USAID. Any changes between project elements greater than 15% shall be mutually agreed to by USAID and the MOH.

ANNEX 2:

HEALTH SECTOR II PROJECT RESULTS INDICATORS

STRATEGIC OBJECTIVE 3: IMPROVED FAMILY HEALTH	Means of Verification
S.O. **Improved Family Health**	
a. Under 1 infant mortality rate reduced nationally from 50 (1989 baseline) to 40 (1999).	a. Epidemiology and Family Health Survey
b. Reduced level of malnutrition nationally among children 12-23 months of age (2 S.D. below mean wt/age) from 24.1% (1994 baseline) to 22% (1999).	b. EFHS and/or Title III Household Social Economic Survey/
c. Reduced maternal mortality ratio (maternal deaths per 100,000 live births) nationally from 221 (1989 baseline) to 175 (1999).	c. EFHS ("sisterhood" method in 1996 EFHS)
d. Reduced total fertility rate in women 15-44 years from 5.1 (1991 baseline) to 4.5 (1999) nationally.	d. EFHS
e. Maintained HIV seroprevalence rate among CSWs and women attending prenatal clinic in San Pedro Sula at 13% and 4% respectively (to 1999).	e. Sentinel surveillance sites (San Pedro Sula)

45

INTERMEDIATE RESULTS I LEVEL	
I.R.-1.1 Increased Use of Selected Child Survival Interventions Nationally	
a. Immunization coverage of children under one maintained at 90% or higher (for DPT, Measles, Polio, Tuberculosis).	a. MOH annual reports
b. Tetanus toxoid immunization coverage of women 12-49 years maintained at 90% or higher (second dose within last 3 years).	b. MOH annual reports
c. Increased percentage of children 2-3.99 months exclusively breastfed during the previous 24 hours increasing from 23% (1991) to 33% (1999).	c. EFHS (1996, 2000)
d. Percentage of total outpatient visits to health centers of children under 5 years due to diarrhea not exceeding 10% (1995 baseline).	d. MOH annual reports
e. Percentage of children under 5 years with diarrhea in the last 15 days treated with ORS increased from 31.7% (1991) to 40% (1999).	e. EFHS (1996, 2000)
I.R.-1.2 Increased Use of Reproductive Health Services including Family Planning Services Nationally	
a. Contraceptive prevalence rate in women 15-44 years in union increased from 47% (1991) to 53% (1999), of which modern methods increases from 35% (1991) to 41% (1999).	a. EFHS (1996, 2000)
b. Percent of rural women who gave birth in last 5 years who had a prenatal visit at a health facility during last pregnancy increased from 67% (1991) to 82.5% (1999).	b. MOH annual reports (and EFHS)

I.R.-1.3 Increased Use of STD/AIDS Prevention Practices and STD Treatment Services among target populations in San Pedro Sula, Tegucigalpa, Comayagua and La Ceiba	
a. Rate of reported condom use among target populations -- Commercial Sex Workers- (CSW), CSW clients, Garífuna males and females, people in the workplace (PWP) males and females, and men who have sex with men (MWM) -- during most recent sexual intercourse of risk increased from 1996 (baseline) to 1999 (end of project) as follows: CSW - 87 to 92; CSW client - 65 to 75; Garífuna male - 69 to 80; Garífuna female - 28 to 40; PWP male - 37 to 43; PWP female - 25 to 31; MWM 80 to 90.	a. Periodic Knowledge, attitude and behavioral change (KAB) Studies
b. Decreased rate of reported non-regular sexual partners among target populations from 1996 (baseline) to 1999 (end of project) as follows: CSW client - 76 to 70; Garifuna male - 40 to 35; Garifuna female - 12 to 9; PWP male - 45 to 41; PWP female - 30 to 28; MWM 75 to 70.	b. Periodic KAB Studies
c. Increased percentage of individuals presenting with STDs in health facilities assessed and treated per national standard case management protocols increasing from 21% (1992 baseline) to 60% (1999).	c. Periodic AIDS Technical Assistance Contractor facility surveys.

INTERMEDIATE RESULTS 2 LEVEL	
I.R.-2.1 Sustainable and Effective National Public Primary Health Care System	
a. Increased percentage of all CESARs and CESAMOs in the nine focus areas maintained at the "A" level (illustrative measure could include: days/month open, hours of operation, staffing, availability of essential drugs and equipment, quality of counselling, physical condition of facility and service delivery measures such as immunizations and rural prenatal care coverage).	a. The evaluative instrument will be defined prior to the signing of the Agreement.
b. Increased percentage of rural water systems in the nation that operate at the "A" level. (A rural water system functioning at the "A" level is defined as one having the following characteristics: (a) water is disinfected, (b) there is a water board that meets periodically, (c) there is a water fee that is paid by users, (d) there is a maintenance employee, and (e) water is available from the system on a daily basis).	b. Baseline data and targets for 1997, 1998 and 1999 to be established in CY 1996 with SANAA
c. Expansion of proven administrative systems (SME; HIS; and ACCESO) introduced in 15 demonstration areas to 41 health areas by 1999.	c. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
d. Expansion of new or improved approaches to implementing proven health technologies (family planning, reproductive health, pneumonia case management, exclusive breastfeeding, and integrated child care) introduced in the nine focus areas to all 41 health areas by 1999.	d. MOH and USAID reports
e. Simplified MIS/F/A administrative procedures and instruments in place and being used at the regional and central levels.	e-i Baseline data, and targets to be established per condition precedent
f. Within the nine focus Areas, at least 90% of UPS receiving at least three supervision/training visits/year from the Area/Sector; all Areas receiving at least two supervision/training visits/year from the Region, and all three Regions receiving at least one visit from the central MOH per year.	
g. In 100% of the UPSs within the nine focus areas: (a) recuperated funds managed according to the MOH operations manual; and (b) increased number of alternative (community based) sources of financing available to the UPSs.	
h. Increased percentage of referrals that are received and treated (for: obstetric emergencies, family planning services, pneumonia, diarrhea, etc.) at higher level health centers or hospitals in the nine focus Areas.	
i. Increased number of referrals (for obstetric emergencies, family planning services, pneumonia, diarrhea, etc.) in the nine focus Areas.	
I.R.-2.2 Sustainable and Effective National Private Sector Family Planning and Reproductive Health Care System	See PSP III Project Paper

48

INTERMEDIATE RESULTS 3 LEVEL	
I.R.-3.1 Improved delivery of child survival services within the nine focus areas.	
a. New approaches introduced and used for combatting pneumonia in children under five years.	
1. Increased percentage of pneumonia cases among children under five years treated by community volunteers in target communities.	a.1. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
b. Improved quality of pneumonia case management.	
1. Pneumonia mortality rate of children under five years reduced in the five hospitals.	b.1-3 . Baseline data and targets to be established per condition precedent.
2. The number of deaths from pneumonia in children under five years reduced in targeted communities.	
3. Increased percentage of pneumonia cases in children under five years treated in UPS.	
c. New approaches introduced and used for promoting exclusive breastfeeding for children under six months.	
1. Increased percentage of communities with a trained, community counselor promoting breastfeeding.	c.1-2. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
2. Increased percentage of children at 2, 4, and 6 months of age who are exclusively breastfed.	
d. Improved quality of exclusive breastfeeding promotion.	
1. Five hospitals and four maternal-child clinics accredited as "Baby Friendly Hospitals/Clinics by the MOH.	d.1. MOH reports
e. New approaches introduced and used for monitoring growth and integrated child health care among children under one year of age.	
1. Increased percentage of children under one year attending a health clinic for the first time.	e.1-2. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
2. Increased percentage of children under one year who have received integrated child care services in the preceding month.	

f. Improved quality of integrated child health care.	
1. Increased average number of health clinic visits per year among children under one (as measured by: total number of visits of children under one year/total number of children under one year who attended a health clinic for the first time).	f.1-2. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
2. Increased percentage of most needy (postergada) communities in which integrated child health care services for children under one are available (including growth monitoring, and nutrition and health education for mothers).	
I.R.-3.2 Improved Delivery of Reproductive Health and Family Planning Services in the Nine Focus Areas	
a. Improved or new approaches to FP introduced	
1. Pilot project implemented (beginning in one Area in every health Region in the country) for family planning counseling, the distribution of oral contraceptives, and IUD insertions by auxiliary nurses in CESARs.	a.1. Pilot project site selection, TA and monitoring plans to be jointly established per condition precedent.
2. Increased number of Couple Years Protection (CYP) disaggregated by family planning method and UPS level.	a.2-4. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
3. Increased percentage of women receiving family planning methods postpartum (first 42 days) in UPSs.	
4. Increased number of family planning users registered by community personnel.	
b. Increased MOH purchase of contraceptives nationally	b. Per Covenant #5
c. Improved or new approaches to reproductive health	
1. Increased percentage of pregnant women (per national micronutrient survey baseline) who received iron supplements in the previous month.	c. 1-2 Baseline data and targets to be established per condition precedent.
2. Increased percentage of births attended by health personnel (excluding TBAs).	
d. *Improved quality of RH services*	
1. Increased percentage of pregnant women having prenatal visits during the first 20 weeks of pregnancy in a UPS.	d. 1-4. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
2. Increased percentage of new mothers attending a UPS for a postpartum checkup within the first 42 days (six weeks) of delivery.	
3. Reduced numbers of maternal deaths in the five hospitals.	
4. Reduced neonatal mortality rate in the five hospitals.	

50

e. Improved RH referrals	
1. Increased number of high risk pregnancies referred to UPS by TBAs.	e. 1-2. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
2. Increased number of obstetric emergencies referred to UPS by TBAs.	
I.R.-3.3 Improved Delivery of STD/AIDS Prevention and STD Treatment Programs	
a. Increased percentage of target population knowledgeable of STD/AIDS prevention practices (i.e., Commercial Sex Workers -(CSW), CSW clients, Garifuna males and females, people in the workplace (PWP) males and females, and men who have sex with men (MWM) in San Pedro Sula, Comayagua, Tegucigalpa and La Ceiba).	a.1 Baseline and plan for KABC studies to monitor progress established with AIDSCAP during year 1.
b. Increased MOH purchase of condoms nationally	b. Per covenant #5
I.R.-3.4 National Health Systems and Policies Strengthened	
a. ACCESO multi-year workplan developed and implemented in 15 demonstration Areas.	
1. All municipalities and UPSs classified with respect to socio-economic status nationally.	a.1. NBI, CEFASA surveys.
2. Increased percentage of municipalities, UPSs and areas with action plans and budgets developed and executed.	a.2-3 Baseline data and targets to be established per condition precedent.
3. Increased percentage of municipalities and UPSs with local health organizations/committees functioning.	
4. Evaluative instrument for grading UPSs developed and in use within nine focus areas.	a.4 MOH Reports
5. Adequate financial and human resources available to carry out reforms.	
b. Environmental Health Strategy implemented nationally.	b.1-2 SANAA reports
1. Number of decentralized regional offices increased from three to seven by 1997.	
2. Evaluative instrument for grading water systems in use nationally by SANAA.	
3. Curricula developed by MOH for the training of the Environmental Health Technician (TSA) and the area-level Environmental Health Area Supervisor.	b.3-4 MOH Reports
4. First group of 50 Environmental Health Technicians (TSA) and 5 Environmental Health Area Supervisors trained and in place in five of the nine focus areas.	
5. Adequate financial and human resources available to carry out reforms.	

c. MIS/Finance and Administration system developed and in use. 1. Computerized financial information system established at MOH central and regional levels to improve the cost-effectiveness of MOH operations. 2. Decentralized Area-level workplans and operating budgets in place and executed in each of the nine focus areas. 3. Adequate financial and human resources available to carry out reforms. 4. MOH routinely incorporates health care financing and sustainability analyses into its budgetary process, including (a) resource allocation, use and management, and (b) finance costing and expenditure monitoring. *d. Supervision, monitoring and evaluation (SME) implemented in 15 demonstration areas.* 1. SME protocols developed, tested and in use. 2. Supervisors trained at all levels in the purpose and use of protocols. 3. Adequate financial and human resources available to carry out revised SME protocols *e. Health Information System (HIS) implemented in 15 demonstration areas.* 1. HIS designed and approved, and operations manual developed, tested and in use. 2. Personnel at all levels trained in carrying out data collection , data entry, analysis and feedback for decision making . 3. Regular feedback to improve performance being provided by MOH central level to regional level, and by regional level to area level, based on HIS data on the achievement of results. 4. Adequate financial and human resources available to carry out the HIS. *f. Improved MOH HRD capacity (to be determined). One possibility is to improve the Masters in Public Health, Nursing and General Medicine programs at UNAH to make them more relevant to MOH human resource development needs.* *g. Effective information, education and communication (IEC) policy approved and implemented.* 1. A policy on health education developed and approved that defines the role of the DHE 2. All IEC material developed in accordance with this policy. 3. Adequate financial and human resources available to carry out IEC policy.	c-f: Baseline data and targets to be established per condition precedent. g. Per covenant

U:\DFPUB\WPDATA\PROJECTS\0216\ANNEX2.ENG

52

ANEXO II

INDICADORES DE RESULTADOS DEL PROYECTO SECTOR SALUD II

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: SALUD FAMILIAR MEJORADA	Verificación
O.E. Salud Familiar Mejorada	
a. Tasa de mortalidad infantil en niños menores de un año reducida a nivel nacional de 50 (línea base 1989) a 40 (1999)	a. Encuesta Nacional de Salud (ENESF -- 1996, 2000)
b. Tasa de desnutrición a nivel nacional en niños 12-23 meses de edad (2 D.E. bajo el promedio peso/edad) reducida de 24.1 % (línea base 1994) a 22% (1999).	b. ENESF y/o Encuesta de Hogares.
c. Tasa de mortalidad materna (muertes maternas por 100,000 nacidos vivos) reducida a nivel nacional de 221 (línea base 1989) a 175 (1999).	c. ENESF (método "hermana" en ENESF 1996)
d. Tasa global de fecundidad en mujeres de 15-44 años reducida de 5.1 (línea base 1991) a 4.5 (1999) a nivel nacional.	d. ENESF
e. Tasa de seroprevalencia de VIH entre TSs y mujeres asistiendo a una clínica de atención prenatal en San Pedro Sula mantenida a 13% y 4% respectivamente (al 1999).	e. Sitios sentinelas (San Pedro Sula)
RESULTADOS INTERMEDIARIOS NIVEL 1	
RI 1.1 Incremento en la Utilización de Intervenciones Seleccionadas en Supervivencia Infantil al Nivel Nacional	
a. Mantener la cobertura de vacunaciones en niños menores de un año a un nivel mínimo de 90% (en DPT, Sarampión, Polio, y Tuberculosis)	a. Informes Anuales MdeS
b. Mantener la cobertura de vacunaciones de mujeres entre 12-49 años a un nivel mínimo de 90% (dos dosis de toxoide tetánico dentro de los últimos tres años).	b. Informes Anuales MdeS
c. Aumento en el porcentaje de niños entre 2-3.99 meses con lactancia materna exclusiva durante las últimas 24 horas de 23% (1991) a 33% (1999).	c. EFHS/ENESF (1996, 2000)
d. Cobertura institucional por diarrea en niños menores de cinco años no excederá al 10% (línea base 1995).	d. Informes Anuales MdeS
e. El porcentaje de niños menores de cinco años con diarrea en los últimos 15 días tratados con sales de rehidratación oral aumentará de 31.7% (1991) a 40% (1999).	e. ENESF (1996, 2000)

53

RI 1.2 Incremento en la Utilización de Servicios de Salud Reproductiva incluyendo Servicios de Planificación Familiar a nivel nacional	
a. Incremento en la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres en unión de 15-44 años de edad de 47% (1991) a 53% (1999), de las cuales el uso de métodos modernos se incrementa de 35% (1991) a 41% (1999).	a. ENESF (1996, 2000)
b. Incremento en la cobertura de control prenatal institucional de 67% (1991) a 82.5% (1999).	b. Informes anuales MdeS y ENESF
RI 1.3 Incremento en la Utilización de Prácticas de Prevención de ETS/SIDA y Servicios de Tratamiento para ETS entre las Poblaciones Meta	
a. Incremento en la tasa del uso reportado del condón según las poblaciones meta--Trabajadoras del sexo (TS), clientes de TS, Hombres y Mujeres Garífunas, Personas en su lugar de trabajo (PLT) hombres y mujeres, y hombres que tienen sexo con hombres (HCH) - durante su última relación sexual de riesgo, se incrementará desde la línea base 1996 hasta 1999 (final del proyecto), así: TS:87% a 92%; TS clientes: 65% a 75%; Hombres Garífunas: 69% a 80%; Mujeres Garífunas: 28% a 40%; PLT hombres: 37% a 43%; PLT mujeres: 25% a 31%; HCH: 80% a 90%.	a. Estudios conocimiento-actitud-comportamiento. (CAC)
b. Reducción en la tasa de parejas sexuales ocasionales según las poblaciones meta, de 1996 (línea base) hasta 1999 (final de proyecto), así: TS clientes: 76% a 70%; Hombres Garífunas: 40% a 35%; Mujeres Garífunas: 12% a 9 %; PLT hombres: 45% a 41%; PLT mujeres: 30% a 28%; HCH: 75% a 70%.	b. Estudios CAC
c. Aumento en el porcentaje de personas con ETS en facilidades de salud diagnosticadas y tratadas de acuerdo con las normas nacionales aprobadas, 21% (1992 línea base) a 60% (1999).	c. Encuestas periódicas de facilidades ETS/SIDA.

RESULTADOS INTERMEDIARIOS NIVEL 2	
RI 2.1 Sistema Sostenible y Efectivo de Atenciones Primarias de la Salud en el Sector Público	
a. Aumento en el porcentaje de UPS de las nueve Areas de enfoque tipo "A" (una categoría que podría incluir: el número de días por mes abierto, horas de operaciones, personal, disponibilidad de medicinas y equipo necesario, calidad de consejería, y condición física de la planta, y medidas de entrega de servicios tales como inmunizaciones y cobertura prenatal en areas rurales).	a. Criterios para la categoría "A" a ser definidos de acuerdo con la condición previa sobre los datos de línea base y metas.
b. Aumento en el porcentaje de sistemas rurales de agua potable al nivel nacional operando en un nivel "A": (definido como un sistema con lo siguiente: a) el agua está desinfectada; b) existe una junta de agua que se reúne periódicamente; c) los usuarios pagan una cuota para el agua; d) un fontanero ha sido contratado por la junta; e) hay agua disponible diariamente.)	b. Línea base y metas para 1997, 1998, y 1999 a ser definidas en el AC 1996 con SANAA.
c. Implementación de los sistemas administrativos (SME, Información Epidemiológica, y ACCESO), previamente probados en las 15 Areas demostrativas, en las 41 Areas del país para 1999.	c. Línea base y metas a ser definidas de acuerdo con la condición previa.
d. Implementación en las 41 Areas del país para 1999 de las tecnologías en salud nuevas o mejoradas (planificación familiar, emergencias obstétricas, manejo de casos de neumonía, lactancia materna, y AIN) probadas en las nueve Areas de enfoque.	d. Informes MdeS y USAID
e. Implementación de procedimientos administrativos e instrumentos simplificados en el Sistema de Información Gerencial/Finanzas/Administración en los niveles regional y central.	e-i. Datos de la línea base, y metas a definirse de acuerdo con la condición previa; informes MdeS.
f. En las nueve Areas de enfoque, por lo menos el 90% de las UPSs recibirán por lo menos tres visitas de supervisión capacitante al año del nivel Area/Sector; las Areas recibirán por lo menos dos visitas de supervisión capacitante al año del nivel Región; y las tres Regiones recibirán por lo menos una visita de supervisión capacitante al año del nivel central.	
g. En el 100% de las UPSs de las nueve Areas de enfoque: (a) los fondos recuperados manejados de acuerdo con el manual de operaciones del MdeS; y (b) incremento en el número de fuentes alternas de financiamiento.	
h. Porcentaje incrementado de referencias que son recibidas y tratadas (por: emergencias obstétricas, servicios de planificación familiar, neumonía, diarrea, etc) en todos los niveles de atención (referencia efectiva) en las nueve Areas de enfoque.	
i. Aumento en el número de referencias de las UPSs (por emergencias obstétricas, servicios de planificación familiar, neumonía, diarrea, etc) en las nueve Areas de enfoque.	
RI 2.2 Sistema Sostenible y Efectivo de Atenciones en Salud Reproductiva y Planificación Familiar en el Sector Privado.	Ver el informe del proyecto Sector Privado Población III.

55

RESULTADOS INTERMEDIOS NIVEL 3	
RI 3.1 Entrega Mejorado de Servicios de Supervivencia Infantil en las Nueve Areas de Enfoque.	
a. Nuevas estrategias iniciadas y utilizadas para combatir la neumonía en niños menores de cinco años. 1. Incremento en el porcentaje de casos de neumonía en niños menores de 5 años tratados por voluntarios comunitarios en las comunidades intervenidas (cobertura comunitaria).	a.1. Línea base y metas a definirse de acuerdo con la condición previa.
b. Calidad mejorada en el manejo de casos de neumonía. 1. Letalidad hospitalaria por neumonía en niños menores de 5 años reducida. 2. Reducción en el número de muertos por neumonía en niños menores de 5 años en comunidades intervenidas. 3. Aumento en la cobertura institucional por neumonía en niños menores de cinco años.	b.1-3. Línea base y metas a definirse de acuerdo con la condición previa.
c. Nuevas estrategias iniciadas y utilizadas para promover la lactancia materna exclusiva para niños menores de seis meses. 1. Incremento en el porcentaje de comunidades con una consejera comunitaria entrenada y promoviendo la lactancia materna. 2. Incremento en la tasa de uso de lactancia materna exclusiva en niños de 2, 4, y 6 meses.	c.1-2. Línea base y metas a definirse de acuerdo con la condición previa.
d. Calidad mejorada en la promoción de la lactancia materna exclusiva. 1. Los cinco hospitales y cuatro clínicas materno-infantiles acreditados como "Hospitales/clínicas Amigos de los Niños."	d.1. Informes MdeS
e. Nuevas estrategias iniciadas y utilizadas para el monitoreo del crecimiento y atención integral al niño/a (AIN) menor de un año. 1. Incremento en el porcentaje de niños menores de un año asistiendo a una clínica por primera vez (cobertura institucional). 2. Incremento en el porcentaje de niños menores de un año que recibieron atención integral en el último mes.	e.1-2. Línea base y metas a definirse de acuerdo con la condición previa.
f. Calidad mejorada de la atención integral al niño/a. 1. Incremento en la concentración de atenciones institucionales en niños menores de un año (computación: número total de atenciones en niños menores de un año/ número de atenciones de primera vez en niños menores de un año). 2. Incremento en la cobertura de AIN comunitario (incluyendo monitoria de crecimiento y educación en salud y nutrición para las madres).	f.1-2. Línea base y metas a definirse de acuerdo con la condición previa.

56

RI 3.2 Entrega Mejorada de Servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar en las Nueve Areas de Enfoque.	
a. Introducción de Estrategias de Planificación Familiar Nuevas o Mejoradas. 1. Implementación de una prueba piloto (que incluye una Area de cada Región Sanitaria del país) para evaluar la factibilidad que el personal auxiliar de enfermería de los CESARes realice consejería en planificación familiar, distribuya anticonceptivos orales, e inserte DIUs).	a.1. Selección de sitios piloto, asistencia técnica, y planes de monitoreo/ evaluación serán establecidos conjuntamente de acuerdo con la condición previa.
2. Incremento en el número de APP, disgregado por método de planificación familiar y nivel de atención. 3. Incremento en la cobertura de planificación familiar en puerperas(42 días postparto). 4. Incremento en el número de usuarias/os de planificación familiar atendidas/os por personal comunitario.	a.2-4. Línea base y metas a definirse de acuerdo con la condición previa.
b. Incremento en la Cantidad de Anticonceptivos Comprados por el MdeS a nivel nacional.	b. De acuerdo con la Enmienda al Convenio
c. Estrategias Mejoradas o Nuevas en Salud Reproductiva. 1. Incremento en el porcentaje de embarazadas (la línea base de la encuesta nacional de micronutrientes) que recibieron suplementos de hierro en el último mes. 2. Incremento en el porcentaje de partos atendidos por personal de salud (excluyendo las parteras).	c.1-2 Línea base y metas a definirse de acuerdo con la condición previa.
d. Calidad de Servicios de Salud Reproductiva Mejorada 1. Aumento en la captación temprana institucional de embarazadas (<20 semanas del embarazo). 2. Aumento en el porcentaje de la cobertura institucional de atención puerperal (una atención antes de los 42 días postparto). 3. Reducción en el número de muertes maternas hospitalarias. 4. Reducción en la tasa de mortalidad neonatal hospitalaria.	d.1-4. Línea base y metas a definirse de acuerdo con la condición previa.
e. Referencias en Salud Reproductiva Mejoradas. 1. Incremento en el número de embarazos de riesgo referidos a las UPS por parteras. 2. Incremento en el número de emergencias obstétricas referidas a las UPS por parteras.	e. 1-2. Línea base y metas a definirse de acuerdo con la condición previa.

57

RI 3.3 Entrega Mejorada de Programas de Prevención de ETS/SIDA y Tratamiento de ETS	
a. Incremento del conocimiento entre las poblaciones meta -- TS, clientes de TS, hombres y mujeres Garífunas, PLT hombres y mujeres, y HCH-- sobres las prácticas preventivas para ETS/SIDA.	a.1 Línea base y plan para estudios "conocimiento-actitud-cambio de comportamiento" para monitorear progreso a establecerse con AIDSCAP durante el primer año.
b. Incremento en la compra de condones por el MdeS.	b. De acuerdo con la Sección 5.10 de la Enmienda al Convenio.
RI 3.4 Sistemas Nacionales en Salud y Políticas Fortalecidos	
a. Elaboración e Implementación del Plan de Trabajo Multianual de ACCESO en 15 Areas Demostrativas.	
1. Municipios y UPSs con su población estratificada de acuerdo con sus condiciones de vida.	a.1. Encuestas NBI y CEFASA.
2. Aumento en el porcentaje de municipios, UPSs y Areas con sus planes de acción y presupuestos elaborados y ejecutados.	a.2-3 Línea base y metas a definirse de acuerdo con la condición previa.
3. Aumento en el porcentaje de municipios y UPSs con su organización/comité local de salud funcionando.	
4. Instrumento para evaluar las UPSs elaborado y aplicado en las nueve Areas de enfoque.	a.4 -5 Informes MdeS
5. Recursos financieros y humanos adecuados para llevar a cabo las reformas.	
b. Estrategia de Salud Ambiental Implementada a Nivel Nacional	
1. Incremento en el número de oficinas regionales del SANAA descentralizadas de tres a siete por 1997.	b.1-2 Informes SANAA
2. SANAA aplica el instrumento para evaluar los sistemas rurales de agua potable al nivel nacional.	
3. El MdeS elabora el curriculum para la capacitación de Técnicos en Salud Ambiental (TSA) y Jefes de Salud Ambiental (JSA) del nivel de Area.	b.3-5 Informes MdeS
4. El primer grupo de 50 TSAs y 5 JSAs capacitado y trabajando en cinco de las nueve Areas de enfoque.	
5. Recursos financieros y humanos adecuados para llevar a cabo las reformas.	

58

c. *Sistema de Información/Administración/Finanzas (SIG/A/F) Elaborado e Implementado.* 1. Sistema de información financiero computarizado establecido en los niveles central y regional, para mejorar el costo-efectividad de operaciones Ministeriales. 2. Planes de trabajo y presupuestos descentralizados del nivel de Area elaborados y ejecutados en las nueve Areas de enfoque. 3. Recursos financieros y humanos adecuados para llevar a cabo las reformas. 4. El MdeS rutinariamente incorpora análisis financieros y de sostenibilidad en su proceso presupuestario, incluyendo a) programación, utilización y administración de recursos, y b) monitoreo de costos y desembolsos. d. *Sistema de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (SME) Elaborado e Implementado en 15 Areas Demostrativas.* 1. Protocolos de SME elaborados, probados, y utilizados. 2. Supervisores a todos niveles capacitados en el propósito y utilización de los protocolos. 3. Recursos financieros y humanos adecuados para implementar los protocolos en SME. e. *Sistema de Información Epidemiológica (SIE) Implementado en las 15 Areas Demostrativas.* 1. SIE diseñado y aprobado, y manual de operaciones elaborado, validado y utilizado. 2. Personal de todos los niveles capacitado en recolección de datos, entrada de datos al sistema, análisis, y retroalimentación para la toma de decisiones. 3. Retroalimentación regular para mejorar la calidad de servicios proveída por el MdeS central a las Regiones y por las Regiones a las Areas, basada en datos SIE sobre el logro de resultados. 4. Recursos Financieros y Humanos adecuados para llevar a cabo el SIE. f. *Capacidad del MdeS de Desarrollo de Recursos Humanos Mejorada (a definirse). Una posibilidad es de mejorar los programas de Maestría en Salud Publica, Enfermería Profesional, y Medicina General de la UNAH, para que sean mas relevantes a las necesidades de recursos humanos del MdeS.* g. *Política Efectiva de Información, Educación, y Comunicación (IEC) Aprobada e Implementada* 1. Una política en Educación para la Salud elaborada y aprobada que define el papel de la División de Educación para la Salud. 2. Todos los materiales IEC elaborados de acuerdo con ésta política. 3. Recursos financieros y humanos adecuados para llevar a cabo la política IEC.	c-f: Línea base y metas a establecerse de acuerdo con la condición previa. g. Vea Sección 5.15 de la Enmienda al Convenio No. 22.

59

ANNEX III TO AMENDMENT NO. 22: DISTRIBUTION OF OBLIGATED FUNDS*
(ANEXO III DE ENMIENDA NO. 22: DISTRIBUCION DE FONDOS OBLIGADOS*)

PROJECT COMPONENT/ELEMENT (COMPONENTE/ELEMENTO DEL PROYECTO)	PREVIOUS BALANCE (SALDO ANTERIOR)	TRANSFERS (TRANSFERENCIAS)	AMEND. NO. 22 (ENMIENDA NO. 22)	TOTAL OBLIGATIONS (OBLIGACIONES TOTALES)	LIFE OF PROJECT (VIDA DEL PROYECTO)
I. SUSTAINABLE SUPPORT SYSTEMS (SISTEMAS SOSTENIBLES DE APOYO)	**$18,837,447**	**($1,401,571)**	**$0**	**$17,435,876**	**$17,435,876**
01 LOCAL PROGRAMMING (PROGRAMACION LOCAL)	$7,495,150	($519,685)	$0	$6,975,465	$6,975,465
02 LOGISTICS/ADMINISTRATION (LOGISTICA/ADMINISTRACION)	$2,803,370	($55,963)	$0	$2,747,407	$2,747,407
03 MAINTENANCE SYSTEMS (SISTEMAS DE MANTENIMIENTO)	$756,423	($101,420)	$0	$655,003	$655,003
04 MANAGEMENT INFORMATION SYSTEMS (SISTEMAS DE INFORMACION GERENCIAL)	$1,908,114	($237,988)	$0	$1,670,126	$1,670,126
05 HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT (DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS)	$2,742,245	($199,723)	$0	$2,542,522	$2,542,522
06 HEALTH FINANCING (FINANCIAMIENTO PARA LA SALUD)	$899,722	($135,587)	$0	$764,135	$764,135
07 EDUCATIONAL/PROMOTIONAL PROGRAMS (EDUCACION PROMOCIONAL)	$2,232,423	($151,205)	$0	$2,081,218	$2,081,218
II. HEALTH TECHNOLOGIES (TECNOLOGIAS EN SALUD)	**$8,588,362**	**($636,783)**	**$0**	**$7,951,579**	**$7,951,579**
08 DIARRHEA CONTROL (CONTROL DE DIARREAS)	$288,144	($3,113)	$0	$285,031	$285,031
09 IMMUNOPREVENTIBLE DISEASES (ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES)	$774,204	($46,784)	$0	$727,420	$727,420
10 ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS (INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS)	$455,673	($149,999)	$0	$305,674	$305,674
11 BIRTH SPACING (ESPACIAMIENTO DE NACIMIENTOS)	$2,478,011	($228,549)	$0	$2,249,462	$2,249,462

* Excludes counterpart contributions from the Grantee.
(* Excluye contribuciones del Donatario.)

PROJECT COMPONENT/ELEMENT (COMPONENTE/ELEMENTO DEL PROYECTO)	PREVIOUS BALANCE (SALDO ANTERIOR)	TRANSFERS (TRANSFERENCIAS)	AMEND. NO. 22 (ENMIENDA NO. 22)	TOTAL OBLIGATIONS (OBLIGACIONES TOTALES)	LIFE OF PROJECT (VIDA DEL PROYECTO)
12 BREASTFEEDING/GROWTH MONITORING (AMAMANTAMIENTO/CRECIMIENTO Y DESARROLLO)	$309,073	($983)	$0	$308,090	$308,090
13 VECTOR CONTROL (CONTROL DE VECTORES)	$1,562,911	($24,001)	$0	$1,538,910	$1,538,910
18 TUBERCULOSIS CONTROL (CONTROL DE TUBERCULOSIS)	$162,726	($17,067)	$0	$145,659	$145,659
19 AIDS CONTROL (CONTROL DE SIDA)	$2,557,620	($166,287)	$0	$2,391,333	$2,391,333
III. RURAL WATER AND SANITATION (AGUA Y SANEAMIENTO RURAL)	**$16,585,554**	**$365,701**	**$0**	**$16,951,255**	**$16,951,255**
14 RURAL WATER AND SANITATION: SANAA (AGUA Y SANEAMIENTO RURAL: SANAA)	$13,511,275	$418,441	$0	$13,929,716	$13,929,716
15 RURAL WATER AND SANITATION: MOH (AGUA Y SANEAMIENTO RURAL: MSP)	$3,074,279	($52,740)	$0	$3,021,539	$3,021,539
IV. PRIVATE SECTOR (SECTOR PRIVADO)	**$8,002,741**	**($62,914)**	**$0**	**$7,939,827**	**$7,939,827**
16 PRIVATE SECTOR (SECTOR PRIVADO)	$8,002,741	($62,914)	$0	$7,939,827	$7,939,827
V. PROJECT ADMINISTRATION (ADMINISTRACION DEL PROYECTO)	**$4,645,896**	**($325,433)**	**$0**	**$4,320,463**	**$4,320,463**
17 PROJECT ADMINISTRATION (ADMINISTRACION DEL PROYECTO)	$4,645,896	($325,433)	$0	$4,320,463	$4,320,463
SUBTOTALS ELEMENTS 1-19 SUBTOTALES ELEMENTOS 1-19	**$56,660,000**	**($2,061,000)**	**$0**	**$54,599,000**	**$54,599,000**

* Excludes counterpart contributions from the Grantee.

(* Excluye contribuciones del Donatario.)

PROJECT COMPONENT/ELEMENT (COMPONENTE/ELEMENTO DEL PROYECTO)	PREVIOUS BALANCE (SALDO ANTERIOR)	TRANSFERS (TRANSFERENCIAS)	AMENDMENT NO. 22 (ENMIENDA NO. 22)	TOTAL OBLIGATIONS (OBLIGACIONES TOTALES)	LIFE OF PROJECT (VIDA DEL PROYECTO)
REENGINEERED RESULTS PACKAGE (PAQUETE DE RESULTADOS REINGENIADO)	**0**	**2,061,000**	**2,222,000**	**$4,283,000**	**$12,311,000**
20 IMPROVED DELIVERY OF SELECTED CHILD SURVIVAL SERVICES (ENTREGA MEJORADA DE SERVICIOS SELEC. DE SUPERVIVENCIA INFANTIL)	0	884,927	858,422	$1,743,349	$2,991,573
21 IMPROVED DELIVERY OF REPRO. HEALTH AND FAMILY PLANNING SERVICES (ENTREGA MEJORADA DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIF. FAM.)	0	0	299,000	$299,000	$2,759,481
22 IMPROVED DELIVERY OF STD/AIDS PREVENTION AND STD TREATMENT (ENTREGA MEJORADA DE SERVICIOS DE PREVEN. DE SIDA/ETS Y TRATA. DE STD)	0	166,287	100,000	$266,287	$1,266,000
23 NATIONAL SYSTEMS AND POLICIES STRENGTHENED (SISTEMAS Y POLITICAS NACIONALES FORTALECIDOS)	0	557,739	459,904	$1,017,643	$3,321,900
24 EFFECTIVE PROJECT ADMINISTRATION AND TA COORDINATION (ADMINISTRACION DEL PROYECTO Y COORDINACION DE AT EFECTIVAS)	0	452,047	504,674	$956,721	$1,972,046
SUBTOTAL USAID SUPPORT OBLIGATED IN HONDURAS (SUBTOTAL APOYO USAID OBLIGADO EN HONDURAS)	**56,660,000**	**0**	**2,222,000**	**58,882,000**	**66,910,000**
USAID/WASHINGTON OBLIGATION FOR AIDSCAP (OBLIGACION DE LA USAID/WASHINGTON PARA AT AIDSCAP)	640,000			$640,000	$640,000
TOTAL USAID SUPPORT (TOTAL DEL APOYO DE LA USAID)	**57,300,000**	**0**	**2,222,000**	**59,522,000**	**67,550,000**

* Excludes counterpart contributions from the Grantee.
(* Excluye contribuciones del Donatario.)

NOTE: THE ABOVE PROJECT ELEMENTS, 20-24, CORRESPOND TO THE FIVE RESULTS DETAILED IN THE AMPLIFIED PROJECT DESCRIPTION. ALL FUTURE OBLIGATIONS WILL BE ACCOUNTED FOR UNDER THESE FIVE NEW PROJECT ELEMENTS. PROJECT ELEMENTS 1-19 AND COMPONENTS I-V CORRESPOND TO THE ORIGINAL PROJECT DESIGN. NO NEW OBLIGATIONS WILL BE ACCOUNTED FOR UNDER THE ORIGINAL 19 PROJECT ELEMENTS.

(NOTA: LOS ELEMENTOS DE PROYECTO, 20-24, CORREPONDEN A LOS CINCO RESULTADOS DETALLADOS EN LA DESCRIPCION AMPLIFICADA DEL PROYECTO. TODOS LAS OBLIGACIONES ESTARAN CONTIBILIZADAS BAJO ESTOS CINCO ELEMENTOS DE PROYECTO NUEVOS. LOS ELEMENTOS 1-19 Y COMPONENTES I-V CORRESPONDEN AL DISENO ORIGINAL DEL PROYECTO. NINGUNA NUEVA OBLIGACION ESTARA CONTABILIZADA BAJO LOS ELEMENTOS DE PROYECTO ORIGINALES 1-19.

62

ANNEX IV TO AMENDMENT NO. 22: DISTRIBUTION OF GOH COUNTERPART, IN LEMPIRAS
(ANEXO IV DE ENMIENDA NO. 22: DISTRIBUCION DE LA CONTAPARTE DEL GdeH, EN LEMPIRAS)

PROJECT ELEMENT/RESULT EXPECTED (ELEMENTO DEL PROYECTO/RESULTADO ESPERADO)	GOH 1997 BUDGET (PRESUPUESTO GdeH 1997)		GOH 1998 BUDGET (PRESUPUESTO GdeH 1998)		GOH 1999 BUDGET (PRESUPUESTO GdeH 1999)		TOTAL GOH BUDGET (PRESUPUESTO TOTAL GdeH)	
REENGINEERED RESULTS PACKAGE (PAQUETE DE RESULTADOS REINGENIADO)	ACCOUNT 01 (CUENTA 01)	ACCOUNT 03 (CUENTA 03)	ACCOUNT 01 (CUENTA 01)	ACCOUNT 03 (CUENTA 03)	ACCOUNT 01 (CUENTA 01)	ACCOUNT 03 (CUENTA 03)	ACCOUNT 01 (CUENTA 01)	ACCOUNT 03 (CUENTA 03)
20 IMPROVED DELIVERY OF SELECTED CHILD SURVIVAL SERVICES (ENTREGA MEJORADA DE SERVICIOS SELEC. DE SUPERVIVENCIA INFANTIL)	992,726	3,758,198	1,034,287	5,954,773	3,182,184	2,513,816	5,209,197	12,226,787
21 IMPROVED DELIVERY OF REPRO. HEALTH AND FAMILY PLANNING SERVICES (ENTREGA MEJORADA DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIF. FAM.)	22,500	101,112	115,031	172,547	551,326	137,831	688,858	411,490
22 IMPROVED DELIVERY OF STD/AIDS PREVENTION AND STD TREATMENT (ENTREGA MEJORADA DE SERVICIOS DE PREVEN. DE SIDA/ETS Y TRATA. DE ETS)	0	1,200,000	1,606,861	0	1,205,149	0	2,812,009	1,200,000
23 NATIONAL SYSTEMS AND POLICIES STRENGTHENED (SISTEMAS Y POLITICAS NACIONALES FORTALECIDOS)	81,000	465,416	488,329	732,494	756,490	252,163	1,325,819	1,450,073
24 EFFECTIVE PROJECT ADMINISTRATION AND TA COORDINATION (ADMINISTRACION DEL PROYECTO Y COORDINACION DE AT EFECTIVAS)	0	60,181	0	68,702	0	76,283	0	205,166
SUBTOTAL (SUBTOTAL)	**1,096,226**	**5,584,907**	**3,244,508**	**6,928,516**	**5,695,148**	**2,980,094**	**10,035,883**	**15,493,516**
CONTRACEPTIVES (ANTICONCEPTIVOS)	**300,000**	**0**	**1,260,000**	**0**	**2,940,000**	**0**	**4,500,000**	**0**
TOTALS BY ACCOUNT (TOTALES POR CUENTA)	**1,396,226**	**5,584,907**	**4,504,508**	**6,928,516**	**8,635,148**	**2,980,094**	**14,535,883**	**15,493,516**
GRAND TOTAL (GRAN TOTAL)	**6,981,133**		**11,433,024**		**11,615,242**		**30,029,399**	

NOTES (NOTAS):

1. BUDGET FIGURES FOR ELEMENTS 20-24 WERE CALCULATED AT A RATE OF L12.0943 TO 1US$, THE OFFICIAL RATE OF EXCHANGE ON JULY 22, 1996. THESE BUDGET FIGURES ARE FINAL.
(LAS CIFRAS DEL PRESUPUESTO PARA LOS ELEMENTOS 20-24 FUERON CALCULADAS A UNA TASA DE L12.0943 AL 1$EEUU, LA TASA OFICIAL AL 22 DE JULIO DE 1996. ESTAS CIFRAS SON FINALES.)

2. BUDGET FIGURES FOR CONTRACEPTIVES WERE ESTIMATED USING THE FOLLOWING EXCHANGE RATES: 15 TO 1, 1997; 18 TO 1, 1998; 21 TO 1, 1999. LEMPIRA BUDGET FIGURES FOR CONTRACEPTIVES ARE ESTIMATES; SEE SECTION 5.10 OF THE TEXT.
(LAS CIFRAS DEL PRESUPUESTO PARA ANTICONCEPTIVOS FUERON ESTIMADAS UTILIZANDO LAS TASAS SIGUIENTES: 15 A 1, 1997; 18 A 1, 1998; 21 A 1, 1999. ESTAS CIFRAS SON ESTIMACIONES, VEASE SECCION 5.10 DEL TEXTO.)

BEST AVAILABLE COPY

ANNEX V TO HEALTH SECTOR II PROJECT AGREEMENT NO. 22
RECURRENT COSTS OF THE PROJECT EXTENSION (IN LEMPIRAS)

	YEAR ONE			YEAR TWO			YEAR THREE			YEAR FOUR			TOTALS		
	USAID	GOH	TOTAL	USAID	GOH	TOTAL	USAID	GOH	TOTAL	USAID	GOH	TOTAL	USAID	GOH	TOTAL
Result 1: Improved Delivery of Selected Child Survival Services	1,886,126	2,042,350	3,928,476	2,121,892	3,907,172	6,029,064	1,326,182	6,210,148	7,536,331	663,091	5,159,037	5,822,128	5,997,291	17,318,707	23,315,998
A. New Or Improved Approaches	1,702,961	1,001,550	2,704,511	1,915,831	2,277,285	4,193,117	1,197,394	4,044,002	5,241,396	598,697	3,502,230	4,100,927	5,414,884	10,825,067	16,239,951
1. Strengthened UPS with Local Community Involvement	1,665,780	913,580	2,579,360	1,874,003	2,030,038	3,904,040	1,171,252	3,708,798	4,880,050	585,626	3,074,412	3,660,038	5,296,660	9,726,828	15,023,488
a. Supervision Travel expenses	505,810		505,810	569,036	189,679	758,715	355,648	592,746	948,394	177,824	533,471	711,295	1,608,318	1,315,896	2,924,214
b. Monthly meetings/Updating of CEFASA	301,094		301,094	338,731	112,910	451,641	211,707	352,845	564,551	105,853	317,560	423,413	957,385	783,315	1,740,700
c. Delivery of "Paquete Basico"	427,144		427,144	480,537	160,179	640,716	300,336	500,559	800,895	150,168	450,503	600,671	1,358,184	1,111,242	2,469,426
d. Supplies for DOFUPS	149,732		149,732	168,449	56,150	224,598	105,280	175,467	280,748	52,640	157,920	210,561	476,101	389,537	865,638
e. Materials for repair of UPS	240,000		240,000	270,000	90,000	360,000	168,750	281,250	450,000	84,375	253,125	337,500	763,125	624,375	1,387,500
f. Office supplies for Health Area Offices	36,000		36,000	40,500	13,500	54,000	25,313	42,188	67,500	12,656	37,969	50,625	114,469	93,656	208,125
g. Vehicle maintenance		370,000	370,000	0	555,000	555,000	0	693,750	693,750	0	520,313	520,313	0	2,139,063	2,139,063
h. Fuel (transportation)		543,580	543,580	0	815,370	815,370	0	1,019,213	1,019,213	0	764,409	764,409	0	3,142,572	3,142,572
i. Office equipment maintenance			0		15,000	15,000	0	18,750	18,750	0	14,063	14,063	0	47,813	47,813
j. Computer equipment supplies	6,000		6,000	6,750	2,250	9,000	4,219	7,031	11,250	2,109	6,328	8,438	19,078	15,609	34,688
k. Computer equipment maintenance					20,000	20,000	0	25,000	25,000	0	18,750	18,750	0	63,750	63,750
2. Improved Treatment of Pneumonia	28,981	36,375	65,356	32,604	166,780	199,384	20,377	228,853	249,231	10,189	346,614	356,803	92,151	778,623	870,773
a. Implementation of norms for ARIs	28,981		28,981	32,604	10,868	43,472	20,377	33,962	54,339	10,189	30,566	40,755			
b. Fuel (transportation)		15,375	15,375	0	23,063	23,063	0	28,828	28,828	0	21,621	21,621	0	88,887	88,887
c. Salbutomol		21,000	21,000	0	31,500	31,500	0	39,375	39,375	0	29,531	29,531	0	121,406	121,406
d. Maintenance of project procured equipment (4% of equipment budget/year)			0		101,350	101,350	0	126,688	126,688	0	264,896	264,896	0	492,934	492,934
3. Improved Breastfeeding Practices (none identified)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. Increased Access to Integrated Child Care (ICC)	8,200	51,595	59,795	9,225	80,468	89,693	5,766	106,350	112,116	2,883	81,204	84,087	26,073	319,616	345,690
a. Printed materials	8,200	51,595	59,795	9,225	80,468	89,693	5,766	106,350	112,116	2,883	81,204	84,087	26,073	319,616	345,690
B. Sustained Availability of Proven Interventions	183,165	1,040,800	1,223,965	206,061	1,629,887	1,835,948	128,788	2,166,146	2,294,934	64,394	1,656,807	1,721,201	582,407	6,493,640	7,076,048
1. Sustained Immunization Coverage	183,165	1,040,800	1,223,965	206,061	1,629,887	1,835,948	128,788	2,166,146	2,294,934	64,394	1,656,807	1,721,201	582,407	6,493,640	7,076,048
a. Repair of ice chests	52,000		52,000	58,500	19,500	78,000	36,563	60,938	97,500	18,281	54,844	73,125	165,344	135,281	300,625
b. Repair of cold storage facilities	37,800		37,800	42,525	14,175	56,700	26,578	44,297	70,875	13,289	39,867	53,156	120,192	98,339	218,531
c. Cold chain audits	39,375		39,375	44,297	14,766	59,063	27,686	46,143	73,828	13,843	41,528	55,371	125,200	102,437	227,637
d. Mini-operativos	17,590		17,590	19,789	6,596	26,385	12,368	20,613	32,981	6,184	18,552	24,736			
e. Theometers	36,400		36,400	40,950	13,650	54,600	25,594	42,656	68,250	12,797	38,391	51,188	115,741	94,697	210,438
f. Repair of refrigerated trucks		35,800	35,800	0	53,700	53,700	0	67,125	67,125	0	50,344	50,344	0	206,969	206,969
g. Refrigerator spare parts		370,000	370,000	0	555,000	555,000	0	693,750	693,750	0	520,313	520,313	0	2,139,063	2,139,063
h. Fuel (kerosene)		635,000	635,000	0	952,500	952,500	0	1,190,625	1,190,625	0	892,969	892,969	0	3,671,094	3,671,094
2. Sustained Oral Rehydration Therapy (none identified)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Result 2: Improved Delivery of Reproductive Health and Family Planning Services	71,246	64,596	135,842	80,152	123,611	203,763	50,095	268,449	318,544	25,047	643,330	668,378	226,540	1,099,987	1,326,527
a. Printed materials	57,351	49,596	106,947	64,520	95,901	160,421	40,325	160,201	200,526	20,162	130,232	150,394	182,358	435,929	618,287
b. Fuel (transportation)		15,000	15,000	0	22,500	22,500	0	28,125	28,125	0	21,094	21,094	0	86,719	86,719
c. Contraceptives (see below)															
d. Cytology supplies	13,895	0	13,895	15,632	5,211	20,843	9,770	16,283	26,053	4,885	14,655	19,540	44,182	36,149	80,330
e. Maintenance of project procured equipment (4% of equipment budget/year)								63,840	63,840		477,350	477,350	0	541,190	541,190

BEST AVAILABLE COPY

ANNEX V TO HEALTH SECTOR II PROJECT AGREEMENT NO. 22
RECURRENT COSTS OF THE PROJECT EXTENSION (IN IEMPIRAS)

	YEAR ONE			YEAR TWO			YEAR THREE			YEAR FOUR			TOTALS		
	USAID	GOH	TOTAL	USAID	GOH	TOTAL	USAID	GOH	TOTAL	USAID	GOH	TOTAL	USAID	GOH	TOTAL
Result 3: Improved Delivery of STD/AIDS Prevention and STD Treatment	0	800,000	800,000	0	1,200,000	1,200,000	0	1,500,000	1,500,000	0	1,125,000	1,125,000	0	4,625,000	4,625,000
a. Condoms (see below)															
b. Laboratory reagents		800,000	800,000	0	1,200,000	1,200,000	0	1,500,000	1,500,000	0	1,125,000	1,125,000	0	4,625,000	4,625,000
Result 4: National Systems and Policies Strengthened	282,442	324,000	606,442	317,747	546,416	864,163	198,592	974,012	1,172,604	99,296	817,357	916,653	898,077	2,661,784	3,559,862
A. Financial and Administrative Information System	30,000	120,000	150,000	33,750	207,250	241,000	21,094	347,356	368,450	10,547	302,991	313,538	95,391	977,597	1,072,988
1. Office supplies	30,000		30,000	33,750	11,250	45,000	21,094	35,156	56,250	10,547	31,641	42,188	95,391	78,047	173,438
2. Systems analysts (2)		100,000	100,000	0	150,000	150,000	0	187,500	187,500	0	140,625	140,625	0	578,125	578,125
3. Fuel (transportation)		20,000	20,000	0	30,000	30,000	0	37,500	37,500	0	28,125	28,125	0	115,625	115,625
2. Computer supplies			0	0	6,000	6,000	0	7,500	7,500	0	5,625	5,625	0	19,125	19,125
3. Computer spare parts & maintenance			0	0	10,000	10,000	0	79,700	79,700	0	96,975	96,975	0	186,675	186,675
B. Supervision, Monitoring and Evaluation	500	0	500	563	188	750	352	586	938	176	527	703	1,590	1,301	2,891
1. Office supplies	500		500	563	188	750	352	586	938	176	527	703	1,590	1,301	2,891
C. Health Information System	13,492	0	13,492	15,179	18,560	33,738	9,487	57,886	67,373	4,743	45,786	50,529	42,900	122,232	165,132
1. Office supplies	13,492		13,492	15,179	5,060	20,238	9,487	15,811	25,298	4,743	14,230	18,973	42,900	35,100	78,001
2. Computer supplies			0		6,000	6,000	0	7,500	7,500	0	5,625	5,625	0	19,125	19,125
3. Computer spare parts & maintenance			0		7,500	7,500	0	34,575	34,575	0	25,931	25,931	0	68,006	68,006
D. Human Resources Development (none identified)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E. Sustaining Access to Water and Sanitation (none identified)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F. Rationalization of Transportation Resources	25,000	160,400	185,400	28,125	174,975	203,100	17,578	236,297	253,875	8,789	181,617	190,406	79,492	753,289	832,781
1. Vehicle maintenance		150,000	150,000	0	150,000	150,000	0	187,500	187,500	0	140,625	140,625	0	628,125	628,125
2. Supervision travel expenses	25,000	10,400	35,400	28,125	24,975	53,100	17,578	48,797	66,375	8,789	40,992	49,781	79,492	125,164	204,656
G. IEC	0	3,600	3,600	0	5,400	5,400	0	6,750	6,750	0	5,063	5,063	0	20,813	20,813
1. Fuel (transportation)		3,600	3,600	0	5,400	5,400	0	6,750	6,750	0	5,063	5,063	0	20,813	20,813
H. Grupo de Asistencia Tecnica ("GAT"): Coordinacion de Acceso	213,450	40,000	253,450	240,131	140,044	380,175	150,082	325,137	475,219	75,041	281,373	356,414	678,704	786,554	1,465,258
1. Office equipment maintenance	11,250		11,250	12,656	4,219	16,875	7,910	13,184	21,094	3,955	11,865	15,820	35,771	29,268	65,039
2. Travel expenses	179,700	20,000	199,700	202,163	97,388	299,550	126,352	248,086	374,438	63,176	217,652	280,828	571,390	583,126	1,154,516
3. Office supplies	22,500		22,500	25,313	8,438	33,750	15,820	26,367	42,188	7,910	23,730	31,641	71,543	58,535	130,078
4. Vehicle maintenance		20,000	20,000	0	30,000	30,000	0	37,500	37,500	0	28,125	28,125	0	115,625	115,625
TOTAL NON-CONTRACEPTIVE RECURRENT COSTS: LEMPIRAS	2,239,814	3,230,946	5,470,760	2,519,791	5,777,199	8,296,990	1,574,869	8,952,609	10,527,478	787,435	7,744,724	8,532,159	7,121,909	25,705,478	32,827,387
CONTRACEPTIVE RECURRENT COSTS : LEMPIRAS	6,040,150	100,000	6,140,150	8,400,000	300,000	8,700,000	11,340,000	1,260,000	12,600,000	11,760,000	2,940,000	14,700,000	37,540,150	4,600,000	42,140,150
CONTRACEPTIVE RECURRENT COSTS : US$	$535,000	$8,271	$543,271	$560,000	$20,000	$580,000	$630,000	$70,000	$700,000	$560,000	$140,000	$700,000	$2,285,000	$238,271	$2,523,271
TOTAL RECURRENT COSTS: LEMPIRAS	8,279,964	3,330,946	11,610,910	10,919,791	6,077,199	16,996,990	12,914,869	10,212,609	23,127,478	12,547,435	10,684,724	23,232,159	44,662,059	30,305,478	74,967,537
GOH SHARE OF NON-CONTRACEPTIVE RECURRENT COSTS		59.06%			69.63%			85.04%			90.77%			78.30%	
GOH SHARE OF CONTRACEPTIVE RECURRENT COSTS		1.63%			3.45%			10.00%			20.00%			10.92%	
GOH SHARE OF TOTAL RECURRENT COSTS		28.69%			35.75%			44.16%			45.99%			40.42%	

NOTES:
1. PROJECT YEARS ARE DEFINED AS FOLLOWS:
A. PROJECT YEAR ONE IS AUGUST TO DECEMBER 1996
B. *PROJECT YEAR TWO IS JANUARY TO DECEMBER 1997*
C. PROJECT YEAR THREE IS JANUARY TO DECEMBER 1998
D. PROJECT YEAR FOUR IS JANUARY TO SEPTEMBER 1999

2. BASIS OF FUTURE PROJECTIONS (YEARS 2-4):
YEAR 2 IS INCREASED BY A FACTOR OF 50% (LENGTH OF YEAR AND INFLATION)
YEAR 3 IS INCREASED BY A FACTOR OF 25% (INFLATION)
YEAR 4 IS DECREASED BY A FACTOR OF 25% (DURATION)
MAINTENANCE COSTS FOR EQUIPMENT WERE CALCULATED AT 4% PER YEAR OF THE BUDGETED COST OF THE EQUIPMENT, THE YEAR AFTER THE EQUIPMENT IS EXPECTED TO BE DELIVERED.

3. *EXCHANGE RATE: 12.09 TO 1 (1996); 15 TO 1 (1997); 18 TO 1 (1998); 21 TO 1 (1999).*

4. CONTRACEPTIVES MAY BE AN IN-KIND CONTRIBUTION

BEST AVAILABLE COPY

ANEXO V DE LA ENMIENDA NO. 22 DEL COVENIO DEL PROYECTO SECTOR SALUD II
PROYECTO SECTOR SALUD II: COSTOS RECURRENTES 1996-1999 (EN LEMPIRAS)

	AÑO UNO			AÑO DOS			AÑO TRES			AÑO CUATRO			TOTALES		
	USAID	GdeH	TOTAL	USAID	GdeH	TOTAL	USAID	GdeH	TOTAL	USAID	GdeH	TOTAL	USAID	GdeH	TOTAL
I. MEJORAMIENTO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL	**1,886,126**	**2,042,350**	**3,928,476**	**2,121,892**	**3,907,172**	**6,029,064**	**1,326,182**	**6,210,148**	**7,536,330**	**663,091**	**5,159,036**	**5,822,128**	**5,997,291**	**17,318,706**	**23,315,998**
A. INTRODUCIENDO NUEVOS O MEJORADOS METODOS	**1,702,961**	**1,001,550**	**2,704,511**	**1,915,831**	**2,277,285**	**4,193,117**	**1,197,394**	**4,044,001**	**5,241,396**	**598,697**	**3,502,229**	**4,100,927**	**5,414,884**	**10,825,066**	**16,239,950**
1. UPS FORTALECIDOS CON PARTICPACION COMUNITARIA	1,665,780	913,580	2,579,360	1,874,003	2,030,038	3,904,040	1,171,252	3,708,798	4,880,050	585,626	3,074,412	3,660,038	5,296,660	9,726,828	15,023,488
Giras de supervisión en los diferentes niveles: Central, Regional, Area/Sector, Ups, Comunidad	505,810		505,810	569,036	189,679	758,715	355,648	592,746	948,394	177,824	533,471	711,295	1,608,318	1,315,896	2,924,214
Reuniones mensuales, actualización del CEFASA	301,094		301,094	338,731	112,910	451,641	211,707	352,845	564,551	105,853	317,560	423,413	957,385	783,315	1,740,700
Entrega del paquete básico	427,144		427,144	480,537	160,179	640,716	300,336	500,559	800,895	150,168	450,503	600,671	1,358,184	1,111,242	2,469,426
Adquisición de materiales para implementación del DOFUPS	149,732		149,732	168,449	56,150	224,598	105,280	175,467	280,748	52,640	157,920	210,561	476,101	389,537	865,638
Adquisición de materiales para reparación de UPS	240,000		240,000	270,000	90,000	360,000	168,750	281,250	450,000	84,375	253,125	337,500	763,125	624,375	1,387,500
Adquisición de materiales de Oficina	36,000		36,000	40,500	13,500	54,000	25,313	42,188	67,500	12,656	37,969	50,625	114,469	93,656	208,125
Reparación de vehículos 2 y 4 ruedas		370,000	370,000	0	555,000	555,000	0	693,750	693,750		520,313	520,313	0	2,139,063	2,139,063
Combustible para desplazamiento del Personal		543,580	543,580	0	815,370	815,370	0	1,019,213	1,019,213		764,409	764,409	0	3,142,572	3,142,572
Mantenimiento del equipo de oficina					15,000	15,000	0	18,750	18,750		14,063	14,063	0	47,813	47,813
Mantenimiento del equipo de computación					20,000	20,000	0	25,000	25,000		18,750	18,750	0	63,750	63,750
Suministros para computación	6,000		6,000	6,750	2,250	9,000	4,219	7,031	11,250	2,109	6,328	8,438	19,078	15,609	34,688
2 TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA MEJORADO	28,981	36,375	65,356	32,604	166,780	199,384	20,377	228,853	249,230	10,189	346,614	356,803	92,151	778,622	870,773
Implantación de normas de atención IRAS/Neumonía	28,981			32,604	10,868	43,472	20,377	33,962	54,339	10,189	30,566	40,755	92,151	75,396	138,565
Combustible para desplazamiento del Personal		15,375	15,375	0	23,063	23,063	0	28,828	28,828		21,621	21,621	0	88,887	88,887
Compra de Salbutamol		21,000	21,000	0	31,500	31,500	0	39,375	39,375		29,531	29,531	0	121,406	121,406
Compra de repuestos y mantenimiento del equipo comprado por el proyecto					101,350	101,350	0	126,688	126,688		264,896	264,896	0	492,933	492,933
3 PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA MEJORADAS (No se pudo identificar costos recurrentes)															
4. ACCESO INCREMENTADO A LA ATENCION INTEGRAL AL NIÑO (AIN)	8,200	51,595	59,795	9,225	80,468	89,693	5,766	106,350	112,116	2,883	81,204	84,087	26,073	319,616	345,690
Hojas de Historias Clínicas (HC-1 y HC-2); Hojas de protocolo de investigación (PINCA)		51,595	51,595	0	77,393	77,393	0	96,741	96,741		72,555	72,555	0	298,284	298,284
Pancartas de desarrollo, Cartilla de Snellen, Tarjetas del Niño	8,200		8,200	9,225	3,075	12,300	5,766	9,609	15,375	2,883	8,648	11,531	26,073	21,333	47,406
B. ASEGURANDO LA DISPONIBILIDAD SOSTENIDA DE INTERVENCIONES COMPROBADAS	**183,165**	**1,040,800**	**1,223,965**	**206,061**	**1,629,887**	**1,835,948**	**128,788**	**2,166,146**	**2,294,934**	**64,394**	**1,656,807**	**1,721,201**	**582,407**	**6,493,640**	**7,076,048**
1. COBERTURA DE INMUNIZACION SOSTENIDA	183,165	1,040,800	1,223,965	206,061	1,629,887	1,835,948	128,788	2,166,146	2,294,934	64,394	1,656,807	1,721,201	582,407	6,493,640	7,076,048
Reparación de Thermos en mal estado a nivel nacional	52,000		52,000	58,500	19,500	78,000	36,563	60,938	97,500	18,281	54,844	73,125	165,344	135,281	300,625
Readecuación de dos almacenes Regionales de Biológicos	37,800		37,800	42,525	14,175	56,700	26,578	44,297	70,875	13,289	39,867	53,156	120,192	98,339	218,531
Auditorías de la Cadena de Frío a nivel Nacional	39,375		39,375	44,297	14,766	59,063	27,686	46,143	73,828	13,843	41,528	55,371	125,200	102,437	227,637
Minioperativos	17,590		17,590	19,789	6,596	26,385	12,368	20,613	32,981	6,184	18,552	24,736	55,931	45,761	101,692
Adquisición de 3000 termómetros bimetálicos	36,400		36,400	40,950	13,650	54,600	25,594	42,656	68,250	12,797	38,391	51,188	115,741	94,697	210,438
Reparación de dos vehículos termos		35,800	35,800	0	53,700	53,700	0	67,125	67,125		50,344	50,344	0	206,969	206,969
Repuestos para mantener la red fría		370,000	370,000	0	555,000	555,000	0	693,750	693,750		520,313	520,313	0	2,139,063	2,139,063
Compra de Kerosene para las refrigeradoras		635,000	635,000	0	952,500	952,500	0	1,190,625	1,190,625		892,969	892,969	0	3,671,094	3,671,094
2 TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL SOSTENIDA (TRO) (No se pudo identificar costos recurrentes)															
II. PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y DE P. F. MEJORADA	**71,246**	**64,596**	**135,842**	**80,152**	**123,611**	**203,763**	**50,095**	**268,449**	**318,544**	**25,047**	**643,330**	**668,378**	**226,540**	**1,099,987**	**1,326,527**
Reproducción de material: historias clínicas, carnet perinatal, manual de normas, LISEM, LISMEF	57,351		57,351	64,520	21,507	86,027	40,325	67,208	107,533	20,162	60,487	80,650	182,358	149,202	331,560
Reproducción de material: tarjetas e historias perinatales, fichas de investigación muerte materna		49,596	49,596	0	74,394	74,394	0	92,993	92,993		69,744	69,744	0	286,727	286,727
Combustible para desplazamiento del Personal		15,000	15,000	0	22,500	22,500	0	28,125	28,125		21,094	21,094	0	86,719	86,719
Suministros para Citología	13,895	0	13,895	15,632	5,211	20,843	9,770	16,283	26,053	4,885	14,655	19,540	44,182	36,149	80,330
Anticonceptivos (vea abajo)															
Compra de repuestos y mantenimiento del equipo comprado por el proyecto			0			0		63,840	63,840		477,350	477,350	0	541,190	541,190

BEST AVAILABLE COPY

PROYECTO SECTOR SALUD II: COSTOS RECURRENTES 1996-1999 (EN LEMPIRAS)

	AÑO UNO			AÑO DOS			AÑO TRES			AÑO CUATRO			TOTALES		
	USAID	GdeH	TOTAL	USAID	GdeH	TOTAL	USAID	GdeH	TOTAL	USAID	GdeH	TOTAL	USAID	GdeH	TOTAL
III. ENTREGA MEJORADA DE PROGRAMAS PARA LA PREVENCION DE ETS/SIDA	0	800,000	800,000	0	1,200,000	1,200,000	0	1,500,000	1,500,000	0	1,125,000	1,125,000	0	4,625,000	4,625,000
Compra de reactivos		800,000	800,000	0	1,200,000	1,200,000	0	1,500,000	1,500,000		1,125,000	1,125,000	0	4,625,000	4,625,000
Compra de condones (vea abajo)															
IV. FORTALECIMIENTO DE POLITICAS Y SISTEMAS NACIONALES	282,442	324,000	606,442	317,747	546,416	864,163	198,592	974,012	1,172,604	99,296	817,357	916,653	898,077	2,661,784	3,559,862
A. SISTEMA DE INFORMACION GERENCIAL/FINANZAS/ADMINISTRACION	30,000	120,000	150,000	33,750	207,250	241,000	21,094	347,356	368,450	10,547	302,991	313,538	95,391	977,597	1,072,988
Suministros de oficina	30,000		30,000	33,750	11,250	45,000	21,094	35,156	56,250	10,547	31,641	42,188	95,391	78,047	173,438
Contratación de dos técnicos Programadores		100,000	100,000	0	150,000	150,000	0	187,500	187,500		140,625		0	578,125	437,500
Combustible para desplazamiento del Personal		20,000	20,000	0	30,000	30,000	0	37,500	37,500		28,125		0	115,625	87,500
Mantenimiento del equipo de computación			0	0	10,000	10,000	0	79,700	79,700		96,975		0	186,675	89,700
Suministros para computación			0	0	6,000	6,000	0	7,500	7,500		5,625		0	19,125	13,500
B. SUPERVISION, MONITOREO Y EVALUACION	500	0	500	563	188	750	352	586	938	176	527	703	1,590	1,301	2,891
Suministros de oficina	500		500	563	188	750	352	586	938	176	527	703	1,590	1,301	2,891
C. SISTEMA DE INFORMACION EPIDEMIOLOGICA (SIE)	13,492	0	13,492	15,179	18,560	33,738	9,487	57,886	67,373	4,743	45,786	50,529	42,900	122,232	165,132
Mantenimiento del equipo de computación			0		7,500	7,500	0	34,575	34,575		25,931	25,931	0	68,006	68,006
Suministros para computación			0		6,000	6,000	0	7,500	7,500		5,625	5,625	0	19,125	19,125
Suministros de oficina	13,492		13,492	15,179	5,060	20,238	9,487	15,811	25,298	4,743	14,230	18,973	42,900	35,100	78,001
D. DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS (No se pudo identificar costos recurrentes)															
E. AGUA Y SANEAMIENTO RURAL (No se pudo identificar costos recurrentes)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F. CONTROL DE USO DE VEHICULOS Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO	25,000	160,400	185,400	28,125	174,975	203,100	17,578	236,297	253,875	8,789	181,617	190,406	79,492	753,289	832,781
Mantenimiento de vehiculos		150,000	150,000	0	150,000	150,000	0	187,500	187,500		140,625	140,625	0	628,125	628,125
Combustible para desplazamiento del Personal		10,400	10,400	0	15,600	15,600	0	19,500	19,500		14,625	14,625	0	60,125	60,125
Verificación del sistema de control para el uso de vehiculos y combustibles	25,000		25,000	28,125	9,375	37,500	17,578	29,297	46,875	8,789	26,367	35,156	79,492	65,039	144,531
G. EFECTIVA INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION (IEC)	0	3,600	3,600	0	5,400	5,400	0	6,750	6,750	0	5,063	5,063	0	20,813	20,813
Combustible para desplazamiento del Personal		3,600	3,600	0	5,400	5,400	0	6,750	6,750		5,063	5,063	0	20,813	20,813
H. GRUPO DE APOYO TECNICO	213,450	40,000	253,450	240,131	140,044	380,175	150,082	325,137	475,219	75,041	281,373	356,414	678,704	786,554	1,465,258
Mantenimiento del equipo de oficina	11,250		11,250	12,656	4,219	16,875	7,910	13,184	21,094	3,955	11,865	15,820	35,771	29,268	65,039
Giras para apoyar a las Areas de Salud en el Proceso de ACCESO	179,700		179,700	202,163	67,388	269,550	126,352	210,586	336,938	63,176	189,527	252,703	571,390	467,501	1,038,891
Suministros de oficina	22,500		22,500	25,313	8,438	33,750	15,820	26,367	42,188	7,910	23,730	31,641	71,543	58,535	130,078
Reparación de vehiculos		20,000	20,000	0	30,000	30,000	0	37,500	37,500		28,125	28,125	0	115,625	115,625
Combustible para desplazamiento del Personal		20,000	20,000	0	30,000	30,000	0	37,500	37,500		28,125	28,125	0	115,625	115,625
TOTALES COSTOS RECURRENTES SIN ANTICONCEPTIVOS	2,239,814	3,230,946	5,470,760	2,519,791	5,777,199	8,296,990	1,574,869	8,952,608	10,527,478	787,435	7,744,724	8,532,158	7,121,909	25,705,477	32,827,386
COSTOS RECURRENTES PARA ANTICONCEPTIVOS: LEMPIRAS	6,040,150	100,000	6,140,150	8,400,000	300,000	8,700,000	11,340,000	1,260,000	12,600,000	11,760,000	2,940,000	14,700,000	37,540,150	4,600,000	42,140,150
COSTOS RECURRENTES PARA ANTICONCEPTIVOS: $EEUU	$535,000	$8,271	$543,271	$560,000	$20,000	$580,000	$630,000	$70,000	$700,000	$560,000	$140,000	$700,000	$2,285,000	$238,271	$2,523,271
COSTOS RECURRENTES TOTALES DEL GdeH: Lempiras		3,330,946			6,077,199			10,212,608			10,684,724			30,305,477	
GdeH Porcentaje de Costos Recurrentes sin Anticonceptivos		59.06%			69.63%			85.04%			90.77%			78.30%	
GdeH Porcentaje de Costos Recurrentes para Anticonceptivos		1.63%			3.45%			10.00%			20.00%			10.92%	
GdeH Porcentaje de Costos Recurrentes Totales		28.69%			35.75%			44.16%			45.99%			40.42%	

NOTAS:
1. Años de proyecto:
Año 1 = Agosto 96 al diciembre 96 (6 meses)
Año 2 = enero 97 al diciembre 97
Año 3 = enero 1998 al diciembre 1998
Año 4 = enero 1999 al septiembre 1999 (9 meses)

2. Calculos del presupuesto:
Año 2 es aproximadamente 50% más que el año 1 (duración y inflación).
Año 3 es aproximadamente 25% más que el año 2 (inflación).
Año 4 es aproximadamente 25% menos que año 3 (duración).
Costos de mantenimiento del equipo fueron calculados así: 4% por año del monto presupuestado para adquirir el equipo.

3 Tasas de intercambio: 12.09 to 1 (1996); 15 to 1 (1997); 18 to 1 (1998); 21 to 1 (1999)

4. Anticonceptivos pueden ser contribucciones en especie.

BEST AVAILABLE COPY