

PD-ABO-926

99432

**EVALUACIÓN INTERMEDIA DEL PERÍODO
DEL PROYECTO II DEL SECTOR DE
LA SALUD EN HONDURAS**

POPTECH Informe No 98-142-073
Septiembre 1998

Por

Frank Sullivan
A August Burns
Mario Ganuza
Fernando Gomez
Patricia Paredes
Doreen Salazar
Bernardo Uribe

Preparado para

U S Agency for International Development
Bureau for Global Programs
Office of Population
Contrato No CCP-3024-Q-00-3012
Proyecto No 936-3024

Compilado y producido por

Population Technical Assistance Project
1611 North Kent Street, Suite 508
Arlington, VA 22209 USA
Tlf 703-247-8630
Fax 703-247-8640
e-mail poptech@bhm.com

A

Las observaciones, conclusiones y recomendaciones presentadas en este documento representan hasta cierto punto los puntos de vista de los autores. Sin embargo, algunos elementos selectivos del reporte han sido modificados por las solicitudes del USAID/Honduras. Este documento no representa los puntos de vista u opiniones de POPTECH, BHM International, The Futures Group International, o las personas de estas organizaciones.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	v
ABREVIATURAS	vii
RESUMEN EJECUTIVO	xi
RECOMENDACIONES PRINCIPALES	xv
1 INTRODUCCION	1
2 COMPOSICION DEL EQUIPO	5
3 METODOLOGIA DEL ESTUDIO	7
4 CONTEXTO ECONOMICO, POLITICO Y SOCIAL DEL PROYECTO	9
4 1 Logros recientes en salud	9
4 2 Estructura del modelo de prestacion de servicios del Ministerio de Salud	10
4 3 Operaciones en la sede del Ministerio de Salud	11
4 4 Operaciones de campo	12
4 5 Sostenibilidad potencial	14
4 6 Apoyo institucional y multilateral	15
5 SISTEMAS GERENCIALES DEL MINISTERIO DE SALUD	17
5 1 Hallazgos	17
5 1 1 Resumen	17
5 1 2 Preguntas y respuestas	17
5 2 Conclusiones	26
5 3 Recomendaciones	28
6 SUPERVIVENCIA DEL NIÑO	33
6 1 Hallazgos	33
6 1 1 Diarrea	33
6 1 2 Infecciones respiratorias agudas	37
6 1 3 Programa ampliado de inmunizacion	41
6 2 Conclusiones	42
6 3 Recomendaciones	43

7	ATENCION DE SALUD MATERNA Y NEONATAL	45
7 1	Hallazgos	45
	7 1 1 Servicios actuales de salud materna	45
	7 1 2 Mortalidad neonatal	48
7 2	Conclusiones	56
7 3	Recomendaciones	57
8	PLANIFICACION FAMILIAR	61
8 1	Hallazgos	61
	8 1 1 Logros	61
	8 1 2 Expansion de los servicios de esterilizacion voluntaria y DIU	64
	8 1 3 Compromiso del Ministerio de Salud	66
	8 1 4 Barreras institucionales	69
	8 1 5 Logistica	70
	8 1 6 Supervision	71
	8 1 7 Preparacion de informes	72
8 2	Conclusiones	72
8 3	Recomendaciones	73
9	ABASTECIMIENTO DE AGUA, SANEAMIENTO Y SALUD AMBIENTAL EN ZONAS RURALES	76
9 1	Resultados	76
	9 1 1 Logros	77
	9 1 2 Beneficios para la salud	78
	9 1 3 Expansion de la cobertura y asociaciones con otros donantes	79
	9 1 4 Mantener los sistemas de agua existentes el programa TOM	80
	9 1 5 Participacion de las comunidades y autosuficiencia de las mujeres	83
	9 1 6 Proteccion de las vertientes de agua	84
	9 1 7 Contribuciones del Ministerio de Salud	84
	9 1 8 El programa TSA	84
9 2	Conclusiones	85
9 3	Recomendaciones	86
10	RESUMEN DE LOS HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES	87

10 1	Hallazgos generales	87
10 2	Conclusiones generales	88
10 3	Recomendaciones generales y cuestiones intersectoriales	89

APENDICES

Alcance del trabajo	A-1
Documentos Revisados	B-1
Contactos	C-1
Sistemas logísticos del Ministerio de Salud	D-1
Cuadros del sistema gerencial	E-1
Información materna y neonatal	F-1
Cuadros, figuras y textos sobre agua y saneamiento	G-1
Calendario de evaluación en el país	H-1

AGRADECIMIENTOS

El equipo de evaluación agradece sinceramente el apoyo y la cooperación del personal de la sede del Ministerio de Salud que generosamente aportó su tiempo y sus conocimientos. Su ayuda para hacer de esta una experiencia informativa y productiva es invaluable. Deseamos expresar nuestro reconocimiento muy especial a Leticia Castillo, Daisy Erazo, Maritza Ramirez y Roberto Valladares quienes acompañaron al equipo durante el trabajo de campo para recopilar los datos.

También va nuestra gratitud para el personal del Ministerio de Salud regional y el personal de área que generosamente nos dio su tiempo, sus impresiones y su energía, lo que nos ayudó a aprender tanto en tan corto tiempo.

De igual manera, agradecemos por la cooperación y la invariable cortesía con que nos recibieron los hombres y las mujeres del Honduras rural, quienes nos dedicaron tiempo para responder a nuestras preguntas.

El trabajo en equipo se facilitó por la eficiente planificación y apoyo de la Oficina de Recursos Humanos y Desarrollo de la USAID en Honduras.

También debemos agradecer a Jack Reynolds, miembro del equipo que realizó una evaluación paralela en el proyecto del Sector Privado sobre Población III, quien una vez finalizado su propio trabajo, dedicó un tiempo considerable a la revisión de uno de estos capítulos.

Finalmente, vaya nuestra gratitud muy especial a Marcela Galvez por su eficiencia y entusiasmo al darnos apoyo logístico y secretarial.

ABREVIATURAS

AAS	Abastecimiento de agua y saneamiento
ACCESO	Un proceso de descentralización iniciado por el Gobierno de Honduras para dar mayor autoridad de toma de decisiones a los niveles locales
AES	Adiestramiento en servicio
AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (también IMCI)
AIN	Atención Integral del Niño [en cierta forma análogo al AIEPI])
AOBE	Atención obstétrica básica de emergencia
ASDI	Agencia Sueca de Desarrollo Internacional
ASHONPLAFA	Asociación Hondureña de Planificación de la Familia
ATSSN	Asesor técnico en SIDA y supervivencia del niño
BASICS	Apoyo básico para institucionalizar el proyecto de supervivencia del niño
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDC	Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (Estados Unidos)
CEP	Carta de ejecución del proyecto
CESAMO	Centro de Salud con Médico (segundo nivel más bajo de la prestación de servicios del MS, dotado de por lo menos una enfermera auxiliar, usualmente varias y un médico)
CESAR	Centro de Salud Rural (el nivel más bajo de la prestación de servicios del Ministerio de Salud)
CODHEFOR	Servicio de Desarrollo Forestal de Honduras
CSMI	Centro de Salud Materno-infantil
DIU	Dispositivo intrauterino
DPT3	Difteria/pertussis/tetanos tercer refuerzo (cobertura completa)
ENESF-96	Encuesta Nacional de Epidemiología y Planificación Familiar 1996
ERA	Examen de resultados anuales

EV	Esterilizacion voluntaria
FHIS	Fondo Hondureño de Inversion Social
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia Poblacion
GAT	Gerencia de Asistencia Tecnica (Technical Assistance Team)
GC	Garantia de calidad
GH	Gobierno de Honduras
HS-II	Proyecto II del Sector de la Salud
IAPP	Indice de años-pareja de proteccion
IEC	Informacion, educacion y comunicacion
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
IMCI	Atencion Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
IRA	Infecciones de las vias respiratorias superiores
IRA	Infecciones respiratorias agudas
JCA	Junta comunitaria de agua
LISMEF	Lista de mujeres en edad fecunda
LISVAC	Lista de niños de menos de un año vacunados
MotherCare	Proyecto financiado principalmente por la USAID para reducir la mortalidad materna
MS	Ministerio de Salud
OC	Organismo cooperante
OE	Objetivo estrategico
ONG	Organizacion no gubernamental
OPS	Organizacion Panamericana de la Salud
OVP	Organizacion Voluntaria Privada
PAI	Programa Ampliado de Inmunizacion
PROAG	Acuerdo del proyecto
PROCED	Programa de Control de Enfermedades Diarreicas
PSN	Poblacion, salud y nutricion
PSP III	Proyecto III del Sector Privado sobre Poblacion

PT	Partera tradicional
SANAA	Servicio Autonomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (entidad semiautonomo del Ministerio de Salud para servicios de agua y saneamiento)
SIDA/ETS	SIDA/Enfermedades de Transmision Sexual
SIG	Sistema de informacion gerencial
SIGAF	Sistema de Informacion Gerencial, Administrativa y Financiera
SIGS	Sistema de Informacion Gerencial sobre Salud
SN	Supervivencia del niño
SNIS	Servicio Nacional de Informacion en Salud
SR	Salud reproductiva
SRO	Sales de rehidratacion oral
TAS	Tecnicos de agua y saneamiento
TEC	Tratamiento estandar de casos para IRA
TMM	Tasa de mortalidad materna
TOM	Tecnicos de operacion y mantenimiento
TRO	Terapia de rehidratacion oral
TSC	Trabajador de salud comunitario
UGP	Unidad de gerencia de proyecto
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF
UPS	Unidad Prestadora de Servicio (CESAR, CESAMO y hospitales)
USAID	U S Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

RESUMEN EJECUTIVO

El Proyecto del Sector de la Salud II (HS-II) es un proyecto bilateral, de larga duracion financiado por la USAID y el Gobierno de Honduras con miras a promover la salud comunitaria en las zonas rurales de Honduras. El proposito del proyecto es asegurar un sistema publico de atencion primaria de salud que sea sostenible y eficaz, mediante el mejoramiento de la calidad, la accesibilidad y la sostenibilidad de practicas eficaces de supervivencia del niño, planificacion familiar, salud reproductiva y de prevencion de ETS/SIDA.

Desde el 15 de mayo hasta el 26 de junio de 1998, un equipo multidisciplinario de siete personas realizo una evaluacion intermedia del periodo de ejecucion del proyecto HS-II. El equipo estaba compuesto de especialistas en desarrollo organizativo, gestion, supervivencia del niño, atencion materna y neonatal, planificacion familiar, logistica, y agua y saneamiento.

La salud de la familia ha venido mejorando constantemente en Honduras a lo largo de los ultimos 25 años, en parte gracias a una adecuada politica de salud publica. La mortalidad infantil ha bajado de 86 defunciones por 1 000 nacidos vivos en 1976, a 42 en 1993. La cobertura de todas las vacunas principales ha aumentado constantemente y alcanza en los momentos el 90 por ciento. En realidad, Honduras tiene el mejor record en America Latina en cuanto a vacunas para un pais de su situacion socioeconomica. La tasa global de fecundidad ha bajado de 7,5 por ciento en 1975 a 4,9 por ciento en 1995. La esperanza de vida ha aumentado de 54 años en 1970 a 70 años en 1995. El uso de anticonceptivos ha pasado de 40,6 por ciento en 1989 a 50,0 por ciento en 1996. La lactancia materna exclusiva en niños de dos a cuatro meses de edad ha pasado de 23,2 por ciento en 1991 a 29,5 por ciento en 1996.

No obstante, hay varios aspectos en donde no ha ocurrido todavia una mejora substancial, especialmente en las zonas rurales. La tasa global de fecundidad en las zonas rurales es casi el doble de la tasa para las ciudades. El uso de anticonceptivos es de 40 por ciento en las zonas rurales en comparacion con 62 por ciento en las zonas urbanas. La tasa de uso de anticonceptivos en las zonas rurales ha permanecido estancada por mas de 10 años. La proporcion de mortalidad materna sigue siendo alarmantemente alta situandose en 221 defunciones por 100 000. Treinta y dos por ciento de las mujeres de las zonas rurales dan a luz en establecimientos medicos (en comparacion con 91 por ciento de las mujeres de las zonas urbanas), muchas de las muertes maternas ocurren en hogares rurales.

El primer nivel de servicios del Ministerio de Salud se presta por medio de puestos sanitarios llamados Centros de Salud Rural (CESAR), dotados con una enfermera auxiliar, el siguiente nivel de la atencion se presta en un Centro de Salud con Medico (CESAMO) dotado con por lo menos una enfermera auxiliar y un medico. Aunque estos dos tipos de establecimientos tratan de dar atencion primaria de salud integrada, la estructura organizativa del Ministerio de Salud no es congruente con una perspectiva de salud comunitaria integrada, ya que se caracteriza por sus estructuras orientadas a los programas. No se hace planificacion estrategica y escasean las

aptitudes gerenciales Las enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería y los promotores comunitarios son trabajadores de atención primaria de salud, de primera línea, pero la importancia de sus funciones no se reconoce. No obstante, se encontró que muchos de los miembros del personal son dedicados y trabajan con motivación. El MS se ve perjudicado por la falta de un mandato legal fuerte que le permita ejecutar políticas de largo plazo que podrían mejorar la sostenibilidad.

El equipo evaluador recomienda numerosos cambios organizativos y gerenciales en el MS. Debe prestarse atención a mejorar la visión estratégica del personal de planificación y las aptitudes gerenciales del personal de campo. El proyecto debe continuar apoyando los esfuerzos del MS para reformar y reorganizar el sistema para referir los pacientes a otros establecimientos. Debe darse apoyo continuo al mecanismo de Supervisión, seguimiento y evaluación del MS y a los esfuerzos del sistema de información gerencial (SIG), que están empezando a lograr importantes resultados. Los procesos de descentralización deberían seguir recibiendo apoyo del proyecto. Las enfermeras auxiliares y profesionales deberían recibir más entrenamiento, mientras que el MS realiza un estudio detallado de la posibilidad de sustituir al antiguo personal de campo ofreciéndole un bono de jubilación. El proyecto debería apoyar una iniciativa importante de recuperación de costos a nivel de los hospitales y puestos de salud. Uno de los puntos importantes de la Nueva Agenda en Salud del Ministro es la garantía de calidad, y allí la congruencia es perfecta entre esta estrategia y la iniciativa de calidad total de la atención ya en curso en el proyecto, que ahora puede fortalecerse.

Las intervenciones claves del proyecto en materia de supervivencia del niño están orientadas a la diarrea, la neumonía y las vacunas. La diarrea sigue siendo la primera causa de mortalidad de niños de 6 a 11 meses de edad, aunque la mortalidad asociada con la diarrea ha disminuido como causa de defunción de niños menores de cinco años de edad. Si bien el uso de la terapia de rehidratación oral (TRO), que incluye el uso de sales de rehidratación oral, es generalizado durante la diarrea, la nutrición apropiada y el tratamiento con medicamentos sigue siendo un problema, porque el personal de salud todavía se basa en el uso de antibióticos para tratar casos sencillos de diarrea. Se observó que la identificación y el tratamiento de casos de infecciones de las vías respiratorias superiores y la neumonía son menos que adecuados. La atención integrada para el niño a nivel comunitario e institucional debería seguir recibiendo considerable apoyo del proyecto, aprovechando los excelentes materiales preparados por el Proyecto BASICS (Apoyo Básico para institucionalizar la supervivencia del niño). Los voluntarios comunitarios necesitan mejor supervisión por parte del personal de la Unidad Prestadora de Servicios (UPS). La cadena de frío para las vacunas necesita mejor mantenimiento. La calidad de la atención hospitalaria merece otros análisis; es necesario hacer esfuerzos para desalentar el uso excesivo de líquidos intravenosos y de antibióticos para tratar la diarrea.

La evaluación determinó que el MS debería desarrollar un programa amplio de maternidad sin riesgo que satisfaga realmente las necesidades de la mayoría rural. Podría desarrollarse un programa de este tipo llevando a la práctica un programa educativo en todo el país para enseñar a las mujeres del campo a sus familias y a las comunidades como reconocer los signos de peligro.

durante el embarazo el parto y el periodo neonatal. También debería hacerse un esfuerzo importante para prestar servicios básicos de obstetricia a nivel comunitario. Para prestar esos servicios, las parteras comunitarias tradicionales (PT) deberían recibir entrenamiento y los medicamentos de emergencia para evitar y controlar las hemorragias después del parto. El personal de las UPS también debería recibir entrenamiento en el uso de estos medicamentos y de fluidos intravenosos. El proyecto debería apoyar al MS en la ampliación del número de Centros de Salud Materno-infantil (CSMI), para aumentar el número de nacimientos atendidos por personal adiestrado. Además, todo hospital público debería desarrollar la capacidad de prestar atención obstétrica esencial de calidad.

A pesar de algunos sucesos favorables en materia de planificación familiar, la red del MS todavía no presta servicios adecuados de planificación familiar. Debería emprenderse una campaña nacional de educación sobre el riesgo reproductivo y efectuar un trabajo discreto y llevado a la práctica vigorosamente a nivel del campo para satisfacer la gran necesidad no cubierta de servicios de planificación familiar en las zonas rurales. Una de las recomendaciones es fortalecer y ampliar los servicios de salud reproductiva y planificación familiar en ciertas UPS. En segundo lugar, el FNUAP va a publicar pronto un curso modular de adiestramiento, bien diseñado y suficientemente probado, en salud reproductiva destinado a enfermeras auxiliares, este curso es un vehículo ideal para adiestrar a un grupo numeroso de enfermeras auxiliares en corto tiempo. Tercero, la evaluación recomienda que el personal de los CSMI y el personal de los "super CESAMO" sean los primeros en recibir adiestramiento de actualización en planificación familiar. Entretanto, la USAID debería seguir alentando al Gobierno de Honduras a que lleve a cabo las actividades de población y planificación familiar de manera más energética. La USAID debería apoyar los esfuerzos por incorporar la planificación familiar y la administración de métodos anticonceptivos en los programas de las escuelas de medicina y de enfermería, también debería seguir trabajando con el MS para revisar normas y reglamentos que rigen la planificación familiar. La USAID debería trabajar con el MS para ampliar la disponibilidad de anticonceptivos y para definir cuáles anticonceptivos deben suministrarse a cada nivel de la atención. Depo-Provera® debería introducirse como un método a ser administrado por enfermeras auxiliares a nivel de los CESAR, y el MS debería prestar los servicios con Depo-Provera y DIU en todos los sitios donde se atienden nacimientos.

El programa de abastecimiento de agua a las zonas rurales del proyecto HS-II ha superado todas las metas y ha dado importantes resultados, a un costo igual o menor que los promedios internacionales. Varias encuestas recientes indican que la mortalidad de niños es significativamente menor (44 defunciones por 1 000 nacidos vivos) en hogares con grifos de agua potable en la propiedad en comparación con 70 muertes por 1 000 nacidos vivos en los hogares donde no los hay. La diferencia se refiere solamente a los niños de 1 a 59 meses, donde la mayoría de las muertes de niños en todo el país se atribuyen a la diarrea. En hogares sin agua potable, el riesgo de muerte para los recién nacidos es 1,9 veces más alto, y para los niños de uno a cuatro años de edad, 2,3 veces más alto que en los hogares con agua potable. En parte como resultado del apoyo del proyecto, el porcentaje de hogares rurales con grifos de agua potable aumentó de 41 a 53 por ciento. Gran parte del apoyo reciente de la USAID para agua y saneamiento en las

zonas rurales se ha dedicado al adiestramiento y al apoyo de un nuevo programa de Técnicos de Operación y Mantenimiento (TOM), la evaluación encontró que el programa está funcionando bien. Dado el bajo costo per capita de los sistemas de agua y las letrinas en comparación con los grandes beneficios para la salud, la USAID debería considerar seguir invirtiendo en la infraestructura de suministro de agua. Para alcanzar las metas nacionales en un periodo de seis años se necesitarían unos \$26,0 millones en recursos externos, y \$15,0 millones en recursos locales.

Una de las preguntas hechas al equipo evaluador en el Alcance del trabajo fue que debería hacer la USAID en los próximos cinco años para aumentar el uso de anticonceptivos en las zonas rurales en por lo menos 10 puntos de porcentaje. El equipo considera que si las estrategias recomendadas en esta evaluación pueden llevarse a la práctica, existen muchas probabilidades de que el uso de anticonceptivos en las zonas rurales aumente en la cantidad deseada en los próximos cinco años, y que se obtengan como resultado grandes mejoras en la salud pública.

RECOMENDACIONES PRINCIPALES

Vision estrategica

- El proyecto deberia considerar el financiamiento de ejercicios de planificacion estrategica para todo el sector y todo el Ministerio

Diferenciacion de funciones

- El equipo apoya el estudio piloto de la USAID para el sistema de referencia de pacientes actualmente en curso El proyecto deberia apoyar los esfuerzos del MS para reformar y reorganizar el sistema de referencia en todas las formas posibles
- El proyecto deberia continuar la asistencia tecnica recién empezada en materia de garantia de calidad destinada a hospitales regionales, en particular en relacion con la atencion a mujeres con complicaciones obstetricas y niños de menos de cinco años con infecciones respiratorias agudas (IRA)

Aptitudes gerenciales

- El proyecto deberia seguir apoyando los esfuerzos del MS para mejorar las aptitudes gerenciales del personal a todos los niveles, incluidos el personal de los CESAR y los CESAMO
- Debe darse apoyo continuo al mecanismo de Supervision, seguimiento y evaluacion y a SIGAF, que estan empezando a obtener importantes resultados
- Los procesos ACCESO deberian seguir recibiendo apoyo El proyecto deberia hacer un esfuerzo concertado para canalizar fondos de manera mas eficaz y mas rapida a las areas de salud, los CESAMO y los CESAR

Satisfaccion del personal

- El proyecto deberia apoyar actividades en torno a la creacion de una cultura de calidad del servicio por medio del MS especialmente en los CESAR y los CESAMO
- El cuadro de parteras tradicionales enfermeras auxiliares y enfermeras profesionales deberia recibir mas adiestramiento Este deberia realizarse de manera acelerada de tal forma que todas las enfermeras y las auxiliares de enfermeria del area de proyecto hubieran participado en el mejoramiento de sus aptitudes tecnicas y administrativas en un periodo de tiempo dado tal vez dos años

- El MS debería realizar un estudio cuidadoso de la posibilidad de utilizar bonos de jubilación para sustituir al personal de enfermería más antiguo. Debería consultarse a la USAID para ver que apoyo podría ofrecer en este sentido.

Sostenibilidad financiera

- El proyecto debería apoyar una campaña más vigorosa de recuperación de costos a nivel de hospitales de los CESAR y CESAMO.

Supervivencia del niño

- El tratamiento integrado del niño en a nivel comunitario e institucional (Atención Integrada del Niño AIN) y AIEPI deberían seguir recibiendo apoyo del proyecto. El adiestramiento en AIN/AIEPI debería ser ampliado, aprovechando los excelentes materiales preparados por BASICS.
- Un sistema realista de supervisión de los voluntarios de la comunidad y del personal de salud tiene que ser diseñado y llevado a la práctica.
- El actual protocolo en los manuales del MS para la diarrea y las IRA que permite a los proveedores de servicios de salud tratar a los niños cuando no es posible referirlos a otro sitio debería llevarse a la práctica.
- Una estrategia importante es delegar más autoridad al personal de los CESAMO y mejorar sus aptitudes de resolver problemas y de tratar pacientes.
- Deben fomentarse las experiencias piloto innovadoras para favorecer la participación comunitaria en las actividades cotidianas de los puestos de salud.
- Debe mejorarse el mantenimiento de la cadena de frío. Entretanto, todavía no ha llegado el momento apropiado para reducir o retirar fondos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI).
- La calidad de la atención hospitalaria merece mayor análisis. Los hospitales tienen que mejorar su nivel de higiene y la eliminación inocua de desecho y materiales peligrosos/biológicos.

Maternidad sin riesgo

- Debería llevarse a la práctica un programa educativo que abarque todo el país para enseñar a las mujeres del campo como reconocer los signos de peligro durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal. La estructura del programa debería ser multidimensional y orientada a la familia, las PT, los proveedores de servicio del MS y la comunidad. La

USAID debería contratar a un organismo cooperante especializado en esta materia para trabajar con el MS y ejecutar esta recomendación. Un esfuerzo de similar importancia debería ponerse en movimiento para dar servicios básicos obstétricos de emergencia a nivel de la comunidad, lo que incluiría aumentar el adiestramiento de las PT y del personal del Ministerio de Salud en el uso de medicamentos de emergencia para prevenir y controlar la hemorragia después del parto.

- El proyecto debería encontrar maneras flexibles de apoyar a las clínicas de salud materno-infantil que funcionan bien, y establecer otras similares, siempre que sea posible, para aumentar el número de nacimientos atendidos por personal adiestrado.
- Todo hospital público debería desarrollar la capacidad de prestar atención obstétrica esencial de emergencia.

Planificación familiar

- Los servicios de planificación familiar deberían fortalecerse en ciertas UPS. Debe darse adiestramiento en inserción de DIU, Depo-Provera, exámenes de la pelvis, y citologías a las enfermeras que trabajan en esos centros.
- Debe darse adiestramiento en gran escala en planificación familiar utilizando el curso de adiestramiento próximo a publicarse del FNUAP, destinado a enfermeras auxiliares que trabajan en salud de la reproducción. El proyecto debería apoyar una campaña relámpago para actualizar los conocimientos en planificación familiar de cada médico, enfermera, auxiliar de enfermería de primera línea en la zona del proyecto en un período de tiempo relativamente corto, tal vez de dos años.
- El personal de los centros de salud materno-infantil (CSMI) y de los "super CESAMO" mencionado en la Nueva Agenda en Salud debería recibir el adiestramiento del FNUAP pronto.
- La USAID debería seguir alentando al Gobierno de Honduras a que adopte estrategias de población y de planificación familiar que pongan de relieve la salud, así como los beneficios socioeconómicos y demográficos de dichas actividades.
- La USAID debería apoyar las actividades para incorporar la planificación familiar y la administración de métodos anticonceptivos en los programas de estudio de las escuelas de medicina y de enfermería.
- La USAID debería trabajar con el MS para ampliar la disponibilidad de anticonceptivos en el país y para definir que anticonceptivos deberían suministrarse a cada nivel de la atención. Los DIU y Depo-Provera deberían introducirse como un método a ser

administrado por enfermeras auxiliares y ponerlo al alcance del público a nivel de los CESAR

- El MS debería prestar servicios de DIU y Depo-Provera en todos los lugares donde se atienden partos y donde se tratan las complicaciones de los abortos. Debería darse adiestramiento en DIU y Depo-Provera a todas las enfermeras y médicos que prestan estos servicios
- La USAID debería seguir dando apoyo para esterilización quirúrgica en los establecimientos del MS donde la demanda lo justifica. No obstante, los DIU deberían ser la alternativa preferida porque el sistema hospitalario se encuentra en un estado de significativo deterioro y por ende, las esterilizaciones no deberían promoverse demasiado en un entorno como ese
- El proyecto debería apoyar el desarrollo de materiales educativos para la comunidad que describan claramente los beneficios de reducir la fertilidad y limitar y espaciar los nacimientos, y que aborden los mitos y la información errónea que son comunes en la planificación familiar

Agua y saneamiento

- En vista del bajo costo per capita del abastecimiento de agua y los sistemas de letrinas, así como de los grandes beneficios para la salud que se obtienen de ellos, la USAID debería estudiar si debe seguir invirtiendo en la infraestructura del sistema de abastecimiento hasta que 75 por ciento de las zonas rurales estén atendidas
- Para mejorar la eficacia del programa TOM, la USAID debería trabajar con el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA) para crear incentivos para las comunidades que hacen funcionar y mantienen sus sistemas de manera responsable

Otras recomendaciones clave para el Ministerio de Salud

- El sistema de información del Ministerio de Salud necesita una renovación importante y se han dado excelentes pasos iniciales para iniciar el proceso. El proceso debería continuar
- El sistema logístico del MS necesita una reestructuración substancial y se hacen recomendaciones para iniciar el proceso

Otras recomendaciones clave para la USAID

- La Unidad Coordinadora del proyecto debería eliminarse y en su lugar contratar a un especialista financiero independiente

- Se han hecho varias recomendaciones sobre adiestramiento. El equipo evaluador recomienda la contratación de empresas locales de adiestramiento, de tal forma que dichos programas de adiestramiento puedan ser impartidos en varios temas diferentes dentro de un periodo de tiempo bastante limitado, quizás de solo dos años. De igual manera, una organización externa al Ministerio de Salud debería llevar a cabo una campaña nacional para divulgar las consecuencias de los riesgos de la reproducción. El proyecto debería continuar con actividades iniciadas recientemente dirigidas a la calidad total de la atención. La Misión debería estudiar la posibilidad de invitar a un organismo cooperante especializado en calidad total de la atención para que se establezca permanentemente en el país.
- A mediano plazo, la USAID debería empezar a impulsar la creación de una carrera intermedia de enfermería para que haya más enfermeras licenciadas en menor tiempo, en vista de la grave escasez actual y proyectada de enfermeras graduadas en el país.

1 INTRODUCCION

El Proyecto del Sector de la Salud II (HS II) es un proyecto bilateral de larga duracion financiado por la USAID y el Gobierno de Honduras (GDH) con miras a promover actividades sostenibles de salud comunitaria en las zonas rurales de Honduras. En junio de 1988 se concedio la subvencion original, esta fue modificada varias veces y en la actualidad se preve que culminara el 30 de septiembre de 1999. De acuerdo con la enmienda mas reciente (Enmienda 22), la meta del proyecto HS-II consiste en mejorar la salud familiar. En efecto, el proyecto tiene como finalidad asegurar un sistema de atencion primaria de salud publica en Honduras mediante el mejoramiento de la calidad, accesibilidad y sostenibilidad de una eficaz supervivencia del niño, planificacion familiar, salud reproductiva y practicas de prevencion de ETS/SIDA.

Por medio de las actividades contempladas en el proyecto, se brinda asistencia tecnica y financiamiento al Ministerio de Salud (MS) con miras a mejorar cuatro areas:

- En materia de supervivencia del niño, los resultados previstos son la introduccion de nuevos enfoques y un tratamiento mas adecuado de los casos de neumonia, lactancia materna exclusiva, vigilancia del crecimiento y atencion integrada de salud para el niño, asi como mantenimiento del elevado nivel de cobertura de vacunacion de niños con DPT, sarampion, poliomielitis y tuberculosis, asi como vacunacion de las mujeres con toxoide tetanico.
- En el ambito de la salud reproductiva, se espera introducir nuevas estrategias de planificacion familiar y salud reproductiva (SR), mejorar la calidad de los servicios y los procedimientos para referir pacientes a otros centros, asi como incrementar la compra de anticonceptivos por parte del MS.
- En cuanto al componente ETS/SIDA, se espera mejorar los programas de prevencion y tratamiento de estas enfermedades.
- Para apoyar los programas nacionales de inmunizacion, terapia de rehidratacion oral y salud ambiental, los objetivos son ayudar al MS para lograr una mayor descentralizacion, contribuir a la puesta en practica de una estrategia de salud ambiental a nivel nacional, fortalecer la capacidad de gestion del MS en las finanzas y la administracion, mejorar la supervision, el seguimiento y la evaluacion que hace el MS, mejorar el sistema de informacion sobre salud del MS, mejorar la administracion de los recursos humanos por parte del Ministerio, y adelantar una politica eficaz de informacion, educacion y comunicacion (IEC).

Como se describe en el alcance del trabajo (ver Apendice A), el objetivo de la evaluacion consistio en analizar hasta que punto contribuye el proyecto al Objetivo Estrategico de LA USAID/Honduras de "mejorar la salud familiar", identificar las limitaciones y formular

recomendaciones para el resto del proyecto en materia de prioridades, estrategias y definicion de resultados y metas Asimismo, a la luz del nuevo Plan Estrategico para el año fiscal 1998-2003 de USAID/Honduras, identificar aquellas actividades que contribuirán a alcanzar el objetivo de la Mision en cuanto a salud, en el sentido de alcanzar "mejoras sostenibles en la salud familiar" Las actividades sobre ETS/SIDA no se incluyeron en el alcance del trabajo, ya que dicho componente fue objeto de una reciente evaluacion separada

Durante la primera reunion del equipo, se presento a la USAID un alcance del trabajo resumido, el cual fue aceptado Este alcance del trabajo presentaba un analisis de las areas que debian mejorarse y de las cuales se podia aprender para el futuro, no se trataba de una simple "enumeracion" de resultados pasados Las areas de mayor interes fueron las siguientes

- Descentralizacion (incluido ACCESO),
- Mayor eficacia del sistema de asistencia rural del MS, incluidos los servicios de salud maternoinfantil así como todos los aspectos de la planificacion familiar,
- Mortalidad materna y emergencias obstetricas,
- Mantener o aumentar los niveles actuales del indice de años-pareja de proteccion, incluida la ampliacion de la seleccion de metodos y la introduccion de Depo-Provera, así como una atencion renovada a la poblacion de las zonas rurales,
- Sostenibilidad de las iniciativas de abastecimiento de agua y saneamiento y el Programa Ampliado de Inmunizacion (PAI) y
- Evaluacion del compromiso del MS para llevar a la practica un programa de planificacion familiar de amplio alcance

El informe esta estructurado de la siguiente manera la presente Introduccion esboza el contexto amplio del documento, seguido por capitulos acerca de la composicion del equipo y la metodologia del estudio Las principales secciones del informe son los capitulos que describen el contexto economico politico y social del proyecto, los sistemas de gestion del MS, la supervivencia del niño, la salud materna, la planificacion familiar, el abastecimiento de agua y el saneamiento Cada seccion describe los hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones, a la vez que responde a preguntas detalladas que se hicieron al equipo en el alcance del trabajo para su analisis La parte principal del informe concluye con un resumen de los hallazgos y las recomendaciones

Ademas de los apendices acostumbrados de POPTECH -alcance del trabajo (Apendice A), bibliografia (Apendice B) y lista de contactos (Apendice C)- el presente informe incluye un apendice acerca de la logistica del MS (Apendice D), apendices con informacion acerca de las

secciones específicas sobre gestión (Apendice E), salud neonatal (Apendice F), y abastecimiento de agua (Apendice G), así como un calendario de las actividades realizadas en el país (Apendice H)

2 COMPOSICIÓN DEL EQUIPO

El equipo evaluador multidisciplinario de POPTECH estuvo conformado por especialistas en los campos de desarrollo institucional, gestión, supervivencia del niño, atención materna y neonatal, planificación familiar, logística y abastecimiento de agua y saneamiento

Al frente del equipo estuvo Frank Sullivan, M P S en desarrollo internacional, que cuenta con 25 años de experiencia en programación en el extranjero y una especialización en desarrollo institucional y gestión de proyectos Su experiencia incluye servicios prestados durante varios años en Bangladesh, Honduras, Ecuador, Bolivia y la República Dominicana Asimismo, ha trabajado como asesor en Tailandia, Nicaragua, Angola, Bolivia y los Estados Unidos

El especialista en gestión fue Mario Ganuza, M B A y B S en ingeniería civil, con amplia experiencia en desarrollo institucional, administración y planificación estratégica Prestó servicios durante varios años en Panamá, El Salvador, Nicaragua y los Estados Unidos, y ha sido asesor en Bolivia, El Salvador, Honduras, República Dominicana, Bangladesh, los Estados Unidos, entre otros países Cuenta con experiencia de trabajo en el sector de la salud en Honduras

La especialista en supervivencia del niño fue Patricia Paredes, M D y M Sc en salud comunitaria y candidata al doctorado en salud pública en Johns Hopkins University, por otra parte, tiene experiencia en supervivencia del niño e intervenciones comunitarias para controlar la diarrea infantil Fue asesora personal del Ministro de Salud en Perú y presidente de la Comisión de Salud del Congreso de dicho país Asimismo, ha realizado trabajos de consultoría en Perú y Ecuador, e investigaciones en materia de salud pública en Perú, Bolivia y otros países

La especialista en salud materna y neonatal fue A August Burns, P A , partera diplomada, M P H , con experiencia en adiestramiento de parteras en América Latina y coautora de Where Women Have No Doctor, de reciente publicación Su experiencia incluye la prestación de servicios durante varios años en Bolivia y Guatemala Por otra parte, asesoró al Center for African Family Studies Planned Parenthood, Institute for Social Ecology, Vermont Children's Forum y Vermont Committee for AIDS Resources, Education and Services

El especialista en planificación familiar fue Fernando Gomez, M A en sociología y cuenta con más de 20 años de experiencia en planificación familiar y salud en América Latina, tiene experiencia en el diseño, gestión y ejecución de proyectos, entre otros campos En la actualidad es director ejecutivo del Centro Regional de Población en Bogotá, Colombia, además, trabajo a tiempo completo y como asesor de AVCS International, Population Council USAID/Colombia y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

El especialista en logística fue Bernardo Uribe, J D en derecho y ciencias políticas y B A en administración de empresas El Sr Uribe tiene experiencia en entrenamiento en logística e instrumentación de un sistema de gestión logística nacional Prestó servicios durante varios años

en Peru y Bolivia y ha trabajado como asesor y a tiempo completo para John Snow, AVSC, y Pathfinder, y se especializa en la administracion de logistica, sistemas de informacion para la gestion, orientacion en planificacion familiar y adiestramiento de adiestradores

La ingeniera especializada en agua y saneamiento fue Doreen Salazar, P E y M S en ingenieria ambiental, asi como un B S en ingenieria civil Ella tiene experiencia en abastecimiento de agua y saneamiento en zonas rurales en Estados Unidos y Ecuador En la actualidad trabaja como ingeniera civil especializada en tratamiento de aguas residuales en California, ha efectuado estudios de plan maestro y de factibilidad, analisis y planificacion financiera y diseño y gestion de construccion de plantas de tratamiento de aguas residuales En breve comenzara a prestar sus servicios en USAID/Washington, donde trabajara en la Oficina de Asia

3 METODOLOGIA DEL ESTUDIO

Durante la primera semana de trabajo, el equipo asistió a una reunión de planificación de equipo y adaptó una estrategia paso por paso formulada por el proyecto de Agua y Saneamiento para la Salud (WASH), la cual permitió a los miembros del equipo comprender y darle forma al resultado final. Esta estrategia identifica los siguientes pasos: 1) introducción, 2) historia y situación actual de la subvención, 3) clientes principales del informe, 4) alcance del trabajo, (5) resultado final del análisis, (6) presentación de los miembros del equipo y formulación del papel que deben desempeñar, y 7) formulación de un plan de trabajo. Ante lo complejo del alcance del trabajo, el equipo cree que estos dos días representaron un elemento imprescindible para comprender más claramente cuál era la tarea que les esperaba.

La evaluación se realizó desde el 15 de mayo hasta el 28 de junio de 1998. El lapso que permaneció cada miembro del equipo en Honduras dependió del área específica de trabajo: los especialistas en logística, supervivencia del niño y agua y saneamiento estuvieron tres semanas, los especialistas de gestión y atención materna, cuatro semanas, el especialista en planificación familiar cinco semanas. El líder del equipo estuvo en Honduras durante la totalidad del período de evaluación. El equipo de evaluación analizó centenares de documentos (véase el Apéndice B, donde aparece la bibliografía). Una evaluación de mediados del período de ejecución realizada por Kendall y colaboradores, en 1995 fue objeto de minucioso estudio, al igual que los informes recientes de situación del proyecto, y un informe del Banco Mundial titulado "Honduras Improving Access, Efficiency, and Quality of Care in the Health Sector". El equipo hizo una gran cantidad de entrevistas a más de 170 funcionarios, así como a una cantidad similar de miembros de la comunidad.

Durante la segunda semana del trabajo, todos los miembros del equipo¹ viajaron por el país durante una semana, mientras que algunos de ellos salieron de viaje en otras oportunidades cuando así lo ameritaba la situación. Durante el período citado, visitaron un total de 37 centros de prestación de servicios: hospitales, clínicas de salud materna, Centros de Salud Rurales (CESAR) y Centros de Salud con Médicos (CESAMO). El equipo sostuvo entrevistas individuales y en grupo con funcionarios del MS, con los usuarios de establecimientos de salud y con los integrantes de los comités locales de salud. Se efectuaron inspecciones al azar de estas instalaciones, se examinaron en forma aleatoria historias médicas y familiares en ciertos puestos sanitarios, a la vez que se analizaron registros clínicos en hospitales.

El equipo tomó la decisión de viajar en grupo durante una semana y no hacerlo en forma separada, aunque de esta última forma posiblemente habrían abarcado un área geográfica más extensa o visitado un mayor número de centros de salud. El equipo estimó que podía aprovechar

¹ Con la excepción de la ingeniera especializada en agua y saneamiento, quien no se encontraba en el país en ese momento debido a un compromiso contraído con anterioridad, pero quien salió de viaje durante una semana a su regreso.

su variada experiencia si todos los integrantes viajaban juntos, aminorando de esta forma la "perspectiva estrecha" que caracteriza a algunos proyectos multidisciplinarios. Por otra parte, durante el trabajo los miembros del equipo se reunieron con frecuencia para compartir opiniones y observaciones acerca de los hallazgos, resultados de las entrevistas, primeras conclusiones y recomendaciones. El equipo recomienda que las personas que lleven a cabo este tipo de evaluaciones pongan en practica una estrategia similar.

Durante la cuarta semana de trabajo, el equipo presento a la USAID los datos basicos del proyecto en forma oral y durante la quinta semana entrego informacion por escrito al Ministro de Salud y al Director de la USAID, mientras se preparaba el informe. Las sexta y séptima semanas se dedicaron a agregar los comentarios de la USAID al primer borrador. Varias semanas mas tarde, se incluyeron en el segundo borrador las sugerencias y comentarios finales hechos por la USAID y el MS.

4 CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL DEL PROYECTO

4.1 Logros recientes en salud

En Honduras, la salud de la familia ha mejorado en forma ininterrumpida a lo largo de los últimos 25 años. La mortalidad infantil se redujo de 86 defunciones por 1 000 nacidos vivos en 1976, a 43 defunciones en 1993 (de acuerdo con el método indirecto de estimaciones). La tasa de vacunación de niños menores de un año sobrepasa 90 por ciento, en efecto, entre los países latinoamericanos con igual situación socioeconómica, Honduras registró los niveles más altos de vacunación. La tasa total de fecundidad bajó de 7,5 en 1975 a 4,9 en 1995. El uso de anticonceptivos aumentó de 40,6 por ciento en 1987 a 50,0 por ciento en 1996. Por último, la lactancia materna como práctica exclusiva en niños de dos a cuatro meses aumentó de 23,2 por ciento en 1991 a 29,5 por ciento en 1996.

Algunas de estas mejoras en el campo de la salud son producto de una acertada política de salud pública. El firme compromiso asumido por el Gobierno de Honduras de mitigar la pobreza quedó evidenciado cuando destinó más de 30 por ciento de su presupuesto a inversiones sociales y económicas en salud, educación y bienestar social. La pobreza disminuyó de 75 por ciento en 1991 a 67 por ciento en 1995. El nivel de instrucción también mejoró, ya que en la actualidad más de 70 por ciento de los niños terminan el sexto grado, en comparación con solo 44 por ciento en 1986. En las zonas rurales, los programas de abastecimiento de agua y saneamiento han contribuido a disminuir la incidencia de enfermedades diarreicas, estas pasaron del primer al tercer lugar entre las causas de defunción entre los lactantes. Ochenta y cuatro por ciento de las mujeres embarazadas reciben atención prenatal y en 1996, 68 por ciento (un aumento de la cifra de 32 por ciento registrada en 1987) fueron atendidas en hospitales del MS. La cantidad de alumbramientos en instituciones sanitarias aumentó de 40 por ciento en 1987 a 54 por ciento en 1996, y la mayor parte de este incremento correspondió a los hospitales del MS.

Sin embargo, existen diversas regiones en las cuales aun no se han registrado mejoras apreciables, sobre todo en las zonas rurales. La tasa total de fecundidad en las zonas rurales prácticamente duplica la tasa en zonas urbanas, 6,1 y 3,1 hijos por mujer, respectivamente. El uso de anticonceptivos es de 40 por ciento en zonas rurales, en comparación con 62 por ciento en zonas urbanas, de hecho, desde hace diez años el uso de anticonceptivos ha permanecido invariable en las zonas rurales. La proporción de la mortalidad materna continúa siendo alarmantemente elevada: 221 defunciones por 100 000 nacidos vivos. En las zonas rurales, 32 por ciento de las mujeres dan a luz en establecimientos asistenciales, en comparación con 91 por ciento de las mujeres en zonas urbanas. Más de la mitad de los casos de mortalidad infantil corresponden a mortalidad neonatal y muchas muertes maternas ocurren en hogares rurales.

Con miras a canalizar más atención del Ministerio hacia las áreas postergadas, y como forma de resolver la disparidad cada vez mayor entre las zonas urbanas y rurales, en 1995 el MS creó un

programa denominado ACCESO. Mediante el apoyo recibido de donantes ACCESO debía concentrar sus esfuerzos en reorganizar y rehabilitar la red de puestos sanitarios, dedicar tiempo y energía a entrenar al personal rural del MS, y fomentar la participación local. Parte de la delegación de autoridad y de los recursos monetarios fueron descentralizados hacia los Departamentos Regionales de Salud y sus áreas respectivas. Una de las interrogantes planteadas al equipo encargado de la evaluación fue si ACCESO ha demostrado ser un mecanismo eficaz para ocuparse de los problemas rurales.

4.2 Estructura del modelo de prestación de servicios del Ministerio de Salud

Desde hace diez años, la prestación de servicios por parte del MS está estructurada alrededor de una estrategia de salud pública en la cual se confiere especial importancia a la prevención y a la participación comunitaria. El primer nivel de prestación de servicios corresponde a los puestos sanitarios o CESAR, los cuales funcionan a un bajo costo y están ubicados cerca de los beneficiarios, sobre todo en las zonas rurales. Se prevé que estos puestos sanitarios estuviesen dotados con suficientes instalaciones, equipos y personal para coordinar los esfuerzos comunitarios de educación y prevención en materia de salud, prestar atención sanitaria básica y referir a los pacientes a otros centros, y apoyar iniciativas para controlar las epidemias. Cada puesto sanitario presta servicios a gran cantidad de comunidades adyacentes y atiende aproximadamente a 3 000 personas. Cuentan con una enfermera auxiliar que presta atención básica y consultas, administra una cantidad limitada de medicamentos y anticonceptivos, y coordina las iniciativas de salud pública en la comunidad con la ayuda de voluntarios, comités y autoridades locales.

El siguiente nivel de servicio se presta en clínicas conocidas como CESAMO, dotadas con por lo menos una enfermera auxiliar y un médico. De esta forma la atención ambulatoria la prestan los CESAMO, que cuentan con mayor cantidad de medicamentos y equipos.

Los puestos sanitarios y las clínicas están agrupados alrededor de oficinas de área que cuentan con personal promocional, administrativo y médico con más experiencia y capacitación. Estas personas brindan orientación, coordinación y apoyo a los puestos sanitarios y clínicas, a la vez que sirven de intermediarios al resto de la red del MS en lo que respecta a la obtención de financiamiento, suministros, entrenamiento, información y supervisión. Las oficinas de área tienen tres cargos que resultan decisivos para asegurar la idoneidad de la prestación de servicios sanitarios.

- (1) El jefe de área (normalmente se trata de un médico) encargado de aplicar la normativa sanitaria y promover la participación del municipio,
- (2) Una enfermera graduada, con experiencia en salud pública, responsable de coordinar a las enfermeras en los CESAMO y supervisar las iniciativas de salud pública llevadas a cabo por los CESAR en la zona, y

- (3) Un administrador, cargo ocupado por un promotor o una enfermera auxiliar con suficiente experiencia, encargados de planificar y administrar los fondos, del mantenimiento de las instalaciones, transporte, suministros y otros aspectos logísticos

Las oficinas regionales supervisan las oficinas de área y cuentan con un director y una estructura orgánica que refleja la existente en la sede en cuanto a la división de las responsabilidades del programa. Estas oficinas sirven de enlace entre un grupo de oficinas de área en una zona geográfica extensa y la sede del MS en ciertos asuntos administrativos y logísticos, pero no en lo que respecta a actividades médicas y operacionales, como son planificación, presupuesto, adiestramiento y supervisión. Estas actividades son canalizadas en forma directa por la sede del MS hacia las oficinas de área.

El nivel superior de prestación de servicios incluye a los hospitales de área y regionales. En las regiones visitadas por el equipo encargado de la evaluación, los hospitales son autónomos y no existe coordinación con el nivel inferior de prestación de servicios. En las zonas urbanas, además de prestar servicios secundarios y terciarios, estos hospitales compiten con los CESAMO en la atención ambulatoria.

Esta red está conectada con la estructura central del MS por intermedio de una dependencia llamada Dirección de Redes de Servicio, mientras que todos los hospitales dependen de otra dirección denominada Dirección de Hospitales.

4.3 Operaciones en la sede del Ministerio de Salud

La estructura institucional de la sede del MS no contribuye a que haya una perspectiva de salud comunitaria integrada. En lugar de una estructura horizontal, el MS se caracteriza por una estructura administrativa que asigna el presupuesto y el personal, fija las metas y los objetivos a lo largo de líneas programáticas, que están bien definidas en el caso de programas como la diarrea, las vacunas y la tuberculosis, mientras que la interacción entre los distintos programas es escasa o nula. Hasta hace poco el departamento responsable de las actividades en el campo, de la red de puestos sanitarios y de la red de hospitales, no tenía la autoridad necesaria sobre las operaciones. La reciente creación de la Dirección de Redes de Servicio, conjuntamente con la Dirección de Hospitales, representa un posible y significativo avance, ya que gracias a este cambio estructural, cada red contará con un coordinador especializado.

No existe un proceso de planificación estratégica. Las aptitudes gerenciales necesarias para el complejo funcionamiento del MS no son muy evidentes en la estructura funcional o en la estructura política de dicho Ministerio. En efecto, el MS no parece haber puesto en práctica un plan racional para reducir los costos o mejorar el rendimiento, en parte porque sus directores son

tecnicos (es decir medicos, no gerentes), y siempre existe antagonismo entre la reduccion de costos y las necesidades tecnicas

Existe confusion a muchos niveles acerca de las metas de operacion y los indicadores. Parece no haber consenso acerca de que es ACCESO, de cuales son sus metas y como alcanzarlas. Tampoco resulta evidente cual es el vinculo entre ACCESO y los macroindicadores definidos para su seguimiento, por otra parte, en breve el Ministerio publicara la Nueva Agenda en Salud, en la cual las funciones de ACCESO continuan siendo confusas.

Las funciones de elaboracion de presupuesto y de gestion financiera del MS son coordinadas por la Unidad de Planificacion y supervisadas por la Oficina Administrativa, mientras que la aprobacion y firma de los cheques corresponde al Ministro y al Viceministro. El proceso de elaborar el presupuesto, de comprar y pagar es sumamente prolongado, y a veces la documentacion regresa al mismo lugar mas de una vez. Por ejemplo, la emision de una orden de compra exige por lo menos 53 pasos distintos. Las personas encargadas de esta funcion no parecen ser suficientemente competentes en gestion financiera para realizar esta tarea en forma idonea y sus principales obligaciones son distintas y de menor nivel del requerido para la gestion financiera eficaz. Esta situacion contribuye a demoras significativas en las operaciones de campo.

4.4 Operaciones de campo

Las enfermeras profesionales y auxiliares y los promotores de salud son trabajadores de primera linea que prestan atencion primaria de salud en el pais, sin embargo, la importancia de sus funciones aun no ha sido suficientemente apreciada o comprendida por los encargados de formular las politicas o quienes estan al frente de las operaciones.

Entre los trabajadores de primera linea se encontraron muchos con dedicacion y motivacion, pero dicha motivacion se debe mas a los retos a los cuales deben hacer frente, que al apoyo que reciben. La orientacion dada por la sede a los puestos sanitarios y a las oficinas de area es debil e incongruente. Los procedimientos para formular los planes operacionales, autorizar actividades, compras o pagos, manejar la logistica y distribucion, recopilar informacion y preparar informes son complicados, ya que exigen pasos, firmas y formularios repetitivos, asi como la participacion de personas cuyas funciones son ajenas a las actividades del campo. Esta carga administrativa exagerada distrae al personal de primera linea de lo que mas les atañe: la eficiencia y la eficacia al prestar una atencion de alta calidad.

No resulta claro quien ejerce las funciones directivas en los CESAMO. El medico tiene el mayor nivel de instruccion entre los miembros del equipo, pero en muchos casos se trata de un profesional joven que cumple con un año de servicio social, sin experiencia en salud publica, y muchas veces no tiene interes en convertirse en miembro permanente del equipo (los medicos que cumplen con el servicio social son asignados a los puestos sanitarios mediante un sorteo). En cambio, la enfermera graduada tiene antigüedad en la red, tiene experiencia en salud publica y es

responsable de dirigir y coordinar a los paratecnicos, a las enfermeras auxiliares y a los voluntarios de la comunidad en los CESAMO y CESAR adyacentes. Esta situacion obstaculiza una mayor vinculacion entre los integrantes de los equipos de los CESAMO

Existen varios desequilibrios en la red del MS. Algunos CESAR atienden a una cantidad desproporcionada de personas (vease el Apendice E, Cuadro 1), a pesar de funcionar con la misma cantidad de recursos y personal que otros CESAR. Este desequilibrio dificulta la fijacion de normas en materia de calidad y eficiencia y entorpece el entrenamiento y la supervision. Por otra parte, algunos de los CESAR carecen de una adecuada dotacion, o se encuentran en malas condiciones.

Asimismo, se encontraron desequilibrios en las oficinas de area. Los puestos sanitarios y la poblacion atendida por estos no estan distribuidos en forma equitativa entre las distintas oficinas de area, a pesar de ello, el numero y el nivel de competencia del personal de estas oficinas son equivalentes. Por ejemplo, la Region III es vista por algunos trabajadores de la sede como "problematica y poco cooperadora", pero este personal no reconoce el hecho de que dicha region abarca una poblacion mayor y una zona geografica mas extensa que otras regiones (vease el Apendice E, Cuadro 2). Igualmente, la poblacion promedio por cada CESAR del area metropolitana es mayor que la de los CESAR de otras zonas, ya que existen 33 puestos sanitarios para atender a aproximadamente 800 000 personas.

En el marco de ACCESO, el trabajo de la enfermera y del administrador de area es decisivo para el funcionamiento adecuado de los puestos sanitarios. De estas dos personas depende que los puestos sanitarios alcancen las metas de salud publica fijadas para las comunidades, pero ellos mismos no perciben la importancia que tienen sus funciones, como tampoco la perciben los funcionarios del MS. Por otra parte, las oficinas de area (o regionales) no cuentan con enfermeras que trabajen con un sistema rotatorio ni enfermeras auxiliares o paratecnicos, para poder prestar un servicio en forma sostenida, y tampoco han percibido la importancia de este tipo de personal. La mayoría de los puestos sanitarios registraron periodos apreciables de inactividad y demoras en ejecutar sus planes debido a las ausencias o emergencias por parte del personal.

Algunos de los incentivos formales e informales que se dan al personal y a las comunidades generan comportamientos contrarios a las metas del MS. Un puesto comunitario que pone en practica medidas de prevencion y saneamiento en forma adecuada para mejorar la salud de la poblacion a la cual le presta servicios no recibe reconocimiento o recompensas materiales, mientras otros que funcionan inadecuadamente reciben mayor cantidad de recursos tecnicos y financieros. Los incentivos destinados a las comunidades, como el bono de maternidad (transferencia de fondos a familias mas pobres y extensas) generan un efecto similar ya que recompensa a las familias que tienen mas hijos, aunque esos hijos esten desnutridos.

Aunque a algunos niveles del sistema si se efectua la supervision, en opinion del equipo de evaluacion, esta no surte un efecto visible. Durante los dos ultimos años, los informes del proyecto se refieren a la "supervision capacitante", pero el equipo percibio escasos indicios de que

dicha supervision se este llevando a cabo Los trabajadores comunitarios de salud y las enfermeras auxiliares informan que muy pocas veces, si acaso, se les observa cuando prestan sus servicios y que las historias clinicas no se revisan El termino "supervision" se aplica en forma poco precisa a la revision de informes de actividades realizadas y a las reuniones mensuales La enfermera del sector espera que las enfermeras auxiliares de los CESAR acudan periodicamente a su oficina para sostener reuniones mensuales Por su parte, las enfermeras auxiliares esperan que las voluntarias hagan otro tanto Son comunes los informes segun los cuales se realiza "entrenamiento" durante estas reuniones Asimismo, el personal del area no supervisa a la enfermera del sector Las visitas a los CESAMO por parte del personal del area se deben sobre todo a la entrega de suministros y no a labores de supervision

Las enfermeras y las enfermeras auxiliares de los CESAMO y los CESAR estan sobrecargadas de trabajo debido a la combinacion de labores de curacion y tareas administrativas Las tarjetas de vacunacion y los graficos de crecimiento no se llenan debidamente, ni se explica a los padres cuales son los resultados de vigilar el crecimiento No siempre se registra el peso de los pacientes y los padres creen que los niños solo deben pesarse cuando se aplican las vacunas Cada mes esas enfermeras deben llenar mas de 40 formularios y hacerlo les toma una hora diaria en el establecimiento sanitario Seguidamente la informacion contenida en los formularios es consignada por intermedio de los empleados en las oficinas del area o regionales, donde no es consolidada ni analizada en forma sistematica En general, los datos se relegan al olvido tan pronto como se han preparado Por otra parte, cuando la enfermera auxiliar se ve en la necesidad de salir para asistir a la reunion mensual o realizar labores administrativas en el area, sencillamente se cierra el establecimiento de salud

En el caso de las enfermeras auxiliares en los CESAR, el numero promedio de dias habiles al mes es de 15 Por lo tanto, cada mes la Unidad Prestadora de Servicios (UPS) deja de prestar servicios de salud durante siete dias habiles La mayoria de las comunidades visitadas no dependen de los CESAMO o CESAR debido a las limitaciones e incongruencias de sus servicios Las comunidades destinan parte de sus escasos recursos a clinicas privadas, medicinas y suministros, o exigen mucho de los hospitales del MS

4 5 Sostenibilidad potencial

El MS no cuenta con un mandato juridico fuerte para ejecutar politicas a largo plazo que podrian facilitar o mejorar la sostenibilidad Tanto la ley que rige el ejercicio de la profesion medica como la presion ejercida por los sindicatos de empleados del sector salud representan enormes obstaculos para que el Ministerio pueda mejorar la calidad del servicio, la eficiencia del personal y promover la formacion de recursos humanos del MS sobre la base de su productividad

El trabajo basico en el area de salud publica lo realizan sobre todo enfermeras graduadas y enfermeras auxiliares pero la mayoria de ellas estan subpagadas Ya que existen muy pocas oportunidades para ascender o para recibir adiestramiento, estas enfermeras se estan quedando

estancadas en su trabajo. Asimismo, se subestima el papel desempeñado por los administradores de área en el marco de ACCESO, ya que este cargo aun no se ha incorporado oficialmente a la estructura de personal del MS. Hasta ahora, no ha existido un programa eficaz que resuelva las fallas en la formación de recursos humanos con miras a apoyar la sostenibilidad a largo plazo.

El concepto de departamentalización que se aplica en el MS incluye la creación de oficinas de coordinación de departamentos, las cuales tendrían mayores responsabilidades que las oficinas de área existentes en la actualidad, aunque menos responsabilidad que las oficinas regionales. La Región II ya comenzó a reagrupar sus puestos sanitarios en La Paz en una sola área, sin tomar en cuenta el impacto a corto y largo plazo que podrían tener estos cambios sobre la prestación de los servicios.

En las zonas visitadas por el equipo, los municipios comienzan a participar en las actividades del MS, aunque cabe señalar que la iniciativa ACCESO existe desde hace apenas dos años. Se han hecho avances significativos: muchos municipios participaron en el estudio de análisis de situación, otros participan en la fijación de metas anuales en el sector salud y de vez en cuando en la supervisión de las actividades sanitarias, en algunas partes, se crearon comités locales de salud, los cuales ya comenzaron a funcionar, y en otras, los municipios participan en el cofinanciamiento de clínicas materno-infantiles y centros de parto. Sin embargo, estos avances son sobre todo producto de iniciativas de dirigentes regionales o de ciertos alcaldes, y no de mejoras en la totalidad del sistema.

4.6 Apoyo institucional y multilateral

Se desconoce si el núcleo de la red de servicios de salud existente (región - área - puesto) continuará intacto después del proceso de departamentalización, o si será modificado al cambiar la dirección en el Ministerio. La documentación acerca de la nueva administración, así como de la política futura en el sector de la salud continúa estando en forma de borrador y no se divulga ampliamente. Sin embargo, el equipo encargado de la evaluación tuvo acceso a un borrador en el cual se proponían cambios importantes en la red de servicios del MS: mayor participación descentralizada por parte de los municipios locales en la planificación y administración de los servicios de salud, ampliación de las oficinas de área y transformación de varios CESAMO en hospitales de área. El concepto de ACCESO no aparece en el borrador citado, aunque persiste el interés en la asequibilidad de los servicios de salud a todas las comunidades a los cuales están destinados.

El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) proponen llevar a cabo una reestructuración a gran escala del MS. A tal efecto, ambos organismos están formulando planes para suministrar apoyo técnico y financiero a largo plazo, tanto al gobierno central como al MS. En 1997, el Banco Mundial realizó una evaluación exhaustiva de la totalidad del sector de la salud; sus recomendaciones para la toma de macroacciones coinciden con los hallazgos del equipo. Asimismo, en el momento de efectuar esta evaluación, el BID acababa de conceder un

prestamo de \$36 millones al MS para llevar a cabo la reestructuración del Ministerio, mejorar y reequipar las instalaciones sanitarias y efectuar estudios del sector salud

5 SISTEMAS GERENCIALES DEL MINISTERIO DE SALUD

5 1 Hallazgos

5 1 1 Resumen

ACCESO es una iniciativa del MS financiada por diversas fuentes cuyas metas son 1) sostener y ampliar los servicios del MS a las comunidades destinatarias, identificadas como postergadas en lo que respecta a necesidades de salud no satisfechas, 2) apoyar a las comunidades y a los municipios para que participen más activamente en la prestación de servicios de salud, y 3) fortalecer y sostener las actividades de la prestación de servicios de salud en las comunidades. A raíz de la firma de la Enmienda 22, los fondos de la USAID se canalizan directamente hacia ocho áreas del sector salud que se incorporaron a ACCESO. Asimismo, el financiamiento de la USAID brinda apoyo a varias actividades del MS en todo el país.

5 1 2 Preguntas y respuestas

- 1 Evalúe lo que se ha logrado hasta el presente para cumplir con los indicadores de resultados de la Enmienda al Convenio de Proyecto (PROAG) en materia de supervisión, sistemas de información para la salud y sistemas de información gerencial (SIG). ¿Acaso el proyecto debe continuar con estas actividades? Explique por qué debe o no debe hacerlo. ¿Cómo debe continuarse ejecutando el proyecto?**

A nivel político y macro

Debe continuar ejecutándose el proyecto. A nivel conceptual, los beneficios obtenidos por el sector salud del apoyo brindado por la USAID/Honduras al MS justifican seguir adelante con el proyecto. Los especialistas en salud pública que conforman el equipo encargado de la evaluación opinan que la red de prestación de servicios es adecuada, aunque el MS ha estado prestando más atención a la ampliación que a su organización y a la formación de recursos humanos. Por otra parte, el modelo del MS existente en la actualidad fue diseñado para prestar servicios curativos fundamentados en un modelo impulsado por médicos y basado en servicios médicos. Sin embargo, después de una década de mejoras muy lentas de la salud en las zonas rurales, se desprende que el MS debería dar más importancia a la participación de la comunidad y en la salud pública preventiva, precisamente el modelo que debe apoyarse mediante los recursos del proyecto HS-II. El MS no dispone de recursos administrativos, técnicos o financieros para continuar con esta iniciativa si no cuenta con apoyo externo.

Otro donante bilateral importante al programa ACCESO es la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), la cual se dedica a adelantar mecanismos para promover la participación en

distintas partes del país entre quienes reciben ayuda de la USAID. La ASDI se ocupa sobre todo de la participación de los residentes de zonas rurales, mientras que la ayuda de la USAID ha tendido a centrarse en asuntos administrativos y en adiestramiento del personal, elementos que también son imprescindibles para fomentar la participación a nivel de municipio. Ambos centros de interés son importantes para la sostenibilidad del MS, y este ministerio puede intercambiar las lecciones aprendidas en las distintas zonas geográficas que reciben apoyo de los diversos donantes de ACCESO.

Es probable que la curva de aprendizaje de los proyectos USAID y ASDI haya contribuido significativamente a la evolución del financiamiento multilateral. En la actualidad, el Banco Mundial está negociando un préstamo con el gobierno central para modernizar el aparato gubernamental y el Ministerio de Salud y, como se señaló anteriormente, cuando se estaba terminando la presente evaluación, el Banco Interamericano de Desarrollo otorgó una subvención similar para el financiamiento del MS. Uno de los objetivos del financiamiento del BID es difundir el proyecto ACCESO al resto del país.

Con la llegada de un nuevo gobierno y gracias al impulso dado por el Ministro de Salud a la publicación de una “Nueva Agenda de Salud”, es propicio el momento para dar un impulso apreciable, aunque estratégicamente concentrado, al sector de la salud. La nueva administración del MS demuestra apertura hacia el cambio, y la modernización de la administración pública es una de sus iniciativas principales.

A nivel de la sede del MS

El proyecto debe continuar. A nivel de la sede del MS, los fondos del proyecto brindan apoyo a actividades relacionadas con supervisión/seguimiento/evaluación, el Sistema de Información Gerencial, Administrativa y Financiera (SIGAF), y un sistema de información gerencial, que abarca aspectos administrativos y financieros llamado (SIG), información sobre temas de salud, y formación de recursos humanos.

El año pasado se creó un instrumento de supervisión/seguimiento/evaluación, en varias de las regiones. En realidad se trata a la vez de un nuevo protocolo para la supervisión y de un formato de evaluación. Gracias a la gran cantidad de datos aportados por el personal de campo, el formulario representa un avance significativo, ya que el personal de campo sabe lo que se espera de ellos, y sirve como estándar de las expectativas de sus supervisores. Por otra parte, cuando un supervisor identifica alguna falla técnica en uno de sus subordinados, el uso de este formulario hace que el supervisor tenga la obligación explícita de capacitar al subordinado para que realice mejor su trabajo. Por ende, el instrumento no solo sirve para fines de seguimiento y administración, sino también una herramienta para la formación del personal. Sin embargo, el formulario también tiene algunas fallas, como son su extensión y complejidad, entre otras. Asimismo, ya que solo se ha utilizado en meses recientes, aun se desconoce la eficacia de este nuevo formulario. Sin embargo, el prolongado proceso de diseño del mismo, así como la cantidad

enorme de datos aportados por el personal de campo que se incorporaron en el documento, indican que generaran mayor formacion del personal que cualquier otro instrumento utilizado hasta la fecha

En cuanto al SIGAF, el proyecto brinda apoyo a varios profesionales de sistemas de informacion responsables de la creacion de un nuevo sistema de informacion en el MS. Con la asistencia tecnica de un asesor de un organismo de cooperacion que viaja al pais cuatro a seis veces al año, el personal del SIGAF produjo un plan maestro para un sistema integrado de informacion, el cual se encuentra en la ultima etapa de formulacion antes de su presentacion a los altos funcionarios del MS. Este sistema de informacion gerencial se diseño para que funcione de manera totalmente integrada al resto de la estructura interna del MS, y no como un sistema aislado. En consecuencia, el plan incluye aproximadamente 180 bases de datos relacionales que vincularan las necesidades de informacion identificadas por el personal de la sede del MS con la gestion y el seguimiento adecuados de las operaciones de campo.

Como se señalo anteriormente, la gestion de la informacion es una de las principales fallas halladas en el MS en todos sus niveles. El plan maestro esta bien concebido y podria resultar beneficioso para dicho Ministerio, aunque este no tendra la capacidad tecnica, financiera o fisica para ejecutar el programa si no cuenta con el apoyo sostenido del proyecto, ya que necesitara equipos, programas y gestion de datos de diseño avanzado para poder operar el sistema. Asimismo, una vez instalado, es poco probable que el MS pueda suministrar datos acordes con la cantidad y calidad necesarias para que el sistema funcione, a menos que mejore la integracion entre sus funciones operacionales, financieras y de informacion. Por lo tanto, para poder resolver estos asuntos, es necesario que el proyecto siga dando su apoyo.

El SIGAF tambien trabaja en el campo de la eficacia gerencial en el MS y ha hecho un excelente trabajo en cuanto a reingenieria de sistemas. Varias de las limitaciones estructurales identificadas en la seccion sobre el contexto politico de este informe, se abordan en ese documento innovador.

El jefe del SIGAF no informo de avances en el sistema de informacion del sector salud. Como se señalo anteriormente, las estadisticas se recopilan, procesan y difunden unicamente con miras a producir informes, pero ellas no se emplean como herramientas gerenciales. A pesar del tiempo que toma recopilar y procesar los datos en los puestos sanitarios, y del proceso de transmision de los datos a traves de los empleados administrativos y estadisticos en las oficinas de area y regionales, la informacion no es consolidada o analizada en forma sistematica, ya que aun no existe la necesaria capacidad analitica a esos niveles.

Ademas del instrumento de supervision/seguimiento/evaluacion citado, el equipo encargado de la evaluacion detecto escaso o ningun impacto por parte del proyecto sobre la formacion de los recursos humanos. Sin embargo, el apoyo brindado por el proyecto a este sector ha sido muy modesto. La Direccion de Recursos Humanos informa que ha participado activamente desde hace mas de cuatro años en la formulacion de estrategias descentralizadas para el adiestramiento de enfermeras auxiliares de grupos etnicos, entrenamiento de diversos tecnicos en salud publica,

actividades conjuntas con el programa de posgrado en la Universidad Autonoma Nacional de Honduras y produccion de diversos materiales educativos El equipo tampoco constato la existencia de estas actividades en las UPS visitadas Asimismo, la Direccion informa que existe una falta de planificacion estrategica en el MS en el ambito de formacion de los recursos humanos, tanto a nivel general como local, lo cual exige que esta dependencia redefina sus funciones a nivel central

A nivel del campo

A nivel operacional, el proyecto apoya ciertas actividades que estan en curso en el campo Un presupuesto tipo del proyecto para una oficina de area incluye fondos para actividades en materia planificacion, capacitacion y supervision, viajes internos, materiales, combustible, mantenimiento de los equipos, reparaciones en los locales, entre otras partidas similares Cada area recibe un fondo rotatorio de L 120 000 (aproximadamente US\$ 9 000) para cubrir estos costos, de esta suma, dos terceras partes provienen de fuentes estadounidenses y una tercera parte de recursos aportados por el gobierno de Honduras Al presentar las facturas, se reponen los fondos Sin este apoyo, las actividades en materia de salud publica a nivel de las areas se verian gravemente obstaculizadas

A nivel del campo, recientemente se dio inicio a actividades indispensables en materia de garantia de calidad Hace poco un organismo de cooperacion que tiene experiencia en Honduras asumió la responsabilidad adicional de trabajar con dos areas de salud, Comayagua y Puerto Cortez, para crear equipos regionales de garantia de calidad Dichas actividades se iniciaron hace tres meses, por lo que aun es muy temprano para comentar acerca de su eficacia, sin embargo, indudablemente constituye una iniciativa importante y crucial

El MS ha destinado una suma apreciable de los fondos del proyecto al adiestramiento, sobre todo a nivel local y de area Sin embargo, el equipo encargado de la evaluacion estima que dicho adiestramiento no ha tenido tanto impacto como cabria anticiparse La mayoría de estos programas de adiestramiento no son objeto de monitoreo o seguimiento, con la excepcion de los que llevan a cabo ciertos grupos de asistencia tecnica como el proyecto de apoyo basico para institucionalizar el proyecto de supervivencia del niño (BASICS), MotherCare y el Consejo de la Poblacion (Population Council) Todo adiestramiento que no sea objeto de una evaluacion no podra ser medido en forma objetiva, ni se podra prever cual sera su impacto

Una parte importante de los recursos de la USAID para los gastos locales (37 por ciento en 1998) se destina a los viaticos del personal del MS, en parte como apoyo a los programas de adiestramiento efectuados en el pais descritos anteriormente, y en parte como apoyo a otras actividades de campo como supervision del personal, asistencia a reuniones costos de viaje asociados con las campañas de vacunacion y viajes realizados por enfermeras auxiliares a pueblos remotos, como parte del programa de extension A nivel de enfermeras auxiliares y graduadas, es probable que esta inversion resulte ciento por ciento eficaz Como se señalo anteriormente, el personal de mayor dedicacion y que trabaja mas arduamente a menudo no es suficientemente

apreciado por el sistema. Por lo tanto, es evidente que el apoyo monetario para que estas personas lleguen hasta las distintas comunidades está bien invertido.

Sin embargo, resulta menos transparente si los fondos invertidos a niveles superiores producen resultados importantes. De acuerdo con la normativa vigente en Honduras, los directores de área (al igual que todo el personal de supervisión) reciben viáticos cada vez que viajan. Aunque una de las metas de HS-II es ofrecer esta supervisión, pudiera parecer exagerado el hecho de que un supervisor cuya labor consiste en viajar con fines de supervisar el área sea remunerado por la totalidad de los días hábiles cada mes, de acuerdo a lo estipulado en el sistema vigente, sin que existan controles acerca de la calidad de estas visitas.

El personal de Tegucigalpa que viaja a las regiones y áreas para participar o servir de facilitadores en programas de adiestramiento también recibe viáticos similares. Cuando los viajes o los programas de adiestramiento generan resultados favorables, estos fondos están bien invertidos. Sin embargo, cuando un viaje o una visita no es aprovechada plenamente o no está bien orientada, es probable que los fondos no se están invirtiendo de manera idónea. Los mecanismos incorporados al proyecto no hacen una distinción entre estos dos tipos de viajes. De hecho, durante el viaje de campo de los evaluadores, este tema fue mencionado con cierta frecuencia por el personal de campo, hasta tienen una expresión para este tipo de viaje “andar viaticando”. Es importante señalar que no se cuestiona lo adecuado de los métodos financieros, ya que siempre han existido libros de contabilidad general adecuados desde el inicio de esta actividad, pero ellos están estructurados por área geográfica y no en forma individual por cada persona. Cabe destacar que la Unidad de Coordinación del Proyecto recientemente creó registros individuales para comenzar a identificar quien está viajando, adonde se dirige la persona y la frecuencia con que viaja. Este tipo de supervisión es necesario, pero aún no se ha previsto evaluar la calidad de los viajes.

En los últimos años, la transferencia de fondos para apuntalar los presupuestos anuales en el área de la salud se ha hecho con tres a seis meses de retraso (o más), debido a diversos motivos. En un caso concreto, la demora se debió al cambio de gobierno, en otros dos casos, se atribuyó a procesos burocráticos lentos. Se tiende a subestimar el impacto negativo de estas demoras sobre las operaciones de campo. Algunas oficinas de área tratan de ejecutar los planes anuales en apenas cinco o seis meses, mientras otras llevan a cabo actividades sin contar con un presupuesto adecuado, y “prestan” los viáticos, los cuales son reembolsados posteriormente, cuando se reciben los fondos. Ambas estrategias obstaculizan una acertada toma de decisiones durante el año y generan una administración deficiente, ineficacia y posiblemente hasta penurias a nivel personal.

La Unidad de Coordinación del Proyecto cuenta con personal nombrado por el MS y sus procedimientos administrativos se asemejan a los de dicho Ministerio. Como se señaló anteriormente, las actividades de esta unidad han generado cierto “valor agregado” a la parte administrativa del proyecto, sin embargo, como entidad adscrita al gobierno de Honduras, la unidad no ha podido resolver, de manera idónea, la demora de cinco o seis meses en el

financiamiento El personal de la unidad se siente frustrado e indica que la situación es “prácticamente insostenible”

La USAID ha analizado distintas opciones y en la actualidad estudia la posibilidad de cerrar esta unidad, y en su lugar, utilizar a un contratista financiero privado e independiente para llevar a cabo esta tarea El alcance del trabajo para este contratista incluiría crear un sistema de control financiero apropiado para el proyecto, que cumpla con la normativa de la USAID, a la vez que sería responsable de la búsqueda de activos, de la administración, de la supervisión, así como de la coordinación del presupuesto conjuntamente con las oficinas del área y otras unidades receptoras de asistencia del MS

2 ¿El apoyo brindado por el proyecto a la reforma administrativa ha generado (o generara) resultados significativos?

El apoyo brindado por el proyecto a la reforma administrativa ha contribuido a 1) identificar las necesidades de información, al diseño inicial de un sistema integral de información y a llevar a cabo un análisis con miras a reestructurar los procesos administrativos más importantes, 2) apoyar las actividades de ciertos miembros del personal de la sede y del sector, 3) financiar la ampliación de los servicios de salud en las comunidades rurales Este apoyo produjo resultados importantes en ciertas actividades programáticas tales como vacunación infantil, pero los resultados son menos evidentes en cuanto a sostenibilidad, eficacia y calidad de los servicios

La planificación estratégica también debería recibir apoyo del proyecto Debería iniciarse un proceso mediante el cual el personal de campo y de la sede del MS participara en un ejercicio de gran alcance para analizar cada aspecto, componente, recurso y proceso de la estructura y funcionamiento de la prestación de servicios de salud del MS Los resultados de este ejercicio serían de vital importancia para definir una estructura institucional más productiva y una distribución del trabajo más eficiente, así como para desarrollar la percepción entre los altos funcionarios del MS de la necesidad de cambiar la estructura y los procedimientos básicos del MS Los resultados de este ejercicio de planificación estratégica deberían utilizarse para preparar un plan maestro de reorganización del MS, el cual debe incluir la identificación de los objetivos, recursos y necesidades de asistencia técnica, así como indicadores más eficaces para evaluar el desempeño a todos los niveles del MS centros de salud, áreas, oficinas regionales y sede

El MS no había creado mecanismos para supervisar y evaluar adecuadamente el desempeño de su personal operativo, hasta el momento en que se puso en práctica una iniciativa financiada por el proyecto, La posición de la sede con respecto a un tipo de supervisión denominado “supervisión capacitante” se asemeja más al adiestramiento en servicio que a una verdadera supervisión Sin embargo, el entrenamiento en servicio exige la presencia de capacitadores bien calificados, no sencillamente personal con conocimiento y experiencia en medicina, como ocurre con el personal del MS encargado de impartir el adiestramiento La Gerencia de Asistencia Técnica (GAT), creada por el MS para convertirse en un grupo de expertos que apoya la conceptualización del proyecto ACCESO, recientemente produjo un marco de referencia para monitorear y evaluar el personal en los puestos sanitarios A raíz de la orientación suministrada por la GAT, la Región III

preparó un manual de supervisión, proceso que duró un año y contó con el valioso aporte del personal. Sin embargo, estos dos instrumentos son de reciente aplicación, como se señaló anteriormente.

3 ¿Hasta que punto la reestructuración administrativa aumentó la delegación de autoridad a las operaciones regionales? ¿Están suficientemente adiestrados los directores regionales para administrar sus operaciones?

Las operaciones regionales funcionan con un nivel restringido de autoridad, aunque se les ha transferido más actividades como resultado de la mayor atención y financiamiento directo de la USAID destinado a las oficinas de área. En la actualidad se solicita a las oficinas regionales que brinden más apoyo logístico y administrativo a las oficinas de área y a los puestos sanitarios comunitarios, pero la dirección técnica sigue originándose en la sede. Se desconoce si las regiones reciben suficientes recursos que les permitan llevar a cabo las operaciones previstas, pero es indudable que su personal administrativo y técnico está más calificado que sus contrapartes en el nivel inmediatamente inferior, es decir, las oficinas de área.

Los directores regionales son médicos con experiencia, no gerentes, sin embargo, dependen de sus asistentes administrativos para las labores operacionales. Anteriormente los directores solían tener un papel de liderazgo en materia de salud pública en la región, pero ahora que el apoyo de los donantes se orienta directamente a las actividades desplegadas por las áreas, esta función se ha debilitado. Por otra parte, los hospitales de la región no dependen de los directores regionales y la relación entre ellos es informal y se fundamenta más en la personalidad y antigüedad, que en criterios institucionales.

Se ha hablado mucho acerca de quien es responsable de cuáles funciones. La sede informa que las regiones tienen discrecionalidad en 20 por ciento del presupuesto en lo que respecta a las compras. Sin embargo, esta delegación de autoridad en realidad significa que las regiones pueden solicitar cotizaciones de proveedores locales y luego recibir los productos, pero la autorización para colocar las órdenes y efectuar los pagos continúa en poder de la sede del MS. Asimismo, las regiones no cuentan con flexibilidad para administrar o adaptar sus planes operacionales de acuerdo con las necesidades cambiantes. La calidad del apoyo administrativo y logístico brindado por las regiones a las áreas varía de una región a otra, ya que el trabajo no se distribuye en forma equitativa y porque la composición del personal regional y su organización no ha sido normalizada. A los niveles más bajos del sistema, las oficinas de área y los puestos sanitarios informaron acerca de muchas deficiencias en el apoyo recibido de las oficinas regionales, pero el personal administrativo de las regiones sostuvo que esta falta de apoyo es el resultado de escasos recursos y de la restringida autoridad regional.

4 Si hubo una descentralización, ¿se justifica el tamaño del gobierno central? ¿Cuáles cambios deberían efectuarse?

Debido al alcance de la presente evaluación y a las limitaciones de tiempo, el equipo no pudo recopilar o analizar suficiente información para contestar adecuadamente esta interrogante. Sin

embargo, el equipo si percibio algunos indicios de la existencia de una nomina abultada, sobre todo a nivel administrativo y tecnico. En la sede trabajan aproximadamente 600 personas, cifra que luce elevada si se toma en cuenta el personal y la estructura existentes en las oficinas de area y regionales, las cuales habrian sido creadas para asumir gran parte de la responsabilidad inherente a la carga tecnica y administrativa.

Una entidad que carece de coherencia en su vision —prestacion integral de servicios— y cuya estructura se fundamenta en programas en la sede, a menudo cuenta con mayor cantidad de personal que una entidad en la cual hay coherencia entre su estructura de personal en el campo y en la sede. El MS tiende a agregar personal y burocracia para resolver problemas generados por la ineficacia de los procedimientos o del personal, sin eliminar la causa principal del problema. Uno de los factores que contribuye a esta situacion es que los gerentes de operaciones del MS no cuentan con flexibilidad suficiente para destituir a empleados ineficaces, improductivos o de baja motivacion.

Cualquier plan de reestructuracion debe incluir los medios para superar esta falta de flexibilidad. Una forma acertada de proceder con la reestructuracion es asignar plena responsabilidad a los gerentes operacionales (red sanitaria y directores de hospital en la sede, directores regionales, gerentes de area, administradores, enfermeras y administradores de hospitales) de la prestacion de los servicios, asi como autoridad en el ambito de los locales, equipos, personal y recursos financieros asignados a sus operaciones. La nueva organizacion debe contar con mecanismos transparentes para evaluar el desempeño de los gerentes y reubicar en otros puestos sin funciones gerenciales a quienes no tienen un desempeño adecuado.

5 ¿Logró el MS evaluar los costos y ahorros alcanzados?

No. Existen numerosos ejemplos de medidas tomadas por el MS que no son racionales desde el punto de vista de la eficacia o la productividad. Cuando un empleado renuncia o es despedido, el cargo no se llena, aunque puede ser fundamental. Cuando un trabajador de primera linea, por ejemplo una enfermera auxiliar del CESAR, sale de vacaciones o se le presenta una situacion de emergencia, se cierra el puesto sanitario y dejan de prestarse los servicios hasta tanto regrese la persona. Los presupuestos para la compra de medicamentos, preparados por las oficinas de area conjuntamente con los puestos sanitarios, en la sede son ajustados para reducirlos, de acuerdo con decisiones tomadas por el personal administrativo, sin antes consultarlo con el personal de campo.

Mientras no mejoren las aptitudes gerenciales de los administradores de la red de servicios de salud y de los hospitales, y sus funciones directivas no se hagan mas empresariales, la posibilidad de frenar los gastos en forma util y sostenible o de recuperar los costos sera dificil en el MS.²

² Cuando la evaluacion se encontraba en la etapa final de revision se hizo saber a los evaluadores que el equipo no habia captado la importancia de este asunto ya que este se relaciona con varias condiciones que sientan precedentes en la Enmienda 22 acerca de actividades detalladas en materia de recorte de costos a ser adelantadas por el MS. A lo largo del proceso de evaluacion este tema no surgió durante las conversaciones sostenidas entre los miembros del equipo encargado de la evaluacion y el personal del MS,

6 ¿Que medidas puede tomar el MS para reducir mas estos costos operativos?

Para reducir costos, pueden tomarse muchas medidas, ya sea a gran escala, “de arriba hacia abajo”, o a menor escala, “de abajo hacia arriba” Las primeras podrian contemplar reestructurar la totalidad de la organizacion tecnica y administrativa, de acuerdo con el modelo de servicios integrados, asignando la autoridad gerencial en materia de recursos operacionales y personal a la Direccion de la Red de Servicios de Salud y a la Direccion de Hospitales, las cuales a su vez podrian asignar las responsabilidades a nivel regional y de area a los gerentes respectivos en estos dos niveles El desempeño de todas las partes podria medirse en terminos de resultados en materia de salud y recuperacion y reduccion de costos

Por su parte, las medidas de abajo hacia arriba podrian significar utilizar un manual en los puestos sanitarios, en el cual se den instrucciones para analizar informacion medica y financiera en cuanto a las metas del puesto sanitario o crear un concurso entre los empleados para recompensar en metalico a quienes puedan identificar maneras de reducir los costos o aumentar la productividad

En ambos casos, es necesario contar con espiritu empresarial, el cual podria fomentarse dando mayor importancia a la funcion gerencial a nivel de direccion, regional y de area El MS debe distribuir las principales responsabilidades en forma mas equitativa entre los gerentes profesionales y los medicos que prestan servicios de salud publica A estos niveles, el cargo de administrador debe ser reforzado mediante mejoras como sueldos mas elevados, mayor nivel de autoridad, requisitos educativos mas altos y mas responsabilidades Un administrador deberia coordinar la integracion de los planes sanitarios, operacionales y financieros, ademas de estar facultado para tomar decisiones operacionales para la ejecucion de estos planes

Al contar con una mejor direccion, el personal de los servicios de salud, tecnico y administrativo, tanto en la sede como en las oficinas regionales, podria representar un recurso que tendria repercusiones importantes sobre la reduccion de los costos Los medicos y las enfermeras de la sede a menudo viajan a las oficinas regionales y de area para ayudar a sus contrapartes a hacer lo que estarian entrenados para hacer, sin necesidad de apoyo adicional Muchas de las actividades realizadas en la sede y en las regionales repiten lo que ya se ha hecho a nivel de area y de puesto sanitario Por ejemplo, la Region II cuenta con un contador que da apoyo a cada uno de los cinco administradores de area en la region Si estos ultimos estuviesen mas capacitados, un contador de menor rango que trabaje bajo la supervision del administrador regional estaria en capacidad de realizar el trabajo Si cada empleado a cada nivel de la red de servicios de salud asume responsabilidad por la seccion de una red y se modernizan algunos procesos administrativos, se eliminarian el excedente de empleados mejoraria el rendimiento y bajarian significativamente los costos

lo cual posiblemente indique que este asunto requiere mayor estudio Ya que el equipo no conto con tiempo suficiente para contestar la interrogante planteada en este documento sugiere que la USAID y el MS resuelvan este punto cuando reciban la version final del presente documento

Ademas de la necesidad de contar con espiritu empresarial, se requiere tambien otro tipo de participacion activa por parte de los sindicatos de empleados del sector de la salud. Al combinar el entusiasmo de los dirigentes sindicales con las fallas politicas de los dirigentes del MS, se ha creado un entorno laboral lleno de obligaciones juridicas, reglas y acuerdos que promueven la falta de lealtad y compromiso para asegurar que se alcancen las metas del sector de la salud. Al menos que este entorno cambie de tal forma que la proteccion de los empleados resulte de la proteccion de la institucion y de la salud de los clientes en las comunidades, la prestacion de los servicios de salud continuara exigiendo gran cantidad de recursos improductivos.

5.2 Conclusiones

El MS debe reorganizar su estructura, funciones, locales, recursos financieros y tecnicos, a la vez que promueve las aptitudes operacionales y gerenciales de su personal. Debe prestarse atencion a mejorar la vision estrategica del personal encargado de la planificacion y las habilidades gerenciales del personal en el campo. Es necesario implantar una cultura mas empresarial y orientada hacia la calidad entre el personal del MS, e incluir entre sus metas las mejoras en los servicios, la formacion de los recursos humanos y la eficacia en funcion de los costos.

Es posible mejorar la productividad y la eficacia del MS, mediante las siguientes medidas:

- (1) Reorganizar el MS para promover una mayor integracion entre su estructura operacional, sus actividades programaticas, personal y recursos, a objeto de facilitar un mejoramiento generalizado en sus operaciones y en su desempeño financiero.
- (2) Diferenciar las funciones y los papeles de manera mas clara a nivel de la prestacion de los servicios. Asimismo, debe haber mayor equilibrio en la carga de trabajo asignada a los CESAR y a los CESAMO. Estas definiciones deben incluir tamaño de la poblacion destinataria de los servicios, composicion del personal, recursos, equipos y servicios prestados. Seria apropiado tambien integrar el hospital de area a la red, al incluir la planificacion de hospitales entre las responsabilidades.
- (3) Crear un liderazgo operacional y gerencial mas solido en la red y los hospitales. Tambien es necesario cambiar la orientacion actual del sistema de informacion, para pasar del llenado de los formularios para cumplir con los procedimientos burocraticos, hacia la recopilacion de datos para facilitar la toma de decisiones.
- (4) Crear una nueva funcion financiera en la sede, con una posicion y recursos con los cuales pueda realizar las operaciones en forma independiente para mejorar la formulacion de presupuestos, gestion de del efectivo y control financiero.
- (5) Buscar un mandato juridico mas adecuado que permita al MS (entidad que en la actualidad debe superar significativos obstaculos legales) disciplinar.

adecuadamente al personal de bajo rendimiento a la vez que recompensa a los que tienen un alto nivel de desempeño

- (6) Orientarse hacia la departamentalización por medio de etapas cuidadosamente planificadas para asegurar que el acceso físico y la comunicación entre las oficinas del área y las comunidades no se vean comprometidos. La implantación de foros periódicos con los directores regionales y de área con las autoridades municipales contribuirá al intercambio de experiencias acerca de la promoción municipal, a objeto de aprender de casos exitosos, y para formular estrategias
- (7) Acelerar el proceso comenzado por ACCESO de delegar más autoridad a las regiones, áreas y hospitales en materia de planificación, supervisión y manejo de recursos con miras a crear incentivos para mejorar el desempeño. Si se permite que estas unidades retengan y administren los fondos generados a nivel local, a la vez que supervisan la administración correcta de estos por medio de auditorías periódicas y responsables, se fomentaría mayor iniciativa. La identificación de los casos exitosos en la relación existente entre los puestos sanitarios y la comunidad y en la prestación de los servicios permitiría que estos casos exitosos sean difundidos más ampliamente en el MS
- (8) Instaurar un programa educativo activo para fomentar la formación del personal a nivel de las enfermeras graduadas y auxiliares, creando un programa de incentivos para estas, que incluya aumentos salariales para un desempeño superior al promedio. En algunos casos y con el tiempo también podría ser conveniente destituir a quienes muestran un bajo rendimiento, así como a quienes han trabajado durante muchos años y se sienten agotados
- (9) Continuar las iniciativas para mejorar la supervisión del desempeño del personal y la garantía de calidad para consolidar la prestación de servicios y los logros alcanzados en el campo de la salud pública en las zonas rurales
- (10) Dar muestras de flexibilidad y de creatividad para promover y crear una mezcla de financiamiento público, privado y municipal, a la vez que se incorporan medidas racionales y sistemáticas para reducir y recuperar los costos

En general, el proyecto está bien manejado, en tanto que el proyecto en sí. Sin embargo, hay dos áreas que deben mejorarse

- (1) Debe cambiarse el mecanismo administrativo de la Unidad de Coordinación del Proyecto mediante el cual se transfieren los recursos a los niveles locales cuando falta menos de un año para cumplir con las actividades previstas. Las actividades contempladas en el proyecto ya no pueden seguir tolerando demoras de este tipo

- (2) Deben fortalecerse los mecanismos administrativos para mejorar la calidad y el impacto de las visitas de los supervisores, así como el uso apropiado de la partida de viáticos, que representa una tercera parte del presupuesto. Al mismo tiempo, debe afianzarse el entrenamiento a nivel del proyecto, prestando especial atención al seguimiento.

5.3 Recomendaciones (Check following paragraph)

La USAID debería continuar financiando ciertos costos del MS en el área del proyecto y prestando asistencia técnica para la reorganización y consolidación de la totalidad del sector. La asistencia técnica debería orientarse hacia el mejoramiento de la visión estratégica del MS, a la diferenciación del personal de campo y a la sostenibilidad financiera.

Visión estratégica

- El proyecto debería financiar los ejercicios de planificación estratégica en todo el sector y en todo el Ministerio. Ya que el Plan Maestro, 1996-2010 del MS evidentemente fue diseñado en forma centralizada y con escasa información suministrada por el campo, debería servir de base para el ejercicio de planificación estratégica, pero el plan debe ser más realista para todos los niveles del MS.

Diferenciación de funciones

- El equipo respalda el estudio piloto que está efectuando la USAID acerca del sistema para referir los pacientes a otros establecimientos. Para afianzar la reorganización emprendida según la Nueva Agenda en Salud de los niveles de servicio de acuerdo con la complejidad de la atención, el proyecto debería apoyar los esfuerzos del MS para reformar y reestructurar este sistema por todos los otros medios posibles. El objetivo debería ser prestar servicios al nivel más bajo posible.
- En este sentido, el proyecto debería continuar adelantando las iniciativas recientes para brindar asistencia técnica a hospitales regionales.

Aptitudes gerenciales

- Debería estudiarse la posibilidad de crear las funciones de alta gerencia financiera en el MS, cargo a ser ocupado por un gerente profesional.
- El proyecto debería continuar apoyando las iniciativas del MS para mejorar las aptitudes gerenciales y la supervisión del personal. Estas mejoras provendrán en parte de los ejercicios de planificación estratégica, requerirán trabajar con los instrumentos de reciente creación, como son la supervisión capacitante, estarán vinculadas con la descentralización y a la delegación de autoridad propuestas en la Nueva Agenda en Salud presentada por el

Ministro, exigiera entablar negociaciones con los sindicatos de los trabajadores del sector salud para instaurar mayor cantidad de normas de calidad en el ambito del desempeño de los trabajadores, y debiera impartir entrenamiento gerencial a todos los niveles del personal del MS

- Deberia eliminarse la Unidad de Coordinacion del Proyecto y contratar a un especialista financiero independiente, que seria el responsable de la planificacion de las actividades y de la elaboracion de los presupuestos, asi como de las auditorias administrativas trimestrales relativas a la ejecucion de las actividades previstas Esta unidad deberia continuar las recientes iniciativas para que se haga una supervision mas apropiada de la asignacion de viaticos y se cree un sistema que fomente la idea de que el financiamiento contribuye a alcanzar las metas del proyecto y no es simplemente un apoyo salarial
- La coordinacion tecnica y gerencial de las actividades tiene gran importancia para asegurar que los fondos de la USAID cumplan con su objetivo La USAID deberia aportar fondos para contratar a un funcionario en el MS encargado de las funciones de programacion relacionada con el proyecto
- Deberia continuar el apoyo al mecanismo de supervision/seguimiento/evaluacion y al SIGAF, los cuales comienzan a lograr resultados importantes Deberia analizarse cuidadosamente la conveniencia de seguir apoyando las iniciativas de recursos humanos, con miras a decidir si se esta obteniendo un resultado adecuado
- Deberia seguirse apoyando las iniciativas de ACCESO El proyecto debe hacer un esfuerzo de comun acuerdo para canalizar los fondos en forma mas eficiente y rapida hacia las areas, a los CESAMO y a los CESAR Por otra parte, deben crearse mecanismos que permitan que el proyecto financie iniciativas locales innovadoras y de alta calidad, independientemente de su naturaleza Asimismo, el proyecto debe ayudar al MS a hacerse mas proactivo en la busqueda de una apreciable participacion financiera (y de otro tipo) por parte de los municipios

Satisfaccion del personal

- El equipo evaluador respalda las actividades iniciadas recientemente por el proyecto en materia de calidad total de la atencion Asimismo, el proyecto debe brindar apoyo a las actividades orientadas a crear una “cultura” de servicio de calidad a todos los niveles del MS, sobre todo en los CESAR y los CESAMO (Veanse capitulos siguientes en los cuales se señalan cuales son dichas actividades)
- Como reconocimiento a su contribucion fundamental como proveedores de servicios de primera linea el cuadro de enfermeras auxiliares y graduadas, deberia recibir mayor capacitacion Esta capacitacion debe realizarse de manera acelerada para que las enfermeras auxiliares y graduadas que trabajan en el area del proyecto hayan mejorado sus

aptitudes técnicas en un lapso determinado —posiblemente dos años— con seguimiento considerable en el servicio

- El MS debería realizar un estudio cuidadoso acerca de la posibilidad de utilizar bonos de jubilación para sustituir al personal de campo de mayor antigüedad. Esta estrategia fue utilizada con buenos resultados en El Salvador y es posible que el MS piense en hacer algo similar. En lugar de las personas que se acogieran a la jubilación, podría contratarse a personal nuevo, con energía y un elevado nivel de adiestramiento. Debe consultarse a la USAID para saber si esta en capacidad de contribuir a un proceso de este tipo.

Sostenibilidad financiera

- En cuanto a referir a los pacientes a otros centros, el proyecto debería brindar su apoyo a una iniciativa de recuperación significativa de costos, sobre todo a nivel de los CESAR y los CESAMO. Para fomentar un uso racional de los recursos del MS, las tarifas cobradas deben ser más bajas a los niveles más bajos de servicio, e ir aumentando a medida que aumenta el nivel del mismo.
- La USAID debería seguir participando en la coordinación y el intercambio de información con entidades bilaterales y multilaterales, ya que existe una gran congruencia entre estas recomendaciones, el proyecto del Banco Mundial y el proyecto recientemente suscrito con el Banco Interamericano de Desarrollo.

Planificación a mediados del periodo

- La misión podría estudiar la posibilidad de formular un plan maestro para la asistencia técnica, acorde con los planes de reestructuración del MS. Este plan podría incluir los siguientes aspectos:
 - Planificación estratégica y evolución organizacional y gerencial
 - Garantía de calidad
 - Sistemas de información
 - Recuperación de costos
 - Estadísticas médicas, diseño y análisis
 - Contabilidad de costos médicos
- Uno de los elementos fundamentales incluidos en la Nueva Agenda en Salud presentada por el Ministro es “la garantía y el mejoramiento de calidad”. Para adelantar esta iniciativa, el Ministro acaba de crear un nuevo cargo: jefe de garantía de calidad. Existe una total

congruencia entre esta iniciativa y las actividades ya en curso relativas a calidad total de la atención, son supervisadas por visitas ocasionales de un organismo de cooperación que presta asistencia técnica. La USAID debería estudiar cuidadosamente la posibilidad de permitir que un contratista institucional que trabaje en calidad total de la atención, establezca una presencia a tiempo completo en Honduras para impulsar energicamente la iniciativa del Ministro.

En el marco del programa del nuevo gobierno, el Ministro de la Salud adelanta cambios a nivel central. Como parte de esta reestructuración, la División de Salud Materno-infantil está integrando sus programas para prestar atención médica haciendo hincapié en el niño y no en las enfermedades. En 1996 se creó una estrategia comunitaria de atención integral, denominada Atención Integral del Niño (AIN), y se ha llevado a cabo programas de entrenamiento en algunas regiones del país. Durante el pasado año se creó un componente institucional para tratar las enfermedades de mayor prevalencia entre los niños, Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), bajo el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud. Recientemente se pusieron a prueba las pautas integrales para la administración de la AIEPI.

BASICS ha trabajado con eficacia durante los últimos años en el campo de la supervivencia del niño. Aunque en la actualidad el personal de la sede del MS conoce cuáles son los conceptos de la AIEPI, la puesta en práctica de la misma a nivel de los puestos sanitarios locales ha sido lenta, en parte debido a la confusión acerca de la superposición entre los objetivos de la AIEPI en comparación con la AIN, a la necesidad de crear nuevos materiales para la AIEPI, así como al hecho de que los encargados de tomar decisiones no deseaban confundir al personal de campo, presentándoles simultáneamente las orientaciones distintas de ACCESO y AIN/AIEPI.

Las primeras actividades de campo de la AIEPI estaban realizándose al mismo tiempo que el equipo encargado de la evaluación se encontraba en Honduras. Mientras tanto, la atención al niño que se presta en la actualidad muestra elementos verticales en materia de administración, programación, presentación de informes y logística. A pesar del impulso dado por el proyecto HS-II para adelantar la descentralización, así como del efecto de integración implícito generado al estar concentrada la prestación de servicio en una sola entidad, persiste el legado de la programación vertical. Cada programa formula su propio plan y recibe su propio presupuesto. Aunque la presentación de los informes se ha simplificado ligeramente, aun se recopila gran cantidad de datos que no son utilizados eficazmente a nivel local.

6.1 Hallazgos

6.1.1 Diarrea

En el lapso 1991-1996, la mortalidad asociada con la diarrea bajo al segundo lugar como causa de defunción entre niños menores de cinco años. Sin embargo, la diarrea continúa siendo la primera causa de mortalidad de niños de uno a once meses y de uno a cinco años de edad, según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud de la Familia [ENESF-96]), Cuadros 10.10 y 11). Entre los niños de seis a once meses de edad se observa la prevalencia de diarrea más elevada. Es probable que ocurran numerosas defunciones causadas por diarrea en este grupo etario.

1 El uso de las sales de rehidratacion oral no ha aumentado durante los ultimos diez años ¿A que se debe esto?

Es importante reconocer la labor a largo plazo desplegada por el MS por conducto de su Programa de Control de Enfermedades Diarreicas (PROCED) para crear normas adecuadas para la prevencion de la diarrea y el tratamiento de los casos. A nivel central se preparo un manual en el cual aparecen las normas y pautas para el diagnostico y tratamiento de las enfermedades diarreicas³. Estas pautas concuerdan con las normas internacionales, es decir, la terapia de rehidratacion oral se ha convertido en la estrategia de primera linea para prevenir la deshidratacion. Esta estrategia incluye el uso de liquidos preparados en el hogar (en el caso de Honduras, la horchata, el atol y las sopas), y el aumento del amamantamiento cuando comienza la diarrea. En general en las normas internacionales se recomiendan las sales de rehidratacion oral cuando existe un bajo nivel de deshidratacion, y se utilizan sobre todo en los establecimientos sanitarios o cuando existen centros comunitarios de rehidratacion oral que prestan estos servicios. Desafortunadamente, ninguna de las UPS visitadas durante la evaluacion contaba con este manual. Los escasos afiches expuestos en los establecimientos sanitarios se referian principalmente al tratamiento de la deshidratacion. Tampoco se observaron materiales y documentos educativos para entregar a los miembros de la comunidad.

El principal logro del PROCED es la toma de conciencia generalizada acerca de las ventajas de las sales de rehidratacion oral para evitar defunciones debido a la deshidratacion. Se informo que los empaques de sales de rehidratacion oral (Litrosol) son entregados a cada paciente que busca ayuda de los voluntarios de la comunidad y de los trabajadores de la salud en las UPS. Durante los ultimos seis años el uso de las sales de rehidratacion oral (SRO) en el pais se ha mantenido constante en aproximadamente 30 por ciento de los casos de diarrea (ENESF-96). Es menos probable que los episodios de diarrea desemboquen en casos de deshidratacion, gracias al uso de los liquidos preparados en los hogares. No debe suponerse que este porcentaje debe ser incrementado, si los episodios son tratados oportunamente en el hogar. La anterior evaluacion a mediados de periodo informo que hubo un aumento en el uso de las SRO en 1994, pero dicho aumento podria atribuirse al brote de colera ocurrido en ese momento. En este sentido, podria ser conveniente analizar los criterios epidemiologicos para justificar la meta de 40 por ciento de uso de las SRO, de acuerdo con lo señalado en la enmienda del proyecto, sobre todo en periodos en los cuales no hay casos de colera.

Afortunadamente los grupos con una mayor prevalencia de enfermedades diarreicas (la poblacion de zonas rurales y grupos de bajo nivel socioeconomico), son los grupos que mas utilizan las SRO. Otro motivo que hace pensar que la gravedad de las enfermedades diarreicas esta atenuandose es que tambien ha bajado la prevalencia de esta enfermedad en niños menores de seis meses de edad (ENESF-96). Esta disminucion podria ser producto de las mejoras en la disponibilidad de agua y saneamiento, asi como del fomento generalizado de la lactancia materna,

³ "Manual de Normas y Procedimientos para las Acciones de Control y Manejo de las Enfermedades Diarreicas Agudas y Parasitarias" MSP 1991

que protege a los niños de este grupo etario (aunque la lactancia materna como practica exclusiva no aumento para este grupo durante el lapso citado)

Aunque los voluntarios de la comunidad han trabajado activamente en el pasado, en la actualidad parecen menos dedicados a la promocion y a la educacion de la comunidad que a la distribucion de SRO No parecen estarse llevando a cabo los programas comunitarios de extension, el seguimiento de los casos o la administracion de las sales Es practicamente inexistente la supervision del trabajo efectuado por los voluntarios, mientras que la informacion acerca de sus actividades es sobre todo numerica y se obtiene mediante los informes presentados por los mismos voluntarios durante las reuniones mensuales con la enfermera auxiliar de la UPS

Si bien el nivel central recomienda firmemente la terapia de rehidratacion oral (TRO) como estrategia de primera linea para el tratamiento de la diarrea, ni los voluntarios de la comunidad ni el personal de los servicios de salud dan las recomendaciones relativas al consumo temprano de liquidos preparados en el hogar o sobre la alimentacion continua Los consejos nutricionales se centran sobre todo en el amamantamiento El personal de los servicios de salud da por sentado que los encargados de cuidar a los niños continuaran alimentandolos de la manera acostumbrada En general, los trabajadores de la salud, lo que incluiria a los medicos, estiman que los alimentos de bajas calorias (dietas blandas y sopas) resultan apropiados como alimento de los niños cuando padecen de diarrea

2 ¿Qué tipo de asistencia por parte del proyecto, de haberla, podria suministrarse en este ambito?

Sobre la base del trabajo realizado a traves de BASICS, la asistencia por parte del proyecto puede orientarse mas adecuadamente para dar apoyo a la nueva estrategia de tratamiento integrado del niño, la AIEPI Es necesario hacer hincapie en la nutricion durante periodos en que el niño esta sano, pero sobre todo durante y despues de casos de diarrea El tratamiento nutricional de la diarrea ha sido suficientemente estudiado y se incluyo un gran numero de recetas para niños en el manual producido por PROCED en 1991 Sin embargo, no parecen haberse adelantado muchas iniciativas para asegurar que los trabajadores sanitarios dispongan de estas recetas Un esfuerzo en este sentido generaria excelentes resultados Sin embargo, el tratamiento integrado cuenta con tanta informacion que resulta facil dar demasiada importancia a los aspectos curativos, en contraposicion a las medidas preventivas y de apoyo Esto explica el motivo por el cual la informacion acerca de una nutricion adecuada no aparece debidamente detallada en el nuevo manual Se preparo un folleto separado para explicar como debe ser la nutricion del niño, tanto cuando esta sanos como cuando esta enfermo Sin embargo, este folleto podria aumentar aun mas la orientacion curativa antes que la preventiva, ya que se hace necesario mas tiempo para entrenar a las personas acerca del contenido de ambos manuales Ya que la tendencia consiste en favorecer el modelo medico en las actividades de entrenamiento, no deberia constituir una sorpresa el hecho de que se asigna menos importancia al aspecto de la nutricion, sobre todo a la luz de las limitaciones de tiempo y recursos Deberian seleccionarse los adiestradores en forma cuidadosa para mantener el equilibrio entre estas dos orientaciones

La oportunidad de llevar a la practica el enfoque de atencion integrada del niño enfermo tambien podria ser el momento propicio para centrar la atencion en otro aspecto delicado el uso inapropiado de los antibioticos y otros medicamentos por parte del personal de los servicios de salud Se ha generalizado el uso excesivo de los antibioticos y medicamentos antiparasitarios El personal de los servicios de salud, incluidos los medicos, no pregunta a quienes cuidan a los niños si han observado sangre en las heces de los niños con diarrea Si hay sangre, ello indica que la diarrea es de origen bacteriana, por lo que resulta apropiado administrar antibioticos

La fiebre parece ser considerada como el principal sintoma para recetar antibioticos Se ordenan exámenes de laboratorio en forma innecesaria y se recetan medicamentos antiparasitarios a pesar de haber obtenido resultados negativos De hecho, tienden a recetarse los medicamentos antiparasitarios y los antibioticos en forma conjunta Gracias a la iniciativa AIN/AIEPI, cabe anticipar que al tener mayor conocimiento y al tener mas confianza en su capacidad para tratar a un niño enfermo, el personal de servicios de salud, sobre todo los medicos, tenderian a depender menos de los medicamentos innecesarios

El adiestramiento en el ambito del tratamiento integrado debe orientarse hacia el personal de las UPS en una forma mas decidida a lo acostumbrado en el MS Un cambio de este tipo necesitaria una asignacion de fondos para impartir gran cantidad de entrenamiento en un lapso breve a nivel de las UPS, con un adiestramiento simultaneo de los profesionales de nivel intermedio El sistema previsto en el HS-II de dar viaticos para el adiestramiento constituye un incentivo para los funcionarios del MS a nivel intermedio (como se señala en otra seccion del presente informe), lo cual da mayor importancia a actividades realizadas para un numero reducido de personal, o supervisadas por un numero limitado de personal del MS que viaja hasta el campo Esto retrasa el adiestramiento de un numero elevado del personal de servicios de salud

El proyecto debe aprovechar el estudio cualitativo que se esta llevando a cabo en la Region II (Melara y colaboradores), en el cual se analiza el sistema de referir a los pacientes a otros centros, una practica que algunas veces se pone en practica en forma exagerada Cuando un paciente acude a un CESAMO con un caso de diarrea aguda, el personal medico no esta preparado (en terminos de adiestramiento y recursos) para prestar la atencion necesaria Los informes indican que aunque existen pautas claras segun las cuales debe rehidratarse a los niños que no toleran las SRO o debido a vomitos o distension, raras veces se emplean esos metodos alternos en los CESAR o CESAMO Estos metodos alternos resultan particularmente importantes cuando no es posible referir rapidamente al paciente en cuestion De esta manera, niños que podrian haberse beneficiado de la rehidratacion antes de ser remitidos a otro centro llegan a los hospitales en peores condiciones, lo cual hace que su recuperacion sea mas lenta y dificil

Los pabellones y las salas de emergencia de los hospitales podrian beneficiarse del apoyo por parte del proyecto ya que muchos no acatan las normas nacionales para el tratamiento de casos de diarrea Las soluciones intravenosas y los antibioticos parenterales se utilizan durante mas tiempo del necesario Se hacen pocos esfuerzos por reimplantar la administracion oral de liquidos y alimentos a las pocas horas La falta de higiene existente en algunos de los hospitales visitados por

el equipo, así como una permanencia demasiado prolongada en el hospital probablemente fomentan mayores complicaciones, desnutrición y nuevos cuadros de infección en los niños

6.1.2 Infecciones respiratorias agudas

El programa de control de infecciones respiratorias agudas (IRA) del MS se inició hace casi siete años. En los últimos dos años se produjeron dos manuales, uno para la atención ambulatoria y otro para la atención hospitalaria.⁴ Al igual que en el caso del manual sobre diarrea, ninguno de estos dos manuales se encontraba en las UPS visitadas por el equipo. Se emplean pautas de más larga data, y no están a la vista los flujogramas actuales para el diagnóstico o tratamiento de las IRA en las UPS.

- 1 Los niños que padecen casos graves de IRA y los niños deshidratados después de un episodio reciente de diarrea no acuden a los centros de salud u hospitales para su tratamiento. ¿Que puede hacerse para crear sistemas más eficaces para referir los pacientes que padecen estas enfermedades en las zonas rurales? Si se toma en cuenta el reciente estudio acerca de la eficacia en función de los costos del tratamiento de la neumonía por la comunidad, ¿que debe hacer el proyecto para promover el tratamiento de las IRA por parte de la comunidad?**

La mejor estrategia para asegurar que la enfermedad de un niño no se convierte en un caso grave, consiste en el adiestramiento continuo de los voluntarios de la comunidad en materia de reconocimiento y tratamiento de casos de neumonía y diarrea no complicadas. No obstante, es fácil imitar el modelo médico e intentar administrar medicamentos en forma innecesaria cuando se presentan algunos casos sencillos. En este sentido, el personal de las UPS debe vigilar muy de cerca a los voluntarios de la comunidad. Otra estrategia para mejorar el sistema de referir pacientes es estimular la participación de la comunidad, sobre todo en lo que respecta a crear un fondo de emergencias controlado por la comunidad, mediante el cual los pacientes pueden ser llevados al hospital o centro de atención de urgencia más cercano, como está ocurriendo en algunos casos aislados. Como parte del plan de salud local (una estrategia que debe estimularse a nivel de cada UPS), es necesario contar con un plan viable para las IRA, tomando en cuenta los recursos y particularidades de cada comunidad.

En los últimos dos años, las iniciativas para llevar a la práctica el tratamiento de la neumonía por parte de la comunidad, mediante el adiestramiento de los voluntarios, han recibido el apoyo de varios organismos nacionales e internacionales. Se produjeron materiales educativos sencillos para los voluntarios, gracias al financiamiento de estos organismos y organizaciones voluntarias.

⁴ (Ref "Normas y Procedimientos para las Acciones de Control y Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas" 1997 y Protocolos para la Atención de los Niños y las Niñas con Infecciones Respiratorias Agudas, 1996)

privadas (OVP) ⁵ Sin embargo, la cantidad de voluntarios entrenados en el país continua siendo reducida, sobre todo en la Region III

Los voluntarios participan activamente en algunas comunidades pero pocos han recibido cronómetros para medir la frecuencia respiratoria. Los medicamentos a ser administrados por los voluntarios son suministrados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Las breves visitas efectuadas por el equipo encargado de la evaluación a las comunidades no dieron tiempo suficiente para aprender más acerca de la calidad de la atención prestada por estos voluntarios. Sin embargo, los informes indican que prácticamente no existe supervisión de los voluntarios por parte de las enfermeras auxiliares. Aunque un estudio de eficacia en función de los costos muestra el valor práctico y económico de una estrategia orientada hacia la comunidad, el análisis de los resultados de estudios efectuados por expertos en la materia sugieren que es necesario ejercer cautela al interpretar estos resultados. Los informes de una incidencia mayor a la anticipada de casos de neumonía sugieren que los voluntarios podrían estar sobrediagnosticando casos de este tipo. En la literatura también se hace referencia a la tendencia a prescribir un exceso de medicamentos.

El personal de los CESAR y CESAMO de la Region II visitados por el equipo parecen conocer cuáles son las señales de neumonía y su tratamiento acostumbrado. Sin embargo, el personal de la Region III mostró escaso conocimiento acerca de los síntomas de la neumonía. Casos sencillos de infecciones de las vías respiratorias superiores son referidos a otros centros en forma innecesaria, pero a la luz de las deficientes condiciones de las carreteras y la falta de transporte hasta otros establecimientos sanitarios, parece que raras veces se cumplen con las visitas de pacientes referidos a otros centros. Por lo tanto, los casos no son tratados en forma completa y es más probable que se conviertan en episodios crónicos o se repitan. Es poco lo que se hace para asegurarse de que los casos referidos a otros centros en efecto acuden a ellos, ni existe un seguimiento en este sentido.

Durante la visita del equipo, este observó algunos casos en los cuales los niños eran referidos a otro establecimiento sin haber recibido primero tratamiento o alguna medida de apoyo, lo cual les habría permitido llegar hasta el nivel inmediatamente superior de servicio en buenas condiciones. El motivo esgrimido para justificar este comportamiento fue que escasean los recursos y que estos deben destinarse a quienes pueden tratarse totalmente a nivel local. La capacidad de tratar los casos parece estar más asociada a la disposición individual para prestar ayuda y a la iniciativa, que a los protocolos. El personal de más edad se mostró en general más rígido y mostró menor flexibilidad para aceptar nuevos conocimientos y adoptar alternativas.

En el caso de las IRA, un problema concreto existente en el sistema para referir pacientes es que los CESAMO no están equipados en forma distinta a los CESAR. Esta falta de diferenciación

⁵ (Ref Manejo comunitario de Neumonías “Como tratar y cuando referir al niño o niña con neumonía” 1996) También Ref Manejo Comunitario de Neumonía “Resumen de Información” mayo a septiembre 1996 Programa de Control de Enfermedades Respiratorias Agudas, MS)

frena la capacidad del medico de los CESAMO para brindar una atencion de mayor nivel Debido a que las normas nacionales del MS en materia de las IRA prohiben que se traten los casos de neumonia grave a todos los niveles de la atencion ambulatoria, los niños con un caso grave de neumonia u otra enfermedad no pueden ser tratados en los CESAMO, sino que deben ser referidos directamente al hospital, lo que retrasa el inicio del tratamiento adecuado Por otra parte, aunque las normas permiten dar un tratamiento completo en aquellos casos en que el paciente no puede referirse a otros centros, normalmente no se efectua este tratamiento Sin embargo, en razon de la falta de manuales en los establecimientos de salud, posiblemente el personal no esta enterado de estas alternativas

Otra estrategia importante consiste en mejorar la capacidad para resolver problemas entre el personal de los CESAMO Estos centros deben ser el punto intermedio cuando un paciente es referido desde los CESAR Tal vez debido a que los medicos solo trabajan en los CESAMO durante el horario diurno, pero tambien posiblemente debido a la falta de capacidad y equipos (y hasta debido a una falta de confianza en su habilidad para tratar estos casos), se detecto que los medicos en estos centros no estaban cumpliendo con su funcion en la cadena para remitir pacientes Podria fomentarse una “cultura” de toma de decisiones y tratamiento a nivel local, al igual que el tratamiento permitido por las normas del MS en caso de emergencias Asimismo, el suministro de equipos sencillos como tubos nasogastricos, soluciones intravenosas y gota a gota, permitiria a los medicos y enfermeras tratar a los niños que no toleran las SRO o a pacientes en shock en seis horas o menos, es decir, sin necesidad de dejarlos hospitalizados durante la noche

Es generalizada la escasez de medicamentos y suministros para tratar las IRA, pero la magnitud de esta escasez varia entre una region y otra En una de estas, la participacion fomentada por ACCESO de los comites de salud a nivel local hizo que la UPS cobrara una tarifa adicional, utilizada para ayudar en el transporte o mejoras a las instalaciones Existe mayor probabilidad de que las auxiliares de enfermeria auxiliares de esta region se movilen ellas mismas o le pidan a alguien de la comunidad que busquen los medicamentos En otra region, no habia comites locales en las areas visitadas y el personal de la UPS contaba con el area para llevarles sus suministros

1 ¿Como debe el proyecto apoyar a los hospitales a nivel de las areas en el tratamiento de la neumonia como primera linea para referir pacientes dentro del sistema primario de salud?

Es necesario analizar y mejorar el tratamiento de los casos de las IRA a nivel de los hospitales (tanto de area como regionales) El manual vigente acerca del tratamiento de los pacientes hospitalizados no estaba disponible en los pabellones de los hospitales visitados por el equipo Este manual debe distribuirse ampliamente

Se detecto que las decisiones en materia de tratamiento no siempre eran las mas acertadas, los pacientes eran tratados con soluciones intravenosas durante periodos mayores a lo necesario y se recetaban antibioticos costosos Las condiciones de higiene en los pabellones visitados por el equipo eran deplorables La eliminacion insalubre de los desechos y de materiales biologicos

facilitaba la contaminación de los pacientes a través de la administración de soluciones intravenosas. Escaseaba el equipo necesario para apuntalar la prestación del servicio. El número de enfermeras profesionales en los hospitales era bajo, en comparación con el número de médicos, sin embargo, estos no parecían dedicar mucho tiempo al cuidado clínico de los pacientes. Debido a la capacidad restringida del personal de los hospitales de área, los casos más graves eran remitidos a los hospitales de Tegucigalpa. Cabe anticipar que las iniciativas en curso para promover la garantía de calidad resolverán algunos de estos problemas.

Es necesario suministrar información actualizada acerca de las normas internacionales en materia de su forma de tratamiento a los médicos en los hospitales a nivel de área. No existen protocolos para el manejo de casos, sobre todo en el ámbito de la diarrea y la neumonía. Debe darse especial importancia a desalentar el uso de fluidos intravenosos y antibióticos parenterales durante periodos demasiado prolongados. Asimismo, es indispensable que se comprenda que la reanudación de la ingesta de alimentos por vía oral representa la mejor forma de evitar episodios prolongados de diarrea y desnutrición en los hospitales.

Además del trabajo en los cursos y el adiestramiento en los asuntos mencionados en párrafos anteriores en materia de mejoras técnicas en la prestación de servicios de salud, hacen falta más enfermeras graduadas para dirigir los pabellones. También debe estudiarse distintas alternativas entre el adiestramiento demasiado breve de una enfermera auxiliar y el adiestramiento demasiado prolongado de una enfermera graduada.

Los hospitales deben mejorar los aspectos de la higiene y la eliminación inocua de desechos y materiales biológicos y peligrosos. Debe efectuarse un análisis separado acerca de la posibilidad de crear un sistema de recuperación de costos en los hospitales a nivel de área. Un punto más importante aun es que la desorganización que parece imperar en estos hospitales podría constituir uno de los principales motivos del despilfarro de recursos que podrían destinarse a mejorar el servicio. Posiblemente sea necesario llevar a cabo un estudio más exhaustivo del sistema hospitalario.

La carencia de los equipos básicos necesarios para prestar una atención idónea convierten a los hospitales en un lugar poco deseable para remitir a los pacientes. Esta falta de equipos existe no solo en las unidades pediátricas, sino también en el área de maternidad. Los hospitales requieren equipos básicos que podrían ser mantenidos fácilmente utilizando repuestos disponibles en el país. La existencia de equipos que funcionen mejoraría enormemente la calidad de la atención prestada en estos hospitales. Por otra parte, deben evitarse la compra y uso de equipos de tecnología demasiado avanzada. Debe asegurarse que el MS cumpla con su compromiso de mantener estos equipos. Aparentemente por intermedio del proyecto se colocaran algunos equipos en los hospitales, aunque el equipo evaluador no supo de esta iniciativa durante la evaluación.

6 1 3 Programa ampliado de inmunizacion

- 1 La cobertura de inmunizacion con las cuatro vacunas tradicionales en niños menores a un año ha permanecido en una cifra ligeramente superior a 90 por ciento, y en el caso de las mujeres embarazadas, las dos dosis del toxoide tetánico sobrepasan el 95 por ciento. En este sentido, ¿cual sería una estrategia apropiada para reducir y en ultima instancia culminar el apoyo brindado por el proyecto a la cadena de frio, incluidos los costos de viaje y viaticos de las personas que efectúan la vacunacion?**

El Programa Ampliado de Inmunizacion (PAI) es uno de los programas de vacunacion que ha tenido mayor exito en el continente americano. Su exito es el resultado del firme y perdurable compromiso que tiene el MS a brindar este servicio basico a la poblacion hondureña.

Sin embargo, en los ultimos tres años algunas zonas del pais registraron un incremento en la tasa de abandono del programa de inmunizaciones ⁶. Aunque los voluntarios en el sector salud y las auxiliares de enfermeria mantienen un registro de los niños menores de un año (LISCAV) y otro registro con las mujeres en edad férvida (LISMEF), a veces estas listas incluyen unicamente a las personas que acuden a las UPS y no estan basadas en datos tomados del censo. Este metodo de recopilacion de datos sugiere que podria haber una sobreestimacion de la cobertura de inmunizacion, ya que el denominador es una subestimacion de la poblacion que podria beneficiarse de estos programas. Algo que resulta mas importante aun es que este metodo parece indicar que grupos reducidos de personas que estan al margen de las iniciativas en el sector de la salud podrian no estar incluidas en este sistema.

Hay otros elementos que merecen un analisis cuidadoso antes de tomar una decision para reducir o eliminar el apoyo al PAI. El primero de ellos se refiere al mantenimiento poco confiable de la cadena de frio. Aunque el proyecto HS-II contribuye fondos para este proposito, no parece haber una supervision eficaz de la cadena de frio. Asimismo, aunque el MS cuenta con pautas para vigilar el funcionamiento de las unidades de frio, el personal de los servicios de salud tiende a no acatar estas pautas. Por ejemplo, no se cambia el indicador en color verde aunque las unidades de refrigeracion no hayan sido objeto de un mantenimiento periodico. Los tecnicos generalmente prestan servicios solo despues que hay fallas en las unidades. Esta informacion incorrecta acerca de las unidades de refrigeracion sugiere que posiblemente las vacunas no son mantenidas bajo condiciones optimas. Mas aun, el inventario de los equipos no es actualizado, ya que algunas regiones no mantienen un buen sistema de informacion. Un numero no preciso de vehiculos utilizados en la cadena de frio, así como otros equipos, estan obsoletos y posiblemente es necesario reemplazarlos.

⁶ (Ref "Evaluacion del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) Honduras 1994-1997" Secretaria de Salud. Direccion de Riesgos Poblacionales. Tegucigalpa, M D C. septiembre 1997)

Asimismo, algunos miembros del personal de los establecimientos sanitarios no cuentan con las aptitudes o conocimientos necesarios para asegurarse de que la cadena de frío funcione adecuadamente. Entre el personal existen niveles variables de conocimiento acerca de cuánto tiempo pueden permanecer las vacunas en el termo portátil cuando hay fallas eléctricas, o cuando se descomponen los refrigeradores, lo cual indica que existen otros problemas en la cadena de refrigeración.

Aunque una mayor intervención por parte de la comunidad ha hecho posible que los trabajadores de servicios de salud lleven el paquete básico de inmunizaciones en aldeas remotas, estas actividades de vacunación deben recibir mayor apoyo para asegurar que se mantiene la cadena de frío. Los fondos donados por los organismos pocas veces llegan hasta este nivel, son destinados sobre todo a la supervisión de las áreas regionales y de área por parte de la sede. Por ello, podrían necesitarse estrategias alternativas que permitan que los fondos vayan directamente a las UPS. También debe alentarse la contribución de la comunidad, ya que una participación activa de esta a menudo contribuye al proceso de desarrollo.

El equipo evaluador no cree que en este momento sea prudente eliminar los fondos de la campaña del PAI. Antes de hacerlo, es necesario llevar a cabo un análisis económico y político exhaustivo acerca de la factibilidad y el compromiso que tiene el MS de continuar con este programa. Mientras tanto, los recursos deben asignarse a nivel local (UPS), el nivel más cercano al punto de la prestación de los servicios.

6.2 Conclusiones

Aunque la mortalidad asociada a la diarrea descendió al segundo lugar como causa de defunción entre todos los niños menores de cinco años, continúa siendo la primera causa de defunción entre niños de seis a once meses de edad. Las prácticas incorrectas de destete podrían estar contribuyendo a una mayor incidencia de diarrea en este grupo etario, provocando un incremento en la mortalidad. La promoción exclusiva de la lactancia materna exclusiva y las prácticas adecuadas de destete siguen siendo estrategias válidas de este programa.

Aunque el equipo oyó muchos informes acerca del uso de sales de rehidratación oral (SRO) y líquidos suministrados en el hogar durante casos de diarrea, el manejo apropiado de la nutrición y los medicamentos continúa siendo un problema. Los medicamentos vendidos sin receta son utilizados antes de que las madres acudan a los centros de salud con sus hijos. Mas aun, el personal de los servicios de salud continúa dependiendo del uso de los antibióticos y los medicamentos antiparasitarios para tratar casos sencillos de diarrea.

En el campo, el equipo evaluador observó que la identificación y el manejo de casos de infecciones de las vías respiratorias superiores y de neumonía no eran los más adecuados en cuanto a las aptitudes técnicas y los recursos. La falta de información técnica (manuales y pautas) que podría ser aprovechada por el personal para mejorar su capacidad de prestar una buena

atención sanitaria contribuye a este deficiente manejo. Además, la falta de supervisión contribuye a poner en práctica medidas inapropiadas en lo que respecta a la atención de los pacientes.

Las mejoras en el tratamiento en el hogar y por parte de la comunidad de casos no complicados de diarrea podría constituir uno de los motivos por los cuales muchos puestos sanitarios están tratando un mayor número de casos graves en la actualidad. Los casos más sencillos se tratan en los hogares. Las estrategias de reciente aplicación para tratar casos sencillos de neumonía en la propia comunidad también contribuyen a prestar atención temprana y reducen la mortalidad asociada a esta enfermedad.

De estos avances en el tratamiento en las comunidades se desprende que las UPS deben ser preparadas para prestar una atención rápida y de calidad en los casos graves. El sistema de remitir a los pacientes debe ser reestructurado. Las enfermeras y los médicos carecen de las aptitudes y los recursos necesarios para tratar a los pacientes que no pueden ser referidos a otros centros.

No existe una diferencia funcional bien demarcada entre los CESAR y los CESAMO en términos de capacidad para resolver los problemas, sobre todo en el caso de la neumonía. Con frecuencia los pacientes deciden acudir directamente a los hospitales, con el fin de evitar ser referidos a estos indirectamente. Las distancias y la falta de transporte hasta los CESAMO y los hospitales dificultan el proceso para referir a los pacientes, mientras que pocas veces se evalúa la factibilidad de dicho proceso. Durante la visita por parte del equipo evaluador, se observaron muy pocos casos en los cuales hubo seguimiento de este proceso de referir a los pacientes a otros centros.

6.3 Recomendaciones

- Deberían resolverse las demoras administrativas que han pospuesto la puesta en práctica de AIN/AIEPI, e iniciar las actividades y el entrenamiento en el manejo integral del niño en la comunidad. Las estrategias AIN y AIEPI deben continuar recibiendo un decidido apoyo por parte del proyecto. Asimismo, en este proceso es necesario alcanzar un equilibrio entre los elementos curativos y preventivos (sobre todo en materia de nutrición).
- A través de la utilización de los excelentes materiales preparados por BASICS y otros organismos de cooperación, el programa de entrenamiento de AIN/AIEPI debe ser extendido ampliamente a todo el personal de las UPS en un lapso reducido, posiblemente dos años. Por supuesto que debe supervisarse y hacerse un seguimiento de este proceso para medir el impacto que tiene este entrenamiento. Deben difundirse ampliamente materiales de alta calidad a través de las UPS (así como del personal de enfermería de los hospitales).
- Es necesario formular un sistema realista para supervisar a los voluntarios de la comunidad y al personal de servicios de salud. Los primeros deben ser supervisados activamente por el personal de las UPS, ya que es muy fácil imitar el modelo clínico y utilizar los

medicamentos en forma innecesaria. Los miembros de la comunidad, por su parte, deben ser alentados a reanudar las conversaciones acerca de la diarrea y la neumonía

- Deben ponerse en práctica los protocolos vigentes que permiten al personal de las UPS tratar a los niños con diarrea e IRA cuando no es posible referirlos a otros centros. Hasta en aquellos casos en los cuales es necesario referir un paciente a otro centro, prestar una adecuada atención a nivel de la UPS puede permitir a los niños llegar al centro al cual son referidos antes de que surjan mayores complicaciones o hasta el fallecimiento del niño
- Se están poniendo en práctica experiencias piloto innovadoras para fomentar la participación comunitaria en las actividades cotidianas en los CESAR, y estas experiencias deben ser alentadas. Esta participación también consolidará el sistema para referir a los pacientes a otros centros, con miras a aumentar las probabilidades de sostenibilidad de las estrategias y logros en materia de salud. Los comités locales que trabajan en el campo de la información sobre salud deben reunirse periódicamente para discutir acerca de los datos sobre salud y la cobertura del servicio de las UPS
- Es necesario mejorar el mantenimiento de la cadena de frío. Deben adelantarse iniciativas para asegurar que los fondos destinados a brindar respaldo a esta cadena realmente se utilizan para tal fin. Deben desalentarse el uso de fluidos intravenosos y antibióticos parenterales durante períodos demasiado prolongados. Es igualmente necesario contar con mayor cantidad de enfermeras graduadas para que estén al frente de los pabellones. Los hospitales deben mejorar su nivel de higiene y eliminación inocua de los desechos y de materiales biológicos y peligrosos
- Asimismo, los hospitales necesitan equipos básicos que podrían ser objeto de un mantenimiento sencillo, utilizando piezas de repuesto obtenidas en Honduras. Debe limitarse o evitarse por completo el uso de equipos de tecnología avanzada. El MS debe buscar alternativas de autofinanciamiento y permitir el reemplazo local de los equipos cuando ello fuere necesario

7 ATENCION DE SALUD MATERNA Y NEONATAL

Honduras continua teniendo una de las tasas de mortalidad materna mas elevadas del continente Para 1990, la tasa de mortalidad materna era de 221 defunciones por 100 000 nacidos vivos, y una gran parte de esas defunciones maternas ocurrían en el hogar Hay algunas pruebas que señalan que esta tasa ha disminuido en los últimos ocho años, pero no se conoce el grado de dicha disminución ⁷

Cabe esperar que disminuya todavía mas la mortalidad materna como resultado de una creciente migración del campo a la ciudad, con lo que aumenta el acceso de las mujeres a los servicios médicos Además, el Ministerio de Salud estableció recientemente centros de salud maternoinfantil que están dando atención de calidad para nacimientos normales Las iniciativas recientes del Proyecto II del Sector de la Salud (HS-II) comprenden cursos sobre tratamiento mejorado de la anemia y un proyecto piloto para prestar servicios de maternidad sin riesgo en el ámbito de la comunidad en la Región II Sin embargo, todavía es muy pronto para evaluar la repercusión de estas iniciativas

Si bien estos cambios son encomiables, muchas mujeres rurales siguen sin acceso a atención de maternidad Debido a las distancias que deben recorrer para llegar hasta los servicios de salud y a la falta de transporte en las zonas rurales, dos terceras partes de las mujeres del campo dan a luz en el propio hogar, por lo general con la ayuda de la partera de la comunidad La partera de la comunidad suele tener una capacitación mínima y ningún respaldo médico a nivel de la comunidad Los centros de salud locales proporcionan solamente atención prenatal Un gran número de defunciones maternas se deben a las demoras en conseguir ayuda médica

7.1 Hallazgos

7.1.1 Servicios actuales de salud materna

Parteras tradicionales

Las entrevistas realizadas sobre el terreno y los estudios de investigación realizados recientemente por MotherCare demuestran que la función de la partera tradicional como intermediaria para los servicios de maternidad reviste una importancia clave Para la mayoría de las mujeres rurales, la

⁷ Un estudio más reciente utilizó el método de hermandad para calcular la tasa de mortalidad materna de 166 defunciones por 100 000 nacimientos vivos Ahora ha resultado que la gran disminución en la tasa de mortalidad materna que se notificó en ese estudio puede ser un artefacto influido por la notificación incompleta y el pequeño tamaño de la muestra y no debería citarse como cifra precisa Véase el apéndice F Mientras tanto el Ministerio de Salud recientemente inició el uso de la cifra de 142 defunciones por 100 000 nacimientos vivos si bien el equipo no dio los datos en los cuales se basa esa cifra ni puede comentar sobre la calidad de los mismos

partera tradicional sigue siendo la proveedora principal de servicios prenatales y de parto. Se acude a ella en busca de ayuda cuando surgen problemas y se depende de ella para reconocer las señales de peligro y para que ella refiera a la paciente a otros servicios de salud. Los estudios señalan también que, como resultado de la capacitación recibida en el pasado, la mayoría de las parteras tradicionales ahora utilizan prácticas limpias en el parto y estimulación del recién nacido. No obstante, la capacidad de la partera tradicional para detectar señales de peligro y referir a la mujer al establecimiento adecuado y en forma oportuna sigue siendo limitada. Las señales de peligro con frecuencia se tratan primero en el hogar con curas tradicionales o medicinas inapropiadas que demoran más la decisión de buscar ayuda. Entre las señales de peligro que no se reconocen figuran sangramiento durante el parto, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado, ictericia, infecciones respiratorias y conjuntivitis. Además, pocas parteras tradicionales pudieron dar información correcta sobre problemas de la lactancia, en especial en situaciones de alto riesgo como bajo peso al nacer o nacimiento prematuro.

Emergencias obstétricas y sistema de referencia en zonas rurales

El sistema actual de salud materna depende de un sistema de referencia para las mujeres que se encuentran en alto riesgo de tener problemas en el parto. Una campaña de educación pública, aparentemente eficaz, de los "cuatro demasiados" ¿demasiado temprano, demasiado a menudo, demasiado, demasiado tarde? alerta al público en cuanto al mayor riesgo de embarazo para las mujeres a las cuales se aplican estos indicadores. Este mensaje también sirve como justificación para el programa de planificación familiar, motivando a las mujeres para que utilicen métodos de planificación familiar con el fin de evitar estas situaciones.

Para ubicar a las mujeres embarazadas en riesgo que viven en zonas alejadas, se han establecido casas de espera de maternidad en algunos centros de salud materno-infantil. Si bien estas casas constituyen una buena opción para algunas mujeres, la mayoría de las que se encuentran en riesgo informaron que dejar a la familia antes de que comience el parto, pagar elevados costos de transporte y quedarse en un establecimiento no conocido y lejos del hogar, son obstáculos demasiado grandes. Las mujeres siempre pueden identificar a otras mujeres que se han quedado en su casa con los mismos riesgos y han tenido nacimientos normales. Todos los Centros de Salud Rural (CESAR) y los Centros de Salud con Médico (CESAMO) que el equipo visitó informaron que las mujeres con frecuencia llegan buscando ayuda, pero pocos de los centros cuentan con el personal capacitado o los suministros necesarios.

Centros de salud materno-infantil

Durante la evaluación se visitaron varios centros de atención de embarazos y partos respaldados por el proyecto, los cuales están funcionando bien. Entre los centros visitados figuran los de Siguatepeque, La Libertad, el centro principal para nacimientos normales para San Pedro Sula, situado en el Hospital Leonardo Martínez, así como un centro pequeño semiprivado dotado de parteras tradicionales bien adiestradas en Potrerillos. Estos centros parecían estar limpios y bien

manejados. Si bien el personal de los centros del Ministerio de Salud se quejó de que todo el tiempo padecían de escasez de suministros y personal, al parecer los centros estaban funcionando bien, eran bien utilizados y aceptados. En las conversaciones sostenidas por el equipo evaluador con algunas madres que estaban esperando, la mayoría de estas informo que se sentían cómodas y bien tratadas en los centros. Los cuatro centros informaron que solo aceptaban mujeres de bajo riesgo y referían a otros establecimientos de salud a las mujeres cuando surgían problemas. En los cuatro centros se podía hacer reemplazo de fluidos y prevención y control eficaz de hemorragias. Cada uno de los cuatro centros visitados tenía sus propios puntos fuertes y podían ser utilizados como modelo para el desarrollo de nuevos centros.

- El centro de Siguatepeque estaba bien ubicado y bien dotado de personal. Era de tamaño mediano y, por lo tanto, capaz de dar cabida a varios nacimientos a la vez sin volverse impersonales.
- El centro La Libertad era lindo y bien manejado. Fue construido en el marco de la iniciativa ACCESO y con el apoyo financiero del municipio. El personal y los pacientes tenían un firme sentido de "propiedad" y orgullo.
- El establecimiento de San Pedro Sula era limpio, bien ventilado y eficiente. El personal, compuesto por un médico, una enfermera profesional y un grupo de auxiliares de enfermería y estudiantes podía proporcionar atención de calidad a entre 20 y 30 mujeres a la vez.
- El centro de Potrerillos era un modelo de un centro de nacimientos dotado de parteras tradicionales.

Servicios hospitalarios

Debido a la importancia del hospital en todo sistema de atención de maternidad, se visitaron dos hospitales: el Hospital Nacional en San Pedro Sula y el Hospital Regional en Comayagua. Ambos padecen de una grave escasez de personal y suministros. El Hospital Nacional recibe todas las referencias de alto riesgo, pero la mayoría de los nacimientos atendidos allí son normales. Si bien el Hospital Nacional cuenta con suficiente espacio para dar cabida a más nacimientos si aumenta la demanda, no tienen ni los suministros ni el personal para este servicio. El Hospital de Comayagua parecía estar a punto de desmoronarse. La sala de partos era pequeña e inadecuada y ninguno de los equipos—las mesas de parto, las luces, el equipo de oxígeno—funcionaba. Además, todo el espacio disponible estaba lleno de cajas y máquinas averiadas. De las 46 defunciones maternas que se notificaron en 1997 en la región, 20 ocurrieron en este hospital.

Ambos hospitales mostraron pruebas de manejo deficiente de los desechos hospitalarios contaminados, con sangre, placentas no eliminadas y ropa de cama manchada por todas partes en

las salas de parto. Estas practicas constituyen un alto riesgo de contaminacion por el VIH y otras enfermedades que se transmiten por la sangre

Otras cuestiones de la salud materna

Desde el nivel de los CESAR hasta el hospital regional, la escasez de suministros y equipo impide la prestacion de servicios. Ademas, estas instalaciones carecen de protocolos o de guias de trabajo para orientar al proveedor en la toma de decisiones medicas. Debido a que la mayoria de las auxiliares de enfermeria trabajan solas en los CESAR, tienen poca oportunidad de ampliar sus conocimientos. El Ministerio de Salud realiza una revision anual de sus normas, pero el equipo no pudo hallar copias de las normas en ninguno de los establecimientos de salud visitados. Ademas, tampoco habia material educativo para el paciente o la comunidad, como afiches, rotafolios o flanelografos. La mayoria de las paredes de los centros estaban vacias o contenian uno o dos afiches.

La planificacion familiar se menciona para destacar su importancia para todo programa de maternidad sin riesgo. El Ministerio de Salud promueve el uso de la planificacion familiar a los efectos de aumentar el espaciamento de los nacimientos y reducir la cantidad total de embarazos, como elemento clave de su estrategia para combatir los riesgos de la reproduccion. Es preciso contar con un programa de planificacion familiar que funciones bien para cumplir estas metas. Se hallo que el sistema actual era inadecuado en la cantidad y el tipo de opciones disponibles asi como en su presentacion y aplicacion. (Vease el capitulo 8 sobre planificacion familiar.)

7.1.2 Mortalidad neonatal

Honduras ha experimentado un marcado descenso de la tasa de mortalidad infantil durante la decada pasada. Para mayor informacion, vease el capitulo 6, Supervivencia del niño. En la actualidad, mas del 50% de las defunciones infantiles ocurren en el periodo neonatal. Segun la Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud de la Familia (ENESF), realizada en 1996, las causas mas frecuentes de defuncion en los lactantes eran infecciones, asfixia, infeccion respiratoria y prematuridad. Aproximadamente 40% de estas defunciones ocurren en el primer dia de vida.

En casi todos los establecimientos visitados por el equipo se ofrecia atencion prenatal. La atencion se concentraba en pesar a la madre, verificar su presion arterial, medir el crecimiento uterino, vacunarla contra el tetanos e identificar riesgos. Se asignaba poca importancia a la educacion del paciente, en especial a la informacion sobre nutricion y a la atencion del recién nacido o a la planificacion familiar posparto.

En el caso de las mujeres que dan a luz en el hogar, el seguimiento neonatal se considera responsabilidad de las parteras tradicionales. Pese a ello, segun la investigacion realizada por MotherCare, las señales de peligro en el recién nacido, como ictericia, bajo peso al nacer, fiebre, trastornos respiratorios y conjuntivitis, no eran bien reconocidos ni por las parteras tradicionales.

ni por las madres. Además, son comunes algunas medidas peligrosas como dar al recién nacido te, agua y chupones. Sobre la base de estos hallazgos, se han modificado los protocolos de capacitación de parteras tradicionales con el fin de proporcionar capacitación en atención neonatal.

1 Los datos de la encuesta de 1996 señalan que las mujeres de las zonas rurales, que tienen menos instrucción, prefieren ir a un CESAMO y no a un CESAR para la atención prenatal. Para muchas mujeres, un CESAR sería un lugar adecuado donde recibir atención prenatal. ¿Por que las mujeres no están utilizando los servicios prenatales proporcionados por los CESAR?

Todos los CESAR que el equipo visitó experimentaban dificultades en proporcionar servicios. Estos establecimientos contaban con pocos suministros, medicinas o equipos y casi todos tenían una auxiliar de enfermería que dividía su tiempo entre horas de atención en el centro, visitas al campo, supervisión de muchos voluntarios de la comunidad y una abrumadora cantidad de papeleo requerido. Algunas de las enfermeras no estaban bien capacitadas. Además, los centros solo abren por la mañana y, debido a las numerosas visitas programadas al campo, así como a las actividades de adiestramiento y los días feriados, en algunos casos los CESAR están más tiempo cerrados que abiertos. Las mujeres sanas que han tenido embarazos sin contratiempos anteriormente tienen poco incentivo para superar estas barreras hacia un servicio que no produce resultados tangibles.

Además, la población por lo general tiene más fe en los médicos y en la capacidad de estos que en las enfermeras. Por lo general, los CESAMO cuentan con mejor dotación de personal y tienen mejor cobertura, de modo que se puede confiar más en estos centros. Además, en el caso de que surgiera un problema, la enfermera auxiliar en los CESAR no está equipada para tratar la mayoría de los problemas, así es que todo lo que haría de todos modos sería referir al paciente al CESAMO. Este problema existe en todos los niveles de servicio. Se dijo al equipo evaluador que las mujeres que presentan bajo nivel de riesgo y que estarían mejor atendidas en un centro de salud materno-infantil con frecuencia no acuden a este y deciden ir al Hospital Nacional de Tegucigalpa porque allí pueden ver a un especialista. El sistema actual no tiene incentivos para alentar a los pacientes a escoger el nivel adecuado de atención.

2 ¿Que esfuerzos deberían realizarse para fortalecer la imagen de los CESAR o debería prestarse atención a aumentar la cantidad de CESAMO con el fin de ampliar la cobertura prenatal?

Si se aumentara el número de CESAMO, con certeza se aumentaría el acceso de la mujer a la atención prenatal, en particular a las aptitudes de médicos y de parteras que han recibido formación médica. Sin embargo, cuanto más largo sea el trayecto que una mujer deba recorrer desde su comunidad, menos probable será que busque atención excepto en emergencias. Tal vez una solución más simple sería fortalecer, no la imagen de los CESAR sino la prestación de los servicios a ese nivel, mediante el aumento de la cobertura a dos auxiliares de enfermería por cada CESAR y asegurándose de que se proporcione la capacitación y el equipo necesarios.

Deberían realizarse todos los esfuerzos posibles para fortalecer la percepción que tienen las comunidades de los beneficios de la atención prenatal. Una vía posible sería ampliar el modelo BASICS, así como su nueva guía educativa y de trabajo, para incluir atención prenatal, supervisión posparto y neonatal en caso de nacimientos normales con lo cual se mostraría a las mujeres la clara conexión que existe entre madres sanas, nacimientos normales y bebés sanos. Una guía de este tipo daría también al proveedor orientaciones claras para fomentar comportamientos saludables y dar consejos apropiados o referir a la mujer a otro establecimiento a las primeras señales de peligro.

3 Con respecto a los partos sin riesgos y al manejo de las emergencias obstétricas, evaluar lo que se ha conseguido hasta la fecha en el logro de los indicadores de resultados de la Enmienda 22 del Acuerdo del Programa. Asesorar en cuanto a lo que la misión y el Ministerio de Salud deberían hacer en los próximos cinco años para reducir la mortalidad materna debida a emergencias obstétricas en zonas rurales

Los tres principales indicadores de salud materna y neonatal son: 1) la tasa de mortalidad materna (defunciones maternas por 100 000 nacimientos vivos) a nivel nacional se ha reducido de 221 (año base 1989) a 175 defunciones (1999), 2) el porcentaje de mujeres rurales que dieron a luz en los últimos cinco años que han hecho una visita prenatal a un establecimiento de salud durante el último embarazo ha aumentado de 67% (1991) a 82,5% (1999), y 3) aumento del porcentaje de nacimientos atendidos por personal de salud (excluidas las parteras), con una meta de 41%.

Las estadísticas más recientes de que se dispone señalan cambios positivos:

- (1) La ENESF de 1996 utilizó el método de “hermandad” para calcular una tasa de mortalidad materna de 166 defunciones por 100 000 nacimientos vivos. Si bien, como se mencionó previamente, hay ciertas dudas sobre esa cifra, los resultados de la técnica de hermandad sí indican una disminución potencial de la mortalidad materna. Los resultados preliminares de un estudio del Ministerio de Salud realizado en 1996 también señalan una disminución potencial de la tasa de mortalidad materna.
- (2) En la actualidad 84% de las mujeres embarazadas reciben por lo menos una visita prenatal.⁸
- (3) Cincuenta y cuatro por ciento de los nacimientos fueron atendidos por personal de salud. Esta cifra superó la meta fijada.

Gran parte del progreso logrado en estas áreas puede atribuirse probablemente a un cambio general de las expectativas de la población en cuanto a los nacimientos en instituciones. Otro

⁸ *Honduras, Improving Access, Efficiency and Quality of Care in the Health Sector Informe del Banco Mundial, 31 de octubre de 1997*

factor probable es el éxito en la introducción y uso de los centros de salud materno-infantil (aunque los centros todavía no están generalizados, ni se atienden partos en estos establecimientos)

Si bien gran parte del esfuerzo del Ministerio de Salud para reducir la mortalidad materna se ha dedicado a mejorar el sistema de referencia para mujeres en alto riesgo y a incrementar la cantidad de mujeres que dan a luz en establecimientos de servicios de salud, es posible que sea difícil obtener mayores progresos. La estrategia del Ministerio de Salud, si bien teóricamente es adecuada, requiere una enorme inversión de capital que incluya apertura de nuevos establecimientos para manejar la creciente demanda de nacimientos de bajo riesgo en instituciones, así como para resolver los problemas de distancia y falta de transporte para las mujeres del campo. Ello también tiene como resultado un aumento adicional de la demanda en establecimientos que ya se encuentran luchando por prestar los servicios actuales.

En vista del hecho de que el 68% de las mujeres rurales siguen dando a luz en el hogar, y que se estima que hasta 70% de todas las defunciones maternas ocurren en el hogar, parecería aconsejable buscar una solución más inmediata a nivel de la comunidad. Además, si bien deberían continuar los esfuerzos para alentar a las mujeres en riesgo a que busquen atención médica, la construcción de nuevos establecimientos y la dotación de los mismos con equipo avanzado y con personal capacitado no siempre es la mejor solución. En realidad, una de las intervenciones más prometedoras a nivel internacional es la actualización de los centros de salud y otros establecimientos de salud, de modo que en ellos se pueda proporcionar la atención obstétrica básica de emergencia cuando sea necesario.

La atención obstétrica básica de emergencia es la que proporciona los siguientes servicios: a) antibióticos parenterales, 2) oxitócicos parenterales, e) sedantes y anticonvulsivos parenterales, 4) remoción manual de la placenta, 5) remoción de productos retenidos, y 6) parto vaginal asistido.

Los cinco primeros de estos servicios tratan eficazmente, o estabilizan hasta que puedan ser transferidas, a la mayoría de las mujeres con hemorragia posparto, sepsis y eclampsia, las tres causas principales de defunción en mujeres embarazadas. Las aptitudes que se requieren para proporcionar esos servicios comprenden la capacidad de leer y utilizar protocolos, iniciar y mantener un procedimiento intravenoso y seguir el procedimiento estéril de evacuación manual del útero. Los suministros que se necesitan son igualmente básicos.

Las normas del Ministerio de Salud para el manejo de emergencias obstétricas requieren que todo el personal de salud pueda efectuar los procedimientos necesarios para estabilizar a las mujeres con emergencias obstétricas antes de que sean transferidas a otro lugar. Sin embargo, se observó que pocos proveedores ofrecían este servicio. El personal parecía desconocer que se requiere esta función e informaron no tener ni la capacitación ni el equipo adecuado para llevar a cabo estos procedimientos que pueden salvar vidas. Su única respuesta a emergencias obstétricas era la referencia a otro establecimiento. Si bien una actualización y mejoramiento de los CESAR y CESAMO para proporcionar estos servicios de estabilización requerirían un esfuerzo claro y comprometido, dichos servicios harían posible que estos establecimientos 1) proporcionarían

atención a mujeres en sus propias comunidades en forma oportuna, 2) aumentara el uso y la confianza en las UPS, y 3) redujeran al mínimo la dependencia de proyectos de gran envergadura para reducir más la mortalidad materna

Además, el aumento de la disponibilidad de personal capacitado para asistir en el hogar durante emergencias y el fortalecimiento de la capacidad de las parteras tradicionales para prevenir y controlar hemorragias serían poderosos accesorios a esta medida. La capacitación adicional de parteras tradicionales comprendería administración de medicamentos que han sido utilizados con éxito en otras partes del mundo por parteras tradicionales para controlar, o en el caso de multiparas, prevenir hemorragias, y administrar fluidos por vía rectal para tratar estados de choque

Un ejemplo excelente de un modelo de bajo costo para prestar este servicio al nivel de la comunidad se vio en Potrerillos, donde una partera tradicional fue contratada para trabajar en el centro y atender partos normales. Se le dio una sala en la cual dormir y guardar sus cosas y tenía contacto telefónico con un médico local, según fuera necesario. Esta partera tradicional parecía estar bien capacitada en el manejo de nacimientos normales así como en la prevención y el control de hemorragias. A las mujeres que venían al centro se les cobraba de L200 a L400 (US\$16 a US\$30), pero se informó que a nadie se le negaba atención. Si bien se explicó que este arreglo era "semiprivado" (el médico recibía pago del Ministerio, pero el centro de nacimientos era propiedad del médico), es un modelo que se puede repetir fácilmente en zonas donde sea posible encontrar parteras capaces

4 ¿Cuál sería una función adecuada para el Proyecto II del Sector de la Salud a objeto de reducir la mortalidad perinatal? ¿Que asistencia debería proporcionar el proyecto en esta área?

Debido a que se ha documentado bien que más del 50% de las defunciones de lactantes ocurren en el periodo neonatal y que 40% de estas defunciones ocurren en las primeras 24 horas de vida, debería realizarse un esfuerzo concertado para llegar a los recién nacidos. Como se mencionó anteriormente, el programa necesita incluir lo siguiente

- (1) Aumento de los conocimientos familiares y comunitarios sobre los beneficios de la atención prenatal para la madre y el hijo. El proyecto debería ayudar al programa BASICS de vigilancia del crecimiento con el fin de ampliar el alcance del programa y los materiales educativos para incluir el periodo prenatal
- (2) Mayor toma de conciencia de las señales de peligro para la madre y el bebé durante el embarazo y el parto y en los periodos posparto y neonatal. La ayuda del programa debería seguir apoyando la iniciativa regional sobre mortalidad materna (véase el apéndice F) y, si es fructífera, ampliar la iniciativa a todo el país
- (3) Un continuo aumento de la cantidad de mujeres que utilizan personal capacitado para el parto. Con dicho aumento, se puede suponer que los recién nacidos recibirán

evaluación temprana, atención y ser referidos a otro establecimiento cuando sea necesario. En consecuencia, debería reforzarse la capacitación de las parteras tradicionales.

- (4) Continuos esfuerzos para llegar al público con mensajes sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva. La investigación realizada por MotherCare para este proyecto señala que con frecuencia se da a los bebés teta, agua y chupones en las primeras horas después del nacimiento. El estudio también señala que la diarrea no se relaciona con peligro. Una buena educación prenatal a través del modelo BASICS podría tener una repercusión positiva en estas prácticas (apéndice F).

5 ¿Por que las mujeres embarazadas con problemas que ponen en peligro su vida no llegan a los centros de salud y hospitales?

El proyecto MotherCare da los siguientes motivos por los cuales las mujeres no llegan a los establecimientos de salud:

- Falta de confianza en las instituciones de salud debido a mal trato o falta de personal, equipos y suministros. Falta de familiaridad con las instituciones o el personal de los servicios.
- Imposibilidad de la madre de salir sin el consentimiento del compañero o la familia.
- Dinero, otros niños, transporte o largas distancias.

A la inversa, los motivos que llevan a buscar atención son los siguientes:

- Cuando se reconoce una señal de peligro, como una hemorragia,
- Cuando se dispone de apoyo de la comunidad en materia de dinero, transporte y cuidado de niños. Algunas comunidades cuentan con estos servicios para cualquiera que necesite ayuda en una situación de emergencia.

6 ¿Que puede hacerse para establecer sistemas de referencia más eficaces en zonas rurales para atender emergencias obstétricas?

Nuevamente, no parece que el problema sea tanto del sistema de referencia en sí. El personal de atención de la salud parecía saber de pacientes que podrían beneficiarse con la referencia e informaron que usualmente se realizaban referencias. El personal también informó regularmente que para las mujeres de zonas rurales la cuestión era llegar al lugar donde recibir la atención necesaria. Por lo tanto, sigue en pie la recomendación de que lo que se necesita es llevar la atención de emergencia a la comunidad.

Otras soluciones posibles son mejores redes de comunicaciones para los trabajadores de salud a objeto de que puedan recibir asesoramiento para tomar decisiones en casos difíciles y servicios de ambulancia. Pero estas dos soluciones requieren grandes insumos de dinero.

7 **¿Que enfoques innovadores podrían emplearse para abordar emergencias obstétricas?**

Debido a que las causas principales de defunciones maternas son hemorragias, sepsis y eclampsia, y a que el tratamiento exitoso de estos trastornos requiere rápido acceso a la atención médica, debería crearse un sistema que pueda tratar estos casos a nivel de la comunidad. En muchas comunidades del mundo, se están modernizando los centros de salud y otras instalaciones pequeñas para prestar atención obstétrica básica de emergencia. Este enfoque debería adoptarse en Honduras.⁹

Para adoptar este enfoque, se recomienda lo siguiente:

- Se podría proporcionar a las parteras tradicionales medicamentos de emergencia, y capacitación para usarlos, para prevenir o controlar hemorragias después de la salida de la placenta.
- Se podría proporcionar al personal de las UPS, incluidas las auxiliares de enfermería, los siguientes suministros y capacitación en el uso de los mismos: líquidos intravenosos y medicamentos de emergencia para controlar hemorragias, sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y antibióticos intravenosos para tratar la sepsis.
- Podrían continuar los esfuerzos para aumentar la cantidad de centros de maternidad con el fin de incrementar más el número de nacimientos atendidos por personal capacitado.

Estas medidas deben apoyarse con un aumento de los recursos a nivel rural, incluido el mejoramiento de la formación y la disponibilidad de personal, equipo y suministros de salud.

Además, se recomienda lo siguiente:

- (1) Deberían prepararse y distribuirse protocolos y guías de trabajo a nivel de la comunidad, que sean de uso fácil, sobre atención básica de emergencias obstétricas.
- (2) Deberían realizarse todos los esfuerzos posibles para mejorar las relaciones entre el personal de hospitales y las parteras tradicionales. (MotherCare tiene gran experiencia en este tema en Guatemala y otras regiones.)

⁹ Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services, UNICEF, octubre de 1997

- (3) Se deberían elaborar las normas y los protocolos correspondientes para detectar y manejar complicaciones perinatales y del recién nacido en los puestos de salud, centros de salud y los hospitales de referencia (Estas normas y protocolos deberían mantenerse lo más sencillos y accesibles que sea posible)

8 ¿Que puede hacerse para aumentar la proporción de mujeres rurales con poca instrucción que dan a luz en hospitales o centros de salud materno infantil?

Con miras a aumentar la cantidad de mujeres que dan a luz en los establecimientos de salud existentes, deberían realizarse esfuerzos para crear centros de nacimiento que puedan atraer a las madres y estén dotados de parteras o enfermeras bien adiestradas. Los estudios de investigación realizados por MotherCare para el Proyecto II del Sector de la Salud señalan que si se permite a las mujeres que traigan a familiares, su propia ropa y comida y den a luz en la posición que quieran se estimularía un mayor uso de estos establecimientos de salud.

En conversaciones sostenidas con madres en los centros de salud materno infantil en Siguatepeque y La Libertad, las mujeres expresaron gran satisfacción con la atención recibida. También informaron que muchas de las mujeres locales que conocían utilizaban ahora el centro de salud y que eran menos las mujeres que se quedaban en su hogar para tener sus hijos. Por lo tanto, parece probable que si se dota a mayor número de comunidades con centros de nacimientos de baja tecnología en los que las mujeres puedan recibir atención de buena calidad, dichos establecimientos se utilizarían. La distancia, la falta de familiaridad y los largos trayectos que deben recorrer seguirían desalentando a algunas mujeres de buscar atención lejos de sus hogares.

9 ¿Tiene la red hospitalaria del Ministerio de Salud la capacidad de absorber un aumento de los nacimientos en instituciones? En caso negativo ¿qué asistencia debería proporcionar el proyecto al Ministerio para aumentar su capacidad?

Gran parte de la red hospitalaria del Ministerio de Salud está subutilizada en términos de espacio, pero no en términos de personal o suministro. El informe del Banco Mundial de 1997, Honduras: Improving Access, Efficiency, and Quality of Care in the Health Sector, recomienda convertir este espacio subutilizado para ampliar los centros de atención materno infantil. El personal de los hospitales informó que actualmente podían satisfacer la demanda. También informaron que la mayoría de los nacimientos atendidos en el hospital eran normales.

Deberían utilizarse los hospitales al final de la cadena de referencia, empleando sus recursos para tratar embarazos de alto riesgo y emergencias obstétricas. Se necesita elaborar un sistema de incentivos para ayudar a los pacientes a escoger el nivel adecuado de atención. (El informe del Banco Mundial contiene una descripción detallada de estos incentivos.)

En el futuro el apoyo del proyecto debería dirigirse al fortalecimiento y a la ampliación de establecimientos para nacimientos normales más cercanos a las comunidades y para asegurar que en todos los establecimientos hospitalarios se cuente con casas de espera de maternidad para los casos referidos de alto riesgo. Además, es preciso hallar soluciones de largo plazo para el

problema cronico de la falta de suministros y equipo confiable en los hospitales

10 ¿Que puede hacerse para aumentar la proporcion de mujeres que dan a luz que reciben una evaluacion medica posparto en forma oportuna? ¿Como se puede integrar eficazmente la atencion posparto de la madre con la atencion del recién nacido?

La puesta en practica de las recomendaciones precedentes permitira que la mayoria de las mujeres tengan contacto con una partera capacitada. Esa partera debera dar evaluacion y atencion posparto y neonatal, así como realizar los tramites para los controles posparto a intervalos adecuados. Se ha demostrado que si se ofrecen servicios de buena calidad y si las mujeres observan que hay un verdadero interes por su salud, ellas acuden para la atencion de seguimiento.

Deben recalcarse la educacion y la orientacion y se debe retribuir adecuadamente a todo el personal de salud que atiende a las mujeres durante el posparto. Además, la integracion de la atencion materna al programa BASICS deberia tener el efecto de enseñar a las mujeres la importancia del periodo posparto para la salud de la madre y del bebe.

7.2 Conclusiones

Mas alla de lo que existe en la actualidad, el Ministerio de Salud necesita elaborar un programa integral de maternidad sin riesgos que atienda en forma realista las necesidades de la poblacion rural. Si bien al respecto se ha hecho un progreso visible —como el programa de desarrollo de la salud perinatal en el hospital regional de La Paz y la ampliacion de los centros de salud materna como Siguatepeque— siguen existiendo grandes areas de atencion de maternidad cuyo descuido pone en riesgo a las mujeres, en especial a las de las zonas rurales. Existe la necesidad de contar con atencion de calidad que se inicie con parteras tradicionales bien capacitadas y progrese pasando por los centros de salud hasta el nivel de hospitales. A continuacion se presentan pasos para lograr dicha atencion de calidad.

- (1) Es necesario fortalecer las medidas educativas y preventivas durante la atencion prenatal. La concentracion actual en identificacion de riesgos y referencia es importante, pero no debe perderse la oportunidad de brindar educacion en salud y nutricion. Por lo menos de 30% a 40% de todas las defunciones infantiles son consecuencia de atencion deficiente durante el embarazo y el parto.
- (2) Se necesita brindar atencion obstetrica basica de emergencia al nivel de la comunidad. Si bien el sistema de referencia puede funcionar bien para mujeres en riesgo durante el periodo prenatal, este sistema es poco practico para tratar emergencias obstetricas, que por lo general constituyen 15% de todos los nacimientos. Las costumbres actuales se apoyan en la partera tradicional, la mujer o su familia para reconocer las señales de peligro cuando estas ocurren y luego para viajar al puesto de salud local donde se realiza una referencia a la clinica de maternidad u hospital mas cercano. En

la practica, una mujer que sufre de hemorragia, eclampsia o sepsis no tiene tiempo ni medios de transporte para realizar ese viaje

- (3) El programa de los centros de salud materno-infantil funciona bien, si bien existe una cantidad limitada de dichos centros en la zona del proyecto. Estos centros deben ampliarse y adaptarse a las necesidades locales
- (4) Los hospitales necesitan apoyo para proporcionar atención obstétrica de mejor calidad. El mantenimiento de las instalaciones actuales debe ser prioritario, así como asegurar que se disponga de equipos y suministros confiables
- (5) Las madres y sus lactantes necesitan recibir atención inmediatamente después del parto, periodo de gran riesgo para ambos. Se necesita educar a las familias y a las parteras tradicionales en cuanto a las señales de peligro en la madre y el recién nacido. El sistema actual no cuenta con un programa para asegurar que las mujeres y los lactantes reciban esta atención

7.3 Recomendaciones

Se debería elaborar un programa integral de maternidad sin riesgos para llegar a las mujeres embarazadas en las zonas rurales. Se sugieren los siguientes pasos para preparar un programa de este tipo

- Debería implantarse un programa educativo en todo el país para enseñar a las mujeres rurales, sus familiares y comunidades a reconocer las señales de peligro durante el embarazo y el parto y en el periodo posparto y neonatal. Además, las familias y las comunidades necesitan educación sobre cómo tomar las decisiones adecuadas en cuanto a buscar ayuda cuando se necesita. Sobre la base de la investigación de MotherCare, la estructura del programa debería ser multidimensional, a saber

Dirigida a la familia

- Enseñar a las mujeres y sus familias a reconocer las señales de peligro durante el embarazo y el parto y en el periodo del posparto y neonatal
- Brindar orientación a las familias en cuanto a lo que se necesita para prepararse para el nacimiento: inclusive dinero, suministros, toma de decisiones si surgen problemas y transporte de emergencia
- Dirigir las actividades de extensión educativa sobre riesgos de embarazo y parto a los hombres en su función de compañeros y padres. Incluir una presentación equilibrada sobre los riesgos relativos del embarazo en comparación con los métodos anticonceptivos

- Suministrar informacion sobre la importancia de la atencion prenatal para mujeres en riesgo, con énfasis en el riesgo de los nacimientos muy seguidos

Dirigidos a las parteras tradicionales

Las actividades del Ministerio de Salud deben continuar, concentrandose en capacitacion en los siguientes aspectos (esta capacitacion deberia ser practica y deberia realizarse un seguimiento minucioso de la misma)

- Comprender la causa y el efecto de las señales de peligro
- Reforzar las practicas de partos limpios
- Trabajar como asociados con el establecimiento medico
- Seguir enviando a mujeres en alto riesgo a hospitales
- Proporcionar tratamiento de primer nivel y estabilizacion de emergencias obstetricas
- Tratar la salida temprana de la placenta

Dirigido al personal del servicio de salud del Ministerio de Salud

- Fortalecer la percepcion de la comunidad en cuanto a los beneficios de la atencion prenatal. Una posibilidad seria ampliar el programa de vigilancia del crecimiento BASICS, así como sus nuevas guias educativas y para el trabajo, para incluir atencion prenatal, vigilancia de periodos posparto y neonatales en caso de nacimientos normales, mostrando a las mujeres la conexion que existe entre madres saludables, partos normales y bebes sanos. Dichas guias tambien darian al proveedor normas claras para estimular comportamientos saludables y referir al establecimiento de salud adecuado cuando aparecen señales tempranas de peligro
- Fortalecer la capacidad de los CESAR y los CESAMO de proporcionar servicios prenatales de buena calidad y tratamiento de emergencias obstetricas, cuando se aplique

Dirigida a la comunidad

- Apoyar iniciativas comunitarias para elaborar un sistema de transporte de emergencia manejado por la comunidad, para proporcionar ya sea transporte o fondos a cualquier mujer que tenga una emergencia obstetrica. El producto de la venta de estuches (kits) para nacimientos limpios podria utilizarse para

financiar un fondo de este tipo

Deberían establecerse servicios obstétricos básicos de emergencia al nivel de la comunidad. Para ello, deberían llevarse a cabo las siguientes actividades

- Se debería proporcionar a las parteras tradicionales medicamentos de emergencia y capacitación en uso de los mismos, a fin de prevenir o controlar hemorragias después de la salida de la placenta
- Se debería proporcionar al personal de las UPS, inclusive a las auxiliares de enfermería, líquidos intravenosos y medicamentos de emergencia –y capacitarles en el uso de los mismos– que se han usado en otras partes con todo éxito, y antibióticos intravenosos para el tratamiento de la sepsis
- **Tal vez la recomendación más importante de todo el informe sea que los energéticos esfuerzos del proyecto deberían continuar ampliando el número de centros de maternidad y centros de salud materno-infantil con el fin de aumentar aún más la cantidad de nacimientos atendidos por personal capacitado**
- Siguiendo la recomendación del Banco Mundial, quizá también sea apropiado colocar nuevos centros en los hospitales de la zona que estén subutilizados. Los super CESAMO, que se estipulan en la Nueva Agenda en Salud, también tienen una importante función que desempeñar en el suministro de atención obstétrica de emergencia. Estos establecimientos deberían recibir apoyo del proyecto
- Cada hospital público debería desarrollar la capacidad de proporcionar atención obstétrica esencial de calidad. Para asegurar que se desarrolle esta capacidad, el Ministerio de Salud debería proporcionar a los hospitales una base de apoyo económico para garantizar la disponibilidad de suministros y equipos necesarios, así como para posibilitar el desarrollo de la capacidad de gestión y de control de calidad (Véanse las recomendaciones del apéndice D). La eliminación segura de desechos hospitalarios contaminados debería ser una prioridad. Se han elaborado normas para el manejo y la eliminación de desechos hospitalarios, y se debería responsabilizar a los hospitales de la aplicación de las mismas. Es preciso proporcionar recursos a los hospitales para que puedan adoptar con rapidez estas prácticas seguras
- Debería seguirse el trabajo iniciado recientemente para mejorar la calidad de la atención y las emergencias neonatales y obstétricas deberían incluirse en el marco de las actividades. Según estudios realizados la calidad de la atención es un factor significativo en la decisión de una mujer de buscar atención prenatal, dar a luz en un establecimiento de salud en vez de hacerlo en la casa, recibir atención posparto y utilizar anticonceptivos. En los programas de educación y capacitación en salud deben recalcar las comunicaciones interpersonales, orientación y resolución de problemas

Dada la importancia que reviste una iniciativa dirigida a abordar las cifras de mortalidad materna que siguen siendo elevadas, y dada la complejidad de montar un programa multidimensional de esta índole, la USAID debería considerar contratar a un organismo de cooperación, o contratar asistencia técnica frecuente y periódica especializada en este campo, para trabajar con el Ministerio de Salud en llevar a la práctica estas recomendaciones de manera energética

8 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Durante las tres últimas décadas en Honduras se han realizado considerables esfuerzos para promover el uso de métodos anticonceptivos. Estos esfuerzos han tenido éxito en las poblaciones urbanas e instruidas. Los informes de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Planificación Familiar de 1996 (ENESF-96) revelaron que la fecundidad total en Tegucigalpa y San Pedro Sula es de 3,1 hijos por mujer, mientras que en las zonas rurales es de 6,3, es decir, el doble de hijos que en las zonas urbanas. Las mujeres con menos instrucción tienen 7,1 hijos mientras que las mujeres que han recibido siete o más años de instrucción formal solo tienen 2,9 hijos. El uso de anticonceptivos entre las mujeres que viven con una pareja en zonas urbanas es 62%, en las zonas rurales solo alcanza el 40%.

Tradicionalmente, el sector privado hondureño ha sido la principal fuente de servicios anticonceptivos. Recientemente, ha aumentado la cantidad de anticonceptivos proporcionados por el sector público, ahora en las instituciones del sector público se realizan dos terceras partes de las inserciones de DIU y una tercera parte de las esterilizaciones. Para lograr un aumento en el uso de anticonceptivos, será necesario aumentar las actividades de extensión del sector público para incrementar la cobertura de poblaciones rurales y sectores urbanos marginales donde se halla la prevalencia más baja.

La Enmienda 22 del Convenio del Proyecto II del Sector de la Salud se concentra en lo siguiente: 1) ejecutar proyectos piloto para poner a prueba enfoques nuevos o mejorados del uso de métodos de planificación familiar, 2) aumentar el índice de años-pareja de protección, 3) aumentar la aceptación de la planificación familiar posparto, 4) aumentar el registro comunitario de usuarios de la planificación familiar, y 5) aumentar las adquisiciones de anticonceptivos por parte del Ministerio de Salud. En el alcance del trabajo de la evaluación pedir al equipo que examine los logros en estas esferas, así como el nivel de compromiso del Ministerio de Salud con la planificación familiar, obstáculos institucionales a la aceptación de la planificación familiar, ampliación de los servicios de esterilización voluntaria y DIU, suministros de anticonceptivos, supervisión de la planificación familiar y notificación del índice de años-pareja de protección.

8.1 Hallazgos

8.1.1 Logros

1. **Evaluar lo que se ha logrado hasta la fecha en obtener los indicadores de resultados de planificación familiar de la Enmienda 22 del Acuerdo del Programa, especialmente los esfuerzos para mejorar las actividades de planificación familiar posparto/posaborto en el Hospital Escuela y en otros hospitales del Ministerio de Salud, el proyecto piloto de auxiliares de enfermería especializadas en salud de la reproducción (incluida la síntesis de los resultados**

de los informes del Consejo de Poblacion), y el programa de planificacion familiar del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

En el cuadro 1 se resume la evaluacion de la USAID de los logros de referencia correspondientes a 1997. Se determino que solamente uno de los cinco puntos de referencia se habia cumplido, todos los otros estaban lejos de alcanzar los objetivos en ese momento. Los proyectos piloto para poner a prueba metodos nuevos o mejorados han funcionado bien. El logro en cuanto al indice de años-pareja de proteccion aumento hacia fines de 1997 y el sector publico no solo cumplio su objetivo correspondiente al año (208 117 años-pareja de proteccion frente a una meta de 204 117), sino que realmente supero por primera vez al sector privado en esta categoria.

Cuadro 1

Sector público I R.3 2 Puntos de referencia y logros del proyecto, 1997

Punto de referencia	Puntaje
a Se introdujeron metodos mejorados o nuevos de planificacion familiar	
1 Se llevo a cabo el proyecto piloto (comenzando en un area en cada region de salud del pais) de orientacion sobre planificacion familiar, distribucion de anticonceptivos orales e inserciones de DIU a cargo de auxiliares de enfermeria en los CESAR	Se cumplio
2 Ha aumentado el numero de años-pareja de proteccion desglosado por metodo de planificacion familiar y nivel de UPS	No se cumplio
3 Ha aumentado el porcentaje de mujeres que reciben metodos de planificacion familiar posparto (los primeros 42 dias) en UPS	No se cumplio (26% de la meta 8% frente a 30,5%)
4 Ha aumentado la cantidad de usuarios de planificacion familiar registrados por el personal de la comunidad	No se cumplio (55% de la meta 2 513 frente a 4 592)
b Ha aumentado a nivel nacional la adquisicion de anticonceptivos por parte del Ministerio de Salud	No se cumplio (77% de la meta)

Fuente SO3 1997 Annual Results Review (ARR) 21 de noviembre de 1997 pag 29

Los CESAMO han registrado el nivel mas grande de actividad en planificacion familiar, en especial en terminos de inserciones de DIU. Por tipo de establecimiento, el logro de los objetivos por parte de los hospitales fue 47% (incluida la esterilizacion voluntaria en el Hospital Escuela), en los CESAMO, 75%, y en los CESAR, 42%

Por metodo, se cumplio el 82% de la meta correspondiente a los DIU, el 73% en el caso de los preservativos y 14% en el caso de los anticonceptivos orales. El bajo nivel del logro correspondientes a estos puede deberse parcialmente al temor generado por la campaña difundida por los medios de comunicacion y organizada por la organizacion ProVida, contra Ovrette concretamente y contra los anticonceptivos orales en general ¹⁰

Para finales de 1997 los tres puntos de referencia restantes seguan estando lejos de llegar a sus objetivos. Parte del motivo fue la demora en aprobar el plan de trabajo anual y en desembolsar fondos.

Proyecto piloto posparto/posaborto

Con el apoyo del Consejo de Poblacion, se esta llevando a cabo un programa piloto en el pabellon maternoinfantil del Hospital Escuela para promover servicios de planificacion familiar para mujeres que estan en periodo de posparto y posaborto y que fueron pacientes de obstetricia. El Hospital Escuela es el hospital de capacitacion para alumnos de medicina y enfermeria. La seccion maternoinfantil atiende anualmente 20 000 partos y 4 000 casos de complicaciones debidas a abortos. El servicio de obstetricia y ginecologia del hospital capacita a 150 alumnos de medicina al año, rotandolos por departamento. Esta capacitacion se suma a la que se otorga a pasantes y a 39 residentes. Por lo tanto, el hospital es un lugar excelente para dar capacitacion en planificacion familiar, posparto y posaborto. En 1997, el hospital llevo a cabo 1 932 esterilizaciones femeninas y 2 466 inserciones de DIU, 96% de las cuales tuvieron lugar inmediatamente despues del parto o del aborto.

Pese a su exito, el programa de planificacion familiar del Hospital Escuela sigue funcionando con subsidios de la USAID procedentes del Consejo de Poblacion y es poco el progreso que se ha alcanzado hacia la sostenibilidad financiera. Si el apoyo del Consejo de Poblacion se acabara ahora, es muy probable que este proyecto piloto de planificacion familiar tambien se detenga debido a que el Hospital no ha elaborado un plan para incorporar el proyecto ni sus actividades a su programa regular. Un programa similar financiado por el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Poblacion (FNUAP) en el Hospital Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula, dejo de proporcionar servicios de planificacion familiar tan pronto como llego a su fin el apoyo del donante.

El proyecto piloto de salud reproductiva para auxiliares de enfermeria

¹⁰ *Annual Results Report* pag 34

Este proyecto piloto comenzo en 1997. Fue diseñado para demostrar que las auxiliares de enfermería, si tienen la capacitación adecuada, pueden realizar inserciones de DIU, llevar a cabo exámenes pélvicos, administrar anticonceptivos orales y tomar muestras citológicas. Se escogió a un grupo de 60 auxiliares de enfermería de varios CESAR para que asistieran a un curso de una semana de duración. Además, se capacitó a 22 enfermeras profesionales y a 11 médicos. Luego del curso inicial fueron certificadas todas las auxiliares de enfermería menos cinco y las enfermeras profesionales menos dos. Algunas no recibieron certificado porque no había suficientes clientes para la parte práctica de la capacitación. Se proporcionó equipo y materiales a los CESAR que tomaron parte de modo que las participantes certificadas pudieran prestar este servicio en sus centros de salud.

Entre agosto de 1997 y enero de 1998, las egresadas realizaron 425 inserciones de DIU, tomaron 1 017 muestras citológicas y captaron 425 nuevas usuarias de anticonceptivos orales. Durante los seis primeros meses del programa, se notificó solamente una expulsión de DIU y otros cuatro fueron retirados a solicitud de las clientas. El proyecto ha demostrado que las auxiliares de enfermería pueden ser capacitadas con todo éxito en inserción de DIU y que la comunidad acepta este servicio.

Durante las visitas al terreno, el equipo notó que las enfermeras de mayor edad con muchos años de servicio en el sistema del Ministerio de Salud parecían tener más dificultad en promover la planificación familiar que sus colegas más jóvenes. En especial, estas enfermeras mayores podrían beneficiarse en gran medida de este curso. Lastimosamente, este proyecto exitoso no se ha ampliado a otras áreas del país. Se requiere autorización del Ministerio de Salud, la cual todavía no ha sido otorgada.

Instituto Hondureño de Seguridad Social

Historicamente, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) ha sido uno de los apoyos más firmes del sector público para la planificación familiar en el país. Los hospitales del IHSS crearon varios años atrás programas innovadores y de servicio de alta calidad. El IHSS apoya una clínica de planificación familiar que presta servicios a afiliados del IHSS y a no afiliados. Desafortunadamente, el IHSS se enfrenta a una crisis financiera y su programa de planificación familiar se ha visto afectado por la falta de recursos. La cantidad de servicios prestados ha disminuido considerablemente en los últimos tiempos y con frecuencia las cirugías de esterilización voluntaria se han cancelado debido a falta de personal y materiales. Si se prevé que preste servicios integrales de planificación familiar y salud reproductiva, el IHSS necesitará asistencia financiera en breve durante esta crisis.

8.1.2 Expansión de los servicios de esterilización voluntaria y DIU

La siguiente pregunta se refiere al proyecto piloto posparto/posaborto descrito anteriormente.

2 Con la ayuda del proyecto, el Hospital Escuela en Tegucigalpa ha aumentado significativamente la cantidad de ligaduras de trompas que realiza y de DIU que inserta. ¿Que acciones (capacitacion, equipo, renovacion, logistica) se necesitaria para repetir este modelo en otros hospitales y centros de salud maternoinfantil del Ministerio en el pais? En terminos de produccion de años-pareja de proteccion y de potencial para reducir la fecundidad en zonas rurales (segun se mide por los datos de la encuesta), ¿qué hospitales y centros de salud maternoinfantil deberian recibir atencion prioritaria?

El Hospital Escuela es el establecimiento del Ministerio de Salud que produce el mayor numero de años-pareja de proteccion de todas las instituciones del sector publico que ofrecen servicios de salud reproductiva y planificacion familiar. Como se observo, su programa posparto/posaborto ha sido un gran exito. Lastimosamente, pese a su importancia, este programa cubre solamente un 20% de los casos obstetricos del hospital. Sin embargo, esta cifra podria aumentar facilmente a 50% si el hospital tuviera un programa mas eficaz de informacion, educacion y comunicacion.

Igualmente desafortunado es el hecho de que el Hospital Escuela no haya servido como centro de demostracion y capacitacion para profesionales de otros hospitales. Si se va a ofrecer el programa posparto/posaborto en otros hospitales y centros de maternidad del pais, se necesita esa demostracion y capacitacion. Para ofrecer este programa, se necesitaria solamente una pequena cantidad de apoyo adicional, porque el Hospital Escuela ya esta instalado como centro de ensenanza y capacitacion. La insercion de DIU posparto es un procedimiento sencillo que podria practicarse facilmente en todos los establecimientos de salud que proporcionan servicios de nacimientos y tratan complicaciones posaborto. La capacitacion tambien es relativamente sencilla y rapida. Los medicos, las enfermeras y los auxiliares de enfermeria necesitan unos dias de capacitacion y practica en la tecnica y en orientacion a los clientes. La capacitacion se puede realizar a nivel local y los articulos que se necesitan son basicos. Los mas importantes son los estuches (kits) de insercion de DIU y materiales didacticos.

La minilaparotomia posparto es un procedimiento sencillo que tambien se considera tecnologia adecuada. Sin embargo, su aplicacion es mas costosa debido a los cambios que deben realizarse en la infraestructura del hospital o clinica. Requiere mas personal y la operacion solo puede ser realizada por un medico capacitado para ello. La politica de ampliar este metodo probablemente deberia continuar solamente en los lugares en que existen las condiciones adecuadas y cuando las juntas directivas de los hospitales ven la necesidad de ofrecer el metodo.

Es importante señalar que los servicios de esterilizacion voluntaria con frecuencia dependen en gran medida del apoyo de los donantes. La experiencia hondureña demuestra que una vez que llega a su fin este apoyo, suele ocurrir que se suspenden los servicios. Un punto de vista sostendria que la ampliacion de los servicios de esterilizacion voluntaria no deberia exceder la capacidad del Ministerio de Salud de mantenerlos, otro sostendria que los servicios deberian llevarse a cabo a una escala considerable antes de preocuparse de la sostenibilidad de los mismos.

Establecimientos prioritarios para la ampliacion

En Honduras esta creciendo el numero de partos en instituciones y una mujer que acaba de dar a luz o ha tenido un aborto, necesita proteccion de larga duracion en materia de planificacion familiar. Por lo tanto, la prioridad deberia ser ampliar los servicios a todos los hospitales y clinicas en los que se atienden partos o donde se tratan complicaciones debidas a abortos. Debido a que el volumen de casos diarios y la disponibilidad de personal de salud son bajos, los centros de salud maternoinfantil ofrecen una oportunidad de prestar servicio a la poblacion rural donde es mas dificil ofrecer estos servicios. Tambien deberia considerarse la posibilidad de ofrecer capacitacion y apoyo tecnico al personal que trabaja en hospitales privados.

8.1.3 Compromiso del Ministerio de Salud

- 3 ¿Hasta que punto esta comprometido el Ministerio de Salud con la planificacion familiar? ¿Como pueden ampliarse y fortalecerse las actividades de planificacion familiar en el Ministerio de Salud? ¿Cual seria una estrategia aceptable de planificacion familiar del Ministerio de Salud? ¿Qué asistencia del proyecto deberia proporcionarse en este campo?**

Compromiso del Ministerio de Salud con la planificacion familiar

Las actividades de planificacion familiar en las nueve areas en las que se concentro la actividad no se han realizado en forma sistematica. Esto se debe basicamente a una falta de promocion y compromiso por parte del Ministerio de Salud, ya que la planificacion familiar aun no constituye una actividad prioritaria para el Ministerio. Esta fue la conclusion a la que llego la USAID en su informe anual de resultados mas reciente¹¹. El equipo esta de acuerdo con esto, si bien el Ministerio de Salud distribuye algunos anticonceptivos y proporciona ciertos servicios de planificacion familiar, realmente no cuenta con un programa de planificacion familiar.

Un estudio de los documentos del Ministerio de Salud y conversaciones con varios funcionarios del mismo señalan que no hay nada que prohíba la planificacion familiar, no obstante, tambien es cierto que es limitado el interes en el programa por parte de las autoridades de alto nivel. El Ministerio de Salud promueve la planificacion familiar como parte de una estrategia para mejorar la salud de madres y niños, no como apoyo a un derecho fundamental que tienen las personas de elegir la cantidad de hijos que quieren tener y cuando quieren tenerlos. Como resultado de ello, es limitada la repercusion de los programas. Esta falta de compromiso tiene efectos graves a nivel de prestacion de servicios, donde hay mucho mas interes en proporcionar servicios de planificacion familiar. Este servicio tiene que competir para obtener recursos y personal con otros programas "legitimos" que tienen su personal y presupuestos asignados. Como resultado de ello, los suministros para llevar a cabo el programa son inadecuados, el personal no esta capacitado y

¹¹ ARR, 21 de noviembre de 1997 pag 34

los materiales educativos y de promoción son escasos. Los programas actuales de capacitación en salud comprenden pocas materias sobre salud reproductiva y manejo de anticonceptivos. Los médicos recientemente egresados no reciben capacitación en planificación familiar antes de iniciar su año de servicio social, lo cual tiene como resultado muchas oportunidades perdidas en lo que respecta al suministro de servicios.

Esta falta de compromiso e interés explica muchas de las deficiencias del programa, entre ellas, por que no se han repetido los proyectos piloto, con todo el éxito que tienen, y por que no se han introducido los anticonceptivos inyectables, con todo lo atractivos que son para el público.

Ampliación y fortalecimiento de la planificación familiar en el Ministerio de Salud

Los siguientes son algunos de los problemas del sector público que afectan en mayor medida la prestación ordenada de servicios de planificación familiar: 1) rotación de personal, 2) falta de personal capacitado, 3) falta de continuidad en proporcionar suministros para el programa, y 4) falta de promoción de los servicios.

Al nivel de las UPS, el personal de salud es escaso y se espera de ellos que respondan a una variedad de programas, todos los cuales constituyen prioridades para el Ministerio de Salud. Este alto nivel de actividad no permite que los funcionarios dispongan del tiempo necesario para la promoción y educación en cuanto al uso de diferentes métodos de planificación familiar. La capacitación en planificación familiar, en especial para las auxiliares de enfermería, ha sido limitada y en algunos casos obsoleta. Como resultado de ello, varias de las auxiliares a quienes se entrevistó durante la evaluación, incluidas las que tienen cierta antigüedad en el sistema, no tenían confianza en su capacidad de manejar el tema de la planificación familiar. En algunos casos, el personal de los puestos sanitarios refuerza los prejuicios y los mitos sobre la planificación familiar en la comunidad en que trabajan.

En la mayoría de los CESAR y CESAMO, el personal tiene capacidad limitada y escasos recursos para solucionar problemas comunes, como el uso incorrecto de anticonceptivos y el tratamiento de los efectos secundarios. Tienden a referir a clientes con esos problemas al nivel superior siguiente.

Los materiales educativos y de promoción sobre planificación familiar son escasos, y los pocos que existen se utilizan en forma inadecuada. Entre los factores expresados por el personal de salud que explican por que no se usen los servicios de planificación familiar, en el Valle de Comayagua se citaron factores religiosos y la oposición del esposo. En la costa norte, estos factores no parecían ser importantes, tal vez debido al desarrollo económico y la modernización recientes que favorecen la aceptación de la planificación familiar. Cabe señalar que la encuesta de 1996 halló que la religión y la oposición del conyuge no eran factores relacionados con la falta de uso de anticonceptivos.

Los servicios actuales de planificación familiar del Ministerio de Salud están orientados

exclusivamente a la mujer. No se incluye a los hombres en la programación, ni como usuarios potenciales de anticonceptivos ni como apoyo a las mujeres que quieren disponer de la tecnología moderna de los anticonceptivos. El Ministerio de Salud aun no ha definido una función para el hombre en las decisiones en materia de planificación familiar.

En los puestos sanitarios, el personal no tiene incentivos para crear un grupo de trabajo interdisciplinario y los evaluadores hallaron que había poco sentido del trabajo en equipo, ya sea en los centros o con otros proveedores de planificación familiar que trabajan en la misma zona. El trabajo en equipos, con personas de otros servicios o del mismo, ha sido una contribución importante a los programas de planificación familiar que tuvieron éxito en otros países y podrían tenerlo también en Honduras.

Una estrategia de planificación familiar para el Ministerio de Salud

No existe una solución simple para el problema más grande, si se quiere resolver el problema general, es necesario abordar y resolver cada uno de estos problemas más pequeños y vinculados. Tal vez la cuestión más pertinente sea determinar cuál es la estrategia que tiene la mayor posibilidad de éxito. La estrategia actual de trabajar al nivel central para mejorar la prestación de servicios no parece estar funcionando bien, por lo menos hasta ahora. Otra estrategia, trabajar directamente al nivel local de prestación de servicios, podría ser más fructífera.

Actualmente, la planificación familiar está integrada a la salud materno-infantil y fácilmente se pasa por alto. Hasta que la planificación familiar se convierta en un programa independiente, con su propio personal y presupuesto, seguirá compitiendo desde una posición débil con los programas más establecidos.

El pasar por alto el nivel central para trabajar directamente con hospitales, CESAMO, CESAR y centros de salud materno-infantil que quieren proporcionar servicios de planificación familiar podría ser un enfoque más productivo. Este enfoque permitiría que el nivel central siguiera promulgando normas pero los recursos para desarrollar la capacidad del personal local, equipar a las UPS y diseñar actividades de promoción podrían estar más descentralizados y orientados a necesidades individuales. A los efectos de la descentralización, este enfoque podría facultar al personal local de salud para definir sus propias estrategias destinadas a ampliar y fortalecer los servicios de planificación familiar. Si se permitiera a las UPS locales cobrar una suma nominal por sus servicios, se podría generar un cierto ingreso local y utilizarlo para un subsidio cruzado de los servicios a los clientes más pobres.

La implantación de una estrategia de esta índole requeriría el apoyo de los donantes para financiar equipos, materiales, capacitación, transporte y asistencia técnica. En lugar de solicitar asistencia adicional, se podrían reprogramar los recursos actuales para apoyar actividades locales.

- 4** **Ademas de no contar con servicios, en el Ministerio de Salud hay "barreras institucionales" como requisitos de edad y paridad, que impiden que mas mujeres se decidan por la ligadura de trompas ¿Que hay que hacer para eliminar estas "barreras" con el fin de que los metodos anticonceptivos quirurgicos esten al alcance de quienes los soliciten? ¿Tendría el Ministerio de Salud la capacidad de satisfacer esta demanda si se eliminaran las "barreras"? En caso negativo, ¿como puede la oficina de la USAID en Honduras ayudar al Ministerio de Salud a aumentar su capacidad de proporcionar servicios quirurgicos de anticoncepcion?**

Barreras institucionales

El equipo evaluador esta convencido de la existencia de considerables barreras institucionales para la oferta de todos los metodos de planificacion familiar, no solamente de la esterilizacion voluntaria. Entre las principales limitaciones figuran las normas que destacan los aspectos negativos y los efectos secundarios de los metodos anticonceptivos en lugar de sus beneficios para la salud. El equipo tambien observo que algunos proveedores aceptan los mismos falsos rumores y mitos sobre algunos metodos, como se observa con frecuencia en comunidades rurales. Esto explica por que algunos funcionarios de salud tienen temor de promover el uso de anticonceptivos. Mas aun, la importancia que asigna actualmente el Ministerio de Salud a los riesgos obstetricos induce a algunos miembros del personal de salud a creer (en forma erronea) que las personas que no se encuentran en las categorias de alto riesgo no necesitan, ni deberian recibir proteccion anticonceptiva.

Hasta hace poco, el Ministerio de Salud ha limitado sin necesidad el acceso a metodos anticonceptivos. Si bien todas las UPS visitadas contaban con existencias adecuadas de anticonceptivos orales y preservativos, la utilizacion de estos metodos es baja. Esto se debe a que, en cada visita, a los clientes se les da solamente la cantidad necesaria para un mes, lo cual aumenta las visitas y el trabajo en forma innecesaria y desalienta a las mujeres de seguir un metodo anticonceptivo. Las normas del Ministerio de Salud tambien estipulan reconocimientos medicos y analisis frecuentes que son innecesarios, lo cual produce mayores atascamientos en el sistema y desalienta el uso continuado. Luego de la salida del pais del equipo evaluador, el Ministerio de Salud informo a los evaluadores que habia acordado incluir anticonceptivos inyectables en su version mas reciente de normas sobre anticonceptivos.

Esta claro que se necesitan normas y educacion que sean "neutras en cuanto a los riesgos" de los metodos anticonceptivos a todos los niveles del Ministerio de Salud, pero, lo que es mas importante, a nivel del proveedor de servicios. La USAID ha proporcionado una cantidad considerable de asistencia tecnica al Ministerio de Salud para revisar estas normas, pero las revisiones propuestas aun no han sido aceptadas por el Ministerio. Tras la partida del equipo evaluador, el Ministerio informo que las normas de planificacion familiar habian sido examinadas y

revisadas por un experto internacional que hallo que las mismas no eran indebidamente restrictivas ni se concentraban excesivamente en las contraindicaciones. El equipo evaluador no se encuentra en condiciones de comentar sobre estas nuevas normas.

Aun cuando se eliminaran estas barreras, el Ministerio de Salud probablemente no podría satisfacer la demanda de servicios de planificación familiar, por los motivos que se citaron anteriormente. Falta de personal capacitado, falta de equipo y escasez de establecimientos para llevar a cabo el programa. Sin embargo, la cuestión está dirigida principalmente a ampliar la capacidad de realizar esterilización voluntaria. Llevará tiempo y una inversión considerable ampliar la capacidad para realizar estas esterilizaciones voluntarias y la expansión probablemente tendría que hacerse en etapas. Los hospitales existentes no cuentan con las salas de operación y áreas de recuperación necesarias para los servicios de anticoncepción quirúrgica. Es más, estos servicios, además de necesitar personas capacitadas en cirugía (por lo general un médico y una enfermera), también requieren personal adiestrado para informar, seleccionar y referir a clientes a los establecimientos donde se practica la esterilización voluntaria. Naturalmente, también hay que contar con el equipo quirúrgico requerido y las salas de operación en muchos hospitales necesitarían grandes renovaciones.

También es necesario tener en cuenta los intereses de los directores de hospitales. En varios de los hospitales visitados, el equipo hallo directores que consideraban este programa como un recurso que podría resolver sus necesidades de espacio y equipo quirúrgico, en lugar de verlo como una manera de prestar un servicio necesario a la comunidad.

Mientras tanto, el énfasis podría concentrarse primero en DIU e inyectables, métodos que se pueden poner a disposición en forma generalizada con mucha mayor facilidad, rapidez y a un costo mucho menor. El primer paso podría ser poner a disposición en todas las UPS DIU y métodos inyectables y ampliar el suministro de DIU en los servicios posparto y posaborto.

8.1.5 Logística

5. ¿Cómo puede fortalecerse el sistema de suministros del Ministerio de Salud con el fin de asegurar que los centros y hospitales tengan siempre un suministro adecuado de anticonceptivos y estuches (kits) de inserción de DIU a mano? En forma análoga, ¿cómo puede mejorarse la notificación de las existencias disponibles de artículos de planificación familiar para que la adquisición de suministros adicionales no resulte en una situación de exceso o insuficiencia de existencias?

Como se señaló, al parecer en todas las UPS se dispone de anticonceptivos orales y preservativos, pero no de inyectables. Parece ser adecuado el plan de distribución de estuches (kits) de inserción de DIU de la USAID de Honduras. Cada kit tiene suficientes instrumentos para llevar a cabo cinco inserciones más de las que se pueden realizar en un día en la mayoría de las instituciones del país, teniendo en cuenta la demanda potencial. Si se trata con cuidado y se esteriliza en forma apropiada, este equipo puede durar mucho tiempo. Sin embargo, para evitar que se agote la

existencia del mismo es posible que se necesite permitir a los centros de salud materno-infantil de las zonas del proyecto que ellos mismos adquieran suministros y materiales adicionales cuando sea necesario. Una fuente de estos materiales son las clínicas de la ASHONPLAFA.

La notificación es un problema grave debido a los problemas con el sistema de información y a la falta de personal adiestrado y de supervisión adecuada. Tal vez no sea posible arreglar solamente la parte de planificación familiar del sistema porque el sistema cubre todos los artículos. En términos generales, se necesita capacitación y supervisión a todos los niveles del Ministerio de Salud para asegurar que el sistema logístico funcione bien. Como se informa en el apéndice D, la logística es un aspecto considerablemente débil del Ministerio de Salud.

No obstante, si el proyecto cambia su centro de interés y pasara a concentrarse en el fortalecimiento de una cantidad seleccionada de establecimientos rurales de salud, podría elaborarse un sistema logístico provisional para esos establecimientos.

8.1.6 Supervisión

6 ¿Cómo se podría mejorar la supervisión de los servicios de planificación familiar por parte del Ministerio de Salud? ¿Qué asistencia podría brindar el proyecto en este sentido?

Durante las visitas al terreno el equipo observó que había pocas visitas reales de supervisión para muchos de los programas del Ministerio, no solamente los de planificación familiar (véase también lo tratado sobre la elaboración de un nuevo instrumento de supervisión/seguimiento/evaluación). La poca supervisión notificada parecía concentrarse más en cuestiones administrativas que en procedimientos técnicos y calidad de la atención. La explicación que se dio al equipo evaluador (que no fue totalmente convincente) fue la falta de viáticos y transporte y demasiado trabajo en otras áreas. Las visitas de supervisión son más un concepto que una realidad. Al igual que lo que sucede con el sistema logístico, realmente no es posible arreglar solamente la parte de planificación familiar del sistema. Todo el sistema necesita un reacondicionamiento general.

No obstante, si se modificara el centro de interés del proyecto para pasar a concentrarse en una cantidad limitada de centros de salud, la supervisión de esos centros podría fortalecerse con relativa facilidad. Otra opción sería elaborar un programa de capacitación en servicio para supervisores. Se podría contratar a un organismo cooperante para diseñar, implantar y manejar un sistema local de supervisión. Los supervisores locales podrían ser adiestrados y dirigidos por el organismo cooperante hasta que reciban su certificación y el Ministerio de Salud haya elaborado los mecanismos de apoyo necesarios.

8 1 7 Preparacion de informes

7 ¿Como puede mejorarse la notificación sobre los anticonceptivos distribuidos y las ligaduras de trompas realizadas a fin de que se disponga de datos fidedignos de manera oportuna para calcular el logro del índice de años-pareja de proteccion?

En la forma como se lleva a cabo ahora, el sistema de notificacion del Ministerio de Salud parece tener demasiadas deficiencias como para que pueda arreglarse con facilidad. Para evaluar los resultados generales, es preciso llevar a cabo encuestas demograficas en forma periodica. Se necesita esta informacion para calcular la cobertura e identificar las necesidades no satisfechas. Es necesario crear tambien un sistema basico de informacion sobre los servicios prestados. En forma analoga a lo que sucede con los sistemas de logistica y supervision, no es posible arreglar solamente la porcion de planificacion familiar del Ministerio. Todo el sistema necesita ser fortalecido, pero se podria diseñar un sistema especificamente para un proyecto mas concentrado. Tal vez la ASHONPLAFA tambien pueda proporcionar asistencia en este campo.

8 2 Conclusiones

Para que tengan exito, los programas de planificacion familiar necesitan compromiso politico. Es mejor cuanto mas alto sea el nivel de apoyo politico. Hasta ahora, en Honduras no ha sido muy evidente ese apoyo de alto nivel.

Una manera sencilla, poco costosa y eficaz de aumentar el acceso a la planificacion familiar para las mujeres que dan a luz en un ambito institucional es proporcionar servicios de anticoncepcion en todos los servicios de posparto y posaborto (si bien, como se señalo, muchas mujeres de las zonas rurales no dan a luz en instituciones). Para los partos en instituciones, las auxiliares de enfermeria pueden recibir capacitacion para insertar y retirar DIU, realizar exámenes pelvicos, recetar anticonceptivos orales y tomar muestras citologicas. Sin embargo, los proveedores mal informados pueden, inadvertidamente, difundir informacion falsa sobre metodos anticonceptivos y crear barreras artificiales a la planificacion familiar.

Todos los sistemas de apoyo necesitan ser mantenidos con todo cuidado. La falla de cualquier subsistema critico, como logistica, supervision, capacitacion o vigilancia, puede causar la falla general del sistema.

Los aspectos positivos del programa del Ministerio de Salud son los aumentos del índice de años-pareja de proteccion y los exitosos proyectos piloto. El hecho de que el sector publico haya cumplido sus objetivos en materia de años-pareja de proteccion en 1997 y se haya convertido, por primera vez, en el proveedor principal de servicios de planificacion familiar, es un logro importante (si bien la confiabilidad de los datos hace que esta conclusion sea algo tentativa). Es igualmente impresionante el hecho de que este logro haya tenido lugar en momentos en que el IHSS ha reducido sus servicios y pese a las considerables deficiencias del sistema de prestacion de

servicios del Ministerio de Salud

Naturalmente se ve que hay margen para crecer. La ENESF-96 y las observaciones del equipo demuestran que muchas parejas quieren espaciar o limitar sus hijos pero carecen de acceso a medios seguros y eficaces para hacerlo. Si el Ministerio de Salud pudiera poner a disposición, en forma más amplia, los anticonceptivos y los servicios de planificación familiar, en especial en zonas rurales, sería considerable la repercusión sobre el uso de anticonceptivos, la fecundidad y la salud materna.

Desafortunadamente, la evaluación ha identificado considerables deficiencias en cuanto a conocimientos y aptitudes del personal, normas, equipo, la lista de anticonceptivos disponibles, instalaciones, promoción, logística, preparación de informes, supervisión y gestión. Todas estas deficiencias se ven influidas por el bajo nivel de compromiso del Ministerio de Salud con la planificación familiar. En países como Indonesia, donde el compromiso político es sólido, los programas de planificación familiar gozan del completo apoyo de todos los sectores de la sociedad, reciben los recursos necesarios para prestar servicios de calidad a prácticamente toda la población y, como consecuencia de ello, tienen mucho éxito. En América Latina, Colombia, Costa Rica y El Salvador demuestran que los programas de planificación familiar pueden tener éxito también en esta región.

Para que la planificación familiar siga adelante, el equipo evaluador no opina que sea necesario iniciar un gran cambio de políticas sino que debería emprenderse una campaña nacional de educación (el equipo sugiere que esta campaña tenga lugar fuera del Ministerio de Salud) para disipar los mitos y promover una mayor comprensión del riesgo de la reproducción. Al mismo tiempo, un trabajo silencioso y sólido al nivel del terreno lograría grandes adelantos debido a la gran demanda no satisfecha de planificación familiar que existe entre la población rural. Se podrían lograr considerables adelantos sobre la base de los éxitos de dos proyectos piloto y en los servicios de maternidad de las mejores UPS de la zona del proyecto donde la USAID actualmente proporciona apoyo, y mediante la capacitación en gran escala de todas las enfermeras y auxiliares de enfermería en la zona del proyecto durante un periodo de tiempo relativamente limitado.

8.3 Recomendaciones

La USAID y el Ministerio de Salud deberían concentrar el proyecto en intervenciones manejables a nivel de las UPS. Además, la USAID debería seguir trabajando con el Ministerio para elaborar una política clara de planificación familiar y superar la mayor cantidad de limitaciones sistémicas posibles.

- La primera recomendación es fortalecer y ampliar los servicios de salud reproductiva y planificación familiar en las UPS seleccionadas. La estrategia sería trabajar directamente con algunas de estas unidades, aquellas en las que exista un genuino interés en proporcionar servicios de planificación familiar. Tal vez esta actividad podría llevarse a cabo en asociación con ASHONPLAFA y otras organizaciones.

voluntarias privadas (OVP) que están proporcionando servicios de planificación familiar y salud reproductiva en la zona del proyecto. La estrategia posparto/posaborto que se puso a prueba funciona bien y podría repetirse con facilidad en estas unidades. La capacitación de auxiliares de enfermería en inserciones de DIU, exámenes pélvicos, distribución de anticonceptivos orales e inyectables y exámenes citológicos debería repetirse en estas unidades.

- El FNUAP está por publicar en Honduras un curso de capacitación modular de 80 horas de duración, bien diseñado y puesto a prueba, para auxiliares de enfermería en salud reproductiva. Este curso podría ser un vehículo ideal para capacitar a una gran cohorte de auxiliares de enfermería en poco tiempo. A fin de que el mayor número posible de auxiliares de enfermería reciba la capacitación, el equipo recomienda que cuando se publique la guía del curso, el proyecto comience una campaña energética de promoción de candidatos a tomar ese curso en la zona del proyecto y que haya varios lugares donde se dicten los cursos al mismo tiempo: algunos en el establecimiento de adiestramiento auxiliar del Ministerio en el Hospital Torax y algunos en ONG u otras instituciones locales de capacitación. De esta manera, se podría realizar una campaña intensa sobre planificación familiar para todas las enfermeras y auxiliares de enfermería de primera línea de la zona del proyecto en un período de tiempo relativamente corto, tal vez dos años.
- El equipo recomienda que el personal de los centros de salud materno-infantil y el personal de los "super CESAMO" que figuran en la Nueva Agenda en Salud del Ministerio reciban la capacitación del FNUAP al comienzo. Existe una obvia complementariedad entre los centros de nacimiento y la planificación familiar, la cual debería explotarse. La ampliación de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar gracias al financiamiento de la USAID de cuatro OVP proporciona otros recursos para ampliar los servicios.
- El equipo evaluador toma nota para su análisis posterior la evaluación del Proyecto III del Sector Privado sobre Población, que recomienda que las OVP, el Ministerio de Salud y ASHONPLAFA formen una alianza para ampliar los servicios en las zonas rurales.¹²
- La USAID debería seguir alentando al Gobierno de Honduras a que adopte estrategias de población y planificación familiar que destaquen los beneficios para la salud, así como los beneficios socioeconómicos y demográficos de dichas actividades. Si bien es tarde en el proceso, la USAID debería alentar al Ministro a que incluya en la Nueva Agenda en Salud una declaración de que los servicios de salud reproductiva y planificación familiar sean definidos como un derecho básico.

¹² Jack Reynolds *Midterm Evaluation of the Private Sector Population III Project in Honduras* Informe de POPTECH No 98-142-072, capítulo 7 agosto de 1998

- La USAID debería continuar trabajando con el Ministerio para asegurarse de que los proveedores de las UPS tengan instrucción y capacitación en tecnología de anticonceptivos y que se pueda tener acceso a todos los métodos cuando el cliente los solicita
- La USAID debería respaldar los esfuerzos para incorporar la planificación familiar y la tecnología anticonceptiva en los planes de estudio de medicina y enfermería
- La USAID debería seguir trabajando con el Ministerio de Salud para revisar las normas y reglamentos que rigen la planificación familiar con el fin de ponerlos a la altura de la experiencia internacional y nacional. Family Health International ha elaborado una metodología para llevar a cabo una revisión de ese tipo. Los participantes públicos y privados en las actividades de planificación familiar deberían tomar parte en este esfuerzo. Esta actividad debe incluir publicación y distribución de este documento a través de la red de Ministerio de Salud
- La USAID debería trabajar con el Ministerio de Salud para ampliar la disponibilidad de anticonceptivos en el país y definir cuáles son los anticonceptivos que deben proporcionarse en cada nivel de atención

El equipo recomienda firmemente que se introduzca Depo-Provera como método que puede ser manejado por auxiliares de enfermería. Debe estar disponible al nivel de CESAR.

- El Ministerio debe hacer que se disponga de servicios de DIU y Depo-Provera en todos los lugares donde tienen lugar nacimientos y donde se tratan complicaciones debidas a abortos naturales. Se debería proporcionar capacitación en estos temas a todas las enfermeras y médicos que prestan estos servicios
- La USAID debería continuar dando apoyo para esterilización quirúrgica en los establecimientos del Ministerio de Salud donde la demanda lo justifique. No obstante, el equipo reitera que los DIU deberían ser el método alternativo principal porque el sistema hospitalario se halla en estado de considerable deterioro y en un entorno así no deberían promoverse las esterilizaciones
- La USAID debería apoyar la elaboración de materiales educativos de la comunidad que describan con toda claridad los beneficios de reducir la fecundidad, limitar y espaciar los nacimientos y atacar los mitos comunes y la información errónea sobre la planificación familiar

9 ABASTECIMIENTO DE AGUA, SANEAMIENTO Y SALUD AMBIENTAL EN ZONAS RURALES

El apoyo de la USAID para la infraestructura de agua y saneamiento en zonas rurales se inicio con el Programa de abastecimiento de agua y saneamiento rural de 1980-1988 y continuo como parte del Proyecto II del Sector de la Salud, desde 1989 hasta 1996. Con la Enmienda 22, la USAID dejo de invertir en la ampliacion del abastecimiento de agua y el saneamiento y desde entonces ha respaldado a tecnicos que proporcionan educacion y asistencia tecnica a comunidades para que manejen y mantengan en forma responsable sus propios sistemas.

El apoyo al abastecimiento de agua y el saneamiento rural a comunidades de 200 a 2 000 habitantes se ha realizado a traves del Servicio Autonomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), entidad semiautonoma de agua del Ministerio de Salud. Si bien inicialmente los fondos del Proyecto II del Sector de la Salud para infraestructura de agua y saneamiento se dirigieron a tres regiones del norte, gradualmente el programa del SANAA amplio su cobertura a todo el pais y actualmente apoya todos los sistemas existentes de suministro de agua independientemente de cual entidad haya financiado originalmente la construccion. Ademas de financiar proyectos por conducto del SANAA, aproximadamente US\$1 millon de los fondos del Proyecto II del Sector de la Salud fueron gastados por el Ministerio de Salud en sistemas pequeños de suministro de agua, bombas de mano y letrinas para comunidades de menos de 200 habitantes. En el apendice G, cuadro 1, se resumen las inversiones de la USAID en suministro de agua y saneamiento.

La USAID en Honduras tambien ha desempeñado una funcion de liderazgo en capacitar a tecnicos, elaborar materiales educativos, ayudar a fijar prioridades y normas, guiar la descentralizacion y establecer alianzas con otras organizaciones.

9.1 Resultados

9.1.1 Logros

El programa de abastecimiento de agua en las zonas rurales del Proyecto II del Sector de la Salud ha superado su meta de construir 780 sistemas de abastecimiento de agua en las zonas rurales. Entre el SANAA y el Ministerio de Salud, se construyeron 966 sistemas de abastecimiento de agua para diciembre de 1997, y el SANAA preve la finalizacion de otros 100 sistemas para fines de 1998. El programa de saneamiento rural del Proyecto tambien ha superado su meta de construir 57 000 nuevas letrinas. Para diciembre de 1997 entre el SANAA y el Ministerio de Salud habian construido 88 955 letrinas y se espera que otras 5 858 se construyan en 1998.

El costo del programa de abastecimiento de agua y saneamiento rural del SANAA ha alcanzado un promedio de entre US\$50 y US\$100 por persona para abastecimiento de agua y US\$31 por persona para letrinas.

9 1 2 Beneficios para la salud

Los proyectos de agua y saneamiento del Proyecto II del Sector de la Salud se han concentrado en los beneficios sostenibles para la salud y, por lo tanto, han hecho hincapié en tecnología adecuada, educación en materia de higiene y participación de la comunidad. En los proyectos financiados a través del SANAA, el técnico de agua y saneamiento (TAS) organiza la participación de la comunidad en el proyecto, supervisa el progreso de la construcción, educa a la comunidad en materia de higiene básica y organiza y capacita a la primera Junta Comunitaria del Agua. En los proyectos financiados por medio del Ministerio de Salud, el promotor de salud cumple esta función.

El equipo evaluador comprobó la eficacia de los esfuerzos de educación sobre higiene realizados por los TAS, los promotores de salud del Ministerio de Salud y otros promotores de salud de ONG, en lo siguiente: (1) la mayoría de las letrinas inspeccionadas estaban en uso y se mantenían limpias, (2) cada miembro de la comunidad entrevistado demostró que comprendía la importancia del uso de letrinas, y (3) dos familias de nivel económico bajo que se visitaron habían utilizado sus propios recursos para construir nuevos pozos y losas cuando sus letrinas no funcionaron.

Las recientes encuestas de salud señalan que la mortalidad infantil es considerablemente más baja (44 defunciones por 1 000 niños) en unidades familiares que tienen grifos de agua potable en su propiedad, que en las que no los tienen (70 defunciones por 1 000 niños). La diferencia es total para niños de un mes a 59 meses de edad, donde la mayoría de las defunciones en todo el país se atribuyen a la diarrea (véase el apéndice G, cuadro 2 y gráfico 1). El riesgo de defunciones posneonatales es 1,9 veces más elevado en hogares que no tienen grifo de agua potable que en aquellos que sí lo tienen, y el riesgo de defunción para niños de 1 a 4 años de edad es 2,3 veces más elevado en los hogares sin grifo de agua potable que en los que sí los tienen.

El porcentaje de hogares con grifos de agua potable en la casa aumentó de 56% en 1987 a 69% en 1996. En las zonas rurales la cobertura del suministro de agua aumentó de 41% a 53% (véase el apéndice G, cuadro 3). En todo el país, la mortalidad infantil disminuyó de 60% a 48% por 1 000 nacidos vivos y la mortalidad infantil disminuyó de 45% a 36% por 1 000 nacidos vivos entre el período 1986-90 y el período 1991-95 (estimación directa). La mayoría de la mejora se observó en los niños de 1 mes a 4 años de edad (véase el apéndice G, cuadro 4 y gráfico 2). Es también en el intervalo de 1 mes a 59 meses de edad donde existe la mayor diferencia en mortalidad infantil entre las zonas rurales y urbanas.

La prevalencia de la diarrea en los niños se relaciona con el suministro de agua y la infraestructura de saneamiento, aumentando de 14,8% en los hogares con retretes y 16,8% en los hogares con grifos de agua en la casa a 22,8% en hogares sin letrinas ni retretes y 21,9% en las casas sin acceso a grifos de agua en su propiedad o fuera de ella (véase el apéndice G, gráficos 3 y 4). El equipo entrevistó a varios miembros de la comunidad provenientes de comunidades en las que se habían instalado sistemas de agua y letrinas en los últimos cinco años. Los miembros de la comunidad observaron una marcada disminución de la incidencia de diarrea y un aumento de la

salud general despues de que hubieron entrado en funcionamiento los sistemas de agua y las letrinas

9 1 3 Expansion de la cobertura y asociaciones con otros donantes

La meta fijada por el Gobierno de Honduras y la Organizacion Panamericana de la Salud (OPS) era lograr 75% de cobertura de abastecimiento de agua y saneamiento en todo el pais para el año 2000. El SANAA se ha fijado una meta adicional de alcanzar el 75% de cobertura de abastecimiento de agua y saneamiento en las zonas rurales para el año 2004. En 1996, el 69,2% de la poblacion nacional y el 52,7% de la poblacion rural tenia grifos de agua potable en su propiedad, mientras que el 73,8% de la poblacion del pais y el 57,0% de la poblacion de las zonas rurales tenian letrinas o retretes. Se necesitara construir aproximadamente otros 485 sistemas de agua ¹³ y 70 000 letrinas en zonas rurales para cumplir esta meta. Para alcanzar este objetivo en un periodo de seis años, se han preparado estimaciones que indican que se necesitaria un programa de US\$41 millones. US\$26 millones en recursos externos y US\$15 millones en recursos generados en el pais.

1 **¿Cuanto exito ha tenido el SANAA en utilizar la experiencia del proyecto para crear alianzas con otros donantes con el fin de continuar la cobertura ampliada?**

Mucho exito. En 1998, la cantidad de organizaciones con las que el SANAA coopera comprende 10 donantes internacionales y 2 donantes hondureños (vease el apendice E, cuadro 6). El SANAA se ha granjeado una reputacion de eficiencia y responsabilidad, pero algunas comunidades que necesitan agua estan en zonas en las que el financiamiento de donantes no se ha concentrado, por lo cual dichas comunidades quedaron fuera. Ademas, el potencial de conseguir nuevos donantes es cada vez menor y los donantes existentes no estan dando señales de aumentar considerablemente sus contribuciones.

Para seguir ampliando la cobertura, el SANAA ha tenido exito en solicitar ayuda a una variedad de fuentes de financiamiento, entre ellas UNICEF, ONG y los municipios. Tambien se esta pidiendo a las comunidades que aporten mas fondos a los nuevos sistemas que en el pasado. Se ha realizado un buen trabajo de equipo en la busqueda de financiamiento para nuevos proyectos de agua. Participaron en estos esfuerzos la USAID, los directores centrales del SANAA, ingenieros regionales del SANAA, y TAS. Por lo general, los esfuerzos cooperativos comprenden el apoyo tecnico y de educacion de la comunidad del SANAA, mientras que la organizacion cooperante adquiere y proporciona materiales y a veces colabora con las actividades de organizacion y educacion de la comunidad.

¹³ Estimado sobre la base de un aumento de cobertura de 69,2% a 75% de la poblacion en 1997, estimada en 5,8 millones, y suponiendo que la mitad del crecimiento de la poblacion tendra lugar en las zonas rurales y que habra un promedio de 350 beneficiarios por cada sistema nuevo de suministro de agua en zonas rurales.

9 1 4 Mantener los sistemas de agua existentes el programa TOM

La mayoría del apoyo reciente de la USAID para agua y saneamiento rural en Honduras ha sido para capacitación y apoyo del nuevo programa de capacitación de técnicos de operación y mantenimiento (TOM). El objetivo principal del TOM es ayudar a las comunidades a operar con propiedad, mantener y mejorar sus sistemas de agua y cuencas de agua. El programa TOM comenzó con un programa piloto en 1995 y se amplió hasta convertirse en un programa de todo el país en 1997. En la actualidad hay 72 TOM capacitados empleados por el SANAA. A cada TOM se le asignan entre 50 y 60 sistemas de agua.

La primera tarea del programa TOM fue finalizar un inventario en el terreno de la situación de todos los sistemas de abastecimiento de agua existentes en las zonas rurales. Este inventario terminó a fines de abril de 1998. Los sistemas se clasificaban en cuatro categorías, sobre la base del nivel de esfuerzo necesario para colocarlos en un nivel de buen funcionamiento. Los sistemas de la categoría "A" reúnen todos los criterios de un sistema en buen funcionamiento. Los sistemas de la categoría "B" pueden mejorar con recursos de la comunidad. Los sistemas de la categoría "C" requieren una cierta inversión financiera al alcance de la comunidad, y los de la categoría "D" requieren una inversión considerable. En el cuadro 5 del apéndice G se resume la información recogida hasta marzo de 1998 cuando se había finalizado aproximadamente 85% del inventario.

Según la encuesta, alrededor de 9% de los sistemas de suministro de agua en las zonas rurales se encuentran en condiciones óptimas, manejados y mantenidos adecuadamente por sus comunidades, mientras que 85% de los sistemas podrían ponerse en condiciones óptimas con esfuerzos de la comunidad, solo 6% requiere inversiones considerables. Los problemas típicos son las Juntas Comunitarias del Agua desorganizadas o inexistentes, comunidades que no utilizan la cloración y, el paternalismo (una cultura de la dependencia).

Las Juntas Comunitarias del Agua en buen funcionamiento existen solamente en los sistemas que tienen menos de cuatro años o en los cuales los TOM las han reactivado y adiestrado recientemente.

En general, el diseño y la calidad de la construcción de los sistemas existentes de agua que se visitaron como parte de esta evaluación fueron buenos. Los problemas más comunes que se hallaron fueron drenaje inadecuado del rebosamiento de tanques o de lavabos individuales, nuevas casas que se construyen encima de los lugares donde están ubicados los tanques de reserva y flujos inadecuados para satisfacer las necesidades de la comunidad durante los veranos que normalmente son secos. Un factor que influye en la capacidad de los flujos actuales para satisfacer la demanda es que son pocos los sistemas de agua en las zonas rurales que tienen medidores de agua y se ha comprobado que las personas no son conscientes en cuanto a la conservación del agua.

Los TOM entrevistados durante esta evaluación estaban bien motivados, bien adiestrados y

comprendian con claridad su funcion y las metas Cada TOM estaba bien equipado para desempeñar sus funciones, con una motocicleta, casco y acceso a materiales educativos y estuches (kits) para medir el cloro Las oficinas del SANAA tenian nuevas computadoras en funcionamiento con una base de datos integral que podia clasificar o realizar busquedas con una variedad de parametros

El contratiempo mas grande para el programa de TOM ha sido que durante gran parte de 1997 y los tres primeros meses de 1998, no se conto con fondos de la USAID para viaticos y gasolina para que los TOM visitaran comunidades distantes El resultado de ello fue que los TOM trabajaron solo aproximadamente a 65% de su potencial Ademas, los TOM dedicaron una parte considerable de su tiempo en el terreno (tal vez el 50%) a realizar inventarios de sistemas existentes Para fines de abril de 1998 se habia finalizado el 99% del inventario Por lo tanto, los TOM no han dedicado tanto tiempo como podrian al resto de su trabajo En algunas regiones, los TOM hallaron maneras creativas de seguir trabajando sin viaticos, a veces consiguiendo que las comunidades proporcionaran un lugar para dormir y hasta dinero para gasolina, o trabajando desde lugares descentralizados Para que el programa sea sostenible a mediano y largo plazo, tendran que buscarse alternativas similares, diferentes del financiamiento de donantes, para cubrir los costos de viaticos

2 ¿Que efecto ha tenido la creacion de los tecnicos de saneamiento (TAS) y los tecnicos de operacion y mantenimiento (TOM) en la eficiencia y eficacia de los programas rurales del SANAA? ¿Ha adoptado el SANAA este programa como si fuera propio?

La educacion en salud y la participacion de la comunidad son elementos clave para que un programa de agua y saneamiento rural tenga una repercusion sostenible sobre la salud El programa de los TAS ha funcionado bien en educacion sobre higiene para la comunidad y en la preparacion de comunidades y de Juntas Comunitarias del Agua para que asuman la responsabilidad de sus propios sistemas El programa TOM ha comenzado a tener una repercusion mediante la reactivacion y capacitacion de las Juntas Comunitarias del Agua y ayudandolas a resolver sus problemas operativos y administrativos En 1998, los efectos del programa en terminos del aumento del porcentaje de sistemas en condiciones "A" para finales del año, prometen ser mas elevados que lo alcanzado en 1997 El SANAA ha adoptado definitivamente el programa TAS como si fuera propio, y a medida que se va conociendo el exito del programa TOM, la incorporacion al programa se ha difundido en toda la organizacion y en los niveles mas altos del gobierno El programa TOM no esta todavia listo para mantenerse por si mismo pero se encamina hacia esa direccion

3 ¿Que otras acciones hay que tomar para fortalecer el programa?

Entre las sugerencias para mejorar la eficacia del programa TOM figuran las siguientes

- Para aumentar el apoyo institucional a la labor de los TOM, seria util un taller o conferencia

para supervisores de TOM Las siguientes serian las principales esferas de interes

- es necesario aumentar el entusiasmo del supervisor en cuanto al trabajo de los TOM, y
- los supervisores necesitan aptitudes, tales como tecnicas en gestion de calidad total, para permitir a los TOM implantar sus ideas para mejorar la eficacia de su trabajo, por ejemplo, aumentando el trabajo los fines de semana y disminuyendo la dependencia de los viaticos
- La USAID y el SANAA deberian trabajar en conjunto para hallar maneras de disminuir la dependencia de los TOM de los viaticos Lo ideal es que se puedan aplicar al nivel regional las tecnicas de gestion de calidad total, permitiendo a los TOM y sus supervisores que formulen sugerencias Se le deberia pedir a cada region que acuerde la realizacion de un plan de accion para tratar las demoras potenciales o reducir los viaticos Los siguientes son ejemplos de soluciones que han sido sugeridas por el SANAA, los TOM y sus supervisores
 - ubicar a los TOM permanentemente en el terreno,
 - hacer que el SANAA proporcione gasolina pero no viaticos para viajes cortos, y
 - alentar a las comunidades o municipios a que proporcionen lugares donde los TOM puedan dormir
- Debido a la cantidad considerable de sistemas que tienen problemas para satisfacer las necesidades de agua en el verano, y con el fin de asegurar que las comunidades esten progresando hacia la autosuficiencia en lugar de concentrarse en llevar a un cierto numero de sistemas al nivel "A" inicialmente, tal vez un conjunto diferente de metas sea una medida mas adecuada del exito de los TOM
 - Año 1 75% de las Juntas Comunitarias del Agua estan funcionando bien, realizando regularmente la cloracion y cobrando una tarifa lo suficientemente elevada como para pagar los costos del cloro
 - Año 2 90% de las Juntas Comunitarias del Agua cumplen las metas del año 1, 75% de las juntas tienen al menos un miembro que ha asistido a un curso de capacitacion, estan cobrando una tarifa lo suficientemente elevada como para pagar el cloro, el operador y costos minimos de mantenimiento, y han abierto una cuenta bancaria
 - Año 3 90% de las Juntas Comunitarias del Agua han cumplido las metas del año 2, 75% de las juntas han establecido un plan para proteger sus cuencas y tienen tarifas

plenamente adecuadas

- La USAID o el SANAA deberían considerar patrocinar conferencias anuales regionales o de toda el área para Juntas Comunitarias del Agua, las cuales incluirían fortalecimiento de la capacidad, fijación de metas y premios a las comunidades que han logrado niveles considerables de autosuficiencia y para otras que han realizado de ordinario la cloración de sus sistemas durante ciertos periodos de tiempo
- Una mayor comunicación entre el SANAA y el Ministerio de Salud sería útil para aumentar las repercusiones de los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento sobre la salud. Por ejemplo, el SANAA debería utilizar los datos del Ministerio de Salud sobre la elevada incidencia de la diarrea, la alta mortalidad infantil y la deficiente calidad del agua para determinar los sistemas de alta prioridad para la labor de los TOM. El Ministerio de Salud y el SANAA podrían coordinar la capacitación de las Juntas Comunitarias del Agua por área, que se realizarían al mismo tiempo

9.1.5 Participación de las comunidades y autosuficiencia de las mujeres

Los miembros de la comunidad tienen la capacidad de pagar tarifas que son lo suficientemente altas para establecer una cuenta bancaria y pagar la mayor parte de las reparaciones y las mejoras necesarias. Ninguno de los miembros de la comunidad entrevistados durante esta evaluación manifestó incapacidad de pagar 10 lempiras (US\$0,75) por mes, que es suficiente para financiar los costos de un operador, el cloro, reparaciones de rutina y ahorros en la mayoría de las comunidades.

En los lugares en donde hay Juntas Comunitarias del Agua organizadas, las tarifas de agua son razonables y los fondos están bien administrados, las comunidades han financiado por sí mismas considerables reparaciones del sistema y han acumulado bastantes fondos de reserva. Además, en estas comunidades los presidentes de las juntas demostraron una sólida comprensión de que las comunidades deben asumir la responsabilidad de sus propios sistemas y tienen un firme interés en aumentar sus tarifas para incrementar el ahorro. La inquietud más común planteada por las Juntas Comunitarias del Agua fue que varias aún no se habían constituido legalmente.

4 ¿Hasta que punto ha sido eficaz el SANAA en la capacitación de miembros de la comunidad en operación y mantenimiento de los sistemas de agua?

En los casos en que las Juntas Comunitarias del Agua han sido capacitadas por el SANAA han demostrado su capacidad no solo de operar y mantener sus sistemas de agua sino también de manejar sus finanzas con responsabilidad.

El SANAA podría estar haciendo más para estimular la participación de las mujeres en las Juntas Comunitarias del Agua. Si bien se observó que algunas comunidades contaban con mujeres como tesoreras o secretarías en las juntas, no se realizó ningún progreso para incluir a mujeres en las juntas.

desde la evaluación intermedia del Proyecto II del Sector de la Salud realizado en 1995, y algunas mujeres que tienen el potencial de ser dirigentes plantearon dudas en cuanto a ejercer el liderazgo en las Juntas Comunitarias del Agua. El SANAA podría dedicar más atención a este campo.

9 1 6 Protección de las vertientes de agua

Los TOM, TAS, el Servicio de Fomento Forestal de Honduras (CODHEFOR) y otros organismos de desarrollo han logrado aumentar el nivel de conciencia en cuanto a la necesidad de proteger a las vertientes de agua y establecer mecanismos jurídicos para ello. Los miembros de la comunidad comprendieron la importancia de proteger los bosques y sus vertientes de agua y conocían cuáles eran los propietarios de tierras que estaban cooperando en la protección de las zonas boscosas y cuáles no. Además, los miembros de la comunidad estaban considerando opciones como la adquisición de tierras a los que no querían cooperar en la protección de los bosques. El SANAA ha comenzado un inventario de los sistemas de agua con vertientes protegidas, lo cual indica que un área considerable de vertientes de agua (167 000 hectáreas o aproximadamente 350 000 acres) están protegidas legalmente.

9 1 7 Contribuciones del Ministerio de Salud

Actualmente el control de calidad del agua lo realizan los promotores de salud del Ministerio de Salud. En los casos en que se notifican altos niveles de diarrea o cuando se están considerando nuevas fuentes de agua para los sistemas de abastecimiento de agua para la comunidad, un promotor de salud lleva una muestra del agua a un laboratorio del Ministerio de Salud. Según una entrevista, aproximadamente 40% de las muestras de agua que se analizan tienen altos niveles de coliformes fecales, estas muestras de agua con frecuencia provienen de sistemas comunitarios de agua que no están siendo clorados. La incidencia de las tasas de diarrea son especialmente elevadas en la temporada de lluvia del invierno.

La cooperación entre el SANAA y el Ministerio de Salud se limita a invitaciones a promotores del Ministerio por parte de TOM y TAS para enseñar cursos básicos de higiene para las Juntas Comunitarias del Agua, uso de los manuales de las juntas del SANAA por parte de promotores del Ministerio y solicitudes de que el Ministerio realice muestreos del agua para ayudar a convencer a las comunidades de que realicen la cloración. No se halló otro tipo de cooperación entre el SANAA y el Ministerio, ni tampoco el SANAA estaba utilizando datos sobre diarrea y mortalidad infantil para establecer un orden de prioridad en cuanto a las áreas donde debería concentrar sus esfuerzos.

9 1 8 El programa TSA

Con la ayuda de la USAID, el Ministerio de Salud está emprendiendo un programa para consolidar las actividades de sus diversos agentes de extensión de salud rural, de modo que la función de cada uno de ellos abarque un programa completo de temas de salud ambiental. El técnico de salud ambiental (TSA) de reciente definición, tendrá a su cargo todos los aspectos de la salud ambiental. En la región

de salud II se ha iniciado un programa piloto de TSA. En septiembre de 1997, egresaron 29 TSA de un curso de capacitacion de 12 semanas de duracion. En octubre de 1998 finalizara un segundo curso para capacitar a otros 35 TSA. El plan es que una vez que todos los TSA hayan recibido capacitacion, la region comience a funcionar segun la nueva modalidad. La eficacia del modelo puede juzgarse cuando este en pleno funcionamiento.

5 En vista del hecho de que los fondos de la USAID para construccion de sistemas adicionales de agua y letrinas ya no estan disponibles, ¿cómo podria la USAID de Honduras seguir apoyando al sector de agua y saneamiento dado que este es tan crucial para el mejoramiento de la salud?

Los beneficios para la salud de un programa de abastecimiento de agua y saneamiento como este, que combina agua potable, letrinas y educacion en salud, son notables, como se describe en el texto. La USAID cada vez mas realiza la medicion de sus logros con indicadores. El hecho de que Honduras no haya llegado aun al punto en que los costos incrementales de prestar servicios a nuevas areas rurales con agua se vuelven prohibitivamente elevados, y de que las asociaciones con otros donantes no estan satisfaciendo la necesidad de nuevos sistemas de agua a un ritmo que probablemente cumpla las metas de cobertura, cuestionan la decision de la USAID de no financiar otras construcciones de sistemas de abastecimiento de agua.

El costo del programa de abastecimiento de agua y saneamiento rural del SANAA ha alcanzado un promedio de entre US\$50 y US\$100 por persona, incluido el abastecimiento de agua, letrinas, educacion en salud y capacitacion de las Juntas Comunitarias del Agua. La USAID podria considerar seguir apoyando la infraestructura de abastecimiento de agua en las zonas rurales de Honduras, aunque fuera a un nivel mas bajo que en el pasado hasta que se haya logrado el 75% de la cobertura de abastecimiento de agua en las zonas rurales, punto en el cual el costo incremental de prestar servicios de agua a nuevas areas pueda no justificar nuevas inversiones. La meta de cobertura en lo que respecta a letrinas deberia ser mas alta que la correspondiente al agua, pero es muy probable que el FHIS de Honduras continúe su campaña de dotar al pais de letrinas y la ayuda de donantes externos no sea tan crucial como para el caso del agua.

Si la USAID no aumenta el financiamiento para obras de infraestructura, deberia seguir apoyando el programa de TOM y proporcionando liderazgo incluida la busqueda de otras fuentes de financiamiento.

9.2 Conclusiones

- (1) Las campañas del SANAA, el Ministerio de Salud y otras organizaciones en materia de educacion en higiene y proteccion de vertientes de agua han sido sumamente fructíferas.
- (2) Es poco probable que se cumplan las metas del Gobierno de Honduras y de la USAID de proporcionar cobertura del 75% a todo el pais con sistemas de abastecimiento de agua a

menos que los fondos para la construcción de los sistemas de agua sean considerablemente más elevados en 1999 y 2000, que en 1997 y 1998. El presupuesto aproximado para lograr la cobertura en una campaña de seis años es de US\$26 millones en recursos externos, US\$7,7 millones en recursos de contrapartida y US\$7,75 millones en recursos comunitarios.

- (3) Los TOM desempeñan una función vital en la sostenibilidad a corto y largo plazo de los sistemas de agua, en el fortalecimiento de la democracia y en el fomento de la autosuficiencia y la capacidad administrativa de la comunidad.
- (4) Los programas de TOM y TAS están bien planeados y los técnicos bien motivados y capacitados en las esferas adecuadas.
- (5) Es muy pronto para evaluar el programa de TSA, pero es importante que continúe según su cronograma y con el seguimiento correspondiente antes de que más TSA capacitados renuncien al programa.

9.3 Recomendaciones

- Dado el bajo costo per capita de los sistemas de suministro de agua y letrinas en comparación con los altos beneficios en salud obtenidos y la necesidad de aumentar la inversión para lograr la cobertura del 75% de todo el país para el año 2000, la USAID debería considerar seguir invirtiendo en la infraestructura de sistemas de abastecimiento de agua hasta que se llegue a prestar servicio al 75% de la zona rural. Para lograr la cobertura de 75% en un período de seis años se necesitarían aproximadamente US\$26 millones en recursos externos y US\$15 millones en recursos nacionales.
- Para que el SANAA pueda lograr sostenibilidad a fin de extender nuevos servicios y mantener los sistemas existentes debería iniciar una campaña para llegar a importantes donantes independientes de la USAID.
- Para mejorar la eficacia del programa TOM, la USAID debería trabajar con el SANAA para crear incentivos para las comunidades que operan y mantienen sus sistemas con toda responsabilidad, aumentar el apoyo institucional para la labor de los TOM, elaborar metas que vigilen más estrechamente el progreso de los TOM, utilizar datos de salud para fijar prioridades para los TOM, estimular la participación de más mujeres en las juntas comunitarias del agua y hallar maneras de disminuir la dependencia de viáticos.

10 RESUMEN DE LOS HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

Como parte de sus reuniones de informacion con el Ministerio de Salud y el Director de la USAID, el equipo evaluador presento un resumen de sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones

10.1 Hallazgos generales

El Ministro de Salud esta a punto de publicar una Nueva Agenda en Salud con una vision considerablemente diferente del papel y las funciones del Ministerio de Salud. Al mismo tiempo, con el impetu del financiamiento del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, el Ministerio de Salud esta por iniciar un proceso de reorganizacion considerable. La evaluacion destaca que un cambio importante es el de la "cultura organizativa" mas planificacion estrategica, mas eficiencia administrativa y mas servicios de calidad. Al mismo tiempo se vio que varios sistemas del Ministerio de Salud necesitaban mejoras, incluida logistica, informacion para la gestion y manejo de recursos humanos.

El proceso de descentralizacion del Ministerio de Salud (denominado ACCESO) esta comenzando a mostrar los mismos resultados en terminos de alta participacion municipal y comunitaria, pero los resultados son preliminares. Los planes operativos anuales que se preparan en la localidad constituyen un proceso de merito pero la falta de apoyo presupuestario oportuno ha obstaculizado la eficacia del proceso. Se han notificado algunas mejoras en la capacidad administrativa local.

La calidad de la atencion en los diversos niveles del Ministerio de Salud no es homogenea. Los CESAR con frecuencia estan cerrados y la calidad de atencion en estas instalaciones por lo general refleja la baja prioridad que les asigna el Ministerio de Salud. En los CESAMO, la calidad de atencion es mejor que en los CESAR pero aun asi es limitada y la calidad de los CESAMO mismos no es constante. La calidad de la atencion en hospitales en la zona del proyecto es desigual, pasando de razonablemente buena a deficiente. El sistema de referencia es utilizado con exceso y no distingue adecuadamente el tratamiento entre estos niveles. Se observaron considerables ineficacias de costo en personas que son atendidas a un nivel mas costoso cuando podian haberlo sido a mucho menor costo en un nivel mas bajo de la red de servicios.

La calidad y la eficacia de los programas especificos de salud varia. Los servicios de planificacion familiar siguen siendo los mas rudimentarios. Las actividades de supervivencia del niño han sido lentas en la ultima mitad del año o mas en materia de integracion del nuevo servicio AIEPI (atencion integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia). La terapia de rehidratacion oral (TRO) se comprende bien y existe conocimiento generalizado de los beneficios de las sales de rehidratacion oral (SRO). Sigue siendo debil la atencion de la neumonia y de las infecciones respiratorias agudas (IRA) a nivel de las UPS no existian manuales, se referian niños a otros establecimientos sin que hubiera

necesidad, había escasez de medicamentos y se considero que el tratamiento en los hospitales era menos que adecuado. La atención obstétrica varía en gran medida, desde los centros de salud materno-infantil que proporcionaban buena atención al paciente hasta un hospital que no lo hacía. Los protocolos actuales del Ministerio de Salud no contemplan la capacitación ni el apoyo a parteras tradicionales o auxiliares de enfermería en el tratamiento de emergencias obstétricas como hemorragias.

Dos programas están bien manejados y están teniendo éxito considerable. Uno es el programa de vacunación, ilustrado por el hecho de que cada una de las auxiliares de enfermería quería hablar de la cobertura de la vacunación. Los resultados son los niveles muy altos de cobertura de vacunación que ha logrado Honduras. El otro es el programa de abastecimiento de agua en zonas rurales, que ha demostrado una reducción considerable y cuantificada de la mortalidad infantil en unidades familiares que tienen grifos de agua potable, ya que la cobertura rural del agua potable ha aumentado al 53%.

El equipo evaluador quedó impresionado con varios aspectos destacados de la red del Ministerio de Salud. Le impresionó la limpieza y la calidad de la atención de varios centros, hospitales y centros de salud materno-infantil del Ministerio, así como la atención general del paciente en varios CESAMO que se visitaron. El personal del proyecto informó de aspectos destacados similares en áreas que el equipo no pudo visitar.

El mecanismo administrativo de la USAID/Ministerio de Salud, la Unidad de Coordinación del Proyecto, ha demostrado ser incapaz de facilitar en forma expedita los fondos del proyecto a través de la burocracia más grande del gobierno. Algunos de los fondos no se están utilizando en forma altamente productiva. El 37% del presupuesto de los costos locales se utiliza para gastos de viaje con resultados inciertos en términos de mejores servicios. Los insumos principales del proyecto son capacitación y supervisión, pero es poca la capacitación eficaz que tiene lugar y la palabra "capacitación" se usa para describir lo que son en su mayor parte visitas de supervisión de rutina. La capacitación que tiene lugar frecuentemente recibe poca evaluación y seguimiento.

10.2 Conclusiones generales

El Proyecto II del Sector de la Salud tiene un desempeño inferior a lo estipulado en su mandato, en gran parte debido a obstáculos administrativos. El proyecto está bien concebido y bien manejado y recientemente inició varias mejoras de calidad que son innovadoras, pero no se realizaron mejoras marcadas en el proyecto hasta que no llegue más dinero a las zonas rurales en forma oportuna.

El modelo actual del Ministerio de Salud fue diseñado para proporcionar servicios curativos sobre la base de un modelo médico dirigido por el médico. Las lentas mejoras en los índices de salud en las zonas rurales tal vez hacen pensar en que el Ministerio de Salud necesitara cambiar su modelo para dar más importancia a la participación de la comunidad rural, en un modelo preventivo de salud pública.

Los esfuerzos de descentralización de gobiernos anteriores y la "Nueva Agenda" del gobierno actual han tenido mucho que recomendar, pero esta última iniciativa podría ser más eficaz si abordara varias de las cuestiones destacadas en esta evaluación

Entre dichas iniciativas figuran una recuperación significativa de costos y calidad de atención. Al respecto, se necesita destacar e institucionalizar la importancia de los proveedores de servicio al nivel más bajo del sistema del Ministerio de Salud: las parteras tradicionales, las auxiliares de enfermería y las enfermeras graduadas.

El Proyecto II del Sector de la Salud ha venido trabajando en esferas que necesitan mejorar en cada uno de los sectores técnicos del programa. Es preciso continuar la labor en estas esferas.

La planificación familiar todavía no se ha convertido en una prioridad importante para el Ministerio y es necesario que lo sea.

Las mejoras en logística y en sistema de información gerencial requieren una gran inversión de voluntad política, si bien no necesariamente muchos recursos.

En general, los progresos en materia de salud pública en Honduras han sido tan impresionantes como en cualquier otro lugar de América Latina. Probablemente dichos logros se produjeron mediante la interacción de cuatro factores:

- (1) alta cobertura de vacunación,
- (2) sistemas de agua de buena calidad,
- (3) uso generalizado de SRO/TRO, y
- (4) la proliferación de la red de servicios de salud.

Es posible que también desempeñe una función el aumento del uso de la planificación familiar. No obstante, tal vez las marcadas mejoras en la salud hayan llegado a un nivel de estancamiento y no crezcan mucho más hasta que tengan lugar cambios sistémicos en el modelo conceptual del Ministerio de Salud, muchos elementos del cual ya se han formulado en la Nueva Agenda en Salud.

10.3 Recomendaciones generales y cuestiones intersectoriales

Se redactaron recomendaciones para el Ministerio de Salud y la USAID. Muchas requieren un cambio al nivel de políticas y un seguimiento vigoroso como sigue:

Recomendaciones clave dentro de la jurisdicción del Ministerio de Salud

- Para fortalecer la reorganización de la prestación de servicios de salud que figura en la Nueva Agenda en Salud en niveles de servicios basados en la complejidad de la atención, se recomendó que el sistema de referencia del Ministerio se reorganizara en forma considerable y se hiciera más estricto, haciendo hincapié en que los servicios deben prestarse al nivel más bajo posible
- Los CESAR y CESAMO deberían seguir proporcionando básicamente atención primaria de salud, promoción y educación de la comunidad y atención ambulatoria básica. Los hospitales deberían proporcionar atención secundaria y terciaria y participar solo mínimamente en atención primaria de la salud y actividades de atención ambulatoria
- Para este fin, deberían emprenderse iniciativas más vigorosas de recuperación de costos a nivel de los CESAR, CESAMO y hospitales. Para fomentar un uso racional de recursos del Ministerio de Salud, los cargos por servicios deberían ser menores al nivel más bajo de servicio, más elevados al siguiente nivel de servicio y los más altos al nivel terciario o de hospital
- A todos los niveles del Ministerio de Salud se necesitan aptitudes en gestión, no solamente médicas. Se debería proporcionar capacitación simplificada en gestión a auxiliares de enfermeras y enfermeras graduadas y capacitación más compleja en gestión a administradores del área y médicos con responsabilidades administrativas
- En reconocimiento de su contribución clave como proveedores de primera línea, se debería formar, supervisar y capacitar mejor al cuadro de parteras tradicionales, auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales
- Debería instituirse en todo el Ministerio de Salud, y en especial en los CESAR y CESAMO, una "cultura" de servicio de calidad. El Proyecto II del Sector de la Salud ya ha iniciado trabajos sobre este tema con personal regional y nacional del Ministerio
- La atención integral del niño en la comunidad y a nivel institucional (AIN/AIEPI) debería convertirse en la política declarada del Ministerio de Salud y todo el personal de las UPS debería recibir capacitación intensiva en el tema en un corto período de tiempo, tal vez en los próximos dos años
- Debería prepararse un programa integral de maternidad sin riesgos para llegar a mujeres embarazadas de las zonas rurales. Parte de dicha estrategia sería ampliar la cantidad de clínicas de maternidad y centros de salud materno-infantil con el fin de

aumentar la cantidad de nacimientos atendidos por personal capacitado y fomentar el trato de emergencias obstetricas en los nuevos "super CESAMO"

- Las actividades de planificacion familiar deberian revitalizarse a todos los niveles del Ministerio, en especial a nivel de prestacion de servicios, y deberia implantarse un energetico programa de capacitacion para todos los proveedores de servicio en el termino de un periodo de tiempo definido
- El Ministerio de Salud debe reconocer y apoyar las iniciativas locales. Debe tambien ser mas activo en procurar la participacion significativa de los municipios en el fomento de las iniciativas locales
- El sistema de informacion del Ministerio de Salud necesita un reacondicionamiento importante y el SIGAF ha dado excelentes primeros pasos para iniciar el proceso, como parte del cual se deberia desarrollar una "cultura" de analisis de datos y datos para toma de decisiones
- El sistema logistico del Ministerio de Salud necesita reestructuracion considerable. En el apendice D se proporcionan recomendaciones sobre la manera de iniciar el proceso

Recomendaciones clave dentro de la jurisdiccion de la USAID

- El proyecto deberia hallar maneras flexibles de apoyar a los centros de salud maternoinfantil que estan funcionando bien y repetirlos donde sea posible. Tambien deberia hallar maneras de financiar iniciativas locales excelentes
- El equipo respalda la iniciativa de la USAID de contratar a un especialista financiero independiente para ejercer mayor agilidad en el desembolso de los fondos del Proyecto II del Sector de la Salud. El proyecto tambien deberia dirigir recursos a actualizar las aptitudes administrativas y de gestion del Ministerio de Salud
- Es necesario revitalizar las actividades de capacitacion, las cuales deberian concentrarse en un rapido perfeccionamiento de grandes cantidades de parteras tradicionales, auxiliares de enfermeria y enfermeras graduadas. La USAID deberia considerar contratar a ONG o firmas de capacitacion locales de modo que se pueda llevar a cabo el programa de capacitacion en numerosos y diversos temas para todo el personal de las UPS en el termino de un periodo de tiempo razonablemente limitado, tal vez en dos años
- Deberia llevarse a cabo una campaña nacional de educacion para informar sobre las repercusiones del riesgo de la reproduccion y disipar algunos de los continuos mitos

sobre la planificación familiar. Asimismo, el equipo recomienda que esta campaña se realice fuera del Ministerio de Salud

- El proyecto debería seguir proporcionando asistencia técnica a hospitales regionales para mejorar la calidad de la atención que se proporciona a los pacientes que son enviados allí por referencia
- El proyecto debería seguir las actividades iniciadas recientemente para abordar el tema de calidad total en la atención. La misión debería considerar invitar a organismos cooperantes especializados en calidad total de la atención para establecer una presencia de tiempo completo en el país
- El equipo evaluador respalda el estudio piloto del sistema de referencia que se está llevando a cabo e insta a que el proyecto destine recursos adicionales para corregir las debilidades del sistema de referencia
- El equipo apoya los esfuerzos de la USAID de alinearse con el Banco Mundial y continuar tratando de implantar costos y cobros más justificados al usuario. Además, el equipo sugiere que se prosiga en forma energética con el diálogo ya iniciado entre el Ministerio de Salud, la USAID y bancos multilaterales sobre la necesidad de pasar el modelo actual del Ministerio a un modelo de salud preventiva con mayor participación de la comunidad y de uso intensivo de enfermeras
- A mediano plazo, la USAID debería comenzar a tratar de que se imponga la creación de una carrera de enfermería intermedia, para producir más enfermeras graduadas en un período de tiempo más corto, dada la grave escasez de enfermeras que existe en el país. En forma análoga, es probable que el programa de capacitación actual, de 10 meses de duración, para auxiliares de enfermería deba ampliarse para darles más y mejores aptitudes en salud para cuando se gradúen

Una de las cuestiones planteadas al equipo evaluador en el Alcance del Trabajo pedía que el equipo "asesorara a la misión sobre lo que debería hacer en los próximos cinco años para aumentar la prevalencia del uso de anticonceptivos en zonas rurales por lo menos en 10 puntos porcentuales". El equipo opina que esa pregunta ha sido contestada en el contexto de estas recomendaciones. Si se pudieran implantar estos cambios de política y llevar a cabo las estrategias, creemos que existen todas las posibilidades de que la prevalencia del uso de anticonceptivos en las zonas rurales aumente en el monto deseado en los próximos cinco años y que, como resultado de ello, se logren considerables progresos en materia de salud pública

APÉNDICES

APÉNDICE A

Alcance del trabajo

I PROYECTOS OBJETO DE LA EVALUACION

Dos proyectos se evaluarán al mismo tiempo. Ellos son el Proyecto II del Sector de la Salud (522-0216) y el Proyecto III del Sector Privado sobre Población (522-0389)

El Proyecto II del Sector de la Salud fue autorizado en mayo de 1988 y tenía una fecha original de conclusión de la asistencia al proyecto del 1 de octubre de 1995. En la primavera de 1995, esa fecha fue extendida al 30 de septiembre de 1996 mediante una Enmienda no financiada al Acuerdo de Proyecto. Entre el 27 de abril y el 4 de junio de 1995 se llevó a cabo una evaluación de mediados del período de ejecución. De seguidas, el proyecto fue modificado el 31 de julio de 1996 para extenderlo por tres años más y aumentar la contribución autorizada de la USAID de \$57,3 millones a \$68,4 millones (Enmienda PROAG 22). La nueva fecha de conclusión de la asistencia al proyecto es el 30 de septiembre de 1999.

El Proyecto III del Sector Privado sobre Población fue autorizado el 27 de septiembre de 1995 y la fecha fijada para la conclusión de la asistencia al proyecto fue el 31 de diciembre de 2000. La contribución autorizada de la USAID es de \$11,2 millones. Entre el 9 de octubre y el 18 de noviembre de 1994 se efectuó una evaluación del proyecto antecesor (Proyecto II del Sector Privado sobre Población), que fue autorizado en julio de 1989.

II PROPOSITO DE LA EVALUACION

Esta evaluación ayudará a la USAID/Honduras, al Gobierno de Honduras y a la Asociación Hondureña de Planificación de la Familia (ASHONPLAFA), la filial en Honduras de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, a hacer ajustes, si fuese necesario a los proyectos en curso y a dar orientación para el seguimiento de las actividades. La evaluación

- Determinará en qué formas y en qué medida los proyectos están contribuyendo al objetivo estratégico de la USAID/Honduras de "Mejorar la salud de la familia"
- Identificará las limitaciones en la ejecución de los proyectos y propondrá recomendaciones para el resto de la duración de los proyectos en materia de prioridades, estrategias y definición de resultados y metas
- En consideración del nuevo plan estratégico de USAID/Honduras para los años fiscales 1998-2003, identificará futuras actividades que contribuyan eficazmente al

nuevo objetivo de salud de la Mision que es "Mejoras sostenibles en la salud de la familia"

La Mision necesitara los resultados de la evaluacion para el 1° de julio de 1998

La evaluacion del Proyecto II del Sector de la Salud no incluire una evaluacion del componente sobre VIH/SIDA Este componente fue evaluado entre el 12 de agosto y el 11 de septiembre de 1996 Los resultados de la evaluacion dieron orientacion a la Mision para formular un proyecto de prevencion del VIH/SIDA para el sector privado, que se iniciaria despues de que terminara el proyecto mundial AIDSCAP en 1997 En agosto de 1997 concluyo el proyecto local AIDSCAP El 17 de febrero de 1998 se aprobo un Convenio Cooperativo con la Fundacion Fomento en Salud (FFS) para que esta se convirtiera en Centro Nacional para el Conocimiento y la Prevencion del SIDA y para promover la prevencion del VIH y las ETS y el tratamiento de las ETS en todo el pais La FFS firmaria subconvenios con ONG hondureñas calificadas en 1998 para llevar a cabo esas actividades Por lo tanto, como el proyecto con la FFS esta apenas comenzando, seria prematuro evaluarlo en este momento

III ANTECEDENTES

A Proyecto II del Sector de la Salud

Segun se ha mencionado, el proyecto fue modificado el 31 de julio de 1996, para extenderlo hasta el 30 de septiembre de 1999 La extension del proyecto tenia por objeto intensificar el esfuerzo de largo plazo que llevan a cabo la USAID y el Ministerio de Salud para establecer a nivel nacional un "sistema publico de atencion primaria de salud sostenible y eficaz " concentrando la asistencia tecnica y los recursos en los problemas mas resaltantes en materia de suministros --problemas tanto administrativos como tecnicos-- que obstaculizan mayores progresos en la reduccion de la mortalidad materna e infantil en las zonas rurales La hipotesis de desarrollo que sustento la extension fue que "un sistema publico de atencion primaria de salud sostenible y eficaz" aumentaria el uso de ciertas intervenciones para la supervivencia del niño, de los servicios de salud reproductiva y planificacion familiar, y de las practicas de prevencion de las ETS/SIDA El uso de intervenciones esenciales, a su vez daria como resultado "mejoras en la salud de la familia"

La extension estipula un enfoque a cuatro niveles

- 1 Prestacion mejorada de los servicios de supervivencia del niño, salud reproductiva y planificacion familiar en nueve zonas focales de la salud, las cuales abarcan unas 226 clinicas y hospitales y sirven aproximadamente al 25% de la poblacion del pais

- 2 Fortalecimiento de los sistemas y las políticas nacionales en 15 áreas de demostración de la salud para mejorar la gestión financiera descentralizada y la recuperación local de costos, así como para mejorar los sistemas de supervisión, gestión y de información sobre salud, la educación en salud y los sistemas de suministro y mantenimiento de vehículos y equipos
- 3 Mejora de la ejecución de los programas de prevención de las ETS/SIDA y tratamiento de las ETS entre grupos destinatarios de alto riesgo en San Pedro Sula, Tegucigalpa La Ceiba y Comayagua
- 4 Mantenimiento de programas nacionales sumamente eficaces dando apoyo limitado a actividades tales como el programa ampliado de inmunización, terapia de rehidratación oral y salud ambiental

Durante el examen de resultados anuales (ERA) en noviembre de 1997 cuando se examinaron los avances de los proyectos de la Misión en materia de salud y de población, se informó que de los 52 indicadores para el Proyecto II del Sector de la Salud, uno se superó, 11 se alcanzaron, y 20 no se alcanzaron. El resto estaban o bien en curso o todavía no se habían llevado a la práctica. Algunos de los problemas con el Proyecto se presentaron porque la ejecución del mismo en 1997 se retrasó 5 meses debido al proceso de aprobación del Plan de Trabajo Anual. Además, transcurrieron 4 meses mientras el nuevo director recibía la autorización para firmar del director saliente de la Unidad de Coordinación del Proyecto (UCP), la que desembolsa los fondos. En consecuencia, el proyecto tuvo que apoyarse en un mecanismo relativamente lento para desembolsar el presupuesto de los costos locales. El adiestramiento en las 9 áreas focales también fue pospuesto hasta septiembre de 1997.

Las limitaciones administrativas, financieras y técnicas para mejorar el sistema público de atención primaria de salud también se han documentado bien en otros informes, que se pondrán a la disposición del equipo evaluador. Dados los recursos limitados y el poco tiempo disponible de acuerdo con la extensión del proyecto para abordar estas limitaciones, es claro que se necesita un programa substancialmente nuevo en materia de reforma sanitaria, que actualmente se ha planificado para que coincida con un nuevo préstamo del Banco Mundial para el sector y empiece en el año fiscal 1999.

B Proyecto III del Sector Privado sobre Población

El Proyecto III del Sector Privado sobre Población contribuirá a lograr el objetivo estratégico de la Misión de "Mejorar la salud de la familia" al ayudar a reducir la tasa total de fecundidad (TTF) de Honduras de 4.7 en 1995 a 4.2 para el año 2001. Esto se logrará aumentando el uso de los servicios de salud reproductiva, en especial los servicios de planificación familiar entre las mujeres.

en edad fecunda de Honduras Las actividades financiadas como parte del proyecto aumentaran la autosuficiencia de la ASHONPLAFA de 31 por ciento en 1995 a 63 por ciento en el año 2000

Las actividades financiadas por el proyecto conduciran a seis resultados intermedios, a saber

- 1 Prestacion mejorada de servicios clinicos y medicos
- 2 Programa de mercadeo social accesible, de alta calidad y autofinanciado
- 3 Programa de distribucion comunitario, de alta calidad y debidamente enfocado
- 4 Estrategia eficaz de informacion, educacion y comunicacion
- 5 Sistemas de apoyo eficaces en la sede y en las oficinas regionales
- 6 Mayor participacion de las organizaciones voluntarias privadas

La ASHONPLAFA ha recibido una cantidad substancial de asistencia tecnica de los organismos cooperantes (OC) apoyados por la USAID con miras a lograr estos resultados Debido a su numero e importancia, los informes de viaje de los OC se entregaran al equipo evaluador una vez que este llegue a Honduras

Se observa que la asistencia tecnica esta dando resultados Por ejemplo, se logro la meta de autosuficiencia de 48 por ciento que la ASHONPLAFA fijo para 1997 Esto se debio a la reduccion de la plantilla de personal, a la puesta en practica de controles de costos, ajustes a los precios de servicios y productos para los clientes, asi como a la diversificacion de los servicios Ademias, la institucionalizacion de la garantia de calidad (GC) en ASHONPLAFA ha sido un gran exito Algunos de los ejemplos de como la GC ha mejorado los servicios de ASHONPLAFA incluyen reduccion del tiempo de espera de los pacientes para recibir los servicios, mejor flujo de los pacientes a traves de las clinicas, disponibilidad de servicios en las tardes y salas de espera mas comodas

Quizas el logro mas grande que se ha observado hasta ahora como parte del Proyecto ha sido el cambio en la cultura institucional de la ASHONPLAFA La Asociacion ha hecho progresos significativos en modificar su cultura organizacional pasando de una orientacion social, sin fines de lucro a una orientacion empresarial Como resultado, la ASHONPLAFA en tanto que institucion, ahora piensa en terminos de autosuficiencia, y no de dependencia de donantes externos, y administra para obtener resultados

El problema mas inquietante que ha experimentado ASHONPLAFA desde 1996 es su incapacidad para mantener los logros del indice de años-pareja de proteccion (IAPP) en los niveles de 1995. Por ejemplo, en 1997 se alcanzo solamente 76 por ciento de esta meta. Un analisis de los logros de los tres programas de prestacion de servicios de ASHONPLAFA revela que el programa medico/clinico logro 73 por ciento de su meta, mientras que el programa de mercadeo social logro solamente 53 por ciento de su meta. En cambio, el programa de Servicios Comunitarios alcanzo 96 por ciento de su meta.

A finales de 1996 se tomo la decision de que la meta principal de ASHONPLAFA fuese alcanzar la autosuficiencia en el menor tiempo posible sin que decayera la calidad de los servicios que presta la organizacion. Esto significa que los planes de la ASHONPLAFA de ampliar los servicios en un intento por aumentar los IAPP se pospusieron por el momento. Por lo tanto, la unica forma en que la ASHONPLAFA puede aumentar el logro de los IAPP es prestando servicios de planificacion familiar a la gente pobre de Honduras, lo que subsidiaria mediante las ganancias obtenidas de los servicios diversificados, distintos a los de planificacion familiar, que presta la Asociacion. Cabe señalar que ASHONPLAFA esta atrayendo a una clientela que es capaz de pagar el precio completo por servicios diferentes a los de planificacion familiar. No obstante, algunos de estos servicios todavia no son rentables.

Durante el examen de resultados anuales en noviembre de 1997 se informo que de los 46 indicadores para el Proyecto III del Sector Privado sobre Poblacion, dos se superaron, 36 se alcanzaron, y ocho no se alcanzaron. De los que no se alcanzaron, tres se referian a los indice de años-pareja de proteccion y dos a campañas nacionales destinadas a dar a conocer a la ASHONPLAFA como el principal proveedor de servicios de planificacion familiar y salud reproductiva para los hombres y las mujeres de clase media.

En vista de que la autosuficiencia es ahora la meta principal de la ASHONPLAFA, habra que estudiar otras estrategias para aumentar el uso de anticonceptivos y reducir la fecundidad en el pais o posponerlas hasta que se logre la autosuficiencia financiera.

C Indicadores de salud

La salud de la familia en Honduras ha mejorado significativamente segun la Encuesta de Epidemiologia y Salud de la Familia (EESF). La mortalidad infantil bajo de 50 defunciones por 1 000 nacidos vivos en 1989 a 42 en 1993 (calculado indirecto). Esto puede deberse en parte a una creciente proporcion de mujeres que buscan atencion prenatal y dan a luz en establecimientos medicos y al mayor espaciamiento entre los nacimientos. Aunque la tasa de mortalidad infantil calculada para 1993 es la mitad de la estimada para 1976, la tasa actual de Honduras sigue siendo alta en comparacion con las de algunos otros paises de la region, como Costa Rica que tiene una tasa de 15 por 1 000 nacidos vivos.

La fecundidad bajo de 5,2 nacimientos en toda la vida por mujer durante 1989-91 a 4,9 durante 1993-95, en comparación con el promedio regional de 4,3. La mayor parte del descenso en la fecundidad es atribuible a un aumento en el uso de anticonceptivos, de 40,6 por ciento en 1987 a 50,0 por ciento en 1996.

En 1996, 69 por ciento de los hogares obtenían su agua potable de grifos dentro de la vivienda, en comparación con 56 por ciento en 1991/1992. La proporción de hogares que disponen de un excusado o letrina aumentó de 60 por ciento a 74 por ciento en el mismo periodo.

La lactancia materna exclusiva (2 a 3,99 meses) aumentó de 23,2 por ciento en 1991/1992 a 29,5 por ciento en 1996.

A pesar de estos logros, existen diferencias importantes para casi todos los indicadores. Por ejemplo, la TTF estimada para Tegucigalpa y San Pedro Sula, los dos centros urbanos más importantes del país, es de 3,1 hijo por mujer. En las zonas rurales, la tasa es de 6,3 hijos por mujer. Los bajos niveles de educación están marcadamente correlacionados con una mayor fecundidad. La TTF para las mujeres que no tienen educación formal es de 7,1 hijos comparada con 2,9 hijos entre las mujeres que tienen por lo menos 7 años de escolaridad.

El uso de anticonceptivos varía por residencia, pasando de una cifra alta de 62 por ciento en las zonas urbanas a 40 por ciento en las zonas rurales. Desde el comienzo de la década actual, la tasa de aumento en el uso de anticonceptivos no ha variado significativamente desde 1987.

Sobre la base de cálculos directos de mortalidad infantil, la mortalidad neonatal ahora corresponde a más de la mitad de toda la mortalidad infantil. No obstante, la mortalidad posneonatal y de niños sigue siendo relativamente alta entre niños de las mujeres del campo que tienen menos instrucción, en parte debido a la mayor fecundidad entre esas mujeres y a la malnutrición en la niñez como factor de riesgo subyacente.

De acuerdo con los datos de la encuesta de 1996, los traumas en el momento del nacimiento, el nacimiento prematuro y las malformaciones congénitas consideradas en conjunto fueron la principal causa de mortalidad de los menores de cinco años (31 por ciento), seguida por las infecciones respiratorias agudas (24 por ciento) y la diarrea (21 por ciento).

El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que alguna vez en su vida se han hecho una prueba de Papanicolaou varía de 74 por ciento entre las mujeres que viven en Tegucigalpa o San Pedro Sula a 35 por ciento entre las mujeres de las zonas rurales. El único indicador en que las mujeres del campo tienen cifras más altas que las mujeres de la ciudad es en el de las dosis de toxoide tetánico recibidas durante su vida.

Tambien existen diferencias en relacion con la utilizacion de los servicios de salud. Por ejemplo, mientras que aproximadamente 89 por ciento de las mujeres de la ciudad reciben atencion prenatal, solo 80 por ciento de las mujeres del campo reciben este tipo de atencion. De igual manera, solo 32 por ciento de las mujeres del campo dan a luz en un establecimiento medico en comparacion con 77 por ciento de las mujeres que viven en ciudades pequeñas y 93 por ciento de las mujeres que viven en Tegucigalpa o San Pedro Sula.

D Conclusion

Honduras ha hecho progresos asombrosos en mejorar la salud de la familia. Un estudio comparativo dirigido por los Centros para el Control y la Prevencion de Enfermedades (CDC) concluyo que Honduras estaba logrando resultados substancialmente mejores que sus vecinos en alcanzar una alta cobertura de los servicios de atencion primaria de salud a pesar de su mala situacion socioeconomica. No obstante, todavia queda mucho por hacer con respecto a la salud reproductiva, la planificacion familiar y la mortalidad de niños.

Por ejemplo, la reduccion de la mortalidad ya mencionada es de acuerdo a cualquier estandar bastante modesta, y ocurrio principalmente en las zonas urbanas. La posibilidad de que ocurran otras disminuciones en la fertilidad entre mujeres de la ciudad, que han recibido mayor instruccion es muy limitada, como puede verse al comparar la fertilidad actual con la buscada. No obstante, hay una amplia brecha entre el tamaño real de la familia y el tamaño ideal de la familia en las zonas rurales (6,5 frente a 3,3), lo que sugiere que las mujeres del campo tambien se muestren receptivas al uso de anticonceptivos, ya sea para espaciar los nacimientos o para detener la maternidad una vez que se alcanza cierto tamaño de la familia. La carencia principal en las zonas rurales de Honduras es el acceso adecuado a servicios de planificacion familiar de alta calidad, incluso a los metodos anticonceptivos quirurgicos. El Ministerio de Salud debe prestar servicios mejorados de planificacion familiar por medio de su sistema de atencion a la salud en las zonas rurales donde ASHONPLAFA no puede dar cobertura completa y adecuada, aunque es en las zonas rurales donde la mortalidad materna y las tasas totales de fecundidad son mas altas.

Puesto que actualmente la mortalidad neonatal es la causa de mas de la mitad de toda la mortalidad de lactantes, habra que concentrar mas esfuerzos en la reduccion de las causas perinatales de estas muertes, en especial en la promocion de la atencion prenatal, el suministro de suplementos para la alimentacion de las madres, parto sin riesgo, y mejor atencion del recién nacido. Tambien son necesarios mayores esfuerzos para mejorar el tratamiento de la neumonia y el uso de la terapia de rehidratacion oral.

IV PLANIFICACION ESTRATEGICA PARA SALUD DE LA FAMILIA

La mala salud y el crecimiento acelerado de la poblacion son obstaculos criticos a la habilidad de Honduras para lograr un desarrollo sostenible A partir del año fiscal 1998, USAID/Honduras ha incorporado el concepto de "sostenible" en su objetivo actual de "mejorar la salud de la familia" para asignar una importancia mucho mayor al fortalecimiento de los sistemas financieros, institucionales y gerenciales a objeto de mantener o continuar mejorando la salud reproductiva, la supervivencia del niño y la seguridad alimentaria a pesar de los recursos en disminución Por lo tanto, la Mision ha escogido los siguiente como su enunciado de objetivo estrategico 3

"Mejoras sostenibles en salud de la familia"

Algunos de los ejemplos concretos de sostenibilidad que esperamos alcanzar en el año 2003 son que ASHONPLAFA se autofinancie en un 85%, el Ministerio de Salud estara costeadando una porcion creciente de sus costos recurrentes, incluidas sus necesidades en anticonceptivos, se habra establecido completamente un centro hondureño no gubernamental para el conocimiento y la prevencion del SIDA, y la distribucion directa de ayuda alimentaria disminuira en la zona rural del occidente, a medida que se reducen el consumo calorico insuficiente y la indigencia Al mismo tiempo, la mortalidad materna e infantil, la fecundidad y la malnutricion de los niños continuaran disminuyendo mientras que la seroprevalencia del VIH se estabilizara El uso de los servicios clave que contribuyen con estos logros se mantendra o aumentara

El marco de resultados del objetivo estrategico 3 y los indicadores de desempeño se presentaran al equipo evaluador una vez que este llegue al pais

V ENUNCIADO DEL TRABAJO

El equipo de evaluacion se concentrara en contestar las siguientes preguntas Para todas las tareas especificadas los evaluadores tendran que presentar lo siguiente

- Sus hallazgos (es decir, la "prueba"),
- Sus conclusiones (es decir, su interpretacion de la prueba y su mejor juicio basado en esta interpretacion),
- Sus recomendaciones basadas en sus juicios

Los evaluadores deberan distinguir claramente sus hallazgos, conclusiones (es decir, sus interpretaciones y juicios), recomendaciones y lecciones aprendidas

A Proyecto II del Sector de la Salud

A 1 Planificación familiar

- Evaluar lo que hemos logrado hasta la fecha para cumplir la Enmienda 22 del Acuerdo del Proyecto en cuanto a indicadores de resultados de planificación familiar, especialmente los esfuerzos para mejorar las actividades de planificación familiar relacionadas con posparto y posaborto en el Hospital Escuela y otros hospitales del Ministerio de Salud, el proyecto piloto de enfermeras auxiliares de salud reproductiva (incluyendo sintetizar los hallazgos de informes del Consejo de Población), y el programa de planificación familiar del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)
- ¿Hasta que punto el Ministerio de Salud está comprometido con la planificación familiar? ¿Cómo pueden ampliarse y fortalecerse las actividades de planificación familiar en el Ministerio de Salud? ¿Cuál sería una estrategia aceptable de planificación familiar para el Ministerio de Salud?
- Además de la inexistencia de servicios "barreras institucionales" tales como edad y requisitos en cuanto a número de partos, que hay en el Ministerio de Salud impiden que un mayor número de mujeres se hagan ligadura de las trompas ¿Qué hay que hacer para eliminar esas "barreras" para que se pueda satisfacer la demanda de anticoncepción quirúrgica? ¿Tendría el Ministerio de Salud la capacidad para satisfacer esta demanda si se eliminaran estas barreras? De no ser así, ¿cómo puede USAID/Honduras ayudar al Ministerio de Salud para aumentar su capacidad para prestar servicios de anticonceptivos quirúrgicos?
- Con ayuda del Proyecto, el Hospital Escuela de Tegucigalpa ha aumentado _____ drásticamente el número de ligaduras de las trompas que realiza y el número de DIU que inserta ¿Qué acciones (adiestramiento, equipo, renovación logística) serían necesarios para repetir este modelo en otros hospitales del Ministerio y en clínicas de salud materno-infantil en el país? En cuestiones del índice de años-pareja de protección y el potencial de reducir la fecundidad en el campo (medida por los datos de la encuesta) ¿qué hospitales y clínicas de SMI deberían recibir atención prioritaria?
- ¿Cómo puede fortalecerse el sistema de suministros del Ministerio de Salud para asegurar que las clínicas y los hospitales tengan siempre una cantidad adecuada de anticonceptivos y de estuches (kits) de inserción de DIU a la disposición? De igual manera ¿cómo puede mejorarse la presentación de informes sobre las existencias que quedan de productos esenciales para la planificación familiar con miras a que la

adquisición de suministros esenciales no de como resultado una situación de desabastecimiento o exceso de existencias?

- ¿Cómo podría mejorarse la supervisión que hace el Ministerio de Salud de los servicios de planificación familiar? ¿Qué tipo de asistencia del proyecto podría darse en este área?
- ¿Cómo podría efectuarse la preparación de informes sobre anticonceptivos entregados y ligaduras de trompas realizadas, con miras a disponer de datos confiables de manera oportuna para calcular los logros en índice de años-pareja de protección?

A 2 Atención de salud materna y neonatal

- Los datos de la encuesta de 1996 indican que las mujeres del campo, con menos instrucción prefieren ir a un CESAMO y no a un CESAR para recibir atención prenatal. Para muchas mujeres, un CESAR sería un lugar adecuado para recibir atención prenatal. ¿Por qué las mujeres no están utilizando los servicios prenatales prestados por los CESAR? ¿Qué esfuerzos deberían hacerse para fortalecer la imagen de los CESAR o debería prestarse atención a aumentar el número de CESAMOS para ampliar la cobertura prenatal? (Ver el estudio auspiciado por MotherCare sobre práctica perinatal)
- Con respecto al parto seguro y el manejo de las emergencias obstétricas, evaluar lo que se ha logrado hasta la fecha en cumplir los indicadores de resultados de acuerdo a la Enmienda 22 del Acuerdo del Proyecto. Aconsejar sobre lo que la Misión y el MS deben lograr durante los próximos 5 años para reducir la mortalidad materna debida a emergencias obstétricas en las zonas rurales
- ¿Cuál sería una función apropiada para el Proyecto II del Sector de la Salud a objeto de reducir la mortalidad perinatal? ¿Qué asistencia del proyecto debería darse en esta área?
- ¿Por qué las mujeres embarazadas con problemas que amenazan su vida no van a los centros de salud y hospitales? ¿Qué puede hacerse para establecer un sistema de referencia de pacientes más eficaz en las zonas rurales para emergencias obstétricas? ¿Qué enfoques innovadores podrían adoptarse para atender las emergencias obstétricas?
- ¿Qué puede hacerse para aumentar la proporción de mujeres del campo, menos instruidas que acudan a hospitales o a clínicas de SMI? ¿Tiene la red de hospitales del Ministerio de Salud la capacidad para absorber un aumento en el número de

nacimientos en instituciones? De no ser así ¿que asistencia del proyecto debe darse al Ministerio para aumentar su capacidad?

- ¿Que puede hacerse para aumentar la proporción de todas las mujeres que dan a luz y reciben un examen de posparto en el momento oportuno? ¿Como puede integrarse la atención posparto de la madre con la atención al recién nacido?

A 3 Supervivencia del niño

- El uso de las sales de rehidratación oral no ha aumentado en los últimos 10 años ¿Por que? ¿Que asistencia del proyecto, si fuese el caso, debería darse en esta área?
- Los niños con casos graves de IRA y los niños deshidratados debido a un episodio reciente de diarrea no van a los centros de salud ni a los hospitales en busca de tratamiento ¿Que puede hacerse para establecer un sistema de referencia de pacientes más eficaz en las zonas rurales para el tratamiento de estas enfermedades? Teniendo en cuenta el estudio reciente sobre eficacia en función de los costos del manejo comunitario de la neumonía, ¿que debe hacer el proyecto para mejorar el manejo comunitario de las IRA?
- ¿Como debería el proyecto apoyar los hospitales a nivel del área en el tratamiento de la neumonía como primera línea de referencia en el sistema de atención primaria de salud?
- La cobertura de inmunización de niños menores de un año con las cuatro vacunas tradicionales ha permanecido en más del 90 por ciento y de las embarazadas con dos dosis de toxoide tetánico en más de 95 por ciento Por lo tanto, ¿cual sería una estrategia apropiada para reducir y finalmente terminar el apoyo del proyecto a la cadena de frío, incluidos los costos de viaje y los viáticos de los que administran las vacunas?

A 4 Agua y saneamiento en las zonas rurales

- ¿Hasta que punto SANAA ha obtenido buenos resultados utilizando su experiencia en el proyecto para asociarse con otros donantes y seguir ampliando la cobertura?
- ¿Que efecto tiene la creación de los “Técnicos de Agua y Saneamiento” (TAS) y de los “Técnicos de Operación y Mantenimiento”(TOM) sobre la eficiencia y la eficacia de los programas rurales del SANAA? ¿Ha adoptado el SANAA este programa como suyo? ¿Que otras medidas deben tomarse para fortalecer este programa?

- ¿Hasta que punto ha logrado el SANAA adiestrar a la gente del lugar en la operacion y el mantenimiento de los sistemas de agua?
- Considerando el hecho de que ya no puede contarse con fondos de la USAID para la construccion de sistemas de agua y letrinas adicionales, ¿como podria USAID/Honduras seguir apoyando al sector de agua y saneamiento dado que es tan fundamental para mejorar la salud?

A 5 Sistemas de apoyo sostenibles

- Evaluar lo que hemos logrado hasta la fecha en alcanzar los indicadores de resultados estipulados en la Enmienda 22 del Acuerdo del Proyecto en terminos de supervision, sistemas de informacion sobre salud y sistemas de informacion para la gerencia ¿Deberia el proyecto continuar con las actividades? ¿Por que si o por que no? Si la respuesta es si, ¿como deberia proceder el Proyecto?
- Examinar la ejecucion del esfuerzo de reforma administrativa apoyado por el Proyecto (SIGAF) ¿Ha producido o producira este esfuerzo resultados significativos? Explique cuales han sido, o seran, estos resultados, abordando los puntos de referencia y los indicadores propuestos en el diseño del proyecto
- Evaluar hasta que punto se ha cumplido lo estipulado en la clausula de la Enmienda 22 del Acuerdo del Proyecto sobre la evaluacion, hecha por el MS, de los costos y ahorros de las nuevas tecnologias y sistemas administrativos, y la asignacion de recursos del MS a la atencion primaria de salud en el campo
- ¿Como ven las nuevas autoridades de salud temas tales como reforma sanitaria, recuperacion de costos y sostenibilidad? ¿Que planes tienen las nuevas autoridades sanitarias para aumentar la eficiencia y la sostenibilidad del Ministerio de Salud? ¿Como perciben nuestros nuevos asociados en el MS la orientacion de resultados de la Mision? Desde su punto de vista, se lograra alguna diferencia con la administracion por resultados? De ser así, ¿como?

B Proyecto III del Sector Privado sobre Población

- **¿En que medida la reorganizacion administrativa de la ASHONPLAFA ha aumentado la delegacion de autoridad desde la oficina central y dado a las oficinas regionales mayor libertad para planificar y administrar sus programas? ¿Estan los directores regionales lo suficientemente entrenados para administrar sus programas? De no ser así, ¿que adiestramiento adicional necesitan?**

- Si ha ocurrido la descentralización, ¿se justifica mantener un personal central numeroso? De no ser así, ¿qué cambios deben hacerse para reducir la plantilla del personal central?
- Hasta cierto punto, la ASHONPLAFA ha tenido éxito en reducir sus costos operativos ¿Qué medidas adicionales puede tomar ASHONPLAFA para reducir todavía más sus costos operativos y para aumentar su productividad y eficiencia?
- La ASHONPLAFA ha diversificado sus servicios para mejorar su perfil de autosuficiencia. No todos sus servicios diversificados son rentables ¿Qué debe hacerse para que sean rentables? ¿Deberían eliminarse algunos de los servicios actuales porque nunca serán rentables? ¿Cuáles servicios adicionales no destinados a la familia podría ofrecer la ASHONPLAFA con miras a aumentar sus ganancias?
- Los servicios diversificados están destinados a atraer a hombres y mujeres de clase media a los establecimientos de ASHONPLAFA ¿Son estos establecimientos lo suficientemente adecuados para este tipo de clientela? ¿Es el personal de estos establecimientos adecuado para atender a este tipo de clientela? ¿Qué medidas adicionales tiene que tomar ASHONPLAFA para atraer a la clase media a sus establecimientos?
- De acuerdo con los datos de la encuesta de 1996, un número considerable de hombres y de mujeres que tienen la capacidad de pagar por los servicios de salud utiliza los servicios del Ministerio de Salud. Los datos de la encuesta muestran también que el uso de los servicios del sector privado de la salud es limitado, especialmente en los dos principales centros urbanos del país, Tegucigalpa y San Pedro Sula ¿Qué puede hacer ASHONPLAFA para colmar este vacío en el sector privado?
- ¿Cuál es la definición operativa de autosuficiencia utilizada por el Proyecto PSPIII? ¿Cómo la mide ASHONPLAFA? ¿Cómo la miden los programas de planificación familiar en otros países? Trate otras diferencias en las definiciones o en la metodología de medición y haga recomendaciones para el caso de ASHONPLAFA

B 2 Logros en el índice de años-pareja de protección

- Los logros en cuanto al índice de años-pareja de protección han disminuido durante los últimos dos años, particularmente en el programa médico/clínico y en el programa de Mercadeo Social ¿Cuáles son las razones de esta disminución y qué puede hacerse para invertir esta tendencia? ¿Cómo afecta el nuevo método de pagar a los médicos (riesgo compartido) el logro del índice de años-pareja de protección del programa médico/clínico?

- ¿Que puede hacerse para asegurar que ASHONPLAFA siga concentrandose en planificacion de la familia a la vez que diversifica sus servicios para aumentar los ingresos?
- En 1997, el programa de Mercadeo Social genero menos del 10 por ciento del total de los logros de ASHONPLAFA en materia de indice de años-pareja de proteccion ¿Deberia continuarse con este programa? ¿Por que si o no? ¿Cual seria el efecto de eliminar este programa sobre el total de logros de ASHONPLAFA en cuanto al indice de años-pareja de proteccion y sobre sus metas de autofinanciamiento?
- El programa de servicios comunitarios de ASHONPLAFA ha venido funcionando relativamente bien a lo largo de los ultimos 5 años, produciendo aproximadamente una tercera parte de los logros totales de ASHONPLAFA en materia de indice de años-pareja de proteccion en 1997 No obstante, ¿que puede hacer USAID/Honduras para ayudar a mejorar este programa en su capacidad de aumentar el uso de anticonceptivos en las zonas rurales sin sacrificar su autosuficiencia?
- En un esfuerzo por ampliar los servicios de planificacion familiar prestados por el sector privado en las zonas rurales de Honduras, la USAID ha otorgado subvenciones a *Save the Children* y a PRODIM, dos OVP, en 1997 La USAID esta planificando conceder otras dos subvenciones en 1998 En cuanto a cobertura y eficiencia ¿tiene sentido dar subvenciones a dos o mas OVP, o seria mejor dar el dinero a ASHONPLAFA para ampliar sus servicios de planificacion familiar en el campo? ¿Que resultados esta dando el trabajo de PRODIM y *Save the Children* con ASHONPLAFA y el Ministerio de Salud?

B 3 Sistemas de Apoyo

- ¿Hasta que punto se han llevado a la practica los sistemas? ¿En que medida los datos generados por estos sistemas se han usado en la planificacion y la toma de decisiones? ¿Como pueden fortalecerse estos sistemas y su uso?

B 4 Otros

- El proyecto regional de la USAID de mercadeo social de condones para la prevencion del VIH/SIDA (PASMO) se ha acercado a la ASHONPLAFA para que colabore en la distribucion del condon Vive ¿Tendria sentido para ASHONPLAFA colaborar con PASMO? De no ser asi, ¿es factible que ASHONPLAFA comercialice su propio condon contra el VIH/SIDA en Honduras? ¿Puede ASHONPLAFA alcanzar la cobertura nacional que se necesitaria para reducir la transmision del VIH en grupos de alto riesgo y en la poblacion general? ¿Estarian otros donantes interesados en apoyar a ASHONPLAFA en la comercializacion del condon para la prevencion del VIH/SIDA?

- Durante los dos últimos años, la ASHONPLAFA ha recibido una cantidad substancial de asistencia técnica de los organismos cooperantes apoyados por la USAID. Sin embargo, los fondos para población, con los que cuenta la Misión están escaseando. En consecuencia, la Misión no está en condiciones de dar el mismo nivel de asistencia técnica a ASHONPLAFA en los próximos años. Hay que hacer recomendaciones en cuanto a áreas programáticas administrativas y gerenciales en que ASHONPLAFA necesita seguir recibiendo asistencia técnica, dando esas áreas en orden de prioridad.
- ¿Está trabajando y coordinando bien ASHONPLAFA con PRODIM, *Save the Children* y el Ministerio de Salud?
- El Proyecto de Población III del Sector Privado ha recomendado tres comités (adiestramiento, servicios e información, educación y comunicación). A medida que han evolucionado las cosas queda solamente un grupo de trabajo sobre salud reproductiva organizado por el Consejo de Población. ¿Hasta qué punto es eficaz este grupo de trabajo?

C Cuestiones interrelacionadas

- Asesorar a la Misión sobre lo que debería hacer durante los próximos 5 años para aumentar el uso de anticonceptivos en las zonas rurales en por lo menos 10 puntos en porcentaje.
- ¿Hasta qué punto el Consejo de Población ha sido eficaz en dar asistencia técnica al Ministerio de salud, ASHONPLAFA y a otras OVP/ONG?

VI METODOS Y PROCEDIMIENTOS

El jefe del equipo visitará el país 10 días antes de la evaluación para reunirse con los funcionarios técnicos de USAID/Honduras y con sus contrapartes del MS y de ASHONPLAFA. Allí, recopilará documentos de antecedentes y preparará un borrador de la metodología de campo, incluyendo un calendario de las visitas de campo que será aprobado por USAID/Honduras. El equipo completo sostendrá una reunión de planificación en los Estados Unidos para examinar sus alcances del trabajo, la metodología de campo y para estudiar los documentos de antecedentes.

Antes de la llegada del jefe del equipo, el Ministerio de Salud y ASHONPLAFA habrán nombrado a contrapartes técnicas para cada uno de los miembros del equipo. Las contrapartes participarán activamente en todas las reuniones, visitas y actividades de los miembros del equipo de evaluación. Los viáticos para sus visitas de campo provendrán de un contratista de evaluación.

VII COMPOSICION DEL EQUIPO DE EVALUACION

El equipo consistira en un jefe de equipo, un especialista en salud maternoinfantil y neonatal, un especialista en supervivencia del niño, un especialista en agua y saneamiento, un especialista en sostenibilidad de programas de planificacion familiar, un especialista en programas de planificacion familiar, un analista de sistemas de gestion de la planificacion familiar y un especialista en logistica

VIII REQUISITOS EN CUANTO A PRESENTACIÓN DE INFORMES

El equipo de evaluacion preparara un informe escrito para cada proyecto, que contenga las siguientes secciones

- Contenido
- Abreviaturas usadas en el informe
- Resumen ejecutivo (que debera ser un documento independiente que no tenga mas de tres paginas)
- Cuerpo del informe (aproximadamente 35 paginas)
 - Proposito y preguntas de estudio de la evaluacion
 - Contexto economico, politico y social del proyecto
 - Composicion del equipo, campo de experiencia y funcion que cada miembro desempeña en la evaluacion
 - Metodologia del estudio (maximo una pagina)
 - Hallazgos de la evaluacion
 - Conclusiones
 - Recomendaciones
 - Lecciones

Cada uno de los rubros citados debe presentarse en una seccion separada del informe. Las descripciones detalladas y la documentacion de antecedentes deberan ir en anexos al informe

El informe suministrara la informacion (pruebas y analisis) en la que se basan las recomendaciones y conclusiones

Las conclusiones deben ser cortas y sucintas, con el tema identificado por un subtítulo breve relacionado a la pregunta planteada en el Enunciado del Trabajo

Las recomendaciones deben coincidir con las conclusiones. Siempre que sea posible, las recomendaciones deben especificar quien o que organizacion deberia ser responsable de las acciones recomendadas

Las lecciones aprendidas deben describir los factores de relacion causal que demostraron ser criticos para el exito o el fracaso del proyecto, incluyendo condiciones existentes de caracter politico, economico social y burocratico dentro del pais anfitrión y la USAID Estas tambien deben incluir una discusion de las tecnicas o enfoques que demostraron ser mas eficaces o que tuvieron que cambiarse, y por que

Los apendices incluran un minimo de lo siguiente

- 9 Alcance del trabajo
- 10 Descripcion de la metodologia usada en la evaluacion
- 11 Bibliografia de los documentos consultados
- 12 Lista de personas contactadas

Bajo la direccion del jefe del equipo, el equipo de evaluacion preparara y presentara proyectos de informes en ingles y en español sobre la evaluacion a USAID/Honduras Para las discusiones que siguen, la semana #1 corresponde a la primera semana en que el equipo de evaluacion esta en el pais

Hacia el miercoles de la semana # 6 el equipo presentara un primer borrador de los informes de evaluacion, con anexos y un disquete (formato WP5 2) Se presentaran 10 ejemplares del informe en español y 10 en ingles Funcionarios de USAID/Honduras, del MS y de ASHONPLAFA examinaran los borradores de los informes y haran sus comentarios preliminares al Jefe de equipo por COB el martes de la semana 7 El jefe de equipo incorporara comentarios de la USAID, el MS y ASHONPLAFA en un segundo borrador de los informes y los distribuirá (10 ejemplares en ingles y 10 en español de cada informe) con un disquete a la USAID entes de su viaje al final de la semana # 7

La USAID, el MS y ASHONPLAFA tendran diez dias habiles para hacer comentarios adicionales al contratista sobre el segundo borrador de los informes de evaluacion El contratista entonces tendra otros 10 dias para incorporar los comentarios de la USAID, el MS y ASHONPLAFA y presentar el informe final y el disquete a la Mision Se entregaran a USAID/Honduras veinte ejemplares en ingles y diez en español de cada informe

El equipo de evaluacion informara a la USAID, el MS y ASHONPLAFA por separado en cuanto a sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones antes de la partida del equipo Esto se hara durante la semana 6

IX PRESUPUESTO

Enmienda al VII Requisitos para presentacion de informes

Durante las negociaciones entre USAID/Honduras y POPTECH, el calendario se modifico de la siguiente manera

Sesion de informacion con USAID, ASHONPLAFA, MS	15 junio
Borrador de informe sometido por el Equipo	16 junio
Comentarios sobre el informe de USAID, ASHONPLAFA y al MS presentado al equipo	19 junio
Presentacion del segundo borrador en ingles y traduccion de hallazgos principales y recomendaciones al USAID, MS y POPTECH	26 junio
Presentacion de comentarios de la Mision sobre el segundo borrador	10 julio
Jefe de equipo presenta version final de informe a POPTECH	17 julio
POPTECH revisa informe y presenta borrador de aprobacion a USAID	7 agosto
POPTECH recibe aprobacion escrita formal sobre el informe de USAID	21 agosto
POPTECH envia informe para traduccion al español	31 agosto
Veinte ejemplares del informe en ingles distribuidas a USAID/Honduras	10 septiembre
Diez ejemplares de la traduccion al español distribuidas a USAID/Honduras	20 septiembre

APÉNDICE B

Documentos Revisados

Mid-Term Evaluation, Health Sector II (Project 522-0216)

Cooperative Agreement No 522-0389-A-00-5411-00

Project Agreement Amendment No 22, Between the Republic of Honduras and the United States of America for Health Sector II (Project 522-0216), July 1996

Project Paper, Health Sector II, 522-0216

Project Paper Supplement No 2, Health Sector II, April 1996/September 1999

Project Implementation Letter No 56, Health Sector II, (Project 522-0216)

Manual de Normas y Procedimientos para las Acciones de Control y Manejo de las Enfermedades Diarreicas Agudas y Parasitarias (1991) Programa de Control de Enfermedades Diarreicas Departamento de Atencion al Niño Division de Salud Materno Infantil Direccion General de Salud, Ministerio de Salud Publica

Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar (ENESF-96) Informe Final Noviembre 1997 Ministerio de Salud Publica de Honduras, Asociacion Hondureña de Planificacion Familiar, United States Agency for International Development, Honduras

Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar (ENESF-91/92)

Manejo Comunitario de Neumonias ¿Como tratar y cuando referir al niño o niña con neumonia? Programa Nacional de Control de Infecciones Respiratorias Agudas Ministerio de Salud Publica, Honduras, 1996

Normas y Procedimientos para las Acciones de Control y Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas, a Nivel Ambulatorio Programa Nacional de Control de Infecciones Respiratorias Agudas Secretaria de Salud Republica de Honduras, 1997

Melendez J H y col Protocolos para la Atencion de los Niños y las Niñas con Infecciones Respiratorias Agudas - Nivel Hospitalario Programa Nacional de Control de Infecciones Respiratorias Agudas, Ministerio de Salud Publica, Instituto Hondureño de Seguridad Social Boletín de Informacion Estadística de Atencion Ambulatoria en Salud Año 1994 Direccion de

Planificacion, Departamento de Estadistica Direccion General de Salud, Secretaria de Salud en el Despacho de Salud Publica Republica de Honduras

La Honduras de Hoy y la Honduras de Mañana

Plan Quinquenal del Programa Ampliado de Inmunizaciones, 1996-2000

Evaluacion del Programa Ampliado de Inmunizaciones, 1994-1997

Estudio Costo/Efectividad de Voluntarios de Neumonia

Normas de Atencion a la Mujer, Ministry of Health, GOH, 1998

Manual para la Capacitacion de Parteras Tradicionales

Morbilidad y Mortalidad Neonatal en el Area Rural Regiones 1, 2 y 3, Secretaria de Salud/Save the Children, Financimiento y Apoyo Tecnico-MotherCare, BASICS, USAID, Noviembre, 1997

Development in Practice, A New Agenda for Women's Health and Nutrition, World Bank , 1994

Normas de Atencion en Planificacion Familiar, Population Council, 1998

Pathway to Survival MotherCare Matters, Volume 6, No 4, October 1997, Special Edition

Technologies-Appropriate and Inappropriate Safe Motherhood, a Newsletter of Worldwide Activity, World Health Organization, Issue 18, 1995

Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services, United Nations Children's Fund, World Health Organization, United Nations Population Fund, October 1997

Manual de Normas y Procedimientos para la Prevencion y Control del Cancer Cervico Uterino, Organizacion Panamericana de la Salud, Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas, 1997

Maternal Health A Vital Social and Economic Investment, Family Care International 1998

What Countries are Doing to Stem the Toll Safe Motherhood, UNICEF, April 1998

Boletin Cuidado Materno, MotherCare, No 4, Octubre-Diciembre de 1997

Improving Obstetrical and Neonatal Management Lessons from Guatemala MotherCare Matters, Volume 5, No 4, August, 1996

Essential or Emergency Obstetric Care Safe Motherhood, #18

Para Salvar la Vida Marge Koblinsky, MotherCare, USAID, 1996

Informe Anual del Año 1997 Resumen de los Indicadores SSII Secretaria de Salud Publica, Enero de 1998

Honduras, Improving Access, Efficiency, and Quality of Care in the Health Sector, World Bank, October 31, 1997

Informe e Avance de los Resultados Intermedios del Proyecto Sector Salud II, Ministerio de Salud, 1998

Informacion variada sobre "ACCESO"

Manual y Reglamento para Administracion de Fondos Recuperados a Nivel de CESAR y CESAMO, 1994

Listado de establecimientos de Salud de las Nueve Areas del Proyecto

Indicadores por Resultado Intermedio 1996 y su Proyeccion a 1999

Modelo Nacional de Supervision, Monitoria y Evaluacion, 1997

Pacto por la Infancia, Alcaldias Municipales de Honduras, 1994

Plan Estrategico y Operativo 1998, Area de Siguatepeque, Region 2

Plan Estrategico y Operativo 1998, Area de Puerto Cortes, Region 3

Contrato (Grant) Planificacion Familiar, Save the Children

Contrato (Grant) Planificacion, PRODIM
Salud en Cifras, 1992-1996

Informe Annual de Actividades 1996, Ministerio de Salud

Boletin de Informacion Estadistica de Atencion Hospitalaria 1996

Project Paper Private Sector Population II and III Projects

Planes de Accion, 1996-97, ASHONPLAFA

Plan de Monitoreo, 1996-2000, ASHONPLAFA

Plan de Evaluacion, 1996-2000, ASHONPLAFA

Presentacion de Logros, Plan de Accion, 1996, ASHONPLAFA

Informe Anual de Labores, 1997, ASHONPLAFA

Plan de Capacitacion Interna, 1996 ASHONPLAFA

Estudio sobre Calidad de Atencion y Satisfaccion de Usuaris del Programa Medico-clinico,
ASHONPLAFA

Informe Estadistico, 1996, ASHONPLAFA

Informe Financiero, Primer Semestre, 1997, ASHONPLAFA

Resultados Indicadores, ASHONPLAFA

Plan de Mejoras, Mayo 1997, ASHONPLAFA

APPs 1995 y Meta al Año 2000, ASHONPLAFA

Plan de Accion, 1998, ASHONPLAFA

Plan Estrategico 2001, ASHONPLAFA

Manual de Control Interno, Unidad de Coordinacion, Proyecto Sector Salud II

Manual de Administracion de Sueldos y Salarios, Unidad de Coordinacion, Proyecto Sector Salud
II

Informe Presupuestario por Objeto del Gasto, Año 1997, Unidad de Coordinacion, Proyecto
Sector Salud II

Informe de Ejecucion Presupuestaria, Cuarto Trimestre, 1997, Unidad de Coordinacion, Proyecto
Sector Salud II

Informe de Ejecucion Financiera al 31 de Diciembre de 1997, Unidad de Coordinacion, Proyecto Sector Salud II

Los Tecnicos de Operacion y Mantenimiento del Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA) y su Papel en la Sostenibilidad de los Acueductos Rurales de Honduras

Rural Water and Sanitation in Honduras, SANAA

Manual de Normas del PAI

Guia Practica para Eliminacion del Sarampion, Julio de 1997

Guia de Autoinstruccion para Erradicacion de la Poliomielitis en Honduras, 1994

Manual de Autoinstruccion sobre Vigilancia de Tosferina, Enero de 1993

Informe de Viaje, Sistema de Informacion Gerencial Administrativa y Financiera, Alvaro Garcia

Terminos de Referencia, Sistema de Informacion Gerencial Administrativa y Financiera

Diagnostico Tecnico Organizacional, Sistema de Informacion Gerencial Administrativa y Financiera

Manual de Normas y Procedimientos de Atencion Integral a la Mujer (borrador)

Manual de Normas y Procedimientos de Atencion Integral a al Mujer, Mayo de 1998

Manual de Normas de Manejo de Emergencias Obstetricas (borrador)

Evaluacion Unidad de Atencion a la Mujer, 1994-1997

Protocolos para la Atencion del Recien Nacido

Investigacion Cualitativa Morbi-Mortalidad Neonatal, Area Rural, Region 1, 2 y 3, 1997, Grupo de Estudio Parteras

Investigacion Cualitativa de la Morbi-Mortalidad Neonatal, Area Rural en Regiones 1 2 y 3

Manejo Comunitario de Neumonias

Manual de Normas y Procedimientos para el Control y Manejo de C E D

Manual de Normas y Procedimientos para las Acciones de Control y Manejo de las Enfermedades Diarreicas Agudas y Parasitarias, Ministerio de Salud, Division de Salud Materno Infantil, 1991

Evaluacion Nacional Periodo 94/97, Enfermedades Diarreicas

Propuesta de Desarrollo de los Sistemas Nacionales de Informacion

Sistema de Informacion y Vigilancia Epidemiologica

Evaluacion Cuatrienal, Periodo 1994-1997 de la Unidad de Recursos Humanos

Informe de Actividades de la Unidad de Educacion, 1997

Manual de Normas de Manejo de Emergencias Obstetricas, Ministerio de Salud, Division Salud Materno Infantil, Departamento de Atencion a la Mujer, Noviembre de 1996

Atencion del Recien Nacido, Propuesta de Contenidos para el Manual de Capacitacion de Parteras en Honduras, Elaborado por Lic Teresa Noemi Coto, Partera, Mercedes Peralta, Auxiliar de Enfermeria, Alba Pacheco, Dra Ada Rivera, Licenciada Asesora, Gloria Metcalfe, MC, Doctor en Pediatria, Oscar Banegas, mayo 25-29 de 1998

USAID Memorandum SO3 1997 Annual Results Review (ARR) and Issues, November 21, 1997

The World's Youth, Population Reference Bureau, 1996

The World Population Data Sheet, Population Reference Bureau, 1997

Results Review and Resource Request (R4), USAID/Honduras, May 1997

Informe sobre el Avance al 31 de enero de 1998 de los Resultados Intermedios Comprometidos Mediante la Enmienda No 22 del proyecto Sector Salud II, Secretaria de Salud Publica, 23 de enero de 1998

Resumen Ejecutivo, Proyecto "Acceso a Servicios de Salud", Enero de 1998

Sistema de Supervision, Monitoria y Evaluacion, Secretaria de Salud Publica, 1996

Elementos para la Supervision de los Equipos de Salud, Determinacion del Grado de Avance del Grupo como Equipo de Trabajo, A Categorias, Region de Salud No 2

Resumen Propuesta de Supervision, Region Sanitaria No 1, 14 de julio de 1997

Propuesta para desarrollar el proceso de supervision capacitante en los niveles regional, area, sector y UPSs, Region Sanitaria No 2

Estudio de Mejoras al Sistema de Focalizacion, Informe Final, Propuesta para el Mejoramiento del Sistema de Focalizacion del Programa de Asignacion Familiar (PRAF), ESA Consultores, Agosto de 1996

Boletin Riesgo Reproductivo y Salud Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras, 1995

Informe de Avances del Proyecto, "Expansion del Rol de Auxiliares de Enfermeria en la Prestacion de Servicios de Planificacion Familiar", Abril de 1998

Honduras ¿Como lograr salud para todos? Acceso, eficiencia y equidad en el sector salud de Honduras, Banco Mundial, Febrero de 1998

Acceso a Servicios de Salud Eje Fundamental de la Modernizacion y Reforma del Sector Salud, Ministerio de Salud Publica, OPS/OMS, Mayo de 1995

Informe/Resumen Planes Estrategicos y Operativos del Proyecto Sector Salud II, Ministerio de Salud Publica/Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Instrumento de Supervision de la Region Salud No 3, Centro de Salud con Medico y Odontologo (CESAMO), Centro de Salud Rural (CESAR), San Pedro Sula, Cortes, Honduras, 1998

Serie de documentos estadisticos Fecundidad y Mortalidad, Lactancia Materna y Alimentacion Suplementaria, Uso de los Servicios de Salud Materno-Infantil, ETS/VIH/SIDA, Hombre, ETS/VIH/SIDA, Mujer Inmunizacion

Estudio Medico Clinico, 1997, ASHONPLAFA,

Informe de Avances, Septiembre de 1995 a Enero de 1997, Presentando en Evaluacion Nacional de los Servicios de Salud del Año 1996

Evaluation of the USAID/Honduras Private Sector Population II Project, 522-0369, POPTECH, July 1995

APÉNDICE C

Contactos

Ministry of Health Tegucigalpa

Victor Melendez, Vice-Minister, Service Network
Francisco Rodriguez, Director of Sanitary Regions
Jose Cipriano Ochoa, Director Population Risks
Sergio Carias, Director of Planning
Janeth Aguilar, Technical Support Group
Daisy Erazo, Saneamiento Ambiental
Teresa Reyes, Head of Maternal Health
Roberto Valladares, Technical Advisor ARI
Leonel Guillen, Technical Advisor PROCED
Leticia Castillo, Technical Advisor AIN-AIEPI
Maria Aparicio, Technical Advisor EPI
Laura Martínez, Technical Advisor, Maternal Health

Maritza Ramirez, Encargada de Despachos, Almacen Central
Cesar Padilla, Almacen Central de Anticonceptivos

Ivan Vigil, Director, Project Coordinating Unit, MOH
Daniel Ferrera, Administrator Project Coordinating Unit, MOH
Francisca Trinidad Acosta, Project Coordinating Unit, MOH

SANAA Tegucigalpa

Cesar A Martinez, Jefe de Sistema de Planificacion, Division de Desarrollo
Javier Rivera, Director del Proyecto PSS II- SANAA
Salvador Larios Cobos, Jefe de Departamento de Acueductos Rurales, Programa
Cesar A Martinez, Jefe de Sistema de Planificacion, Division de Desarrollo
Gerardo Salgado, Jefe de Programa T O M - Departamento Francisco-Morazan
Victor Javier Sevilla Carrasco, T O M principal
Carlos Roberto Puerto T O M
Jaime Renan Blandin Zepeda, T O M
Santos Eduardo Granados Llainez, T O M
Damian Suazo, TAS

USAID Personnel

Mary Ann Anderson, Director, Human Resources Development Office
David Losk, Chief, HPN Division, Strategic Objective 3 Deputy Team Leader
Ernesto Pinto, HPN
Angel Coca, HPN
Alvaro Gonzalez Marmol, Technical Advisor, HPN
Herb Caudill, HPN
Ross Hicks, HPN
Richard Monteith, HPN, TAACS Advisor
Etna Avila, Technical Advisor, SIGAF

Others Tegucigalpa

Barry Smith, BASICS Regional Advisor
Gustavo Corrales, BASICS
Irma Mendoza, The Population Council
Leonel Perez, Hospital Escuela
Ana Raquel Gomez, Hospital Escuela
Rodulio Perdomo, Economic Consultant, PHR
Jorge Hermida, Quality Assurance Project
Roberto Badilla, Regional Representative for Health, InterAmerican Development Bank
Jorge Torres, Honduras Health Officer, InterAmerican Development Bank
Jairo Palacio, Representative, United Nations Population Fund

Comayagua

Alejandro Melara, MOH, Director Health Region II
Mariela de Campos, MOH, Regional Nurse
Olga Marina Pineda, MOH, Nurse Area I
Erick Vasquez, MOH, Vectors Supervisor Area I
Jacobo Herrera, MOH, Regional Educator
Ricardo Manzanares, Asistente Guarda-almacen, Regional II, Comayagua, Comayagua
Rosaleli Corrales, MOH, Maternal and Child Clinic, La Libertad
Ramona Rosa Castro, MOH, Auxiliary Nurse, CESAR Jamalteca
Flerida Linares, MOH/MD, CESAMO San Jeronimo
Maria del Carmen Tinoco, MOH, Nurse, CESAMO San Jeronimo
Olmeda Florez, MOH, Auxiliary Nurse, CESAMO San Jeronimo
Olga Marina, MOH Nurse Area 1 Region 2 Comayagua
Vasquez Supervisor Area 1, Region 2 Comayagua
Manuel Dominguez Supervisor of Water and Sanitation, Area 1 Region II

Community members of Guacamayas and Aguafría, Area 1 CESAR El Ciruelo
Reyna Saravia, Auxiliary Nurse, CESAR El Ciruelo, Area 1 Region II
Olga María Jiménez, Auxiliary Nurse, CESAR Lomas de Cordero Area 1 Region II
Ana Reyna Flores, Community Volunteer for CESAMO La Sabana, Area 1 Region II
Rosa de Fonseca, Community Volunteer for CESAMO La Sabana, Area 1 Region II
Ana María Donayre, Community Volunteer for CESAMO La Sabana, Area 1 Region II
Margarita Domínguez, Community Volunteer for CESAMO La Sabana, Area 1 Region II
Rosalia Arevalo, Community Volunteer for CESAMO La Sabana, Area 1 Region II
Emma Fonseca, Physician, CESAMO El Rosario
Clara Marena, Nurse Auxiliar, CESAMO El Rosario
Mavis Mendoza, Nurse Auxiliar, CESAMO El Rosario
Manual Orellana, Community Promoter, Nurse Auxiliar, CESAMO El Rosario
María Odela Mejía, Nurse Auxiliar, CESAR Agua Salada
Joaquina, Head Nurse, Comayagua Hospital
Roerto Mendoza Peñas, Maestro de Educación Media
Jorge Martínez Claros, Maestro de Educación Primaria
Angela Orellana, Psicóloga Regional
Jacobo Perrera, Educador Regional
Alcides Martínez, Médico y General, Arnold Houghton, Microbiólogo y Químico Clínico
Daisy Mejía de Erazo, Licenciada Administración Pública

Siguatopeque

Jesús Arriaza, MOH, Acting Area Director
Jorge Maldonado, MOH, Area Administrator
María Elena Medina, MOH, Nurse Supervisor
Héctor López, MOH, Area Nutritionist
Liliana Vasquez, MOH, Nurse, Maternal and Child Clinic Siguatopeque
Rosario Sánchez, Almacenista de Área III, Región II, Siguatopeque
Gabriela Barahona, Directora CESAMO Siguatopeque
Lucas Cabrera, Health Promoter, CESAMO Taulabe
Isolina Aguilar, Auxiliary Nurse, CESAMO Taulabe
Marcelina Reyes, Traditional Birth Attendant, Jaitique
Rosaura Reyes, Auxiliary Nurse, CESAR San José de Comayagua
Hortensia Avila, Auxiliary Nurse, CESAR Las Delicias
María Bautista Amaya, Traditional Birth Attendant, CESAR Las Delicias
Reymunda Amaya, Health Guardian, CESAR Las Delicias
María Doblado, Traditional Birth Attendant, Siguatopeque
Yeymuna Maya, Traditional Birth Attendant, Delicias
María Saturnada Giron, Nurse Auxiliar, CESAR Agua Dulce
Helmut Castro, Director Regional, Aldea Global

Carlos Durvues, Physician, CESAMO Parnaso
Jamileth Munoz, Nurse, CESAMO Parnaso
Lubia Maldonado, Laboratorista, CESAMO Parnaso

SANAA Región Centro Occidente, Siguatepeque

German Andino, Gerente Regional Division Centro Occident
Trinidad Rojas Calderon, Supervisor de Acueductos Rurales, Programa TOM
Wenceslao Orellana Diaz, Jefe de Construccion de Acueductos Rurales, Programa TAS
David Alfonso Rodrigues David, TOM (Intibuca)
Raul Antonio Mejia, TOM (Intibuca)
Rogelio Castillo Castro, TOM (La Paz)
Orlin Rivera, TOM (Comayagua)
Jose Raul Padilla M TOM (Comayagua)
Wilfredo Hernandez, TOM (Comayagua)
Marvin Giovanni Maradiaga Matute, TOM (Comayagua)
Olvin Olmar Navarrete TOM (La Paz)
Freddys Omar Suazu, TOM (La Paz)

San Pedro Sula

Carlos Bennatton, MOH, Regional Director
Ivan Torres, MOH, Coordinator ACCESO Project
Alba Barahona, MOH, Area Director
Gustavo Zuniga, MOH, Director National Hospital
Alexis Reyes, MOH, Deputy Director National Hospital
Daisy Sevilla, MOH, Head Nurse, National Hospital
Doris Torres, MOH Nurse Labor and Delivery, National Hospital
Delia Terceros, Jefe de Epidemiologia, Region III San Pedro Sula, Cortes
Lourdes Herrera, Coordinadora de Tuberculosis y Vigilancia Epidemiologica y Capacitadora en Logistica, Region III, San Pedro Sula, Cortes
Alma Barahona, MOH, Head of Area 1
Ricardo Mejia, Jefe de Almacen Regional III, San Pedro Sula, Cortes
Maria Cristina Bustamante, Jefe de Departamento Regional Nor-Occidental Farmacia
Justa Josecita Suazo, Auxiliary Nurse, CESAR La Sabana
Argelia Menendez Auxiliary Nurse CESAR Santiago
Bianca Sandoval Physican in Social Service CESAMO San Manuel Cortes
Leonor Garcia, MOH Assistant Director MCH SPS
Maria Soledad Moya CESAMO Administrator, San Manuel Cortes
Norma Moreno MOH, NuTBA Potrerillos
Orlando Rivera, Sub-Director CESAMO Choloma, Area I, San Pedro Sula, Cortes

Puerto Cortés

Doris Altamirano, MOH, Area Director
Elizabeth Benitez, MOH, Epidemiologist
Marina de Madrid, MOH, Nurse, Area Supervisor
Javier Vallecillos, MOH, Area Administrator
Efrain Perez Llanos, Conserje II, (encargado de almacen), Area III, Puerto Cortes, Cortes
Elda Duran, Auxiliary Nurse, CESAR Tegucigalpa
Maria Luisa Ayala, Community Volunteer and TBA, CESAR Tegucigalpa
Sandra Hernández, Auxiliary Nurse, CESAMO Cuyamel
Maria Luisa Ramos, Auxiliary Nurse, CESAMO Cuyamel
Ada Ruth Sanchez, MOH, Director Area Hospital
Mirta Madrid, MOH, Administrator Area Hospital
Georgina Pineda, MOH, Head Nurse, Area Hospital
Norma Aguilar, Nurse Auxiliar, CESAMO, Baracoa
Maria Santos, MOH, Nurse Auxiliar, CESAMO, Baracoa
Francis Murillo, MOH, Nurse Auxiliar, CESAMO Puente Alto

Sabana Grande

Victor Godoy MOH Regional Director
Dajmar Martinez, Resident Physician, CESAMO, Sabana Grande
Gloria Martinez, Nurse Auxiliar, CESAMO Ojojona
Margarita Valladares, Nurse Auxiliar, CESAR Guazucaram
Rosa Helena Cortez, Servicio Social, CESAR de Rio Hondo

La Paz

Jazmin Yoliver, Enfermera Auxiliar, CESAMO Villa San Antonio, Region II, Area IV
Daysi Delcid, Enfermera Auxiliar CESAR Flores, Region II, Area IV

MOH Santa Rosa de Copan

Mario Perdomo, Promotor Social, Coordinador Regional de Promotores
Julio Gabarete, Tecnico II Laboratorio Clinico, Analista de Aguas, Region 5 de Salud
Jose Alvarado, Jefe Programa TAS, Region Occidente

SANAA Region Occidente, La Entrada de Copan

Marco S Valenzuela T , Jefe de Programa TOM, Division Occidente
Jose A Alvarado, Jefe de Proyecto TAS, Region Occident
Darlan Osman Lopez, TOM

Santo A Anuby, TOM
Florentino Menjibar A , TAS
Carlos E Ramirez M , TOM
Juan Manuel Miranda Rivera, TOM
Jose Abel Espinosa, TOM
Moises Leonel Oviedo, TOM
Angel Velis Cortes, TAS
Modesto Antony Murillo, TOM

SANAA, Region Atlantico, La Ceiba

Geronimo Pineda, Jefe Regional
Patricia Martinez
Allan Buezo, TOM
Marco Antonio, TOM
Carel Flores, TOM

CARE, La Ceiba

Rigoberto Escalon, Asistente a la Gerencia

SANAA, Region Sur, Choluteca

Melvin Garcia, TOM
Abraham Guillen, TOM

Comunidad El Martenal

Santo Plutarco, Presidente de Junta de Agua
Leomicio Ramirez, Fontanero 1
Rogelio Castro, Fontanero 2
Adonai Amador, Vocal 1 de Junta de Agua
Jose Luis Correa, Fiscal de Junta de Agua
Maximo Flores, Vocal 2 de Junta de Agua
Orlin Giovanni Alvarez, community member
Jose Rivense, community member
Javier Casco, Save the Children
Todd Thorne, Peace Corps Volunteer, Save the Children

Comunidad El Maracito

Pablo Marino, Presidente de Junta de Agua

Dumas Moran, Vocal 1 y Fontanero
Don Marianito, Ex-tesorero de Junta de Agua

Comunidad **El Cipres**

Daniel Damian Suazo, Presidente, Junta de Agua
Jose Trujillo, Vocal 1, Junta de Agua del Proyecto

Comunidad **Cruz del Arco. La Brea**

Ramon Silva, Tesorero, Junta de Agua
Jose Luis Sienne, Fontanero
Miguel Angel Soza, Secretario, Junta de Agua

Comunidad **Rio Hondo**

Bernardo Rivera, Presidente, Junta de Agua
Mario Casco, Vice presidente de patronato
Melvin Ponce, Secretario, Junta de Agua
Victor Sevilla, TOM principal

Comunidad **El Durasno**

Carlos R. Puerto, TOM,
El Durasno Orfilia Soza Gomez
Adela Soza Turcios, community members

Comunidad **Aguas del Padre**

Saul Martinez Duarte, Fiscal de Junta de Agua
Abelino Jimenes, Fontanero de Junta de Agua

Comunidad **La Entrada, Barrio Suyapa**

Evela Lopes, Felicia Ramos, Carmen Lopes, Teresa Bonillo, community members

Comunidad **El Remendado, M Trinidad, Copan**

Felipa Alejano, community member

Comunidad La Flecha

Alfonso Rodriguez, Educador de Salud
Carlos Martinez, Coordinador de Promotores de Region 5
Alta Gracia Paz, community member
La Flecha Florentino de Jesus Valle, Vocal, Junta de Agua

Community Las Camelias

German Hernando Herrera, TOM
Benjamin Saldivar Diaz, Tesorero and Fontanero, Junta de Agua

APÉNDICE D

Sistemas logísticos del Ministerio de Salud

Un sistema logístico no consiste simplemente en almacenamiento y transporte. Un sistema logístico es un grupo de actividades que contribuyen a garantizar la disponibilidad oportuna de los insumos. Las actividades necesarias para desempeñar esta tarea varían desde selección, programación y compra de productos hasta almacenamiento, transporte y distribución final. La información apropiada y oportuna es el motor que impulsa todo el proceso. La principal debilidad del sistema logístico del Ministerio de Salud se encuentra en que la responsabilidad de su administración se ha delegado a personas que no están entrenadas para la tarea, esto conduce a que el sistema de información sea poco confiable y hace imposible lograr un control de inventarios adecuado. Entre los aspectos fuertes del sistema se encuentran que hay espacio adecuado para depósitos, su capacidad de transporte y que el personal al nivel central que participa en la programación y la distribución nacional ha recibido algún entrenamiento adecuado.

A HALLAZGOS

Funcionamiento del sistema logístico actual

El procedimiento actual de compra del Ministerio de Salud, exige aproximadamente 18 meses desde el principio hasta el final, de la manera siguiente:

- 1) Selección de medicinas que se incluyan en la solicitud anual (octubre)
- 2) Análisis de la solicitud preparado por supervisores del Ministerio de Salud (noviembre)
- 3) Se prepara una matriz y se envía a las regiones para saber cuáles son sus necesidades (marzo)
- 4) Se recibe la solicitud de necesidades anuales de las regiones (junio-julio)
- 5) Análisis y reajuste de la programación a nivel central y trabajo en los procedimientos de licitación (julio-septiembre)
- 6) Aprobación de la licitación y compra (octubre-diciembre)
- 7) Las medicinas se reciben en el depósito central (enero-febrero)
- 8) Llegada de medicinas a depósitos regionales (marzo)

Esto significa que las regiones tienen que hacer proyecciones para sus necesidades de medicinas en el "Año Dos" varios meses antes de que reciban cualquier medicamento solicitado 12 meses antes.

Bajo condiciones normales, un periodo largo desde que se hace el pedido hasta la entrega no necesariamente daría como resultado que se agoten las existencias si ese periodo se identifica debidamente y se incluye en la planificación. Sin embargo, este no es el caso en el sistema del Ministerio de Salud. Como resultado, cuando se toman las decisiones de compra, no se incorpora un mínimo de existencias para 12 meses ni un máximo de existencias para 24 meses. Además, el presupuesto anual del Ministerio de Salud para medicinas es insuficiente para adquirir los suministros necesarios para un año de todos los medicamentos. Por lo tanto, todos los integrantes del sistema prevén la escasez de algunos medicamentos, que puede compensarse. No está muy claro si se asigna alguna prioridad a la compra de medicamentos tipo A, que son los que salvan vidas.

Los retrasos de más de tres meses en aprobar la compra de 1998, se traducirán en un desabastecimiento considerable de medicinas en 1999, aun más de lo que el Ministerio de Salud enfrenta normalmente.

Adiestramiento del personal

A los niveles regional, de área y de puestos sanitarios hay poco personal entrenado en logística y esas personas son las que toman las decisiones acerca de los suministros.

En la oficina central del MS, hay empleados capaces de entrenar a otros en logística. Hace algún tiempo, cuatro funcionarios del MS recibieron entrenamiento en logística en Venezuela, uno de ellos todavía está en su cargo y sus conocimientos técnicos son buenos. Al regresar de Venezuela tres de estos funcionarios dieron un curso de entrenamiento dirigido a empleados de los depósitos regionales y del área, a choferes, a personal comunitario y a enfermeras. Desde entonces no se ha dado ningún curso de actualización.

Manejo de datos

Los instrumentos de recopilación de datos no están claros y no ayudan a calcular la cantidad de suministros que deben solicitarse. No se registran datos exactos a ningún nivel del sistema en relación con los saldos de existencias o el consumo. La programación anual preparada por las regiones es inexacta porque las regiones generalmente no tienen en cuenta el consumo, en las regiones donde el consumo está razonablemente bien calculado, no calculan el subuso de las medicinas. Finalmente, las regiones no tienen en cuenta los saldos de existencias, ni los inventarios en los depósitos regionales ni en los depósitos a nivel de los CESAR y los CESAMO.

Las computadoras en los depósitos regionales no se están usando para control de inventarios. La falta de software adecuado para monitorear los saldos regionales da como resultado que este equipo se esté utilizando simplemente para registrar saldos del libro mayor, trabajo que puede realizarse casi tan fácilmente en forma manual.

Capacidad de los depositos centrales, regionales y locales

La capacidad del deposito central del MS para almacenar medicinas es limitada. Las medicinas no se encontraban en optimas condiciones debido a las condiciones de almacenamiento, la ventilacion y la falta de un control ordenado de las existencias. No obstante, en general puede decirse que las practicas aplicadas por el personal son adecuadas.

El deposito adaptado por la USAID para almacenamiento de anticonceptivos a nivel central se encontro que tiene el espacio adecuado y un buen sistema de aire acondicionado. Sin embargo, tambien se depositan alli muebles de oficina de otro proyecto de la USAID, lo que ocasiona hacinamiento y condiciones de almacenamiento menos que optimas.

Las practicas de los depositos regionales y las condiciones de almacenamiento son inadecuadas. El MS recibio apoyo de USAID para la construccion de un deposito en cada area, solo dos de ocho regiones tienen depositos en funcionamiento. Los depositos en muchos casos sirven para almacenar objetos que ya no se usan y chatarra, una cantidad significativa de la capacidad de los depositos esta ocupada de esta forma lo que reduce el espacio disponible para la circulacion adecuada de aire, la accesibilidad y el reempacado. Ademas, no hay presupuesto para pagar a una persona de tiempo completo que este a cargo del mantenimiento del deposito regional. Un gran numero de las estanterias metalicas de los depositos regionales son innecesarias, el exceso de estanterias esta ocupando espacio que deberia usarse para almacenamiento.

Los CESAR y los CESAMO estan expuestos a los robos, que en algunos lugares ocurren frecuentemente. Estas instalaciones no tienen guardias durante las horas en que estan cerrados, de 3:30 de la tarde a 7:30 de la mañana. Aun cuando hay algun tipo de seguridad, como rejas en las ventanas, por ejemplo, han entrado extraños en los edificios y han desaparecido medicinas.

Transporte

Las necesidades de transporte, por lo general, estan cubiertas. Hay transporte adecuado a nivel regional, central y de area, y se ha asignado dinero del presupuesto para combustible y mantenimiento. En algunas regiones, las condiciones del transporte no son las mejores, pero los vehiculos por lo general cumplen con las necesidades trimestrales de distribucion. Sin embargo, en algunas areas los vehiculos son utilizados por las autoridades para actividades no logísticas.

Supervision

No hay una supervision de rutina del personal de logistica. La oficina central del MS no tiene presupuesto para viajes de supervision, y el nivel regional no tiene suficiente personal adiestrado para realizar la supervision, y a nivel de area no tiene personal a cargo de la logistica.

Problemas concretos del programa

La USAID y el FNUAP han donado anticonceptivos para cubrir las necesidades de 1998. En general, no ha habido escasez en el suministro de anticonceptivos, excepto por una escasez ocasional de dispositivos intrauterinos de cobre. El Gobierno de Honduras ha cumplido su compromiso de sufragar 3 por ciento de los costos fijados para la compra de anticonceptivos en 1997 y supero su contribucion para 1998 en 50%.

El programa de inmunizacion/epidemiologia administra la cadena de frio y el suministro de vacunas separadamente de otras medicinas. Las oficinas de area locales, los CESAR y los CESAMO por lo general tienen congeladores, mientras que a nivel regional se encuentran en general salas de frio y camiones refrigerados. Las areas entregan vacunas a los puestos sanitarios en cajas refrigeradas o los puestos sanitarios recogen sus vacunas en termos que protegen las vacunas hasta por 24 horas.

Como se ha dicho en otra parte, el mantenimiento adecuado de la cadena de frio es dudoso y la edad del equipo necesita mayor estudio.

B CONCLUSIONES

Como resultado de la poca confiabilidad de la informacion logistica y de la administracion de datos, ninguno de los otros componentes del sistema puede trabajar eficazmente, lo que ocasiona exceso de suministros en algunos casos y escasez en otros. Una falta de adiestramiento en relacion con el instrumento de recopilacion de datos significa que el sistema de informacion para la administracion logistica no contribuye a la toma de decisiones. Los calculos anuales de necesidades preparados a nivel central tienen un alto grado de error porque estan basados en datos no confiables enviados de las regiones.

Todos los niveles del sistema de distribucion del MS frecuentemente tienen escasez de medicinas. La incapacidad del MS para cubrir sus necesidades anuales de medicinas usando fondos del Gobierno de Honduras se agrava por el hecho de que la recuperacion de costos casi no existe. El MS debia hacer que las medicinas prioritarias fuesen las que salvan vidas.

En general, el sistema de informacion subestima los saldos de suministros que se tienen a mano y sobreestima el consumo. Tales deficiencias normalmente generarian un exceso en el suministro, en realidad, debido a que el MS no compra 100% de sus necesidades, la oferta y la demanda estan mas en linea de lo que podrian estar.

A los niveles locales no existe un sistema adecuado de control de inventarios.

La infraestructura física de los depósitos regionales es adecuada, pero la administración de los depósitos es mala el uso del espacio no se aprovecha de manera óptima El espacio de los depósitos se utiliza para almacenar equipo inservible

Debido a una escasez de personal competente para los depósitos, la capacidad de almacenamiento en las áreas no puede ser tomada en cuenta como parte del sistema de distribución La falta de personal entrenado dificulta que las áreas cumplan sus obligaciones mínimas en la consolidación de datos, para asegurar la calidad de los datos y entregar medicinas a los CESAR y a los CESAMO de manera oportuna

Las actividades logísticas no se consideran importantes en la jerarquía del MS, por lo tanto, no hay funcionarios de nivel superior que hagan la supervisión, el seguimiento y la vigilancia El resultado final de esta falta de interés se observa a nivel de área donde no hay ninguna persona asignada concretamente a asumir esas responsabilidades, y la "logística" se reduce a una sala cerrada sin medicinas, y cuya llave está en manos del personal de limpieza Los que supuestamente han sido asignados a la tarea de supervisar la distribución de las medicinas y otros suministros tienen otras responsabilidades, y las necesidades de la logística son las últimas de la lista de prioridades

C RECOMENDACIONES

Para lograr mejoras significativas en el sistema de logística del MS se necesitaría un compromiso político de alto nivel en 7 áreas, a saber adiestramiento del personal regional y de área, rediseño de la recopilación de datos logísticos y de los instrumentos de presentación de informes, reorganización y fortalecimiento del sistema de máximo-mínimo, máximo aprovechamiento de los escasos recursos presupuestarios, mejoramiento del personal, mejora de la supervisión y ejecución de varias actividades o estudios piloto La mayoría de estas mejoras no cuestan mucho dinero, pero no van a ocurrir por sí solas sin el interés y la participación de los gerentes de alto nivel

- 1 Todo el personal de logística de las regiones y las áreas debe recibir entrenamiento o reentrenamiento

El MS debería desarrollar un plan nacional de adiestramiento en logística que se llevaría a cabo a nivel local Un curso de actualización es un punto de partida para mejorar cualquier sistema Los participantes deberían seleccionarse después de nombrar a una persona encargada del depósito en todas las áreas, y a dos personas de los depósitos regionales Un curso de administración de logística debería incluir por lo menos lo siguiente

- Sistema de información para la administración logística
- Sistema de control de inventarios máximo y mínimo
- Prácticas y condiciones de almacenamiento

- Cadena de frio
- Manejo de las medicinas para oncologia

Al final del curso, deberia pedirse a los participantes que identificaran problemas de logistica en sus instalaciones y propusieran un plan de trabajo para resolverlos Este plan de trabajo al cual se han comprometido constituye el elemento clave para la supervision de seguimiento

Como resultado de este trabajo en los cursos, el nivel central del MS deberia desarrollar una guia de logistica basica para distribuirla a todos los niveles de prestacion de servicios (desde auxiliares de enfermeria, enfermeras profesionales, medicos, etc)

2 Los instrumentos de recopilacion de datos deben volverse a diseñar

El personal logistico de nivel nacional y local deberia participar en una revision del Formulario S06-07, para incluir dos nuevas columnas una columna que permita ajustes al inventario, la otra para calcular la cantidad maxima La columna de "cantidad programada" deberia borrarse porque causa malentendidos Este simple cambio significaria que la cantidad del pedido se derivaria del consumo real y no de los planes

Este esfuerzo de rediseño tambien incluiria instrucciones impresas en la parte de atras del formulario Los actuales no se explican por si solos Las instrucciones deben guiar a los usuarios acerca de la informacion que deberia incluirse y los calculos requeridos

Deberian efectuarse talleres con el personal regional y de area para introducir este cambio y para identificar otras debilidades en el actual sistema de recopilacion de datos

3 El sistema de control de inventarios maximo minimo debe ser fortalecido

El Ministerio de Salud deberia fortalecer su sistema de control de inventarios maximo minimo El tiempo que transcurre actualmente desde que se hace el pedido hasta que se recibe es de 10 meses El minimo deberia ser 10 meses y el maximo 17 meses a todos los niveles del sistema, excepto a nivel central A nivel central, el maximo deberia ser 24 meses La programacion anual tambien deberia tener en cuenta un inventario de emergencia para cubrir posibles retrasos en cualquier parte del proceso

Esto significa que en el momento de adjudicar el contrato de compra, deberian incluirse en los calculos 24 meses durante los cuales se siguen retirando productos de los inventarios, y para esto, los saldos a nivel nacional existentes en el momento de la estimacion anual de necesidades deberian tambien tenerse en cuenta Esto no significa que el deposito central tenga alguna vez 24 meses de consumo en su deposito central porque en el momento en que llegan las existencias habra aproximadamente solo doce meses de existencias a nivel nacional, lo suficiente para cubrir los retiros de material hasta que llegue la nueva compra

Si resulta imposible establecer un máximo de 24 meses, deberían negociarse entregas trimestrales con los proveedores para ayudar a mejorar la distribución 40% durante el primer trimestre y 20% en cada uno de los trimestres restantes. Además, los directores administrativos del MS deberían estudiar estrategias para simplificar (y acortar) el proceso de compras, SIGAF ya está trabajando exactamente en este problema. Los contratos de largo plazo --tres a cuatro años-- con laboratorios y proveedores internacionales también podrían ser útiles en este sentido y podrían tal vez generar algunas economías de escala.

4 La situación y las calificaciones del personal de logística deberían mejorarse

El Ministerio de Salud debe mejorar el perfil del personal seleccionado para asumir la responsabilidad de la logística. En las regiones, el personal de los depósitos que se encarga de la distribución es de relativamente bajo nivel. En las áreas el sistema es peor, puede decirse que es improvisado ya que la persona "a cargo" de la logística también cumple otras funciones, algunas veces hasta de limpieza. El personal actual de los CESAR y los CESAMO no tiene el alcance o el tiempo para monitorear las existencias y, por lo tanto es frecuente que pidan y reciban productos que no podrán usar antes de la fecha de expiración. El personal de logística debería tener suficiente experiencia analítica e iniciativa para el seguimiento adecuado de la información, hacer análisis sencillos de los datos y tener cierta aptitud para resolver problemas.

En cada área de salud, una persona debería tener la responsabilidad de manejar los depósitos, analizar la calidad de los datos recibidos, procesar solicitudes, hacer pedidos a la oficina regional, y efectuar las evaluaciones. Una actualización del personal de este tipo probablemente requeriría apoyo presupuestario adicional del MS.

5 Debe mejorarse la supervisión

El adiestramiento sin seguimiento no basta, la supervisión es importante. El personal de la oficina central del MS debería viajar con más frecuencia para supervisar los depósitos regionales y de área. De igual manera, el personal de los depósitos debería programar visitas de supervisión a nivel del área cuando haya terminado la distribución trimestral y el volumen de trabajo disminuye. Esto fortalecerá las aptitudes de la persona que está siendo supervisada y ayudará a mejorar los sistemas de control de inventarios y de información. Estas visitas de supervisión también asegurarán que los depósitos se están administrando debidamente y deberían ofrecer una oportunidad de seguimiento del plan de trabajo de la persona que se está supervisando.

6 Los escasos recursos deben ser aprovechados al máximo

Pocas mejoras a largo plazo pueden lograrse sin un presupuesto adecuado, y la compra inadecuada es uno de los principales factores que hacen escasear las medicinas. Para asegurar que haya fondos suficientes para la compra de medicinas, el MS tendrá que 1) presionar para obtener

mas dinero para compra de medicinas o 2) hacer mejor uso de su actual asignacion presupuestaria Si el Gobierno de Honduras no va a aportar recursos adicionales es evidente que el MS deberia emprender un programa mejorado de recuperacion de costos Algunos años atras el MS fijo precios para los servicios, ahora esos precios estan significativamente desactualizados Estos precios deberian actualizarse para llegar a por lo menos 10% del costo real de la compra total de medicinas Para el paciente es mejor pagarle al MS aproximadamente 3 por ciento del precio de las farmacias por las medicinas, en lugar de comprarlas en la farmacia

Si el presupuesto se fija antes de que se calculen las necesidades reales, entonces el MS debe fijar mejor sus prioridades y comprar 100% de las necesidades (reducidas) de acuerdo con los recursos disponibles Por ejemplo, aun cuando el presupuesto anual para medicinas se haya aumentado durante los ultimos diez años, 100% de las medicinas basicas todavia no se estaban comprando porque el dinero se gasto comprando medicamentos no esenciales Se recomienda que, dadas las limitaciones financieras, el sistema para la compra de medicamentos esenciales se haga mas estricto para asegurar el suministro del maximo posible de medicinas de la categoria A y B Las medicinas de tipo C (no destinadas a salvar la vida), probablemente no deberan comprarse con los escasos recursos centrales del MS y comprarse localmente con ingresos generados localmente

7 Deben realizarse estudios piloto

Un estudio piloto que vale la pena probar es la creacion de un fondo rotatorio para compras de medicamentos en el area o a nivel de CESAMO Este modelo ha funcionado exitosamente en otros paises de America Latina y en realidad en algunos CESAMO, como Ojojona, un fondo rotatorio para comprar medicamentos auspiciado por una ONG que, segun parece, esta trabajando bastante bien

El MS deberia tambien estudiar la posibilidad de descentralizar algunas compras de medicinas, quizas en forma piloto en una region con personal especialmente adiestrado Un estudio de este tipo podria evaluar los beneficios y los precios obtenidos con este proceso, en comparacion con los precios obtenidos por el MS a nivel central

El MS deberia tambien realizar un estudio sobre la posibilidad de privatizar todo el sistema de compras Podria acudir a la USAID para ver si el Proyecto apoyaria un estudio de este tipo

PREGUNTAS SOBRE LOGISTICA (ALCANCE DEL TRABAJO)

¿Como puede el sistema de logistica del Ministerio de Salud ser fortalecido para asegurar que los centros de servicios siempre tengan un nivel adecuado de suministros? ¿Como puede asegurarse que los centros de prestacion de servicios tengan la cantidad requerida del equipo de insercion de DIU? (Ver recomendaciones precedentes)

Las regiones y areas de salud visitadas no tienen equipo de insercion de DIU en sus depositos, todos deben llevarse a su destino final Las unidades de prestacion de servicios (UPS) visitadas tenian el equipo y lo estaban usando Hasta la fecha, se han enviado a los CESAMO 229 estuches (kits) de insercion de DIU donados por la USAID Otros 350 estuches estan en proceso de donacion Se necesitan mas autoclaves en las UPS de mucha actividad

¿Como pueden ellos mejorar los informes de saldos de existencias de tal manera que la distribucion no cause exceso o escasez de suministro?

El personal regional deberia sumar los saldos notificados por la areas a los saldos de sus depositos, el personal de las areas deberia agregar el saldo de sus depositos a los saldos agregados notificados por las UPS Tal como se hace ahora, las regiones notifican solo saldos parciales Los depositos regionales tienen informacion sobre saldos procedentes del campo, pero esta no se incluye en el formulario enviado al nivel central, en este formato solo se incluyen saldos del deposito regional Ademas, los saldos de las UPS tambien tienen que ser vigilados mas de cerca, no hay congruencia entre los saldos definitivos notificados en un trimestre en comparacion con los saldos iniciales en el proximo trimestre y no hay un analisis de estos errores Se necesitan adiestramiento y supervision para asegurar que se mejore la calidad de estos datos

¿Como puede mejorarse la notificacion del uso de anticonceptivos para tener datos fiables de manera oportuna?

Debe establecerse un registro diario para recopilar informacion sobre el numero (unidades) de anticonceptivos entregados al usuario Este formulario puede incluir totales mensuales por tipo/marca de anticonceptivo Una linea final en el extremo inferior de la pagina podria añadirse para los subtotales y totales

Las regiones deben incluir el uso de anticonceptivos notificado por las areas en el formulario S06-07, y las areas deben incluir el uso notificado por las UPS Hasta la fecha, bajo la columna "Total salidas", la practica comun es incluir solo las distribuciones hechas desde el deposito Esta columna deberia ser modificada y llamarse "Total consumido"

Debe efectuarse el seguimiento de rutina para que los informes se entreguen mas a tiempo Actualmente no hay seguimiento, recordatorios o llamadas de atencion para mejorar este asunto Una carta enviada al final del periodo, otra en la fecha de vencimiento, y otra despues de una semana pueden motivar al personal de nivel mas bajo

APÉNDICE E

Cuadros del sistema gerencial

Cuadro 1

Distribucion de la red de salud por poblacion

Region	Total Population 1998	Population by region (%)	Population by CESAMO (*)	Population by CESAR (**)	Population by Area Hospital
Metro Francisco Morazan	791,445	13.4	46,556	23,983	No hospitals de area
1 El Paraiso y Francisco Morazan	581,401	9.9	26,427	4,507	581,401
2 Comayagua Intipuca y La Paz	621,678	10.5	44,405	4,571	310,839
3 Cortez Santa Barbara Yoro and 2 municipalities in Lempira	1,574,783	26.7	30,284	9,661	393,696
4 Choluteca, Valle 3 municipios in Francisco Morazan, 2 in El Paraiso y 1 en La Paz	604,645	10.2	24,186	3,876	604,645
5 Ocotepeque, Copan Lempira and 2 municipalities in Santa Barbara	637,981	10.8	20,580	4,225	318,991
6 Atantida Colon Islas de la Bahia 3 municipalities Yoro and 1 in Olancho	658,945	11.2	25,344	6,398	131,798
7 Olancho	383,751	6.5	20,197	3,426	No Area Hospitals
8 Gracias a Dios	46,610	0.8	6,659	1,793	46,610

(*) Poblacion regional dividida por numero de CESAMO

(**) Poblacion regional dividida por numero de CESAR mas CESAMO porque por definicion los ultimos funcionan como CESAR en cuestiones de promocion de la salud publica en un sector particular ademas de ofrecer consultas medicas ambulatorias y farmacia

Fuente: Departmento Estadísticas del MS

Cuadro 2

Distribución de la población por área en regiones ayudadas por la USAID

Region/area	Total Population	Population by area (%)	Population by CESAMO	Population by CESAR (*)
Region 1	581 401	100 0		
Health area No 1	253 978	46 7	63 495	6 047
2	104,116	17 9	20,823	3,856
3	109,709	18 9	18,284	3,783
4	113,599	19 5	16,228	3,664
Region 2	621,678			
Health area No 1	194,720	31 3	48,680	4,993
2	128 811	20 7	32 203	4 294
3	142 322	22 9	142,322	8,895
4	78 579	12 6	39,290	2 806
5	77 246	12 4	25 749	3 359
Region 3	1 574 783			
Health area No 0	408,185	25 9	31,399	20,409
1	222 393	14 1	44,479	10 590
2	254 491	16 2	42 415	12 725
3	110 985	7 0	27,746	7,928
4	213 633	13 6	21 363	7 630
5	106 229	6 7	35 410	6 249
6	141,383	9 0	28 279	7 069
7	117 484	7 5	19 581	5 108

(*) Poblacion del area dividida por numero de CESAMO

(**) Poblacion del area dividida por numero de CESAR mas CESAMO porque por definicion los ultimos funcionan como CESAR en cuestiones de promocion de la salud publica en un sector en particular, ademas de ofrecer consultas medicas ambulatorias y farmacia

Fuente Departamento estadisticas del MS

APÉNDICE F

Informacion materna y neonatal

1 FELICITE A LA MADRE porque su niño o niña está creciendo bien ANÍMELA a seguirlo cuidando como hasta ahora pero con atención especial porque no recibe leche materna

2 PREGUNTE A LA MADRE ¿Hace cuánto tiempo dejó de dar pecho?

3 LA MADRE DICE QUE

RECOMIENDE Y DISCUTA

DEJE DE DAR PECHO
HACE MENOS DE UN MES

- Trate de dar el pecho al niño o niña nuevamente
- Póngase al niño o niña al pecho a cada rato así producirá más leche
- Comience poniéndose gotas de leche sobre su pecho para que el niño empiece a mamar
- Disminuya poco a poco otros alimentos y líquidos hasta dar sólo leche materna Así se enfermara menos su niño
- Si tiene que salir de casa saquese la leche y déjela en taza o vaso bien limpio para que la persona que lo cuida se lo dé con cuchanta en las próximas 8 horas

DEJE DE DAR PECHO
HACE MAS DE UN MES Y
EL NIÑO O NIÑA TIENE 1-2
MESES

- Trate de dar pecho al niño o niña nuevamente
- Póngase el niño o niña al pecho a cada rato por el día y la noche para aumentar la producción de leche
- Comience poniéndose gotas de leche sobre su pecho para que el niño empiece a mamar
- Disminuya poco a poco otros alimentos y líquidos hasta dar solo leche materna
- REFIÉRALA al Centro de Salud o a la Consejera de Lactancia Materna para mayor apoyo

DEJE DE DAR PECHO
HACE MAS DE UN MES Y
EL NIÑO O NIÑA TIENE 3-5
MESES

- Trate de dar pecho nuevamente Póngase al niño o niña al pecho a cada rato en el día y la noche así producirá más leche
- Además del pecho dele leche de vaca hervida y diluida Prepare la leche agregando a 2/3 de taza de leche 1/3 de taza de agua
- Dele de beber en taza o vaso
- Dele de beber por lo menos 4 tazas de leche durante el día
- A los 4 - 5 meses comience a dar al niño o niña alimentos suaves y deshechos como guineo o mínimo maduro papa arroz cocido o camote
- No le dé sopas o comidas ralas o maicena porque no sustentan al niño

4 REALICE UN COMPROMISO CON LA MADRE De lo que hemos hablado diga 1 ó 2 recomendaciones que usted puede realizar en su casa para que su niño o niña crezca bien

5 RECUERDE A LA MADRE Lo siguiente



CON



PLANEACIÓN
FAMILIAR

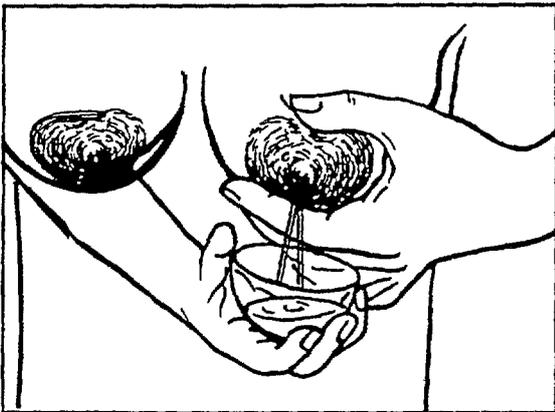
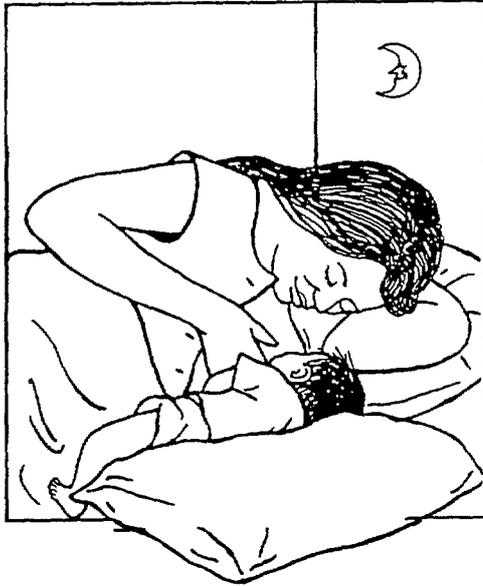


VIS
DOMICILIARIA



E E ENCUA

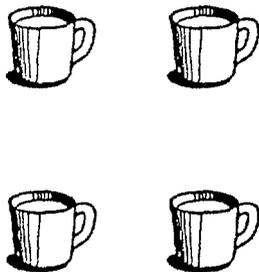
RELACTACION



PREPARE LA LECHE



3 5 meses



4 5 meses



1 EXPLIQUE A LA MADRE que su niño o niña no está creciendo lo suficiente. Necesita más cuidado y atención en su alimentación especialmente porque no recibe leche materna

2 PREGUNTE A LA MADRE ¿Hace cuánto tiempo dejó de dar pecho?

3 LA MADRE DICE QUE

RECOMIENDE Y DISCUTA

DEJE DE DAR PECHO
HACE MENOS DE UN MES

Trate de dar el pecho al niño o niña nuevamente para que se nutra mejor y no se enferme

Póngase al niño o niña al pecho a cada rato en el día y en la noche así producirá más leche

Comience poniendo gotas de leche sobre su pecho para que el niño empiece a mamar

Disminuya poco a poco otros alimentos y líquidos hasta dar solo leche materna

Si la madre tiene que salir de la casa ella debe sacarse su leche en una taza o vaso para que la persona que cuida al niño o niña se la dé en las próximas 8 horas y la madre de de mamar en la noche

DEJE DE DAR PECHO
HACE MÁS DE UN MES Y
ES UN NIÑO O NIÑA DE
1-2 MESES

Trate de dar pecho al niño o niña nuevamente para que se nutra mejor y no se enferme

Póngase al niño o niña al pecho a cada rato por el día y la noche para aumentar la producción de leche

Comience poniendo gotas de leche sobre su pecho para que el niño empiece a mamar

Disminuya poco a poco otros líquidos y alimentos

Solo utilice otra leche mientras comienza a dar pecho de nuevo. La leche de vaca debe darse hervida y diluida agregando 1/3 de taza de agua 2/3 de taza de leche

Déle más pecho y menos leche de vaca cada día

REFIERALA al Centro de Salud o a la Consejera de Lactancia Materna para más apoyo

DEJE DE DAR PECHO
HACE MAS DE UN MES Y
SU NIÑO O NIÑA TIENE
3-5 MESES

Trate de dar pecho al niño o niña nuevamente para que se nutra mejor y no se enferme

Si no puede dar suficiente pecho dele 4 tazas de leche de vaca hervida y diluida al día. Prepare la leche agregando a 2/3 de taza de leche 1/3 de taza de agua

Cuando el niño o niña cumpla 4 meses además de leche comience con alimentos espesos en forma de puré como plátano o guineo maduro papa arroz cocido o camote

Déle hasta dos comidas porque este niño está con crecimiento inadecuado

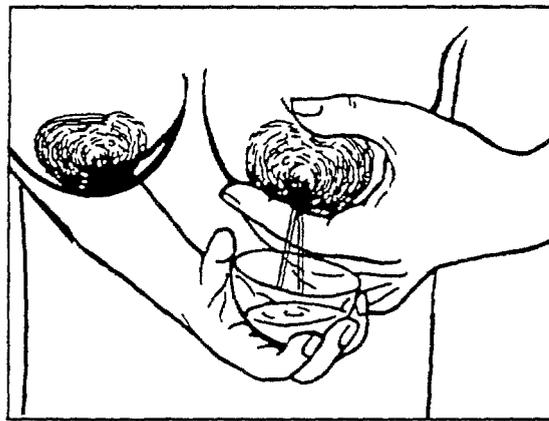
No le de sopas atoles ralos o maicena porque no sustentan al niño

4 REALICE UN COMPROMISO CON LA MADRE De lo que hemos hablado diga 1 ó 2 recomendaciones que usted puede realizar en su casa para que su niño o niña crezca bien

5 RECUERDE A LA MADRE Lo siguiente



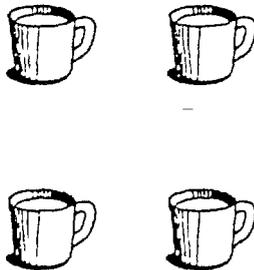
RELACTACION



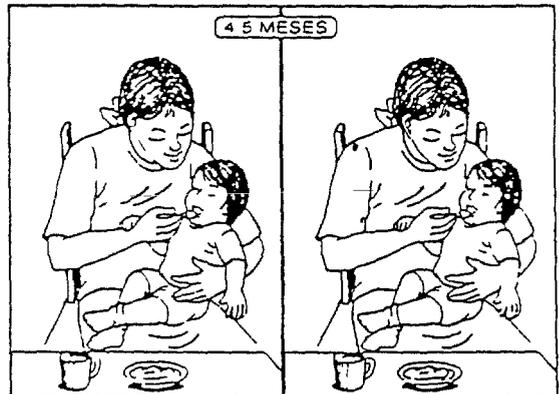
PREPARE LA LECHE



3 5 MESES



4 5 MESES



A Methodological Note on
Estimates of Maternal Mortality in Honduras

Paul W. Stupp Ph.D.
Division of Reproductive Health
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, Ga 30333

There have been two independent studies that provide estimates of maternal mortality in Honduras. The purpose of this note is to compare the methodologies of these two studies, provide standard errors for the estimates and remark on the comparability of the estimates.

The first study, Mortalidad de Mujeres en Edad Reproductiva y Mortalidad Materna - Honduras, 1990, undertook to identify all deaths to women of reproductive age (15 to 49) in the one-year period from April 17, 1989 through April 16, 1990 and to follow-up these deaths and assign a cause of death. Out of 1,757 deaths to women of reproductive age that were identified during this period of time, 381 were ultimately classified as maternal deaths. The study also estimated that there were 172,442 live births during this one-year period of time. From this information a maternal mortality ratio of 221 maternal deaths per 100,000 live births was estimated (see Table 1) for the one-year reference period.

In Table 1, I have also calculated a standard error for this estimate and the 95 percent confidence interval on the estimate. The standard error is calculated as the ratio itself divided by the square root of the number of maternal deaths ($221/\sqrt{381}$) or 11.3. The 95 percent confidence interval of the estimate for the maternal mortality ratio from this study is between 199 and 243 maternal deaths per 100,000 live births.

The second study, the Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 1996 (ENESF-96), provides estimates from a survey of women of reproductive age. The estimate of the maternal mortality ratio from this survey is obtained by combining information about the maternal mortality experience of the sisters of the respondents with information about the fertility experience of the respondents themselves. The 7,505 respondents to the survey provided information on 23,274 sisters.

The respondent was asked whether each of her sisters had died and if so her age at death, how long ago she died and whether the death had occurred while the sister was pregnant in childbirth or within 42 days after childbirth. For living sisters the current age of the sister was ascertained. With this information it is possible to estimate maternal mortality rates (maternal deaths per 1000 women ages 15-49) for well-defined periods of time. For 17.4 percent of sisters no current age was reported in the survey so this information had to be imputed based on the age of the respondent.

Table 2 provides estimates of the maternal mortality rate for the 14-year period 1982-95. There were 57 sisters who died in the 14-year period and whose deaths were classified as maternal. These deaths correspond to an estimated maternal mortality rate of 0.290 maternal

deaths per 1000 women of reproductive age. In order to estimate a maternal mortality ratio (maternal deaths over live births) it is necessary to have an estimate of fertility in the same period of time. Using the birth history information from the respondents to the survey (not the sisters of the respondents) a general fertility rate of 175 live births per 1000 women ages 15-49 was estimated for the same 14-year period, 1982-95.

The maternal mortality ratio can then be estimated as the maternal mortality rate (0.290) divided by the general fertility rate (175) multiplied by 100,000. The maternal mortality ratio estimated by ENESF-96 for the period 1982-95 is 166 maternal deaths per 100,000 live births. Table 2 also provides a standard error of 22.0 and a 95 percent confidence interval between 123 and 209 for the 14-year maternal mortality ratio.

Since the 14-year period from 1982 through 1995 is roughly centered on 1989 we would expect similar estimates from the 2 studies. The discrepancy between the estimates, 221 for the one-year estimate versus 166 for the 14-year estimate, is not really that large when we consider the confidence intervals involved. The lower limit for the 1989/90 estimate is 199, and the upper limit for the 1982-95 estimate is 209. In other words, a maternal mortality ratio in the range 199 to 209 would be consistent with both studies. It should be emphasized that the estimate of 166 from ENESF-96 is not a more recent estimate than that provided by the earlier study, but an alternate estimate using a different methodology that is roughly centered on the same period of time.

A major drawback of the ENESF technique of utilizing information about sisters is that it only provides an average estimate that is averaged over a long period of time (14 years) during which maternal mortality may be changing. A major advantage of the other technique of following up all deaths to reproductive age women is that it provides an estimate for a very well-defined narrow period of time. The more detailed study of deaths to reproductive age women also provides considerably more information on circumstances surrounding maternal deaths and allows estimation of relative risks of maternal death for a variety of factors, such as age, residence, birth order, type of birth attendant, etc.

As noted above, a drawback of the sister-based technique used in ENESF-96 is that it provides an average estimate for a wide period of time. In order to determine whether there has been a trend in maternal mortality, using just the data from ENESF-96, separate estimates have been calculated for two 7-year periods of time (1982-88 and 1989-95). These are also presented in Table 2. It can be seen that of the total 57 maternal deaths detected in the 14 year period, 35 occurred in 1982-88 and just 22 during 1989-95. These deaths translate into estimated maternal mortality rates of 475 and 181 maternal deaths per 1000 women of reproductive age suggesting a decline between the two periods. The rates can then be combined with the general fertility rates for the two periods (188 and 166 respectively) to obtain estimated maternal mortality ratios of 253 for 1982-88 and 109 for 1989-95. However, due to the small number of maternal deaths identified by a survey of this type the standard errors and confidence intervals on these estimates are enormous.

The decline from 253 to 109, as estimated by ENESF-96 is significant even considering the small number of deaths involved, and it confirms that maternal mortality has declined.

However, the estimate of 109 for 1989-95 based upon only 22 maternal deaths, is extremely precarious and should not be cited as an estimate from this study. Generally, we suppress any estimate based on fewer than 25 deaths as being too unstable to report.

In summary, the estimates of 221 and 166 from the two studies do not indicate a decline in maternal mortality but rather should be viewed as consistent estimates for the same general period of time. Considering only the data from ENESF-96 there is evidence of a decline in maternal mortality but the estimates for the narrower 7-year periods of time are too unstable to report. Ideally, another study of women of reproductive age who died within a one-year period should be carried out in order to have a new estimate that is comparable to that obtained from the 1989/90 study.

Table 1 Estimate of Maternal Mortality in Honduras from the Study Mortalidad de Mujeres en Edad Reproductiva y Mortalidad Materna - Honduras, 1990

Period	(A) No of Maternal Deaths	(B) No of Live Births	(C) = (A)/(B)*100,000 Maternal Mortality Ratio (Maternal Deaths per 100,000 Live Births)			
			Estimate	Standard Error ¹	95% Confidence Interval	
					Low	High
1989/90	381	172,442	221	11.3	199	243

Table 2 Estimates of Maternal Mortality in Honduras from the Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, 1996 (ENESF-96)

Period	(A) No of Maternal Deaths	(B) Maternal Mortality Rate (Mat Deaths per 1000 women 15-49)	(C) General Fertility Rate (Live Births per 1000 women 15-49)	(D)=(B)/(C)*100 000 Maternal Mortality Ratio (Maternal Deaths per 100,000 Live Births)			
				(D) Estimate	(E) Standard Error ¹	95% Confidence Interval	
						(F) Low	(G) High
1982-95	57	0.290	175	166	22.0	123	209
1982-88	35	0.475	188	253	42.8	169	337
1989-95	22	0.181	166	109	23.3	63	155

¹ - Standard Error is calculated as ratio/(square root(no mat deaths))

127

USAID Latin America Caribbean (LAC) Regional Initiative

A Background

It is estimated that 23 000 women die from pregnancy-related and childbirth causes each year in Latin America. Based on the literature it appears that 80% of the maternal deaths are preventable and are attributed to causes which can be treated with available technology. However, in resource poor environments with inadequate quality of reproductive health services and low demand and utilization of maternal health services (antenatal, intrapartum and the immediate postpartum periods), women die unnecessarily and frequently suffer the consequences of chronic morbidities. The response to this situation requires an integrated three-pronged approach focusing on improving the quality of services, establishing a community-based strategy to promote demand and appropriate use of these services by the women and their families, and promoting a national government commitment to reduce maternal mortality and morbidity by improving quality of and access to services.

The issues of community demand and access require effective Information, Education, Communication/Counseling (IEC/C) strategies which inform the community of the necessity to recognize danger signs during pregnancy, labor and delivery and immediately post-partum and the importance of using services in the event of complications. This implies that women and their families are able to overcome barriers which prevent linkages and communications between the community and the health services and that the communities are willing to participate with providers through community mobilization and community participatory activities towards problem resolution.

In response to the maternal mortality and morbidity in the Region, the USAID LAC Bureau (LAC/RSD-PHY) has developed a comprehensive framework to increase the demand for and the provision of essential obstetric services with the support of national policies to sustain quality obstetric and newborn services. This framework will be implemented through a partnership including the Pan American Health Organization (PAHO), the MotherCare/USAID and Quality Assurance/USAID projects. Although the emphasis is on integrating the three programmatic aspects of policy, services and community involvement each partner will assume the lead in one of three complementary aspects: community mobilization for recognition and prompt referral of complications (MotherCare through select NGOs/PVOs), improved quality of services at the first level of referral (Quality Assurance) and enhanced policy environment for addressing essential obstetric care (PAHO). Both Quality Assurance and MotherCare NGO/PVO activities will inform policy promotion at the national level. Project implementation will be carried out through the three partners in 4 countries in the LAC region.

B MotherCare Request for Proposal

MotherCare is requesting proposals from community-based NGOs/PVOs to focus on the role of the community in forming the linkages with health services through community mobilization and participatory activities. Specifically, the purpose of the work to be undertaken by the NGOs/PVOs in this project is to stimulate community mobilization and participatory activities that involve the community in responding to the needs of maternal and newborn health care with appropriate self care activities and health seeking behaviors in the event of pregnancy related complications with timely referrals to the district hospitals or health centers in their areas

The proposal submitted by the NGOs/PVOs will indicate capability and describe previous experiences working with communities in which the NGOs/PVOs successfully addressed barriers existing between the communities and health facilities/providers. Thus, the proposal for these activities will build on lessons learned from experiences in other health and reproductive health projects whereby the methodology could be modified or adapted for implementation in this project. Although, the NGOs/PVOs are not responsible for the health facility/quality services aspects of this project, the NGOs/PVOs will document the ability to work with district administrative and hospital/health center personnel to ensure that linkages between the community and the health facilities are initiated and maintained

B Project Design

The NGOs/PVOs will describe a project for implementation which indicates a good understanding of community mobilization and participatory techniques. Building on lessons learned from previous project experience, the project design in this proposal should include

- Summary of project
- Location description and details of population
- Full-time and part-time personnel requirements
- Description of methodology
- Target audience in the catchment area
- Monitoring and evaluation plan including process and outcome indicators

C Collaboration and Formal Agreements

The NGOs/PVOs proposals should include examples of approaches that have been used to establish existing or proposed to establish linkages between the community and the government health facilities (health centers and district hospitals). The proposal should

include examples of methods to be used to stimulate community groups' action, such as community involvement in the design and implementation of service delivery, including training and IEC interventions. In some events NGOs/PVOs may have established Memorandum of Understanding (MOU) between community groups and service providers which outlines the terms of reference for this collaboration. Descriptions of NGO/PVO capabilities in training and IEC interventions and examples of approaches to link the community to the health services should be included in the proposal.

D Expected Products/ Outcomes

At the close of the project, the NGO/PVO will produce a description of the community mobilization/participatory activities which include the details of the methodology and interventions used with documentation of project results, including process (numbers of groups trained, etc) and outcomes (plans of actions to access the health services in times of emergencies, IEC strategies to increase community awareness of complications, communication strategies in place between the community and health services, other evidence of community use of services such as referrals, plans for setting up community pharmacies).

E Chronogram and Budget

- Chronogram will include timeframe of activities to completion (see Timeframe I)
- The following items should be lined in the budget
 - Labor (all personnel assigned - full, part-time)
 - Travel
 - Other Direct Costs (ODC)
 - Indirect Costs

F Capability Statement

The NGOs/PVOs will include evidence of community mobilization methodology and process and will submit a management plan for carrying out this project in collaboration with the other program components of maternal health services and policy formulation.

G Selection Criteria

The Latin American Maternal Mortality Initiative supports the development of model programs designed to reduce maternal mortality in one district in four Latin American countries. The program includes three integrated components: policy to support maternal health care, community mobilization and participation in recognition and prompt referral for complications and the third component to strengthen the quality of essential obstetric care at the first level of referral. Whereas, the NGOs/PVOs are only responsible for the community mobilization component they will need to establish credible linkages with the

district medical facilities The final selection of NGOs/PVOs and districts will be based upon the following criteria
NGOs/PVOs characteristics

- Demonstrates experience in designing and implementing community mobilization/participation project component and is able to describe the methodology and/or process (essential)
- Has experience working in health and reproductive health projects (essential)
- Demonstrates the ability to work at district level and below (essential)
- Demonstrates the ability to link with government health facilities (essential)
- Has experience in organizing and working with women's groups (desirable)
- Has experience in working with USAID funded projects (desirable)

District characteristics

NGOs/PVOs are working in districts as described -

- As feasible, supports the delegation of care as appropriate to peripheral facilities (essential)
- Demonstrates leadership and commitment at district level and at institutional levels (chief of obstetrics or physicians) (essential)
- Has approximately 200,000 district population (essential)
- Has a "reasonable" infrastructure (roads, peripheral facilities, etc) (essential)
- Is accessible for visits from project staff by plane or road within 1 day (essential)
- Has a government hospital with approximately 1500-2000 deliveries per year and capability to handle complications of pregnancy and essential obstetric care (for example, capacity to perform C-section, blood transfusion capacity, services available 24hrs , seven days/week (desirable)
- Has an obstetrician (desirable)
- Demonstrates evidence of past commitments to reduce maternal mortality (desirable)

H Terms of Award

- A Fixed-price subcontracts will be awarded, not exceeding \$75,000/subcontract
- The proposal will be awarded based upon the quality of the proposal, apparent technical and organizational capabilities, and cost
- Funds from MotherCare may supplement funds from other sources in ongoing projects

I Timeframe

The proposal must be mailed to the MotherCare office in Arlington, Virginia no later than September 30, 1997

Indicators for the Maternal Mortality Initiative
USAID/LAC/RSD-PHN
MotherCare, Quality Assurance Project, PAHO
December 18, 1997

Strategic Objective

More effective delivery of Essential Obstetrical Care [EOC]

- *SO Indicator #1* Percentage of births attended by trained personnel in 11 target countries
Target Increase by 1% from baseline annually
Definition Trained personnel includes health staff that have had at least 6 months of general health training
Data Sources
Annual Ministry of Health (MOH) data reported through PAHO
DHS or RHS surveys when available
- *SO Indicator #2* Percentage of reporting units with maternal mortality committees which produce annual reports in each of the 11 target countries
Target Increase by 5% from baseline annually
Definition Reporting units for this indicator are health districts (political/ administrative/ geographic breakdown according to each country situation) and hospitals
The denominator will vary from country to country
Data Source Annual MOH data reported through PAHO

Intermediate Result 1 Increased capability of selected PVO/NGO networks and Ministries of Health to identify and respond to community needs in order to increase utilization of EOC
 Potential Revised Version Increased capacity of community to recognize and respond to pregnancy related complications by accessing health services

Indicator IRI 1 Percentage of adults interviewed in target districts who can name unprompted one or more of the danger signs during pregnancy, labor and delivery, and immediate postpartum

Target Increase of 5% from baseline annually

Data Sources

Market survey random adult survey at selected markets in the targeted districts

Exit survey at facility

Definition The dangers signs include the following

Pregnancy	Labor & Delivery	Postpartum
<ul style="list-style-type: none"> • swelling of hands and face • previous Caesarean section • miscarriage • abortion • expecting twins • baby in wrong position • vaginal bleeding • swollen limbs • faints • fits/convulsions • high fever • night blindness 	<ul style="list-style-type: none"> • water breaks too early • excessive bleeding • fever • it takes too long to push the baby out • afterbirth (placenta) does not come out • baby dies before coming out 	<ul style="list-style-type: none"> • bleeding • foul smelling discharge • fever • fits/convulsions • lower abdominal pain

Indicator IRI 2 Percentage of adults interviewed in target districts who can specify their intent to use services in the event of obstetric complications

Target Increase of 3% from baseline annually

Definition Intent to use services will be broadly defined

Data Sources

Market survey random adult survey at selected markets in the targeted districts

Exit survey at facility

APÉNDICE G

Cuadros, figuras y texto sobre agua y saneamiento

**Abastecimiento de agua en zonas rurales, saneamiento y salud ambiental
Cuadros y graficos**

Cuadro 1

Financiamiento de la USAID y de contrapartes para proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento

Project	USAID Funding	Counterpart Funding	Total Funding
Rural PSS (1981-88)	\$ 17,872,000	\$ 12,400,000	\$ 30,272,000
Health Sector II (1989- April 1997)	21,074,000	13,500,000	34,574,000
Total	\$ 38,946,000	\$ 25,900,000	\$ 64,846,000

Fuente Caudill, April 1997

Cuadro 2

**Resultados de la Encuesta Nacional sobre Mortalidad en la Niñez para 1986-1995
(por 1000)**

	Age of Child				
	Less than 5 yrs	Neonatal (less than 1 month)	Postneonatal (1 to 11 month)	1 to 4 years old	1 month to 4 years
National Child Mortality	54	20	20	14	34
Mortality Attributed to Diarrhea	20.6 %	1.2 %	32.1 %	36.4 %	33.9 %
Leading Cause of Mortality	IRA	Trauma/ asphyxia	Diarrhea	Diarrhea	Diarrhea
Water source on property	44	20	15	10	25
other	70	20	28	23	51
Excreta disposal toilet	33	18	12	3	15
latrine or other	60	20	23	18	41
No water increased risk (x)	1.6	1.0	1.9	2.3	2.0
No toilet increased risk (x)	1.8	1.1	1.9	6.0	2.7

Fuente ENESF-96

155

Cuadro 3**Metas y logros en la expansion de la cobertura de PSS**

	1987	1991/92	1996	2000	2004
Water Supply Coverage (tap on property)					
GOH and USAID goal	45% (85)	55% (90)	65% (95)	75%	-
SANAA goal Rural	-	-	-	68%	75%
Actual Rural + Urban	55 9%	65 2%	69 2%	-	-
Actual Rural	41 4%	47 0%	52 7%	-	-
Toilet or Latrine Coverage					
GOH and USAID goal	45% (85)	55% (90)	65% (95)	75%	
Actual Rural + Urban	59 5%	63 0%	73 8%	-	
Actual Rural	41 8%	43 1%	57 0%	-	

Fuente ENESF-96, SSII Project Paper 522-0216 1994

Cuadro 4**Tendencias en la mortalidad de niños (Estimados directos)**

	Age of Child				
	Child (less than 5 yrs)	Infant (less than 1 yr)	Neonatal (less than 1 mo)	Postneonatal (1-11 mo)	1 to 4 years
From 1986-1990					
National	60	45	21	24	16
Urban	47	38	18	19	9
Rural	68	49	22	27	20
From 1991-1995					
National	48	36	19	17	13
Urban	38	33	19	13	6
Rural	55	37	19	19	18

Fuente ENESF-96, SSII Project Paper 522-0216 1994

Cuadro 5

Inventario de los sistemas de abastecimiento de agua en zonas rurales (200-2000 habitantes) 855 del inventario terminado al 31 de marzo de 1998

Status	Description	Help Needed	Number	% of Total
A	Functioning well, chlorinating	Encourage C B to keep up the good work	290	9
B	Some software problems, little work required to fix	Organize, train C B , help junta fix problems	1997	59
C	Investment needed community resources could fix problems	Work with C B to gather resources and fix problem	869	26
D	Major investment needed	Help find donor to fund	202	6
Total			3358	100

Fuente Caudill, Larios 1998

Cuadro 6

Proyectos de agua y saneamiento por fuente de financiamiento, 1998 (al 30 de enero 1998)

Organization	Number of Projects (1)				Percent of Total
	Finished	In Construction	Approved	Total	
World Vision	19	6	8	33	32%
UNICEF	10	3	14	27	26%
CARE	0	0	12	12	12%
Plan, Honduras	2	1	7	10	10%
Rotary Club	2	1	3	6	6%
C H	3	1	2	6	6%
American Water Relief	1	0	0	1	1%
Co Operacion Italian	0	1	0	1	1%
Honduras Outreach	1	0	0	1	1%
Fondo Christian Para Niños de Honduras	0	1	0	1	1%
HIS	0	3	0	3	3%
Municipio La Union Olancho	1	0	0	1	1%
Total	39	17	46	102	100%

(1) Incluye tanto los nuevos sistemas como la rehabilitacion de los ya existentes

Fuente Rivera, 1998

Grafico 1-Mortalidad de niños por acceso al agua potable

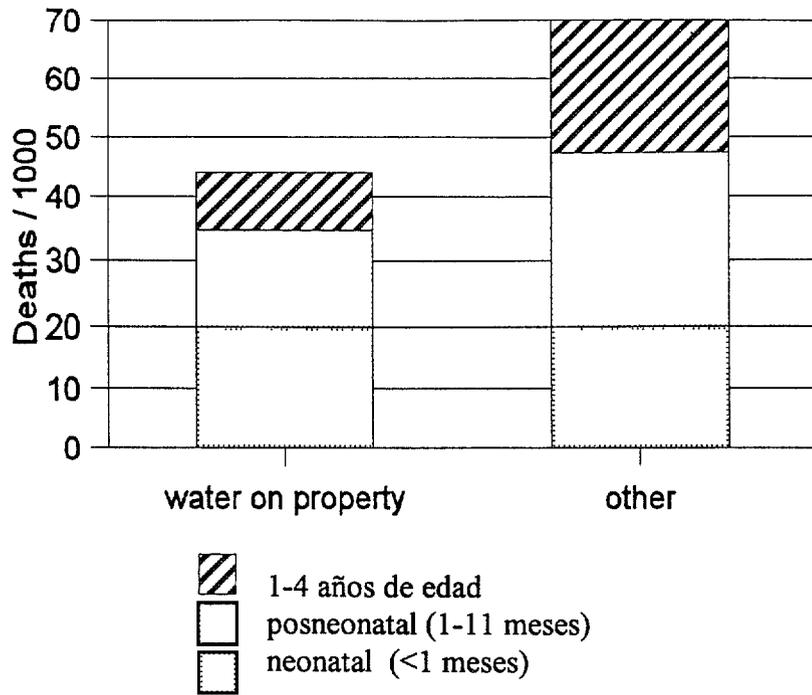
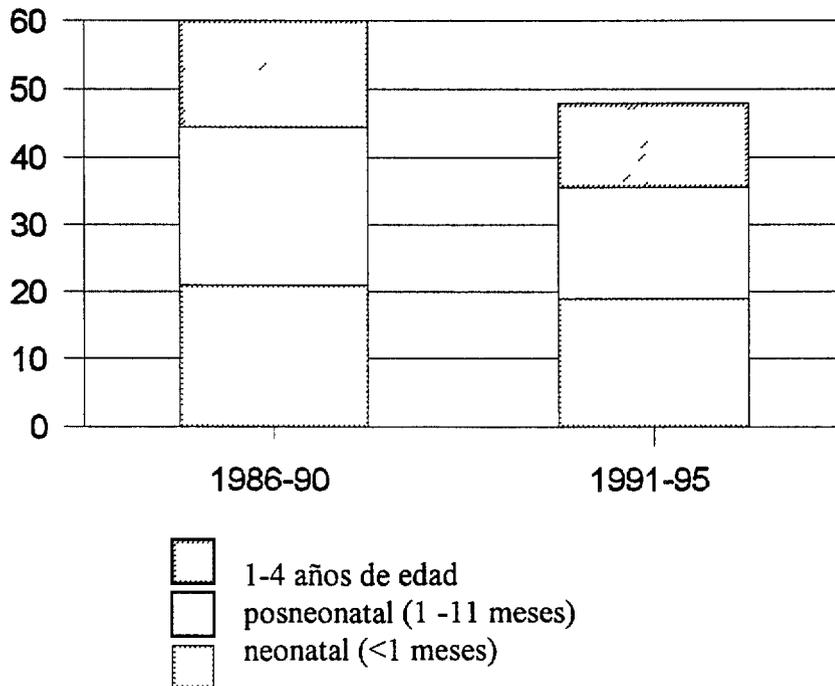


Grafico 2-Tendencias nacionales en mortalidad de niños



158

Grafico 3-Efecto de tipo de abastecimiento de agua sobre la prevalencia de la diarrea en niños

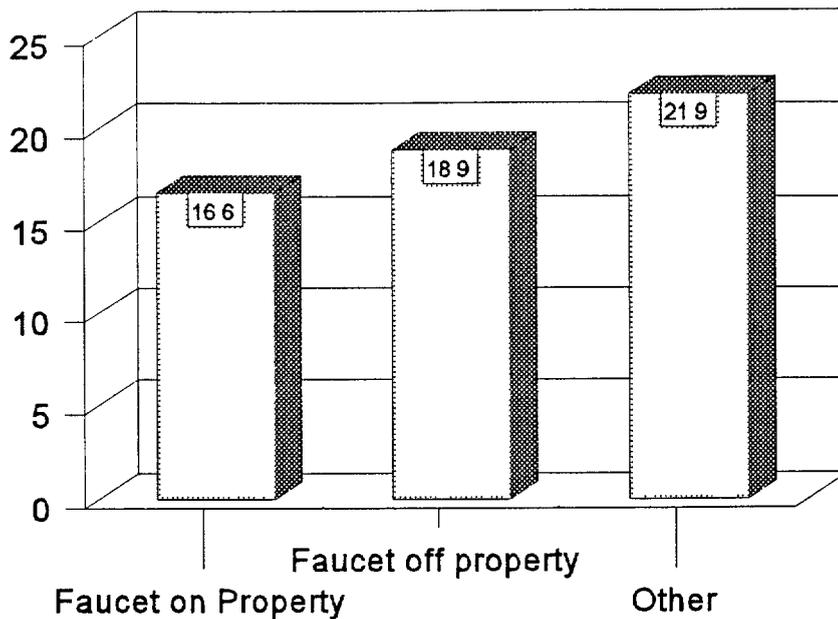
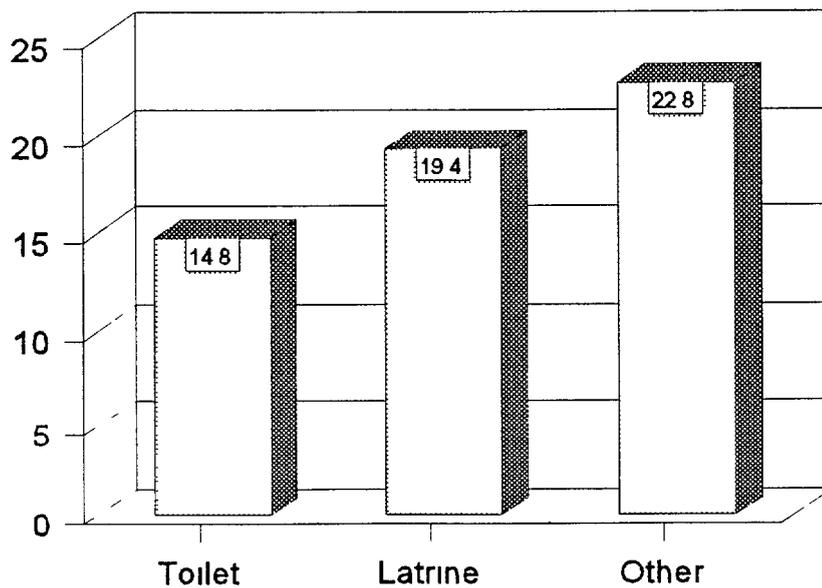


Grafico 4-Efecto del tipo de eliminacion de excretas sobre la prevalencia de la diarrea en niños



APÉNDICE H

Calendario de evaluación en el país

Mayo 1998

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
	18 TPM	19 TPM	20	21 2 00 Reunion Director AID	22 Cocktail contraparte	23 Reunion Equipo
24	25 Viaje de campo Comayagua	26 Viaje de campo Siguatepeque	27 Viaje de campo San Pedro S	28 Viaje de campo San Pedro S	29 Viaje de campo San Pedro S	30 Reunion informativa del equipo
31 Llegada DS						

160

Junio 1998

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
	1 Reuniones	2 Reunion del equipo primeras conclusiones	3 PP/BU Informe escrito Viaje de campo DS	4 PP/BU Informe escrito Reunion informativa equipo SO	5 Texto final PP y BU Viaje de campo DS	6 Salida PP, BU Viaje de campo DS
7	8 Viaje de campo DS	9 Viaje de campo Sab Grande FS/AB	10 Texto final MG Viaje de campo DS	11 Salida MG Texto final AB Viaje de campo DS	12 Salida AB	13
14	15 Reunion informativa AID y MS	16 Presentacion borrador de informe	17 Preparacion de Apendices Salida DS	18 Preparacion de Apendices Salida FG	19 Fecha entrega de comentarios de AID y MS	20