

PN-AAV-332

Best available copy -- annexes 8 - 10 missing

**ESTUDIO DE ORGANIZACIONES VOLUNTARIAS PRIVADAS
Y PROGRAMAS FILATERALES DE ASISTENCIA
CON ACTIVIDADES DE SALUD Y NUTRICION EN HONDURAS**

Presentado a: Director de la Misión
AID/Honduras
Embajada Americana
Tegucigalpa, Honduras

Atención: Oficial de Contratos
AID - 522-T-467

Por: Elizabeth M. Needham
Agosto, 1980

PREFACIO

Este estudio se llevó a cabo a solicitud de la Oficina de Planificación del Ministerio de Salud de Honduras y de la Oficina de Salud de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), de Honduras, bajo contrato No. 522-T-469.

Se espera que este estudio sea de utilidad para las agencias donantes que deseen financiar algunas de las actividades de salud o nutrición de las Organizaciones Voluntarias Privadas (OVPs) en Honduras; que sirva a las directivas del Ministerio de Salud para descubrir qué pueden aprender de las Organizaciones Voluntarias Privadas y a éstas esperamos que sirva para motivarlas a aumentar la coordinación y mejorar los esfuerzos orientados a responder a las necesidades de salud y nutrición de las áreas rurales de Honduras.

El informe en sí ha sido redactado en forma sumaria para facilitar la lectura, pero se incluyen una cantidad considerable de cuadros complementarios en los Anexos para aquellas personas interesadas en obtener más detalles.

El Contrato especificaba cuatro objetivos para este estudio:

1. Evaluar hasta qué punto las Organizaciones Voluntarias Privadas (OVPs) y los Programas Bilaterales de Asistencia (PBAs) con actividades de salud y nutrición cubren las necesidades de las áreas rurales de Honduras.
2. Determinar si las OVPs y los PBAs podrían apoyar más eficientemente los servicios de salud del Gobierno de Honduras y si fuera así, de qué forma.
3. Determinar si las OVPs y los PBAs que trabajan en salud y nutrición deberían y podrían aumentar su coordinación y la forma de hacerlo.
4. Evaluar hasta qué punto se podría aumentar sustancialmente el impacto de los programas de salud/nutrición de las OVPs con relativamente pequeñas inversiones de las posibles agencias.

A pesar de los objetivos tan amplios, el estudio estuvo limitado por el tiempo y los recursos disponibles. Sólo fueron posibles visitas cortas a cada agencia y aunque existió el deseo, no fue posible observar todos los proyectos en operación. Además, la selección sistemática de las agencias fue difícil debido a que no existía, al iniciarse el estudio, una lista completa de programas de las OVPs.

El estudio se llevó a cabo entre octubre de 1979 y mayo de 1980 (inclusive) y le tomó a la autora 7 meses completos de trabajo distribuidos así: un mes para iniciar la identificación de las agencias y diseñar el estudio y cuestionario, tres meses para la recolección de información y continuar con la identificación de las agencias y tres meses para analizar la información y preparar el informe final.

Se recorrió una distancia de 4,363 Kms. durante las visitas al campo de las Organizaciones Voluntarias Privadas que no tenían oficinas en las ciudades grandes como Tegucigalpa y San Pedro Sula y que estaban esparcidas por toda Honduras.

El estudio está basado en la información obtenida por medio de un cuestionario escrito (Anexo IX), de preguntas cerradas; y un Formato de Entrevistas (Anexo X). La información fue suministrada por representantes de las agencias. La autora no puede confirmar o negar la validez de la información conseguida. Sin embargo, se ha hecho todo esfuerzo posible para obtener información válida y confiable.

El objetivo original del trabajo contemplaba estudiar tanto las Organizaciones Voluntarias Privadas (OVPs) como los Programas Bilaterales de Asistencia (PBA). Sin embargo, se descubrió que sólo existen tres PBAs en Honduras dentro del Sector de Salud. Uno de ellos, del AID, sobrepasa los límites del presente estudio. Fue un descubrimiento sorprendente puesto que se suponía que había más programas. Por lo tanto, este estudio se concentra primordialmente en las OVPs y sólo contiene una pequeña descripción de los PBAs.

Este informe contiene una breve introducción que incluye una descripción de los métodos utilizados que fueron los tradicionales y directos. Le siguen cinco secciones sobre las OVPs. La primera es una breve descripción del alcance de los programas de las OVPs. Las cuatro secciones restantes sobre las OVPs tratan uno de los objetivos del estudio citado anteriormente. Cada una de estas secciones contiene resultados relacionados a la pregunta que se trata, asimismo, contiene conclusiones y recomendaciones de la autora. Completan el estudio una descripción de lo que existe a nivel de los PBAs y una sección de conclusiones generales y recomendaciones.

Quisiera extender mis más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que me dedicaron su tiempo para poder terminar este estudio.

Se extiende una especial muestra de agradecimiento a los representantes de las OVPs y de los PBAs que me permitieron entrevistarlos, asimismo, a todos los otros representantes de los Gobiernos Extranjeros en Honduras y a los Representantes de las Agencias Donantes quienes respondieron a la correspondencia relacionada con el estudio.

También quisiera agradecer a la señora Judith Stallman por ayudarme a localizar las agencias y a María Hamlin de Zúniga, quien me suministró la información relacionada con la coordinación de las OVPs en Guatemala.

Finalmente, quisiera agradecerle al inmenso número de personas del Ministerio de Salud que me dedicaron parte de su tiempo para discutir sus programas.

I N D I C E

| | <u>Página</u> |
|--|---------------|
| Prefacio | |
| TEXTO | |
| A. Introducción | 1 |
| B. Descripción General de las OVPs | 7 |
| C. Las OVPs y las Necesidades Nutricionales y de Salud del Campo en Honduras | 13 |
| D. Apoyo de las OVPs al Gobierno | 24 |
| E. Coordinación entre las OVPs y el Gobierno | 30 |
| F. Financiación de las OVPs por parte de las Agencias Donantes | 41 |
| G. Descripción de los PBAs | 48 |
| H. Conclusiones Generales y Recomendaciones | 50 |
| Bibliografía | |
| ANEXOS | |
| I. Lista de las Agencias incluidas y de las Agencias excluidas en el Universo de este Estudio. | |
| II. Cuadros Asociados con la Sección B (descripción de las OVPs). | |
| III. Cuadros Asociados con la Sección C (las OVPs y las Necesidades del Campo en Honduras). | |
| IV. Cuadros Asociados con la Sección D (apoyo de las OVPs al Gobierno). | |
| V. Cuadros Asociados con la Sección E (coordinación entre las OVPs y el GDH). | |
| VI. Cuadros Asociados con la Sección F (las OVPs y la financiación de las Agencias Donantes). | |
| VII. Panfleto con la descripción de las OVPs en Guatemala. | |
| VIII. Lista de los Servicios que proveen las OVPs de este Estudio. | |
| IX. Cuestionario | |
| X. Formato de la Entrevista | |

LISTA DE LAS ABREVIATURAS QUE SE USAN EN ESTE ESTUDIO

OVP - Organizaciones Voluntarias Privadas

PBA - Programas Bilaterales de Asistencia

MDS - Ministerio de Salud

GDH - Gobierno de Honduras

AID - Agencia para el Desarrollo Internacional

Sección A: Introducción

El objetivo de este estudio es desarrollar un perfil de las Organizaciones Voluntarias Privadas y de los Programas Bilaterales de Asistencia en relación a los componentes de salud y nutrición de Honduras. Este estudio podrá usarse para la toma de decisiones que afectan la relación entre las OVPs, los PBAs y el sistema de salud de Honduras.

Cada uno de los cuatro objetivos específicos de este estudio (que se mencionaban en el prefacio) es discutido en una sección aparte de este estudio a partir de la sección C. Ya que cada una de estas secciones comienza con una introducción alrededor del tema propuesto, dichos puntos no serán tratados aquí.

Estudios Anteriores

Parte del interés de este tema fue suscitado por los resultados de un estudio hecho en Guatemala sobre Organizaciones Voluntarias Privadas. Dicho estudio fue conducido por Charles y Geraldine Keaty en 1977 (Keaty, 1977). El estudio guatemalteco demostraba que las OVPs aumentaban considerablemente el impacto en los servicios de nutrición y de salud, aunque se conocía muy poco sobre ese impacto antes de la investigación.

En Honduras se ha descubierto que existe un vacío similar respecto a la información del impacto que tienen las OVPs dentro del Sector de Salud. Dos estudios previos sobre las OVPs habían sido realizados (Skelton, 1972; Stallman, 1978). Pero ninguno de estos dos estudios abordaba específicamente los componentes de salud y nutrición de las OVPs.

El estudio de Skelton se encuentra desactualizado y el estudio Stallman se limitaba a las OVPs hondureñas, por lo tanto, excluía muchas de las agencias grandes que trabajan en el sector de salud. Sin embargo, ambos estudios fueron muy útiles para identificar las OVPs y para suministrar la información preliminar.

El Centro de Información de Asistencia Técnica (TAICH) es una agencia ubicada en Nueva York y que acredita las OVPs norteamericanas, por lo tanto, mantiene una información del trabajo de dichas OVPs en varios países. Dos listas de este centro de información (TAICH 1975, 1976) fueron muy útiles para ubicar las OVPs en Honduras. Sin embargo, se debe anotar que la información provista por TAICH es información que dan las mismas y que además se limitan solamente a aquellas organizaciones norteamericanas.

Hasta este momento, ninguna agencia en Honduras, pública o privada, mantiene una información actualizada y comprensiva acerca de las OVPs. El Ministerio de Relaciones Interiores mantiene una lista de las OVPs que tienen personería jurídica, pero esta información solamente incluye el nombre de la agencia y la fecha en que se le otorgó su personería jurídica. El MDS quisiera mantener una lista de las OVPs que trabajan actualmente en el sector de salud, pero no tiene los recursos para hacerlo. Por lo tanto, este estudio provee una base para mantener una lista actualizada de las actividades de las OVPs en el sector de nutrición y salud.

El Ministerio de Relaciones Exteriores mantiene una lista de los Consulados y Embajadas en Honduras, lo que nos permitió identificar las agencias que probablemente mantenían Programas Bilaterales de Asistencia.

Como fuente adicional de información, la autora contactó la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA), una asociación innovadora y activa de programas de salud de OVPs en Guatemala. María Hamlin de Zúniga nos suministró la información sobre este grupo.

Métodos

Definiciones

El alcance del presente estudio o el universo del estudio, incluye las OVPs y los PBAs que tienen programas de salud y nutrición en Honduras.

Para los propósitos del estudio, una Organización Voluntaria Privada, se define como una organización filantrópica, sin ánimo de lucro, no oficial, que adquiere sus fondos de donaciones de parte del público en general o de servicios sin ánimo de lucro que ofrece al público (eg. servicios hospitalarios sin ánimo de lucro). Una OVP también puede obtener servicios voluntarios del público en general para el logro de sus actividades. Las organizaciones de investigación, universidades o instituciones educativas estructuradas parecidas no son consideradas como OVPs.

Un Programa Bilateral de Asistencia es aquél que tiene ayuda directa de un gobierno extranjero a otro país (en este caso, Honduras). Un programa no es considerado bilateral si los fondos están canalizados a través de una o más organizaciones (eg. si los fondos provenientes del Gobierno Francés para Honduras fuesen canalizados a través de la Organización Mundial para la Salud, esto no sería considerado como un programa de Asistencia Bilateral del Gobierno de Francia).

Se considera que una organización tiene un programa de nutrición o de salud si provee uno o más de los servicios descritos en la sección C 1 del cuestionario (ver Anexo IX). Las OVPs que tienen programas para la rehabilitación de drogadictos o alcohólicos y las OVPs que regularmente ayudan al Gobierno en programas de salud, como suministro de equipo, trabajo, medicinas, etc., han sido incluídas en este estudio.

Sin embargo, las OVPs que tienen orfanatos o ancianatos y aquellas que tienen producción de alimentos o de programas agrícolas pero que no tienen ninguno de los servicios mencionados en el párrafo anterior, han sido excluidas de este estudio.

Identificación de las OVPs y de los PBAs

La identificación de las OVPs con componentes en salud o nutrición se inició al comienzo de este estudio. Una búsqueda sistemática fue hecha a través de los pocos estudios realizados sobre las OVPs en Honduras (Skelton, 1972; Stallman, 1978; TAICH, 1975 y 1979), como punto de referencia a las organizaciones que podrían estar operando o suministrando fondos para programas de salud y nutrición. Cartas solicitando los nombres y las ubicaciones de OVPs adicionales pero relacionadas con la salud, fueron enviadas a nivel local, nacional e internacional incluyendo los voluntarios del Cuerpo de Paz en Honduras. Además se llevaron a cabo entrevistas personales con el personal de las OVPs que se conocían por haber vivido o trabajado en Honduras durante muchos años y que podrían servir para identificar otras OVPs.

Todas las Embajadas y Consulados presentes en Honduras (MRE, 1979) fueron contactados por correspondencia en un intento para identificar Programas Bilaterales de Asistencia involucrados en salud o nutrición.

Sin embargo, como muchos de los representantes no respondieron a la información solicitada, se contactó a los directores de las divisiones del Ministerio de Salud para lograr identificar los Programas Bilaterales de Asistencia que estuviesen operando en el país.

Un total de 236 Agencias* fueron revisadas durante el período del estudio. De éstas, 166 fueron eliminadas porque no correspondían a los criterios mencionados.

Finalmente, fueron seleccionadas sesenta y ocho OVPs y 2 PBAs (excluyendo AID). Cuarenta y ocho de estas agencias fueron encontradas antes de comenzar la recolección de los datos, las otras 22 fueron detectadas durante la obtención de los mismos (ver Anexo I, Cuadro 1).

Recolección de Datos

Los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario (ver Anexo IX). El cuestionario fue ensayado con 7 OVPs que tenían programas de nutrición y de salud en Honduras. Adicionalmente, se hicieron preguntas

* En este estudio la palabra "Agencia" se utiliza para describir cualquier organización que haya sido revisada, incluida o excluida del Universo que el Estudio estaba realizando.

abiertas a 49 (85.9%) de las agencias visitadas, usando un Formato de Entrevistas (ver Anexo X). El propósito de las preguntas adicionales era hacer más relevante la información obtenida por medio del cuestionario. Por falta de tiempo solamente se hicieron visitas de campo a aquellas agencias que no tenían oficina en Tegucigalpa o en San Pedro Sula. A excepción de dos OVPs, todas las agencias de donde se obtuvieron datos, fueron recolectados por visita* directa ya fuera en la oficina de la ciudad o en el campo.

Los cuestionarios fueron llenados por la autora en algunos casos, mientras que en otros fueron llenados por los representantes de las OVPs o PBAs. En dichos cuestionarios se utilizaron tanto versiones en inglés como en español.

Los datos fueron obtenidos del 95.8% de las OVPs y PBAs que tuviesen programas de salud o nutrición identificados previamente a la recolección de los datos y 50% de los datos fueron identificados durante la misma recolección; (ver Anexo I, Cuadro 2, donde aparecen en orden alfabético las listas de las agencias de donde se obtuvieron los datos y el Anexo VIII, muestra los servicios que ofrecen). Finalmente, 81.4% de las agencias en el universo escogido fueron incluidas en este estudio (ie. 55 OVPs y 2 PBAs).

Procesamiento de Datos

Los datos fueron procesados en un procesador WANG-VS. Después de codificar (actividad realizada por la autora), los datos fueron perforados y verificados. Los errores fueron identificados (y corregidos en lo posible) a través de repetidas verificaciones antes de que se realizara el análisis.

Una copia de los datos está en AID Honduras. Los nombres de las agencias han sido removidos de dicho archivo.

Métodos Estadísticos

Dado el universo tan pequeño del estudio, la autora decidió utilizar las técnicas estadísticas más sencillas que fueran adecuadas para realizar dicho análisis.

* Algunos cuestionarios se enviaron originalmente por correo, pero el ritmo de respuestas fue insatisfactorio. Por lo tanto, fue necesario hacer una visita directa a la mayoría de las agencias para obtener los datos que se habían solicitado por correspondencia.

En general, estadísticas descriptivas que incluían la distribución de frecuencias (conteo de clase), intercambio de tabulaciones (clasificación de doble vía) y un promedio (media), fueron también empleados. Los promedios deben ser utilizados con especial cautela ya que dada la gran variación los promedios no son especialmente "típicos".

Basados en los datos del cuestionario, se crearon diferentes variables para cada agencia. Estos incluían totales y escalas compuestas que fueron usadas para obtener varias respuestas combinadas. Las escalas están descritas en el Anexo V, Cuadros 2-4 y en el Anexo VI, Cuadro 3. Estas nuevas variables están incluidas en cada uno de los datos archivados de cada agencia.

Para poder evaluar la relación entre ciertas variables claves (incluyendo la bondad del programa y el interés en la coordinación) y algunas otras variables, se utilizaron tablas de contingencia de dos por dos, utilizando además el factor estadístico de Chi-cuadrado (X^2). Este método (Mendenhall, 1966) muestra la hipótesis negativa que las dos variables de la clasificación comparada no se relacionan (ie. la probabilidad condicional de A dado B es la misma que la probabilidad de A). No se utilizó ninguna otra estadística inferencial.

Limitaciones de los datos

Como muchas de las secciones en los cuestionarios no aplicaban a ninguna agencia en particular, fue común encontrar respuestas en blanco. Se tuvo mucho cuidado para distinguir entre verdaderos valores ausentes y respuestas que no se aplicaban a ninguna o a la mayoría de las preguntas. Los cuadros en los anexos nos demuestran que hay una escala de respuestas individuales cuando estas son relevantes.

Tres agencias: la Cámara Junior, el Club Rotario y el Club de Leones tienen más de treinta subagencias en Honduras. Como no se podía obtener información comprensiva de los proyectos de salud y nutrición que cada una de estas subagencias ejecutaba, los datos de estas 3 OVPs, en particular, están incompletos.

Adicionalmente, otras dos OVPs* que tienen dos o 3 proyectos en salud o nutrición en diferentes lugares de Honduras, solamente suministraron datos que se relacionaban con uno de sus proyectos. Por falta de tiempo la autora no pudo obtener más información adicional de los otros programas de estas dos agencias en particular.

* La Federación Hondureña de Mujeres Campesinas (FEHMUC) y la Misión Agrícola y Desarrollo de la Iglesia Moravia (MADIM).

Se encuentran OVPs que asisten a los refugiados pero la información específica de estas agencias no se pudo obtener porque dichas agencias no se encontraban involucradas en ninguna actividad de asistencia a refugiados mientras se hizo este Estudio.

Muchas de estas OVPs dependen de las actividad voluntaria para complementar los recursos humanos que no poseen para el desarrollo de sus programas de nutrición y salud. Sin embargo, en términos generales los voluntarios adiestrados por estas organizaciones fueron incluidos como parte de su personal, mientras que el personal no entrenado no fue considerado como tal. Las OVPs de este estudio utilizan aproximadamente 6,000 voluntarios no entrenados en la totalidad de sus programas.

Sección B: Descripción General de las OVPs

Esta sección del estudio ofrece una visión descriptiva general de las OVPs en Honduras. Los tópicos revisados incluyen: la distribución geográfica de las OVPs; alcance de los presupuestos de las OVPs y las fuentes de financiación de los programas; número de personas a tiempo completo; los servicios que ofrecen; la audiencia objetivo de estas organizaciones; su afiliación religiosa y el tiempo que llevan funcionando esos programas.

Algunas otras características incluyen aspectos como, interés en la coordinación, nivel de participación comunitaria y apoyo que se ofrece al Gobierno de Honduras, se describen en la sección subsiguiente cuando se tratan cada uno de esos apartes.

Distribución Geográfica de la Localización de las OVPs

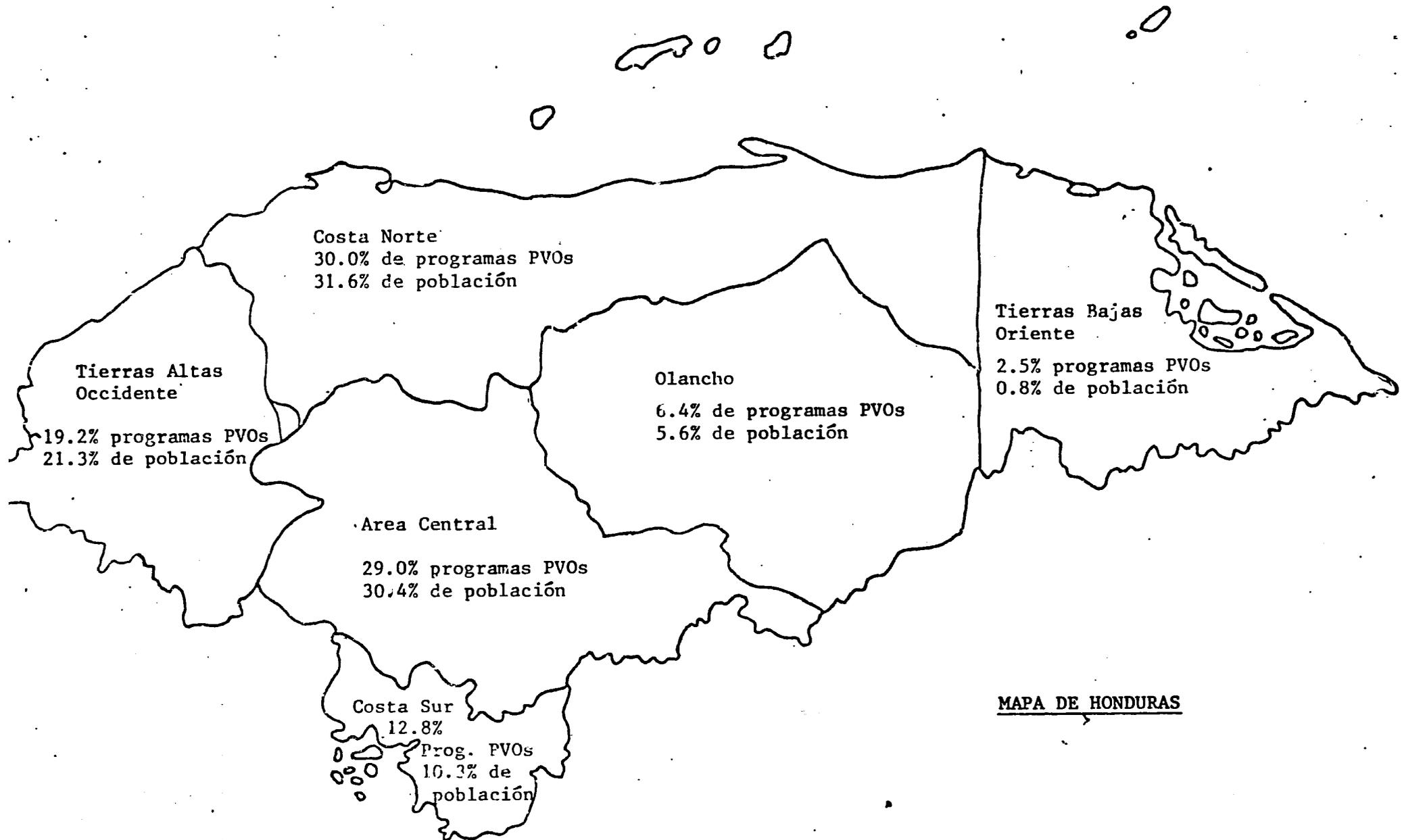
Como se puede ver en el mapa de la página siguiente, la distribución de los programas nutricionales y de salud de las OVPs es razonablemente equitativo con respecto a la población, por lo menos en lo que se puede apreciar geográficamente. Esta es una situación diferente a la que se encontró en Guatemala en 1977 donde se puso de relieve que las OVPs de ese país tenían inclinación a trabajar en las áreas donde el clima era más agradable. (Keaty, 1977)

Sin embargo, se debe anotar que la medida de la actividad de las OVPs que se utilizó en este estudio (presencia o ausencia de algunos programas por departamento) es relativamente pobre. En la Sección C, la distribución de Hospitales, Clínicas y Centros de Distribución de Alimentos se compara a la población y se descubre que es significativamente diferente a nivel departamental.

Monto de los Presupuestos

Las OVPs en Honduras hacen una contribución sustancial a los recursos de servicios de salud del país: más de \$8.00 millones de dólares han de ser usados en los programas nutricionales y de salud durante el actual año fiscal; y en la medida en que las OVPs deseen expandir y/o extender sus programas, este monto será sin duda alguna aumentado en el futuro.

Distribución de Programas PVOs de Salud y Nutrición y Población por Area Geográfica



MAPA DE HONDURAS

Más aún, ya que sólo 41 de las OVPs suministraron información acerca del tamaño de sus presupuestos utilizados en los programas de salud, la suma de \$8.00 millones no representa el total de la inversión de las OVPs en el Sector de Salud.

El tamaño del presupuesto de salud/nutrición de las OVPs varía considerablemente ya que cinco agencias no tienen presupuesto para el año fiscal 1980 mientras que 3 de las OVPs gastarán más de un millón en sus programas de salud y nutrición de este año. Puesto que el presupuesto total del Ministerio de Salud alcanza a US\$72.00 millones, se puede concluir que la contribución que hacen las OVPs al Sector de Salud es considerable y hasta cierto punto una contribución del 12.9% del total del presupuesto del Ministerio.

El tamaño del Presupuesto parece influenciar algunas de las características de los programas. Por ejemplo, las OVPs con programas 'apropiados' (ver Sección F) y aquellos que parecen estar interesados en la coordinación tanto del Gobierno como de las agencias que gozan de presupuestos mayores que otras OVPs.

Fuentes de Financiación

De las OVPs del estudio, 12 recibieron fondos enteramente de Honduras, 26 recibieron fondos exclusivamente de países extranjeros y las 17 restantes recibieron fondos de Honduras y fuentes extranjeras combinadas (ver Anexo II, Cuadro 4). Dentro del grupo de las OVPs que recibe fondos del exterior, 60% obtiene fondos de los Estados Unidos, 36.3% de Europa, 29.0% de Canadá y 10.9% de otros países, tales como Australia, Nueva Zelanda y Japón.

La fuente de financiación de las OVPs es un rasgo interesante puesto que las OVPs que reciben fondos de algunos países parecen estar significativamente más interesadas en la coordinación y/o en tener programas más apropiados que aquellas OVPs que tenían financiación de otras fuentes. (Ver Secciones E y F).

Las agencias que reciben todos sus fondos de fuentes hondureñas representan solamente una pequeña proporción del Presupuesto total (4.4%), lo que indica que la mayoría de los fondos de las OVPs son de fuentes extranjeras.

Personal de las OVPs

Las OVPs enrolan un gran número de profesionales y paraprofesionales en sus programas de nutrición o salud. Estos incluyen 42 Enfermeras

Registradas, 31 Doctores, 4 Nutricionistas, 64 Auxiliares de Enfermería, 43 Administradores y muchos otros tipos de personal, cuyo total es de 649 empleados en salud (ver Anexo II, Cuadro 2).

Aunque son pocas las OVPs que orientan sus programas alrededor de la "actividad voluntaria" y no emplean personal relacionado con la salud, sin embargo, hay cuatro agencias grandes que tiene cada una más de 40 miembros en su personal de tiempo completo.

Muy pocos Doctores y Enfermeras Registradas fueron encontrados fuera de estas agencias (OVPs) que no tienen facilidades clínicas ambulatorias y/o de hospital y que mucho personal profesional se encuentra más bien involucrado en actividades curativas más que en actividades preventivas y de educación.

La afiliación religiosa presenta un patrón interesante dentro de las OVPs en la manera de obtener su personal, en el sentido de que las agencias 'seculares' tienden a emplear más Nutricionistas, Educadores en Salud, Coordinadores de Campo y Supervisores de Campo que las OVPs estrictamente religiosas. Estas, por el contrario, emplean más Doctores, Enfermeras, Técnicos de Laboratorio y Rayos-X, Distribuidores de Alimentos y Administradores (ver Anexo II, Cuadro 2).

Programas de las Organizaciones Voluntarias Privadas

Los tipos de servicios suministrados por cada OVP en este estudio están detallados en el Anexo VIII.

Los servicios más comunes son Educación en Salud (65% de las OVPs), Programas de Letrinas (45%), Distribución de Alimentos (45%), Servicios Clínicos Ambulatorios (42%) y Cuidados de Salud (40%).

Otros servicios comunes incluyen los programas de Agua (38%), Entrenamiento de Personal de Salud (33%), Ayuda a los Refugiados (33%), Rehabilitación Nutricional (29%), Entrenamiento de Personal de Salud a nivel comunal (27.3%) y Planificación Familiar (24%).

Los servicios poco comunes incluyen: Control de Vectores (5%), Hospitales (7%), Servicios de Rayos-X y Laboratorio (10 y 18% respectivamente) y programas de inmunización (16%). Ver Anexo II, Cuadro 1.

Las OVPs en Honduras operan 44 locales con facilidades clínicas ambulatorias dentro de 14 Departamentos. Manejan 4 hospitales, que a pesar de su poca capacidad para atender pacientes (174 camas en total), pueden ofrecer, sin embargo, una amplia gama de servicios generales. Adicionalmente, una OVP en Cortés* maneja un centro de rehabilitación nutricional para niños con capacidad para 60 camas.

* Los centros de rehabilitación nutricional que tienen locales residenciales no han sido incluidos en este informe como locales hospitalarios.

Grupo Objetivo

Muchas de las OVPs en el Estudio aparentemente no sabían cuántas personas se benefician directamente de sus programas de nutrición o salud. Más aún, muchos de los programas eran diseñados para servir a una gran parte de la población: el 62% de los programas benefician niños de todas las edades y el 55% benefician a adultos, mientras que el 64% están diseñados para beneficiar a las clases menos favorecidas y el 55% a las madres embarazadas o lactantes.

La Afiliación Religiosa de las OVPs

De las 55 OVPs encuestadas, 29 son religiosas (17 Protestantes, 8 Católicas Romanas y 4 pertenecen a otras religiones) y 26 son seculares. La afiliación religiosa tiene aparentemente algún efecto en el tipo de servicio que ofrece, en la estructuración interna, en el presupuesto y cantidad de servicios que ofrecen. (Ver Anexo II, Cuadros 1, 2 y 3). De las OVPs incluídas en el Estudio, las agencias seculares tienen un mayor número de nutricionistas, educadores de salud, coordinadores de campo y supervisores que las agencias religiosas. Las agencias seculares también tienen una tendencia a trabajar en más departamentos que las agencias con afiliación religiosa, benefician a más personas (por su propia cuenta), dan más consultas de planificación familiar mensualmente y gastan un porcentaje más alto de su presupuesto total en salud y nutrición. Sin embargo, las OVPs con afiliación religiosa emplean más Enfermeras Registradas, Médicos, Auxiliares de Enfermería Técnicos de Laboratorio y Rayos-X y Distribuidores de Alimentos que las OVPs seculares. Ellos administran los 4 hospitales que están en manos de las OVPs y la mayoría de las clínicas de pacientes externos de las OVPs que normalmente tienden a ser más frecuentadas que las clínicas no religiosas en manos de las OVPs.

Edad de los Programas de las OVPs

La mayoría de las OVPs estudiadas (54.5%) empezaron sus programas de nutrición infantil en Honduras durante la última década, aunque el más viejo de los programas comenzó en 1937. Este año se iniciaron cuatro programas. Muchas de las agencias empezaron otras actividades antes que comenzaran a implementar sus programas de nutrición y salud; algunas OVPs han permanecido en Honduras más de 80 años.

Por lo tanto, aunque la edad promedio de los programas de salud y nutrición es solamente de 11 años, el promedio de las edades de las agencias es de 19 años.

La edad de los programas no parecía estar claramente relacionada al interés en la coordinación o en considerar la validez general de los programas.

La totalidad de las OVPs encuestadas (55) desean continuar sus programas en forma indefinida.

.Sección C: Las OVPs y las Necesidades de Nutrición y
Salud del Campo en Honduras

El objetivo de esta Sección es evaluar hasta dónde las OVPs logran responder a las necesidades de nutrición y de salud del campo en Honduras.

Los factores que deben ser considerados incluyen: la ubicación de los programas, el costo de los servicios, la productividad de los programas, el tipo de servicios, el alcance de la participación comunitaria y el nivel de prioridad de los programas de salud. En general, se encontró que mientras que las OVPs están realizando muchas actividades que responden a las necesidades del campo en Honduras, sin embargo, se podrían hacer cambios específicos que maximizaran su impacto.

La decisión de evaluar las necesidades del área rural de Honduras más que la de Honduras en sí misma fue hecha por AID cuando se definió el alcance de este trabajo. Esto no implica que los programas nutricionales y de salud urbanos son inapropiados. Sin embargo, es un hecho que las poblaciones urbanas generalmente tienen mayor acceso a los servicios de salud que sus contrapartidas rurales y por lo tanto, sería más apropiado que las OVPs establecieran sus programas nutricionales y de salud en el campo, más que en la urbe.

Definición de "rural"

Las definiciones de "urbano y rural" que se usaron en el último Censo Nacional de Honduras han sido utilizadas, donde era apropiado, en el curso de este estudio:

Áreas urbanas

Estas se definen como las áreas que tienen una población de 2.000 habitantes o más y que tienen las siguientes características:

- a) suministro de agua de tubería;
- b) comunicación por tierra (carretera o riel) o transporte aéreo o marítimo regular;
- c) escuela primaria (hasta 6º grado);

- d) servicios de correo o telégrafo y por lo menos uno de los servicios siguientes: luz eléctrica, alcantarillado o centro de salud.

Los lugares que tienen una población dispersa y que no pueden ser categorizados como áreas 'urbanas' de acuerdo a los criterios mencionados, son considerados como 'rurales'.

Necesidades de Nutrición y Salud de las Areas Rurales de Honduras

Claramente, para poder servir apropiadamente a la población rural, los servicios de salud deben estar situados en áreas rurales, particularmente en aquellas áreas que están particularmente menos servidas en lo que respecta al cuidado de la salud.

Además de estar físicamente asequibles, los servicios de salud deben estar dentro del alcance financiero de la gente del campo. Dado que el ingreso anual en el campo es de aproximadamente \$590 (estas cifras son de 1968 con un aumento de inflación del 5.0% anual)*, los precios de medicinas y consultas deben ser mínimos si aquellos que los necesitan no están en capacidad de pagar estos servicios.

Honduras, como la mayoría de las Naciones en Vías de Desarrollo, está incapacitada financieramente para mantener sistemas de salud sofisticados y caros, por lo tanto, los servicios de salud deben ser productivos y de efectividad al costo.

Muchas de las enfermedades prevalentes en Honduras y que contribuyen al alto índice de mortalidad infantil son relativamente previsibles o fácilmente curables; son curables si son tratados en los estadios tempranos (eg. enfermedades diarreicas, infecciones parasitarias y muchas enfermedades respiratorias).

Para combatir estas enfermedades son necesarios los servicios de salud que tienen énfasis en las formas preventivas, tales como programas de inmunización, educación en salud, construcción de letrinas y el desarrollo de sistemas de agua pura. Adicionalmente se requieren programas que aumenten la extensión y penetración de servicios a las áreas rurales aumentando el recurso humano a nivel de las aldeas. Por lo tanto, son importantes los programas que incorporan el entrenamiento y supervisión de las parteras empíricas, de los trabajadores en salud y de los paramédicos.

* Los cálculos son de la Secretaría Técnica de Consejo Superior de Planificación Económica, basados en la investigación del Ingreso Familiar y sus Gastos 1967-68.

El significado de la importancia de la participación comunitaria en la implementación exitosa de los programas de salud rural ha sido mencionado por muchos profesionales de salud en países en vías de desarrollo. Se necesitan programas que estimulen la confianza de la gente en sí misma y aumenten la autoayuda en la superación de los problemas de salud.

La desnutrición está muy repandida en Honduras y particularmente afecta a los niños. Se estima que el 70% de los niños hondureños sufren de algún grado de desnutrición (MDS, 1978). Sin embargo, las causas de la desnutrición no están limitadas al sector de salud solamente. Para poder resolver estos problemas, se necesitan programas que aumenten la producción alimenticia y el crecimiento económico, ya que los programas de distribución de alimentos son en sí mismos una medida paliativa. Puesto que tanto programas de producción de alimentos y de aumento en el ingreso se escapan a los objetivos de este estudio, el grado de consideración que las OVPs están realizando respecto al problema de la desnutrición será evaluado en la medida en que los programas de distribución de alimentos se encuentren involucrados en la educación en salud y en la rehabilitación nutricional.

Para resumir, los programas con las siguientes características son considerados por la autora como aquellos que responden a las necesidades del campo de Honduras:

1. Los programas situados en el área rural, particularmente las áreas que están mal servidas en lo que respecta al cuidado en salud;
2. que se encuentren dentro del alcance económico de las clases menos favorecidas;
3. con una gran productividad y costo-beneficio adecuado;
4. con énfasis en los cuidados de prevención en salud, i.e. inmunización, educación en salud, construcción de letrinas y agua potable;
5. programas con capacidad de implementar el entrenamiento y supervisión de parteras empíricas, personal de salud y paramédicos;
6. programas que incorporen un nivel alto de participación comunitaria durante la planificación de los programas, la implementación y la evaluación; y
7. programas que traten el problema de la desnutrición no solamente a nivel de la distribución de alimentos sino también de la rehabilitación nutricional y de la educación en salud.

En general, estas conclusiones están de acuerdo con aquellas expresadas en la literatura relacionada a los programas de salud que se llevan a cabo en los países en vías de desarrollo. (King, 1966; Arole, 1975; y Bryant, 1969).

¿Responden las OVPs a las necesidades?

Localización de los Programas

Las 55 OVPs encuestadas tienen programas de salud/nutrición en 203 sitios departamentales diferentes¹ que se encuentran dispersos por toda Honduras. El Anexo III, Cuadro 1, compara la distribución de los sitios de las OVPs con la población² rural de Honduras por Departamento. Los departamentos de Francisco Morazán, Gracias a Dios y Comayagua tienen más sitios de OVPs que los esperados, si se considera que deberían estar distribuidos equitativamente de acuerdo a la población rural. Sin embargo, Santa Bárbara, Lempira y El Paraíso parece que están infraservidos por las OVPs del estudio.

Una comparación de la distribución de los centros de distribución de alimentos de las OVPs y la población rural (ver Anexo III, Cuadro 1) indica que los Departamentos de Yoro, Gracias a Dios y las Islas de la Bahía, tienen una "caída" observable de los centros de distribución de alimentos en proporción a la población rural; Ocotepeque, Olancho, Intibucá y Valle, sin embargo, parecen tener más centros de distribución de alimentos en proporción a la población rural. Sin embargo, se debe tomar en consideración que Olancho tiene una densidad de población muy baja (aproximadamente 8.8 personas por Km²); por lo tanto, la facilidad es decir, la relación de población debe ser considerada más alta que el promedio en proporción a la densidad de la población.

Se hizo también una comparación sobre el equilibrio en la distribución de las clínicas ambulatorias del MDS con respecto a la población rural (ver Anexo III, Cuadro 2). Aunque las clínicas del MDS no están distribuidas equitativamente con respecto a la población rural, en general los locales del Gobierno parecen estar ligeramente mejor distribuidos que los de las OVPs y que los Centros de Distribución de alimentos discutidos anteriormente.

-
1. Si una OVP tiene cualquier programa en un Departamento, este es considerado como un sitio departamental.
 2. Todos los datos de población son proyecciones para el 30 de junio de 1981, (GCB, 1977).

Para determinar si los hospitales de las OVPs, las clínicas y los centros de distribución de alimentos de las OVPs están localizados equitativamente con respecto a la población¹, el número de tales locales en cada departamento (valor observado) fue comparado con el número que debería ser encontrado si los locales estuviesen distribuidos exactamente en proporción a la población (valor esperado). (Ver Anexo III, Cuadros 3.1 a 3.4).

Las clínicas del MDS están distribuidas en forma diferente de la población urbana hondureña (X^2 , $P = .001$). Las áreas mal atendidas incluyen Francisco Morazán (63% de las clínicas esperadas), Yoro 61% y Atlántida (62%). Sin embargo, Francisco Morazán tiene varios hospitales con facilidades de atención externa y éstas en alguna medida compensan por su falta de facilidades clínicas adicionales. A la inversa, los departamentos de Lempira (154%) y La Paz (224%) tienen más clínicas de las que uno esperaría, cuando se compara con el resto de Honduras. Las OVPs disminuyen el porcentaje promedio entre la diferencia observada y la distribución esperada de las clínicas del 37 al 34%. (Ver Anexo III, Cuadro 3.1)

Los hospitales del GDH están distribuidos diferentemente de la población de Honduras. Como se podría esperar, Francisco Morazán tiene la proporción más alta de hospitales a la población que los demás Departamentos de Honduras (176% de los hospitales esperados). La capital tiene varios hospitales especializados mientras que los departamentos de Colón (508%) y Atlántida (182%) también parecen estar sobreservidos por los hospitales, mientras que 6 departamentos de Honduras no tienen ningún servicio hospitalario.

La presencia de las OVPs en el área hospitalaria aumentó el promedio de diferencia entre lo observado y la distribución esperada de los Hospitales del 78.9% a 81.8% (ver Anexo III, Cuadro 3.2).

Los Centros de Distribución de Alimentos (tanto los del GDH como los de las OVPs) están menos equitativamente distribuidos que las clínicas pero mejor distribuidos que los hospitales por población (X^2 , $P = .001$). Los departamentos que están notablemente mejor servidos por los Centros de Distribución de Alimentos son: Atlántida (608%), Ocotepeque (229%) y Valle (215%), mientras que aquellos que están notablemente infraservidos son Cortés, Gracias a Dios y las Islas de la Bahía.

Costo de los Servicios

De las 55 OVPs del estudio, 23 proveen servicios clínicos ambulatorios y/o de hospital.

1. La población rural y urbana combinadas.

Colectivamente, hay 5 tarifas diferentes para medicinas y 4 tarifas para consultas clínicas (ver Anexo III, Cuadro 4).

La mayoría de las OVPs proveen medicinas gratis y exigen una pequeña tarifa de consultas o viceversa. De las 14 OVPs que tienen tarifa para consultas, 5 cobran una tarifa fija de L. 5.00 o menos (generalmente menos) y las 9 restantes tienen una escala diferenciada en las tarifas; estas son calculadas de acuerdo a las circunstancias económicas de los individuos y/o del número y tipo de servicios que se incluyen en la consulta, tales como exámenes de laboratorio/Rayos-X.

En todos los casos, los precios cobrados por las OVPs son considerablemente menores que aquellos que cobran en los hospitales privados y clínicas y casi todas las OVPs prevén un margen que permite un acceso mayor a las clases menos favorecidas.

Productividad de los Programas

La productividad de los servicios de nutrición/salud de las OVPs es una variable difícil de medir por la diversidad del tamaño de los programas, por el abanico de servicios de salud que ofrecen y las limitaciones de los datos disponibles. Sin embargo, la autora intentará proveer algunos cálculos básicos de la productividad correlacionando la capacidad y servicios de los Hospitales, Clínicas y Centros de Distribución de Alimentos de las OVPs comparándolas con los locales del Gobierno.

El Anexo III, Cuadro 5, muestra que los hospitales de las OVPs tienden a ser más pequeños que los hospitales gubernamentales. Aunque las OVPs aumentan el total de los hospitales en Honduras por el 21.1%, el aumento de camas hospitalarias fue solamente de 5.2%. Sin embargo, los hospitales de las OVPs admiten aproximadamente cuatro veces el número de pacientes por cama de lo que admiten los hospitales del Gobierno - ver Anexo III, Cuadro 6. Aunque los hospitales de las OVPs tienen una rotación de pacientes mucho mayor que los del Gobierno, sin embargo, hay que anotar que el Gobierno mantiene varios locales para pacientes crónicos (de estadía más prolongada); tales hospitales admiten generalmente y dan de alta a un número menos voluminoso de pacientes que los centros que atienden pacientes severamente enfermos.

En promedio, los servicios ambulatorios de las OVPs son lo mismo que el número de consultas mensuales que ofrecen los centros de salud del MDS (ver Anexo III, Cuadro 6). Y esto a pesar de que el número promedio de consultas por facilidad por días es sólo de 20 casos. Parecería, por lo tanto, que hay un mayor número de clínicas que no están muy ocupadas. Las OVPs proveen más consultas de Planificación Familiar mensualmente que los servicios del MDS* y hacen mucho más "contactos nutricionales" aunque

* Notar que las estadísticas de Planificación Familiar no fueron reportadas por 4 de las 13 OVPs que ofrecen servicios de Planificación Familiar. Las estadísticas de Planificación Familiar del GDH se cree que están subreportadas.

el número de contactos de nutrición por Centros de Distribución de alimentos de las OVPs es menor que aquellos de los centros del MDS (ver Anexo III, Cuadro 6).

El costo-beneficio de los programas de nutrición/salud de las OVPs solamente puede ser aproximado porque un cálculo detallado del costo-beneficio se escapa al alcance de este estudio. Se aproximará una comparación entre los patrones de personal del MDS y de las OVPs por gasto, sin embargo, es solamente un indicador crudo de lo que es el costo-beneficio.

Según está indicado en el Anexo III, Cuadro 7, el MDS parece utilizar menos Doctores y Enfermeras Graduadas pero más Auxiliares de Enfermería por unidad de servicio* que las OVPs. El aumento de paraprofesionales comparado con los empleados profesionales, que es practicado por el MDS parecería una metodología apropiada en términos de costo-beneficio cuando se aplica en Honduras. El uso extensivo de Médicos y Enfermeras Graduadas practicado por las OVPs, es una forma costosa para implementar programas de nutrición y salud. En el Anexo II, Cuadro 8, se muestra que hay menos Doctores y Enfermeras Graduadas trabajando para aquellas OVPs que no tienen hospital o facilides clínicas. Esto indica que mucho personal profesional parece estar extensamente involucrado en cuidados curativos que podrían ser en gran parte asumidos por un personal menos calificado (y menos costoso).

Las OVPs gastan en promedio \$12.35 por año por beneficiario comparado con el \$27.06 por beneficiario gastado por el MDS. (Ver Anexo III, Cuadro 9).

Enfasis Preventivo

Tres de los seis servicios más comunes provistos por las OVPs son de naturaleza preventiva. Estos incluyen Educación en Salud, Programas de Letrinas y Programas de Agua. Más aún, los hospitales están entre los dos programas menos comunes. De las OVPs del estudio, 65.4% tienen un componente de educación en salud en sus programas de salud o nutrición. Este es el elemento más común encontrado en los programas. La popularidad de este servicio puede ser influenciada por el hecho de que puede ser implementada a un bajo costo de las OVPs que tienen un presupuesto bajo o no tienen ninguno.

Con todo, los programas de inmunización son llevados a cabo por sólo 16.3% de las OVPs a pesar que muchos de ellos (41.8%) tienen ya sea servicios clínicos u hospitalarios.

* Una unidad de servicio es igual a ya sea una cama de hospital o a una facilidad clínica.

En preguntas abiertas que fueron hechas a 49 de las 55 OVPs del estudio, sobre sus planes futuros, no indicaron una variación hacia la adopción de medicina preventiva. Aunque varios de los representantes entrevistados indicaron que los planes de sus organizaciones eran implementar educación en salud o programas de adiestramiento en el futuro, muchas de las OVPs están interesadas en reforzar o establecer servicios curativos de salud.

El Adiestramiento del Personal en Salud

Quince (27.3%) de las 55 OVPs del estudio adiestran personal a nivel de la base (VHW/Guardianes de Salud/Paramédicos). El promedio mínimo de adiestramiento que este personal recibe es aproximadamente el mismo que entrega el MDS a la misma categoría de adiestrado; sin embargo, en promedio, los Guardianes de Salud (VHW) son preparados durante un período más largo que los Guardianes de Salud (VHW) del Gobierno. Ver Anexo III, Cuadro 10. La regularidad con que las OVPs supervisan los empleados de salud que ellos entrenan varía de 0 a 30 veces por año. Muchos de los Guardianes de Salud (VHW), sin embargo, reciben supervisión una vez al mes; supervisión que es hecha a veces en forma directa o bajo la marcha del trabajo pero muchas veces a través de reuniones con los adiestrado en donde se discute la marcha del trabajo y se evalúa el mismo.

Casi un tercio de las OVPs entrenan otro tipo de trabajadores en salud. Sin embargo, muchos de estos, incluyendo enfermeras auxiliares, son adiestrados básicamente para trabajo hospitalario y parecen tener muy poca o ninguna experiencia en los centros rurales de salud.

Solamente un 10.0% de las OVPs demostraban estar involucradas en el entrenamiento de Parteras Empíricas; una cifra menor (7.3%) entrenaba representantes de salud, aunque el 45.4% de las OVPs están involucradas en la Construcción de Letrinas y el 38.1% en el Proyecto de Desarrollo de Agua Potable. El Promedio de tiempo de adiestramiento otorgado por las OVPs a las Parteras Empíricas es más o menos aquella cantidad de tiempo que les da el MDS - es decir, aproximadamente una semana. Los Representantes de Salud de las OVPs reciben un adiestramiento tres veces mayor que las contrapartidas del Gobierno*. (Ver Anexo III, Cuadro 10).

Participación Comunitaria

De las OVPs entrevistadas, un 9.1% parece tener un nivel muy alto de participación comunitaria en sus programas de salud y nutrición; es decir que los miembros de la comunidad están involucrados en la planeación, evaluación y distribución de fondos para proyectos de nutrición y salud,

* No se encuentran disponibles los datos sobre la supervisión de personal en salud además de los datos de los mismos Guardianes de Salud.

la discusión de problemas de salud y la selección de personal de salud. De las mismas OVPs entrevistadas, 52.8% tienen alguna participación comunitaria en sus programas de salud/nutrición. El resto no involucra miembros de la comunidad en ninguna de las actividades mencionadas, o no tenía información de la participación de la comunidad en sus programas.

Un número considerable de las OVPs discuten los problemas nutricionales y de salud con los miembros de la comunidad pero en unos pocos programas hay una participación comunitaria cuando se trata de distribución de fondos en los proyectos de salud y nutrición.

Más OVPs se dedican al planeamiento de los proyectos de salud con la comunidad que a su evaluación. Alrededor de un tercio de las OVPs del estudio seleccionan su personal de salud que trabajan con ellos junto con los miembros de la comunidad. (Ver Anexo III, Cuadro 11).

La afiliación religiosa no parece influir en la capacidad de las OVPs para involucrar miembros de la comunidad en los programas de salud y nutrición, con la excepción de las discusiones de los problemas de salud: las agencias seculares parecen tener significativamente más discusiones sobre los problemas de salud con la comunidad que las OVPs con afiliación religiosa. (X^2P .05) (Ver Anexo VI, Cuadro 4A).

Acercamiento a la Desnutrición

Un total de 25 de las 55 OVPs encuestadas tienen programas de distribución de alimentos: estos programas varían en tamaño de varios cientos de centros de distribución a muy pocos centros (uno o dos).

Aparentemente no hay ninguna relación significativa entre la distribución de comida y la educación en salud, por lo menos con respecto a aquellas agencias encuestadas: aunque el 68.0% de las OVPs involucraba distribución de alimentos, tienen programas de educación en salud pero también tienen un porcentaje comparable de agencias que no tienen programas de distribución de alimentos (ver Anexo III, Cuadro 12).

Aparentemente sí hay una relación entre las agencias que distribuyen comida y aquellas que tienen programas de Rehabilitación Nutricional. Cerca de la mitad de las OVPs que distribuyen alimentos combinan estos programas con los de rehabilitación nutricional.

Conclusiones

¿Qué pueden hacer mejor las OVPs?

De acuerdo a los criterios establecidos en este estudio, las OVPs aparentemente están respondiendo a las necesidades rurales de Honduras de una manera muy satisfactoria. Ellas proveen servicios de salud a bajo costo que probablemente se encuentran dentro del alcance financiero de la mayoría de la gente rural y normalmente son de un estándar alto. La productividad de las OVPs demuestra una tendencia comparable a aquella de la del MDS. Adicionalmente, las OVPs que normalmente adiestran personal paramédico ofrecen cursos de adiestramiento más extensos que aquellos que ofrece el MDS y tienen un seguimiento de los mismos mucho más regular. La distribución de las clínicas de las OVPs se encontró satisfactoria, más aún en la medida en que se encuentran equitativamente distribuidas con respecto a la población necesitada.

¿Qué es lo que las OVPs pueden hacer relativamente bien?

En otros aspectos las OVPs parecen estar respondiendo adecuadamente a las necesidades de Honduras. Por ejemplo, los niveles de participación comunitaria podrían ser mejorados: casi la tercera parte de las OVPs del estudio no reportaron ninguna participación comunitaria. La medicina preventiva también parece estar ligeramente olvidada por muchas organizaciones. Serían de mucha utilidad más programas que puedan incluir servicios de inmunización y el desarrollo de fuentes de agua pura.

El número de las OVPs involucradas en programas de adiestramiento, especialmente aquellos programas que adiestran a las parteras empíricas y a los voluntarios de salud es muy bajo. Esto se debe en parte al hecho de que algunas de las OVPs carecen de recursos para implementar los programas de adiestramiento. Sin embargo, algunas agencias con algunos programas exitosos de adiestramiento de personal de salud tienen muy pocos recursos financieros y humanos, lo que indica que tal vez mucho se puede lograr en programas de salud rural sin grandes presupuestos. Más aún, gran parte del personal calificado de las OVPs parece que gasta una gran cantidad de su tiempo trabajando en programas curativos; quizá parte de este tiempo se podría utilizar mejor en programas de adiestramiento para otros trabajadores de salud.

La ubicación de los programas de las OVPs en relación a la población rural de Honduras está básicamente bien distribuida en la mayoría de las áreas, aunque hay sus excepciones.

El alcance de este trabajo no nos permite determinar qué intervenciones se han hecho para combatir la desnutrición por parte de las OVPs que se encuentran fuera del sector de salud. Dentro del sector de salud es evidente que un número notorio de las OVPs trata el problema de la desnutrición solamente a través de la distribución de alimentos. Esta es una solución temporal para un problema crónico. Desanima un poco encontrar que más del 25% de las OVPs que distribuyen alimentos no están involucradas en educación en salud. Los programas de rehabilitación nutricional son implementados por menos de la mitad de las OVPs que distribuyen alimentos.

Lo que podrían hacer las OVPs para mejorar su impacto

Algunas de las características de los programas de nutrición y salud de las OVPs son inapropiadas para las necesidades rurales de Honduras - como ya se definió en el estudio. Una de estas características es el frecuente uso de personal muy calificado en salud comparado con el uso de las auxiliares de enfermería y del personal paramédico. Aumentando el costo de los servicios de salud de las OVPs este factor probablemente cancelaría cualquier ahorro en financiación que las OVPs hacen para mantener los altos niveles de 'productividad'.

La distribución de los Hospitales de las OVPs no mejora la dispersión insatisfactoria presente de estas facilidades en relación con la población. En otras palabras, los hospitales de las OVPs no están generalmente situados en las áreas que están infraservidas en Honduras.

En conclusión, parece pues que las OVPs responden muy bien a algunas de las necesidades nutricionales y de salud del área rural de Honduras. En otras áreas el énfasis en programas necesita tal vez ser reorientado hacia los servicios preventivos y de bajo costo más que hacia cuidados de tipo sofisticado.

Sección D: El Apoyo al Gobierno de parte de las OVPs

Uno de los objetivos del estudio es determinar cómo las OVPs podrían dar apoyo al GDH en el sector de salud. Esta pregunta implica que las OVPs deberían apoyar, sin duda alguna, los servicios de salud del Gobierno. La autora piensa que esta hipótesis merece más discusión puesto que las Organizaciones Voluntarias Privadas y las agencias del Gobierno, son después de todo, bastante diferentes. A causa de ciertas diferencias de estructura, las OVPs muchas veces están capacitadas para hacer ciertas cosas más efectivamente que las agencias del Gobierno y viceversa. Por lo tanto, la pregunta primaria que se debe hacer en esta sección es: ¿Deberían las OVPs dar apoyo al GDH en el Sector de Salud y si así fuera, hasta qué punto?

Para responder a esta pregunta se deben discutir inicialmente las diferencias mayores entre las OVPs y las agencias del Gobierno en el sector de salud y nutrición y las ventajas y desventajas de cada una para entregar los servicios de salud. Subsiguientemente, se discutirían las diversas maneras en las que las OVPs podrían dar apoyo a las agencias del Gobierno con programas de salud y nutrición y si estos métodos de apoyo son apropiados o no, serán determinados más adelante. Así mismo se resumen la cantidad de material y el apoyo de recursos humanos que las OVPs están actualmente ofreciendo al Gobierno de Honduras. Finalmente, se darán conclusiones sobre la medida en que las OVPs deberían y podrían ayudar al Sector de Salud del GDH.

Las diferencias mayores entre las agencias de salud y nutrición del Gobierno y las OVPs.

Las agencias de salud y nutrición del Gobierno y las OVPs se diferencian en muchos aspectos importantes. Las Organizaciones Voluntarias Privadas son por lo general más pequeñas que las agencias del Gobierno pero tienen mayor autonomía, lo que les permite tener una libertad más extensiva para llevar a cabo cualquier innovación dentro de sus programas. Las OVPs han expandido exitosamente nuevas ideas en muchos países; por ejemplo el uso de personal paramédico para extender el cuidado en salud a mayor número de personas y la promoción de la terapia de rehidratación oral para el tratamiento de la enfermedad de la diarrea. Estos son sólo dos ejemplos. Debido a que las agencias gubernamentales son más grandes y muchas veces están impedidas por las burocracias, éstas algunas veces tienen menos libertad para innovar y probar nuevas ideas a diferencia de las OVPs.

Otra ventaja que tienen las OVPs es que mucho de su personal está comprometido grandemente con las comunidades con las cuales trabajan; muchas veces se quedan en algún sitio durante varios años y son capaces de establecer buenas relaciones con la gente de la localidad. Estimulando el interés de los miembros de la comunidad en una buena salud y en una mejor nutrición, muchas veces es más fácil para las OVPs que para las agencias del Gobierno que algunas veces presentan características impersonales.

Los hospitales y las clínicas de las OVPs pueden con cierta regularidad mantener un mejor sistema de suministros (ie. mucho más confiable y controlable) que aquellos que comparativamente tienen los establecimientos del Gobierno. Con frecuencia pueden reemplazar medicinas mucho más rápidamente cuando estas se agotan; esto influye en el hecho de que muchas veces obtienen mucho mayor rendimiento como establecimiento que los del Gobierno.

Puesto que generalmente las OVPs son más pequeñas que las agencias gubernamentales y tienen mayor límite en los fondos y en el personal, por lo general están más restringidas en la cobertura de salud que pueden ofrecer. Adicionalmente las OVPs no pueden normalmente llevar a cabo una planificación de salud integrada; por ejemplo, no pueden establecer una cadena completa de referencia de los pacientes de un nivel rural a los hospitales especializados nacionales ni pueden recolectar unos datos comprensivos de nutrición y salud sin incurrir en mucha dificultad.

A pesar del hecho de que el personal de las OVPs está normalmente muy bien motivado y que aparentemente da muy buen adiestramiento y supervisión al personal de las OVPs, sin una coordinación interagencial no podrían estandarizar sus currículos de adiestramiento. Debido a que estos currículos no están estandarizados es muy difícil que se pueda absorber el personal adiestrado por las OVPs dentro de los programas del Gobierno o de las agencias privadas.

En resumen, mientras solamente el Gobierno puede realmente manejar en una forma comprensiva los problemas de salud y nutrición del país, en la medida en que pueden entregar servicios de salud de una gran cobertura, el mismo Gobierno está limitado por su tamaño.

Las soluciones de las OVPs a los problemas pueden estar restringidas por sus recursos pero la gran motivación del personal y la flexibilidad estructural muchas veces las hacen más efectivas: tienen oportunidades de mayor alcance para estimular a los miembros de la comunidad a buscar la solución a los problemas de salud para innovar y para establecer programas de gran calidad y de bajo costo que puedan servir como modelos para otras agencias.

Por lo tanto, el Gobierno y las Organizaciones Voluntarias Privadas tienen unos papeles importantes y complementarios para proveer servicios de salud en los países en vía de desarrollo. En la medida en que las OVPs son tan diferentes de las agencias del gobierno, su aporte más significativo y efectivo está en la medida que puedan apoyar al Gobierno

de Honduras u otros países en vía de desarrollo llenando un papel de apoyo indirecto. Es decir que pueden aprovechar su pequeño tamaño y flexibilidad para realizar aquellas intervenciones en salud y nutrición que él no puede hacer mejor (precisamente por su estructura).

La provisión de apoyo directo al Gobierno de Honduras a través de las donaciones de fondos o equipo o préstamos temporales de personal solamente es una solución a corto plazo para enfrentarse a los problemas crónicos que afronta el MDS. Además, los fondos que permiten al MDS obtener más recursos humanos y físicos se pueden obtener tan efectivamente por el mismo Gobierno a través de impuestos o por las OVPs a través de donaciones.

Otra desventaja de la provisión directa de recursos a través de las OVPs es que sus donaciones normalmente no consideran los mecanismos normales financieros del GDH. Este punto es considerado como una desventaja por muchos de los Gerentes de Programas del GDH porque hace difícil la planificación y el uso de los fondos.

Una vez que hemos concluído que las OVPs pueden ofrecer al Gobierno una ayuda muy efectiva cuando ésta es indirecta, vamos a evaluar qué tipo de apoyo se puede proveer que sea eficaz.

Posibles clases de apoyo indirecto

Prueba de nuevas ideas para las agencias de nutrición y salud del Gobierno

Las OVPs podrían probar nuevas ideas para el Gobierno o podrían ellas mismas probar nuevas ideas y subsecuentemente dar los resultados a las agencias del Gobierno a través de publicaciones. Este tipo de apoyo vendría a estimular al Gobierno a adoptar una nueva y más apropiada tecnología en el campo de la salud y nutrición. Desafortunadamente, la comunicación entre muchas de las OVPs y el GDH son débiles; por esto, algunas innovaciones exitosas puede que no sean transferidas. Más aún, no hay garantía de que las nuevas ideas sean adoptadas aún si estas finalmente son comunicadas. A pesar de todo, las OVPs son reconocidas por ser innovadoras y su organización estructural y tamaño les permite más libertad para desarrollar y probar nuevas ideas que a las agencias del Gobierno.

Si las OVPs evalúan cuidadosamente sus innovaciones y las ponen en práctica, podrían convertirse en modelos útiles para el Gobierno en sus programas de salud y nutrición.

Operación de Programas con el MDS

Las OVPs podrían ayudar al Gobierno en el Sector de Salud operando programas de salud y nutrición en conjunción con el MDS. Ciertamente utilizando este tipo de apoyo, el MDS podría llenar algunas de las brechas de los servicios que presta el Gobierno: las OVPs se podrían encargar

de implementar los programas 'prioritarios' de salud y trabajar en aquellas áreas geográficas que están menos servidas en lo que a salud se refiere. La distribución de las OVPs y de los locales de salud y nutrición del MDS comparados con la población de Honduras, podría mejorarse. La cantidad de trabajo administrativo aumentaría considerablemente si las OVPs operaran programas en conjunción con el Gobierno, lo que implicaría que dichas OVPs probablemente tendrían que reportar y ofrecer estadísticas tanto para sus agencias financieras como para el MDS.

Además, el contacto entre las OVPs y el MDS podría ser necesario si las OVPs y el MDS trabajaran conjuntamente en sus programas de nutrición y salud y podrían aumentar la confianza mutua o en el peor de los casos, destruirla. Hay que anotar que las OVPs estudiadas que están en este momento operando programas para el MDS aparentemente gozan de buen reconocimiento de parte del Gobierno y tienen menos problemas respecto al estatus que su agencia y personal tienen en Honduras por comparación con otras OVPs.

Suministro de asistencia técnica

Las OVPs podrían dar apoyo a los programas de salud del Gobierno ofreciendo ayuda técnica. Cierta personal de las OVPs tiene vasta experiencia en la implementación de los programas de salud y nutrición en varias situaciones y diferentes países del mundo; en muchos casos, el conocimiento que ellos han obtenido podría ser aplicado a la situación de salud en Honduras.

La desventaja de tal apoyo radica en la dificultad del personal del Gobierno para evaluar la calidad del consejo que podrían recibir; podrían, por lo tanto, estar desinteresados en recibir dicha asistencia técnica de las OVPs. Adicionalmente, muy pocas de las OVPs en Honduras están en posición de ofrecer este tipo de apoyo al Gobierno.

Operación de Programas para el MDS

Las OVPs podrían apoyar a las agencias de salud y nutrición del Gobierno encargándose del funcionamiento de hospitales y clínicas para el MDS. Sin embargo, en tal situación, las OVPs estarían en ese momento actuando como Consultores Administrativos para el Gobierno en programas de salud; la mayoría de las Organizaciones Voluntarias Privadas preferirían llenar otro tipo de papeles de forma mucho más efectiva.

Las OVPs podrían operar además programas de adiestramiento para el MDS. Esto sería ventajoso para el MDS ya que podría emplear a los egresados de estos cursos ya sea inmediatamente después del adiestramiento o en una fecha posterior. Este tipo de apoyo tendría un impacto a largo plazo en los servicios de salud del Gobierno.

¿Qué clase de apoyo ofrecen actualmente las OVPs con actividades de salud y nutrición al GDH?

Casi todas las 24 OVPs que ofrecen apoyo al GDH tienen planificado mantener dicho apoyo en el futuro. De las pocas Organizaciones Vountarias Privadas que no planean continuar dando la asistencia que ofrecen actualmente, solamente una agencia informó que no sabe cómo diludirá su ayuda.

El apoyo que las OVPs ofrecen en este momento al Gobierno está canalizado a través de varias agencias gubernamentales: veintidós de las OVPs (40.0% de las OVPs estudiadas) ofrecen algún tipo de ayuda al MDS. Doce OVPs (21.8%) proveen ayuda a las escuelas, seis (10.9%) a la Municipalidad y cinco (9.0%) a la Junta Nacional de Bienestar Social o JNBS. Sin embargo, solamente dos OVPs (3.6%) ofrecen apoyo al Instituto Hondureño de Seguridad Social o IHSS.

Las OVPs ofrecen 55 empleados de tiempo completo y 32 a tiempo parcial a las agencias del Gobierno; la mayoría de estos empleados los ofrecen sólo un puñado de agencias. (Ver Anexo IV, Cuadro 1). Adicionalmente las OVPs ofrecen materiales y suministros por valor de U.S.\$1,741 millones que fueron donados al Gobierno el año pasado. Casi el 84.0% del material donado fue dado por una sola agencia; el resto de los suministros fueron provistos por 10 OVPs.

Sólo una de las OVPs en el estudio informó haber dado dinero en efectivo al Gobierno el año pasado por un valor de U.S.\$115.000 (U.S.\$0.12 millón). Además del apoyo directo mencionado arriba, muchas de las OVPs le ofrecen al Gobierno un apoyo indirecto en el sector de salud y nutrición. Muchos lo hacen por el simple hecho de estar llevando adelante sus programas que complementan los servicios de salud del Gobierno en las áreas rurales y/o marginales urbanas de Honduras. Muchas de las OVPs se encargan del funcionamiento de clínicas del Gobierno o del adiestramiento del personal del Gobierno y un número pequeño de las OVPs está llevando a cabo programas para el GDH. Es sorprendente que pocas de las OVPs del estudio están probando nuevas ideas y desarrollando innovaciones que pudiesen ser utilizadas tanto en los programas de las mismas OVPs como en los programas de salud y nutrición del Gobierno.

Conclusiones

Aunque habría muchas maneras en que las OVPs podrían dar apoyo a Honduras en el Sector de Salud, muchas de estas maneras dan la impresión de ser inapropiadas. Algunos de los roles de apoyo entran en conflicto con la 'naturaleza' de las Organizaciones Voluntarias Privadas y con los tipos de intervenciones que ellas puedan realizar. El apoyo directo que pudiera ser provisto al GDH como por ejemplo la donación de materiales, es a veces difícil para el Gobierno desde el punto de vista de la administración de materiales y no siempre tiene un efecto de largo alcance de los servicios de salud del Gobierno. Además, la mayoría de las OVPs no siempre se encuentran en la capacidad de ofrecer asistencia técnica a las agencias gubernamentales de salud y nutrición porque no tienen los recursos necesarios para hacerlo.

Hay algunos servicios de apoyo que las OVPs pueden proveer exitosamente al Sector de Salud del Gobierno de Honduras: por ejemplo, las OVPs pueden adelantar mayor cantidad de adiestramiento para el personal de salud del Gobierno. Ellos también podrían proveer más apoyo probando nuevas ideas en el desarrollo de innovaciones relacionadas con la salud que lo que están haciendo actualmente.

Aquellas OVPs que tienen el personal para hacerlo podrían operar programas, por ejemplo, clínicas ambulatorias conjuntamente con el MDS. Tanto las OVPs como las agencias del Gobierno podrían beneficiarse de esta asociación y el intercambio de experiencias que podrían promover, sería benéfico. Un número de las OVPs ya ofrece este apoyo al Gobierno y haciéndolo llenan una de las aberturas en los servicios de salud que el Gobierno de otra manera tendría que dejar sin atención.

Finalmente, las OVPs podrían y deberían continuar apoyando al GDH indirectamente en la medida en que operen programas de nutrición y salud por iniciativa propia, siempre y cuando sus servicios sean apropiados a las necesidades de Honduras y que complementen los servicios de salud existentes en la misma localidad.

Sección E: Coordinación entre las OVPs y el GDH

Gracias a que un buen número de las OVPs y las otras agencias que trabajan en los proyectos de salud y nutrición en Honduras, es razonable preguntar si sus programas se beneficiarían con un aumento de la coordinación, es decir, si las agencias serían más efectivas al compartir experiencias, diseñar programas complementarios o trabajar cooperando con otras agencias de otras maneras.

Al considerar estas preguntas, es importante evitar la suposición común que la coordinación es buena en sí misma. La coordinación vale la pena si conduce a mejores programas, a programas de costo-efecto. Si fracasan en alcanzar estos objetivos, dicha coordinación es de poco valor real.

Esta sección comienza con una discusión de varias clases de coordinación que tienen un valor potencial y presentan una descripción de la coordinación que en este momento se lleva a cabo.

Para evaluar las potencialidades de un aumento de la coordinación, el nivel de interés en la coordinación se describe y se presentan los valores que la influyen. Finalmente, la reflexión considera cuáles son los primeros pasos que se deberían llevar a cabo para lograr una coordinación efectiva.

Cómo puede ser útil la coordinación

Es obvio que algunas clases de coordinación pueden ser útiles mientras que otras no. El objetivo de esta sección es considerar las diferentes clases de coordinación que se pueden emplear y hacer un balance de su valor.

Compra de medicinas al por mayor

Muchas OVPs que tienen programas de salud y nutrición en Honduras tienen dificultad en obtener medicinas y suministros a precios bajos. Si ellos pudieran importar medicinas de otros países, éstas podrían llegar demasiado tarde o demorarse debido a las regulaciones de aduanas.

Una OVP de Guatemala ha logrado establecer ahorros hasta del 117% de los costos de las medicinas. Esta asociación, ASECSA* fue establecida en 1978 para coordinar las OVPs de salud en Guatemala. ASECSA provee servicios administrativos, educativos y terapéuticos a sus socios.

La venta de medicinas a bajo costo es un servicio que fue establecido por la Comisión Terapéutica de ASECSA; esta consistía, inicialmente de un farmacéuta calificado y de representantes de 3 OVPs que son miembros de ASECSA. La comisión condujo una encuesta sobre las medicinas usadas por las OVPs en Guatemala, sus costos, dónde se obtenían y en qué cantidad. Los resultados de la encuesta fueron usados para realizar una lista básica de las medicinas más necesitadas en el campo guatemalteco y que tienen efectos menos adversos.

Las órdenes fueron tomadas de aquellas OVPs interesadas en la compra de medicinas y estas mismas fueron compradas a gran escala de una compañía productora de drogas; las medicinas se revendieron a los miembros de ASECSA.

ASECSA se encontró con varios problemas relacionados con la compra al por mayor de medicinas. Entre ellos, había dificultades que afectaban su distribución a los miembros de ASECSA, entregas tardías de las compañías y una inflación general que aumentó los costos. Sin embargo, la Asociación aparenta estar ganando la batalla con la mayoría de los problemas logísticos que se han encontrado.

En base a la experiencia de ASECSA en Guatemala, parece que podría ser provechoso que las OVPs de Honduras investigaran la posibilidad de comprar las medicinas al por mayor. Detalles de cómo se puede hacer esto son suministrados en la discusión al final de esta sección de la coordinación.

Adiestramiento del personal nuevo

Aunque muchas de las OVPs han operado programas de nutrición y salud en Honduras durante varios años, otras agencias acaban de comenzar a implementar nuevos programas.

Debido a la gran dificultad de encontrar personal experimentado y calificado, los 'nuevos' programas muchas veces contratan personal que no

* Asociación de Servicios Comunitarios de Salud

está familiarizado con Honduras y que no tiene experiencia en otros países en vías de desarrollo. Al menos que ellos reciban ayuda, este personal inexperto puede desarrollar programas inadecuados.

El personal inexperto ciertamente podría beneficiarse de la observación y conocimiento de los programas ya establecidos. Por ejemplo, el personal de las agencias que busquen adiestrar al personal de salud podría participar en los cursos de adiestramiento que ya existen en otras agencias, a fin de ganar experiencia; podrían además adoptar o modificar los Currículos que ya están en uso antes de ponerse a diseñar nuevo material. El personal nuevo, desacostumbrado a reconocer y tratar las enfermedades locales, podría pasar tiempo trabajando con el personal experimentado de las agencias que ya están bien establecidas, ya sea del Gobierno o de las OVPs. Este tipo de coordinación podría aumentar la efectividad de los nuevos programas y su organización no sería difícil ni costosa.

Enlace entre las Agencias Donantes y los Programas Operativos

Aproximadamente la mitad de las OVPs entrevistadas indicaron la falta de fondos como uno de los obstáculos mayores para la implementación exitosa de los programas de nutrición y salud. Cinco de las agencias no tenían presupuesto para el año fiscal de 1980 y por lo tanto, estaban obligadas a planear sus proyectos en una actividad que dependía en gran parte del trabajo voluntario. Las organizaciones pequeñas tienen especial dificultad en obtener nuevas donaciones para los programas. Una de las razones para esto es que los representantes no saben dónde buscar dicho financiamiento. Otras agencias, tanto en Honduras como en el extranjero están buscando constantemente proyectos para financiarlos. Un aumento del contacto interagencial y una comunicación eficaz, podrían conectar las agencias donantes con aquellas OVPs que necesitan dinero para llevar a cabo proyectos que valen la pena.

Contratación de Personal

Otro problema común de las OVPs de Honduras es encontrar personal técnico calificado existente en Honduras que pueda operar los programas de nutrición y salud. Una agencia conocida por la autora ha estado buscando una nutricionista durante varios meses, otra ha estado buscando un administrador y una tercera necesita asistencia técnica a corto plazo para la planificación de programas.

En conjunto, por lo menos un tercio de las OVPs entrevistadas se quejaba de los problemas para encontrar personal adecuado.

Hay personal calificado y con experiencia en Honduras que está interesado en trabajar en los programas de salud. Desafortunadamente, aquellas personas que están buscando trabajo, muchas veces no se enteran de estas oportunidades de trabajo. Una mejora de la comunicación a nivel interagencial podría aliviar estas dificultades que experimentan muchas agencias y la manera práctica podría ser un boletín regular que llegase a todas las agencias.

Desarrollo de Materiales Instructivos Audiovisuales

El 65% de las OVPs relacionadas a la nutrición o la salud en Honduras tienen ya programas de educación en salud y más agencias pretenden implementar dichos programas en el futuro. Al mismo ritmo el interés por los materiales didácticos audiovisuales aumenta. Puesto que la producción de materiales educativos requiere mucho tiempo para destrezas especiales y son caros, quizás lo mejor sería que las OVPs se pusieran de acuerdo para hacer una producción conjunta de este tipo de material. Un primer paso podría ser una evaluación de cuáles son los materiales que se necesitan y cuáles son los que ya existen en Honduras. Esto podría estar seguido por una etapa de diseño y de prueba de materiales prototipo y después se podría hacer una modificación de los materiales hasta obtener un "producto satisfactorio".

Este tipo de coordinación es bastante complejo, requiere tiempo, dinero y experiencia. Sin embargo, el resultado final de este proceso sería probablemente más satisfactorio de lo que sería si varias OVPs se dedicaran cada una a producir materiales para sus programas de salud y nutrición.

Compartiendo Experiencias

Un papel especial que las OVPs podrían realizar es aquel de innovadoras, inventando y probando ideas nuevas en sus programas de salud y nutrición. Por ejemplo, muchas OVPs estaban involucradas en el uso de personal de base como por ejemplo los auxiliares de salud, a nivel comunitario que les permitía extender los servicios de salud a las áreas rurales de los países en vías de desarrollo (Arole, 1975).

A pesar del hecho de que las OVPs juegan un papel importante como innovadoras, sin embargo, esto exige una evaluación más rigurosa de la que se ha hecho en el pasado; no hay duda que muchas de las OVPs son exitosamente innovadoras; el hecho de que sus técnicas hayan sido adoptadas algunas veces por los países en que ellos trabajan y sean implementadas a nivel nacional, es una evidencia de esto.

Las innovaciones exitosas podrían ser compartidas, de manera que el máximo de beneficio se pudiera derivar de las mismas. Reuniones periódicas de las OVPs se podrían llevar a cabo o una publicación de información provechosa (narrando, por ejemplo o exponiendo la tecnología apropiada), podría ayudar a garantizar que el conocimiento útil sea transmitido. La información podría también ser transmitida a través de un boletín interagencial.

Otro punto que debe mencionarse en esta sección es que muchas de las agencias creen que ellas están desarrollando nuevas técnicas cuando en verdad no lo están. Lo que ellas están haciendo es "reinventando la rueda" o repitiendo trabajos que han sido previamente hechos por algún otro grupo. Esta se convierte normalmente en un gasto de energía y de tiempo.

Información proveniente de 55 de las OVPs demostraba que casi la mitad de las agencias (47.2%) indicaba que sus programas tenían aspectos especiales e innovadores que ellos creían que eran de interés para otras OVPs. Sin embargo, aunque algunas de las "innovaciones" mencionadas eran interesantes y posiblemente originales, la mayoría era algo relativamente común. Esto indica quizá que las OVPs necesitan un intercambio de experiencias para poder determinar qué es lo que se ha hecho en el campo de la salud y la nutrición tanto en Honduras como en otros países en vías de desarrollo.

Mejora de las Comunicaciones entre el Gobierno y las OVPs

Mientras algunas OVPs tienen una coordinación satisfactoria con el Gobierno, otras parecen trabajar en completo aislamiento; esto lleva con frecuencia a malos entendidos entre el Gobierno y las OVPs. El personal directivo del Gobierno se queja de que las OVPs no alcanzan a entregar la información sobre sus actividades en el Sector de Salud. Las OVPs, por otra parte, sienten que sus esfuerzos para proveer servicios de nutrición y salud dentro de Honduras no son estimulados o apoyados por las agencias del Gobierno. Otro factor importante que contribuye a esta situación es que no hay ninguna oficina dentro del Gobierno o una sola persona que pueda tratar específicamente con las OVPs.

Las comunicaciones entre las OVPs y el GDH podrían ciertamente mejorar si una persona dentro del MDS fuera designada de tiempo completo para ser el coordinador de las OVPs (y quizá alguna asistencia extranjera) y se estableciera una oficina dentro del MDS para la coordinación de las OVPs. Las OVPs deberían discutir sus planes futuros con un miembro del Gobierno con quien se sintiera en un ambiente más familiar. El GDH le daría más apoyo a las OVPs dentro del Sector de Salud ayudándoles a obtener los permisos de trabajo y las dispensas oficiales más rápidamente.

¿Cuánta coordinación se realiza actualmente?

La coordinación con el GDH:

Una cantidad extensa de coordinación se practica entre las OVPs del estudio y el GDH; (ver Anexo V, Cuadro 1). Aunque 30 de las OVPs entrevistadas no coordinan con el Gobierno de ninguna manera, 13 (23.6%) implementan servicios simultáneamente, tales como adiestramiento de personal, operación de clínicas que se hacen conjuntamente con las agencias del Gobierno. Once de las OVPs (20.0%) intercambian experiencias a través de seminarios, talleres y boletines con el GDH; aunque solamente algunas de las OVPs compran medicinas y equipo o materiales educativos a través de las agencias del GDH. Doce de las OVPs (21.8%) llevan a cabo otras actividades relacionadas con salud con el GDH; estas incluyen la colaboración en la inmunización y en los proyectos de salud ambiental. Una de las OVPs opera un banco de sangre que manda reservas de sangre a los hospitales del Gobierno.

Coordinación con otras agencias privadas

Aunque veinticinco de las OVPs no coordinan con otras agencias privadas, en general, se encontró que existía más coordinación entre las OVPs que entre las OVPs y el GDH.

Existe una pequeña asociación de las OVPs a la cual pertenecen más o menos 10 OVPs (la mayoría seculares); la membresía no está limitada a las OVPs que tienen programas de salud o nutrición. La asociación no parece muy activa hasta este momento más allá de la esfera de intercambio de experiencia en información.

Hay dos OVPs que tienen afiliación religiosa que a su vez llevan adelante funciones de coordinación; una de estas OVPs es particularmente activa en socorro a refugiados o damnificados de zonas de desastre.

Diez y nueve (34.5%) de las OVPs del estudio tienen actividades relacionadas con el intercambio mutuo de experiencia con otras OVPs, otras 5 (9.0%), compran conjuntamente suministros al por mayor.

Sin embargo, la coordinación de servicios, la compra de material audiovisual y otras actividades cooperativas no se adelantan más frecuentemente entre las OVPs como tampoco con el GDH. (Anexo V, Cuadro 1).

Interés en la Coordinación

Escalas compuestas para medir el interés en la coordinación fueron creadas para determinar cuáles de las OVPs parecían estar más interesadas en iniciar o extender la coordinación tanto con las agencias del gobierno como con las privadas. Entre los criterios utilizados para evaluar el nivel de interés de cada organización se encontraron: deseo de las OVPs de aportar fondos para actividades de coordinación; la coordinación practicada actualmente con otras agencias y si estaban interesadas en aumentar esta coordinación o no. (Ver Anexo VI, Cuadros 2 y 3).

Basados en estos factores, 19 de las OVPs fueron definidas como relativamente interesadas en la coordinación con otras agencias voluntarias privadas.

Veintiocho de las OVPs fueron evaluadas como relativamente más interesadas en una coordinación con las agencias del Gobierno.

La estadística Chi² fue usada para determinar cuáles de las características de las OVPs parecían estar más relacionadas con el interés en la coordinación (ver Anexo V, Cuadro 4).

Interés en la Coordinación con el GDH

Las OVPs que adiestran a las parteras empíricas de las comunidades y aquellas que tienen programas de rehabilitación nutricional parecen estar significativamente más interesadas en la coordinación con las agencias del Gobierno que otras organizaciones. De la misma manera, los recursos que las OVPs reciben para financiar parecen ser factores que influyen en el interés que tienen. Las OVPs que obtienen fondos a través de donaciones europeas parecen estar más interesadas en unirse a las actividades del Gobierno que las agencias que obtienen dinero de otras fuentes. Las agencias que involucran miembros de la comunidad en la selección de personal de nutrición o salud están también interesadas en coordinar con el Gobierno. (Ver Anexo V, Cuadro 4).

Recíprocamente, las Organizaciones Voluntarias Privadas que tienen servicios hospitalarios y aquellas que entrenan algún tipo de personal (como técnicos de laboratorios y Rayos-X) parecen tener un interés limitado en la coordinación con el GDH.

Las OVPs que están renuentes a coordinar con el Gobierno, algunas veces adoptan esta actitud porque sus intentos previos de ligarse con las agencias del Gobierno han fracasado o porque se han acercado a las directivas del Gobierno para asistencia y han sido rechazados. Otras Organizaciones Voluntarias Privadas temen que el aumento de coordinación con el Gobierno lleve a una cantidad excesiva de papeleo; por lo tanto, la coordinación puede disminuir la cantidad de tiempo que ellos gastarían en implementar sus programas de salud y nutrición.

Algunas de las OVPs expresan el temor que al acercarse al Gobierno ellas puedan perder la identidad que las caracteriza como una organización diferente. Este temor fue aumentado por la creencia que el GDH pudiera ejercer control estricto de las OVPs que trabajan con el mismo Gobierno con una subsecuente pérdida de la libertad de las OVPs para innovar.

Interés en la Coordinación con otras agencias (privadas)

Se nota un aumento en el interés de las OVPs por coordinarse con otras agencias privadas que tienen programas de educación en salud, desarrollo de agua potable y programas de adiestramiento de personal de salud a nivel comunitario. Las OVPs que han obtenido fondos a través de donaciones de los Estados Unidos, Canadá y Europa y aquellas que han experimentado problemas en la importación de medicinas demuestran tener mayor interés en coordinarse con otras OVPs. La involucración de miembros de la comunidad en la planificación de los programas y en la selección del personal de salud y nutrición fue uno de los aspectos que permitió caracterizar algún interés de las OVPs para trabajar coordinadamente.

Sin embargo, las OVPs que entrenan técnicos de laboratorio y Rayos-x no han tenido ningún interés en coordinarse con otras Organizaciones Voluntarias Privadas.

Las razones para el desinterés en la coordinación con las agencias privadas es limitada. Un pequeño número de las OVPs no quería verse involucrado con otras Organizaciones Voluntarias Privadas cuyas convicciones religiosas eran diferentes de las propias. Otras OVPs sentían que no tenían tiempo suficiente para la coordinación; en el caso de las agencias que están localizadas en las aldeas lejanas, esta reserva se podría considerar más realista. Sería difícil para los miembros de aquellas OVPs encontrarse con los de otras bajo condiciones de continuidad.

Algunas de las OVPs veían la coordinación no como un medio de aumentar la efectividad y la eficiencia de las OVPs en general, sino como una manera de obtener recursos de otras agencias, sin considerar que ellas mismas deberían contribuir con algo.

Esta actitud materialista y egoísta normalmente lleva a una pérdida rápida de interés en la "coordinación" aunque sea un punto de interés de todos.

Conclusiones

Al comienzo de esta sección sobre coordinación se consideraron las formas en que las OVPs deberían coordinarse de una manera fructífera y las razones por las que estas intervenciones podrían ser consideradas. El repaso de la situación de la coordinación actual que siguió, mostró que las OVPs no hacen uso total de la coordinación como un medio para maximizar la eficiencia y el costo de sus programas pero que sí hay un interés en hacer crecer la coordinación. Dado el potencial, la necesidad y el interés, parece que el aumento de la coordinación podría ser un área fructífera para el desarrollo de programas de nutrición y de salud de las OVPs.

Pero el aumento en la coordinación no va a ocurrir espontáneamente. Una o más de las Organizaciones Voluntarias Privadas necesitan "hacer que ocurra" ie. lograr que tomen contacto varias agencias interesadas y se organice una asociación activa de las OVPs que permita la coordinación de actividades.

¿Qué se podría hacer para estimular la coordinación y quién debería hacerlo? Primero, se podría comenzar haciendo llegar los contenidos de este informe a todas las OVPs de Honduras que estén relacionadas con la salud. Probablemente la forma más sencilla de hacerlo sería que la AID haga llegar una copia o un resumen de este informe, incluyendo sus recomendaciones, a cada una de las agencias estudiadas y si no, por lo menos este informe debe estar accesible en el AID para todas las agencias que hayan suministrado los datos para realizar este estudio.

En segundo término, se podría organizar una reunión o seminario a través de una de las OVPs más grandes y el objetivo sería tratar de organizar una asociación que incluya a las OVPs que trabajan en nutrición y salud a fin de iniciar una coordinación de actividades.

La formación de una asociación de las OVPs requeriría (ie. de influjo) una OVP clave y el MDS o las agencias financieras para que inicien el liderazgo; o sea, hacer la inversión financiera inicial que permita seleccionar aquellas actividades que se han de coordinar.

La producción de un boletín podría ser útil al comienzo para la coordinación interagencial. Se necesitará una especie de comité para poder administrar esto. Tanto las agencias del Gobierno como las privadas, podrían contribuir con artículos y recibir una copia regular de dicha carta boletín.

A través de una carta boletín, algunas formas de coordinación se pueden estimular. Por ejemplo, una carta boletín podría ser usada como un medio a través del cual se anuncien vacantes en los programas de salud y nutrición

y las habilidades del personal en salud que esté buscando un trabajo. Adicionalmente se puede usar una carta boletín para estimular el interés de la producción del material educativo audiovisual o proponer la discusión de los materiales que pueden ser útiles o invitando a que las OVPs comuniquen el tipo de materiales que utilizan actualmente.

Podría usarse también una carta boletín como medio para intercambiar experiencia y una forma de discusión de las innovaciones relacionadas con la salud y nutrición que permitirían conocer cómo evolucionan estas en Honduras y en otros países en vías de desarrollo.

Las OVPs que están buscando financiación podrían describir brevemente los proyectos que tienen y que necesitan financiación. Esto permitiría que las agencias financieras tengan la oportunidad de conocer las necesidades de Honduras en el campo de la salud y que les permita decidir de qué forma puede su entidad responder a estas necesidades.

Otra actividad de coordinación que se puede iniciar en forma inmediata es la idea de que las OVPs se organicen para la compra al por mayor de medicinas. La asociación de las OVPs podría asignar una comisión terapéutica que inicie la investigación. La comisión podría obtener consejo de la ASECSA de Guatemala en lo que respecta al modo de hacer una encuesta sobre las medicinas más comunmente usadas por las OVPs en Honduras*.

Otra actividad que podría considerar la asociación de las OVPs sería la formación de un comité de ayuda en momentos de desastre. Esto podría coordinar los esfuerzos de las OVPs en el suministro de ayuda a los refugiados, lo mismo que la asistencia de las OVPs en caso de emergencias nacionales tales como inundaciones y huracanes.

¿Cuántas de las OVPs podrían factiblemente coordinarse? La evaluación de los datos recolectados en el estudio indica que diecinueve de las OVPs tienen interés en la coordinación con agencias privadas.

Dieciocho OVPs adicionales mostraron interés en la coordinación. La asociación ASECSA de las OVPs de Guatemala sólo tiene 33 miembros de un Universo de 150 Organizaciones Voluntarias Privadas y aparentemente funciona muy bien. Por lo tanto, si la mayoría de las 37 OVPs de Honduras que han demostrado tener algún interés en la coordinación convierte su interés en acción, la membresía de la asociación hondureña de las OVPs podría ser bastante fuerte.

* Ver Anexo VII el panfleto que contiene la dirección de ASECSA, detalles de los objetivos de la asociación y sus planes en un futuro próximo. Los representantes de ASECSA han ofrecido dar asistencia a las OVPs de Honduras que estén interesadas en formar una asociación activa.

El costo de la coordinación depende de un número de factores, principalmente en la medida en que se planifiquen las actividades de coordinación y qué tan extensivas sean. Si una Asociación de las OVPs se estableciera en Honduras, se necesitaría asistencia externa quizá entre los 3 y 5 primeros años de existencia. En este tiempo se debe ir planificando la forma de un autofinanciamiento.

Sección F: Financiamiento de las Agencias Donantes de las OVPs

Esta sección del informe será dedicada a la discusión de hasta qué punto el impacto de los programas de nutrición y salud puede aumentarse a través de donaciones de las agencias financieras.

Para alcanzar este objetivo, se discutirán primero las diferentes formas que las agencias donantes podrían utilizar para mejorar la asistencia a las OVPs en el sector de salud. En segunda instancia, la autora tratará de determinar qué tipo de intervenciones mejorarían, de hecho, los programas de salud y nutrición de las OVPs. Finalmente, se escogerán los criterios para definir qué agencias podrían utilizar más apoyo más efectivamente, de manera que hubiese mayor impacto positivo para los programas de salud y nutrición.

¿Qué clase de asistencia podrían proveer las Agencias Donantes a las OVPs?

Las agencias donantes podrían proveer recursos financieros para períodos largos o sistemáticos en términos de asistencia técnica que se daría a los programas de salud y nutrición de las OVPs. Esto ayudaría a que las agencias planificaran nuevos programas, evaluaran los existentes e implementaran nuevos proyectos. Los técnicos con habilidades especiales (por ejemplo planificación familiar, nutrición, tecnología apropiada, planificación general, gerencia o evaluación) podrían ayudar a las OVPs a mejorar la calidad y efectividad de sus programas.

Se podrían proveer fondos a las OVPs para el adiestramiento inicial o continuado o para la educación especial de su personal ya sea dentro de Honduras o en otros países. El adiestramiento se podría dar en casi cualquier aspecto de administración e implementación de los programas de nutrición y salud dependiendo de las necesidades de cada agencia. Si no existiesen cursos apropiados de adiestramiento pero sí existiese la necesidad de los mismos, se podrían proveer recursos financieros para desarrollarlo. Las agencias financieras podrían proveer los materiales que necesitan las OVPs tales como medicinas, vacunas, equipo o ayudas para la enseñanza. También se podrían encontrar fondos para el personal de las OVP en la forma de fondos rotativos o donaciones directas. Las agencias donantes podrían también dar apoyo financiero a la coordinación de actividades entre las Organizaciones Voluntarias Privadas y entre las OVPs y el GDH. La próxima sección discutirá el valor potencial de estas intervenciones.

¿Qué intervenciones mejorarían los programas de nutrición y salud de las OVPs?

Asistencia Técnica

La asistencia técnica debería emplearse para fortalecer las debilidades de los programas de las OVPs y para resolver los problemas experimentados por los mismos. Muchas Organizaciones Voluntarias Privadas demuestran ser débiles en la planificación y evaluación de los programas. Más aún, casi un tercio de las OVPs del estudio no involucran a los miembros de la comunidad en la planificación, ejecución e implementación de programas de salud y nutrición. Es probable que muchas de las agencias no tengan la participación comunitaria ya sea porque su personal no cae en cuenta de su importancia y o porque no saben cómo motivar e involucrar a los miembros de la comunidad en las actividades de salud.

Se ha notado que muchas agencias no dan suficiente atención a la planificación, evaluación y participación comunitaria; la mejor manera de ofrecer asistencia a las OVPs en estas áreas para maximizar el costo-eficiencia sería probablemente a través de seminarios y talleres. Esos se podrían organizar a través de la asociación de las OVPs si esta se formara en Honduras.

Casi la mitad de las OVPs entrevistadas reportaron la escasez de fondos como uno de sus principales problemas. Muchas de las pequeñas agencias tienen programas de salud y nutrición limitados precisamente por las restricciones financieras. Las pequeñas agencias tienen dificultad a veces para obtener donaciones de las agencias donantes porque no saben cómo escribir las proposiciones para los proyectos. La asistencia técnica en esta área podría ayudar a las OVPs con este problema para obtener los fondos que necesitan para mejorar sus programas.

La identificación de las necesidades de las OVPs para la asistencia técnica en áreas específicas (por ejemplo nutrición) requiere investigación adicional. Esta actividad se puede llevar a cabo por las mismas OVPs en una actividad de coordinación. Las agencias donantes podrían responder a los resultados de la investigación suministrando asistencia técnica en las esferas donde los programas necesitan mayor fortalecimiento.

Adiestramiento de Personal

Las agencias financieras podrían asistir a las OVPs que están deseosas de adiestrar y supervisar parteras empíricas, personal de salud y personal de sanidad pero que no lo podrían hacer por falta de fondos. Hay evidencia de que las OVPs tienden a ser muy buenas en adiestramiento de personal y supervisión; además se encuentra un déficit de personal adiestrado en el campo. Las agencias financieras podrían ofrecer donaciones para los

cursos de adiestramiento y los viáticos de los adiestrados; sin embargo, las agencias que deberían recibir apoyo financiero son aquellas que puedan demostrar que son capaces de supervisar a aquellas personas que se 'graduaron' de los cursos de adiestramiento.

Adicionalmente, los fondos se podrían utilizar adecuadamente para proveer adiestramiento al personal de las OVPs en el área de la desnutrición a nivel comunitario. Dicho adiestramiento podría hacer énfasis en la importancia del aumento de producción alimenticia y del crecimiento económico y la distribución de la tierra en el combate de la desnutrición, además de la educación en salud y la rehabilitación nutricional. El problema de la desnutrición no parece estar encarado realísticamente dentro del sector de salud por un número considerable de las OVPs entrevistadas. (Ver Sección C de este informe).

Suministro de materiales y equipo

Un número considerable de las OVPs experimentan problemas para obtener cantidades suficientes de medicinas, en parte es por los costos altos, las limitaciones en su disponibilidad y algunas veces porque son difíciles para importar (ver Anexo VI, Cuadro 1).

Sin embargo, el dar simplemente medicinas a las OVPs no resuelve el problema; debe buscarse una solución más permanente para manejar la escasez.

En esta sección del informe que trata de la coordinación, la compra al por mayor de medicinas es descrita como un medio por el cual las OVPs de Honduras pueden rebajar el costo de sus facturas de drogas de manera considerable. Si las OVPs que están dentro del sector de salud se organizaran en una asociación de coordinación, es probable que las agencias financieras dieran su apoyo a la investigación de la posibilidad de comprar estas medicinas en grandes cantidades y si esto se demostrara factible, se encontrarían fondos que permitieran a las OVPs montar un sistema cooperativo funcional para la compra de las medicinas al por mayor.

Hay también suficiente demanda de las medicinas en Honduras para que las OVPs consideren su producción local. Si este proyecto demostrase su factibilidad, es probable que las agencias financieras también lo apoyaran en la medida en que tanto las agencias gubernamentales como las privadas se beneficien considerablemente.

Pocas OVPs (16.3% de las estudiadas) llevan a cabo programas de inmunización en Honduras. La razón de que exista este porcentaje tan bajo de agencias involucradas en la inmunización puede ser el resultado de la dificultad en la obtención y almacenamiento de la vacuna para las OVPs. Esta hipótesis necesita más investigación; si se llegara a demostrar que en efecto existe este aspecto, se podrían encontrar fondos que permitieran a las OVPs comprar y almacenar adecuadamente la vacuna.

El Anexo VI, Cuadro 2, muestra que las OVPs que están en capacidad de transportar pacientes usan vehículos del Programa y normalmente pueden llenar este servicio sin mucha dificultad. Hay agencias que tienen que usar vehículos públicos o privados para dar servicio a sus pacientes y debido a esto experimentan serios problemas. Las agencias donantes podrían considerar la probabilidad de donar vehículos a las OVPs más necesitadas que además tengan programas apropiados. Sin embargo, el número de pacientes que requieren transporte por mes puede ser el criterio para justificar el costo tan alto de un vehículo. Además, las OVPs tendrían que demostrar que pueden darle a sus vehículos el mantenimiento adecuado y que su utilización sería básicamente en el campo, en las áreas rurales y por lo tanto, que tienen que estar sujetos a las pésimas condiciones de las carreteras. Finalmente, si las agencias donantes consideran la posibilidad de ofrecer un vehículo a las OVPs, deben a la vez considerar que algunas de las agencias podrían darle al vehículo un uso inadecuado.

Financiación para los Salarios del Personal de Planta, Donaciones Directas y préstamos

Hay varias maneras por medio de las cuales las OVPs pueden ser más eficientes y tener menores costos a través de la coordinación y ya se indicaron en la Sección E de este informe. Las agencias donantes podrían dar apoyo a los esfuerzos de las OVPs para coordinar más de cerca tanto con las otras OVPs como con el GDH. Por ejemplo, se pueden proveer fondos para el salario de una persona en el Ministerio de Salud que se convierta en el puente entre las OVPs que tienen programas de nutrición y salud y el Gobierno (como se describió en la Sección E, página

Las agencias donantes también podrían dar apoyo a través de préstamos rotativos o donaciones - a las OVPs que tengan programas de nutrición y salud apropiados pero que no tengan fondos suficientes. Hay un número considerable de estas pequeñas agencias dentro del grupo estudiado que están incapacitadas para expandirse o extender sus actividades debido a las restricciones financieras.

La provisión de fondos para salarios de los empleados de Extensión en Salud o Adiestradores de Personal de Salud o Motivadores Comunitarios podrían estimular a las OVPs a involucrarse más en expandir sus programas de salud a las áreas rurales.

¿Qué clase de las OVPs podría usar financiación adicional* más efectivamente?

La financiación adicional probablemente tendría mayor impacto si se canalizara en las OVPs que ya tienen "programas apropiados". Los criterios

* "Financiación" se usa en un sentido amplio que incluye asistencia técnica, préstamos, dinero para salarios y adiestramiento del personal, etc.

fueron escogidos para determinar qué programas podrían llenar mejor las necesidades del área rural de Honduras y por lo tanto, se considerarían apropiadas. Estos criterios son, primero, el punto en que las OVPs involucran miembros de la comunidad en todas sus actividades relacionadas con nutrición y salud y segundo: la capacidad que tienen de elegir o priorizar las OVPs sus actividades, por ejemplo con programas preventivos. Algunos programas, por ejemplo el desarrollo de fuentes de agua, construcción de letrinas y adiestramiento de personal de salud a nivel comunitario, se consideran de 'alta prioridad'. Se construyeron algunas escalas para determinar el nivel de participación comunitaria y el nivel de prioridad de los programas de cada una de las OVPs del estudio. Se le otorgó a cada una de las OVPs una escala general de "programas apropiados" basados en el nivel combinado de participación comunitaria y de nivel de prioridades de los programas. Más detalles de cómo fueron construídas las escalas y de cómo fueron pesados estos valores, se pueden encontrar en el Anexo VI, Cuadro 3 de este informe.

La adecuación general de los programas fue significativamente aumentada en los OVPs seculares por comparación a los de afiliación religiosa y más aún en las agencias que obtienen fondos del Canadá y/u otros países que están fuera de Europa y América del Norte. (Ver Anexo VI, Cuadro 4).

Más aún, las OVPs que proveen auxilio a refugiados y aquellas que están interesadas en la coordinación con las agencias privadas parecen estar más inclinadas a tener programas apropiados que las otras OVPs.

Los programas considerados como apropiados (por los criterios establecidos en este estudio) tienden a tener un promedio de tres veces el personal de las otras OVPs. Aparentemente también dan la impresión de gastar más dinero anualmente en nutrición y salud y tienen un presupuesto general más alto.

Otra característica de las agencias con programas apropiados es que parecen tener menos beneficiarios directos que las otras OVPs aunque más gente tiene acceso a sus servicios y se benefician indirectamente de ellos. Como los programas apropiados benefician más gente en forma indirecta, por ejemplo a través del agua, programas de letrinas y adiestramiento, este patrón es de esperarse.

Conclusiones

Para lograr el impacto de las OVPs en salud y nutrición en Honduras, las agencias donantes deberían dar su apoyo a las OVPs que tienen programas apropiados.

Las OVPs que tienen programas menos apropiados (por los criterios que se han establecido en este estudio), deberían recibir, inicialmente, asistencia técnica que los ayude a planificar mejor programas que respondan a las necesidades de sus beneficiarios. Entonces siempre y cuando sus programas de nutrición y salud sean más apropiados, se puede proveer otro tipo de apoyo, como se describe enseguida.

Puesto que existe una falta de mano de obra en el campo de Honduras, las OVPs que están en capacidad de ofrecer supervisión apropiada a los entrenados, se deberían estimular para que ellas se encarguen de entrenar al personal de salud a nivel comunitario, las parteras empíricas de la comunidad y el personal de salud de base. Adicionalmente, se deberían poner fondos a la disposición de manera que permitan el adiestramiento del personal de las OVPs en la administración y tratamiento de la desnutrición a nivel comunitario.

Las agencias donantes deberían también tratar de apoyar los esfuerzos de las OVPs para lograr la coordinación más estrecha; primero, ofreciendo fondos que permitan a las OVPs realizar una asociación activa de coordinación en Honduras; en segundo lugar, ofreciendo fondos que permitan pagar el salario de un oficial de coordinación de las OVPs en el MDS que sería responsable de la interacción entre las OVPs y el GDH.

Donaciones directas, préstamos rotativos o dinero para pagar el salario del personal (especialmente los salarios de los que han de adiestrar el Personal de Salud, Trabajadores de Extensión de la Comunidad o los Motivadores) deberían estar a la disposición de las OVPs que tengan programas apropiados de salud y nutrición pero que sólo cuentan con fondos limitados.

La Asistencia Técnica que permita a las OVPs realizar una mejor planificación y evaluación de sus problemas, el énfasis de la importancia de la participación comunitaria en los proyectos de salud y nutrición; y las indicaciones sobre la forma en que el desarrollo comunitario debe proveerse a todas las OVPs. La asistencia técnica debe ser ofrecida a las OVPs que tienen dificultad en obtener fondos debido a la falta de experiencia en la presentación de propuestas de proyectos pero que cuentan con buenos programas.

Más aún, las agencias donantes deberían considerar el suministro de vehículos a aquellas OVPs que tienen dificultad en transportar a los pacientes y no poseen un vehículo para el programa.

Finalmente, las agencias donantes deberían investigar las razones por las cuales muchas OVPs no tienen programas de inmunización y se debe considerar el ofrecimiento de vacunas a aquellas OVPs que tienen dificultad en obtenerlas.

Sección C: Descripción de los Programas Bilaterales de Asistencia

Solamente han sido detectados dos Programas Bilaterales de Asistencia con componentes de salud y nutrición que no dependen de Estados Unidos. Esta sección de este informe considerará una información descriptiva acerca de estas PBAs. AID no se discute aquí, puesto que no cae dentro de los límites del contrato. Los lectores interesados en los programas de AID deben ponerse directamente en contacto con AID.

Dos PBAs que han sido establecidos durante los últimos cinco años no tienen en perspectiva terminar sus programas en el transcurso del próximo año. Ambos programas se encuentran en la costa sur del país, aunque uno también tiene un proyecto en el Departamento de Cortés, en la costa norte. Los servicios que los PBAs ofrecen en el sector de salud (que no están implementados con la participación de los miembros de la comunidad) incluyen distribución de alimentos, desarrollo de fuentes de agua y construcción de letrinas.

Hay un total de 27 miembros del personal empleados en los Programas Bilaterales de Asistencia dentro del Sector de Salud. Todos estos miembros son personal "no médico", es decir: administradores, economistas, técnicos, etc.

Por otro lado, 360.000 "contactos nutricionales" han sido hechos en promedio mensual en los 115 centros de distribución de alimentos que opera uno de los PBAs; los programas de letrinas y agua benefician aproximadamente a 13.000 personas por año.

Ambos Programas Bilaterales reciben sus fondos (que pueden llegar a \$1.350 millones para el año fiscal de 1980) de Europa.

Los Programas Bilaterales de Asistencia se combinan muy estrechamente con las agencias del Gobierno tales como Cohdefor, Recursos Naturales, el Instituto Nacional Agrario (INA), el Ministerio de Salud y la Organización Agrícola y de Alimentos (FAO); los PBAs del sector de salud no parecen experimentar problemas con las regulaciones del Gobierno.

Sin embargo, parece que existe muy poca o ninguna coordinación dentro de los PBAs y las Organizaciones Voluntarias Privadas en el sector de salud. Esto se debe en gran parte a que los Programas Bilaterales de Asistencia parecen estar confinados a las limitaciones que ellos tienen con los acuerdos que llevan a cabo con el Gobierno. Es por lo tanto, improbable que las OVPs y los PBAs tengan alguna coordinación estrecha en el futuro y se duda en gran medida si se ganaría algo de tal asociación.

El hecho más interesante acerca de los Programas Bilaterales de Asistencia dentro del sector de salud, es quizá el hecho de que haya tan pocos de los mismos. La asistencia técnica de gobiernos extranjeros parece estar canalizada más frecuentemente a través de programas multilaterales como aquellos que llevan a cabo la Comunidad Europea (EEC) y la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), que los programas bilaterales.

Sección H: Conclusiones Generales y Recomendaciones

El resultado más sobresaliente de este estudio es que mientras varias clases de programas OVPs existen en Honduras, comparativamente pocos de estos programas son concientes de las otras agencias que trabajan en salud y nutrición. La autora encontró una gran dificultad al averiguar el universo de las OVPs estudiadas a pesar del hecho que estudios anteriores de las OVPs estaban disponibles y fueron consultados para obtener dicha información. Esta falta de información general acerca de las otras Organizaciones Voluntarias Privadas se debe en gran parte a la ausencia de una institución que coordine a dichas OVPs.

El MDS no mantiene un registro de las OVPs que trabajan en el sector de salud ni tiene una oficina que coordine las actividades de dichas OVPs. Este informe incluye diferentes recomendaciones de cómo las Organizaciones Voluntarias Privadas y el MDS podrían aumentar el conocimiento mutuo los programas que llevan a cabo las OVPs en salud y nutrición en Honduras.

Aunque este informe presenta información actualizada de las OVPs, nuevos programas de estas agencias son continuamente establecidos y otros programas son cerrados. Por lo tanto, este Estudio no es una solución permanente a la falta de información de las OVPs.

Uno de los hallazgos menos notables de este Estudio se relaciona al hecho de cómo podrían las OVPs apoyar mejor los programas de nutrición y salud del Gobierno; la autora concluye que no es lo más apropiado el que las OVPs den un apoyo directo al gobierno ofreciéndoles recursos físicos y humanos. Por el contrario, las OVPs deberían ayudar al Gobierno en su Sector de Salud en forma indirecta, implementando los programas que respondan a las necesidades nutricionales y de salud de Honduras.

El tamaño de los programas de las OVPs ie. en términos de números de personal empleado, la cantidad de los presupuestos de nutrición y salud y el abanico de servicios que ofrecen es considerablemente más alto del que uno esperaba encontrar antes de realizar este estudio. Las OVPs en Honduras proveen una variedad muy amplia de servicios de nutrición y salud desde hospitales muy sofisticados y clínicas hasta programas de rehabilitación de drogadictos y alcohólicos así como también el adiestramiento de diferentes clases de personal en salud. La contribución financiera que las OVPs hacen al sector de salud superan fácilmente la cifra de \$8.0 millones este año, esto representa un aumento del 12.9% del presupuesto total del MDS. Dado el hecho de que las OVPs continuamente establecen nuevos programas en Honduras y que muchas de las OVPs tienen planeado expandir y extender sus servicios en un futuro cercano, la actividad de las OVPs dentro del sector de salud ciertamente aumentará en intensidad en ese futuro próximo.

Mientras se encontró que las OVPs del estudio respondían a algunas de las necesidades del área rural de Honduras, ellas podrían aumentar su impacto si hicieran mejor uso del personal altamente adiestrado y si aumentaran su involucración en el aspecto de la medicina preventiva.

Un personal menos adiestrado podría llevar a cabo muchas de las tareas que actualmente hacen profesionales en salud. Esto permitiría al profesional de salud gastar más tiempo en la enseñanza y en la supervisión de otro personal de salud y en tratar a los pacientes con enfermedades complicadas que son referidos a ellos por el personal de salud que tiene menos adiestramiento. El uso extensivo de personal paraprofesional podría permitir un ahorro considerable de fondos en los programas de las OVPs y aumentar el costo-eficiencia de los servicios de las OVPs.

Como se mencionaba arriba, las OVPs podrían aumentar su impacto por el solo hecho de elevar el énfasis en el servicio de medicina preventiva. Un número considerable de agencias parece estar insuficientemente involucradas en la medicina preventiva. Por ejemplo, los programas de inmunización son implementados solamente por 16.4% de las OVPs estudiadas, a pesar de la prevalencia en Honduras de un número considerable de enfermedades contagiosas que pueden ser prevenidas por las vacunas.

Las OVPs podrían en general aumentar su énfasis en medicina preventiva simplemente implementando más programas de agua y letrinas, o introduciendo componentes de inmunización en sus proyectos o en el adiestramiento de más personal de salud de la base eg. parteras empíricas, promotores de saneamiento ambiental o personal de salud comunitario. El proveer servicios simples y de bajo costo en salud aumentaría la atención a poblaciones que ya están subatendidas, esta debería convertirse en una meta para todas las OVPs que tengan programas de salud o nutrición.

Hay evidencia que las OVPs podrían ganar mucho impacto si se coordinasen ciertas actividades de forma más estrecha (ver Sección E de este informe para los detalles).

Un nivel adecuado de coordinación existe entre las OVPs y entre las OVPs y el GDH pero este no es suficiente para afectar el impacto de los programas de las OVPs dentro del sector de salud. La coordinación de las OVPs se podría estimular a través de la AID mediante la transferencia de información, por ejemplo de este informe, a las OVPs que contribuyeron con información para este Estudio. Esto se podría hacer muy fácilmente si la AID mandara una copia o un resumen del mismo a cada una de las OVPs estudiadas. Inmediatamente después se puede convocar una reunión o un seminario por una de estas OVPs 'líderes' de manera que se pueda formar una asociación activa de OVPs. La autora sugiere que una de las metas de esta asociación debe ser el aumento de la eficiencia y el costo-beneficio de los servicios de salud y nutrición de las OVPs en Honduras. La coordinación entre las OVPs y el GDH podría aumentarse por el establecimiento de una oficina que sirviera de puente entre las OVPs y el MDS (o por lo menos, la designación de una persona en el MDS como coordinador de tiempo completo.

Las OVPs hacen una contribución sustancial a los servicios de salud y nutrición en Honduras. Sin embargo, el impacto de sus programas sería mayor si el énfasis en medicina preventiva y coordinación interagencial se aumentase.

Bibliografia .

Bibliografía

- Arole, Mabelle R., et al
1975 Health By The People (Geneva: Organización Mundial de la Salud.)
- Bryant, John
1969 Health and The Developing World. (Ithaca, New York; and London: Cornell University Press.)
- Dirección General de Estadística y Censo
1977 Anuario Estadístico, 1977. (Tegucigalpa: Dirección General de Estadística y Censos.)
- Keaty, Charles A. and Keaty, Geraldine
1977 A Study of Private Voluntary Organizations (PVO's) in Guatemala. (Guatemala: USAID.)
- King, Maurice, et al
1966 Medical Care in Developing Countries. (Nairobi: Oxford University Press.)
- Mendenhall, William
1967 Introduction to Probability and Statistics. (Belmont, California: Wadsworth Publishing Company, Inc.)
- Ministry of Health
1978 Memoria Anual (Tegucigalpa: MDS.)
- 1979 Boletín de Estadística e Información de Salud - Estadísticas Hospitalarias. (Tegucigalpa: MDS.)
- 1979 Tabulado: Atenciones Según Tipo y Grupo de Edad, por Región, Nivel y Recursos. (Tegucigalpa: MDS.)
- 1980 Listado de Establecimientos que Existen Hasta 1: 28: 80, Según Códigos y Descripciones. (Tegucigalpa: MDS.)
- Ministerio de Relaciones Exteriores (MRE)
1979 Lista Diplomática (Honduras: MRE.)
- Lista del Cuerpo Consular Extranjero, Acreditado ante el Gobierno de Honduras (Honduras: MRE)

Ministerio de Economía (ME)

1976 Censo Nacional de Población, Resumen por Departamentos y Municipios, Tomo 1. (Honduras: ME.)

Skelton, Eugene A.

1972 Inventory of Projects in Honduras with Inputs from, or Supported by, Foreign Agencies. (Tegucigalpa: USAID.)

Stallman, Judith A.

1978 An Inventory of Private and Voluntary Organizations in Honduras. (Tegucigalpa: USAID.)

Technical Assistance Information Clearing House (TAICH.)

1975 Development Assistance Programs of U.S. Non-Profit Organizations in Honduras. (New York: TAICH.)

1979 Medicine and Public Health: Development Assistance Abroad. (New York: TAICH.)

Anexo I: Lista de Agencias excluidas de e
incluidas en el Estudio Universo

Cuadro 1

Agencias Investigadas como Posibles en Universo

| | Antes de Colección de Datos | Durante Colección de Datos | Total |
|--|-----------------------------|----------------------------|-------|
| Agencias identificadas como posibles en universo | 160 | 76 | 236* |
| Eliminadas antes de la colección de datos como no aparecidas en estudio universo <u>1/</u> | 103 | N/A | 103 |
| Eliminadas durante colección de datos como no aparecidas en el estudio universo | 9 | 54 | 63 |
| SUB-TOTAL encontrado en universo | 48 | 22 | 70** |
| Datos no pudieron ser coleccionados <u>2/</u> | 2 | 11** | 13 |
| Datos coleccionados <u>3/</u> | 46 | 11 | 57 |
| % de universo conocido | 95.8% | 50.0% | 81.4% |

* Como es posible que tanto agencias nacionales como internacionales con los mismos nombres operar en programas separados de nutrición o salud en Honduras, las agencias con el mismo nombre se contaron como unidades separadas.

** 11 agencias están solo presumiblemente en 'universo', pues falta de información no hace imposible la exclusión de las mismas.

1/ Ver cuadros 4 (BAP's) y 5 (otras agencias)

2/ Ver cuadro 3 para detalles

3/ Ver cuadro 2 para detalles

Cuadro 2

LISTA ALFABETICA DE LOS 55 PVOs y 2 PROGRAMAS DE ASISTENCIA BILATERAL DE LOS CUALES SE OBTUVIERON LOS DATOS PARA EL ESTUDIO

| <u>Nombre de la Agencia</u> | <u>Dirección Postal</u> | <u>Dirección</u> | <u>No. Tel.</u> | <u>Nombre y Titulo de Persona Encargada de Agencia en Honduras.</u> |
|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|---|
| 1. Asociación Coordinadora de Recursos para el Desarrollo (ACORDE) | Apartado No. 163-C, Tegucigalpa | 4a. Calle 109, Callejón La Moncada, Tegucigalpa | 22-5621 | Sr. Elías Sánchez, Director |
| 2. Alas de Socorro | Apartado T-227, Toncontín | 1634 Calle Nitza Las Lomas del Mayab, Tegucigalpa | 32-6791 | Mark Noro, Representante |
| 3. Alcohólicos Anónimos | Apartado Postal 1206, Tegucigalpa | Servicios Generales de A.A. 3a. Avenida, 8-9 Calle, Casa 811, Comayagua | 22-6674 | Miguel Angel Silva Gerente |
| 4. Alianza de Mujeres Hondureñas | | Bufet de Abogados Asociados, 2a. Calle, 5-6 Avda., Bo. Guamilito, San Pedro Sula | 52-2000 (Oficina de la Presidenta) | Lic. Marta Castro de Sabillón, Presidenta y Secretaria General |
| 5. Alimentos para Millones | Apartado 1693, Tegucigalpa | 509A, Altos de la Armería, Bo. Abajo, Tegucigalpa | 22-4908 | Zoila Alvarez, Representante y Coordinadora |

| <u>NOMBRE DE LA AGENCIA</u> | <u>DIRECCION POSTAL</u> | <u>DIRECCION</u> | <u>No. TEL.</u> | <u>NOMBRE Y TITULO DE PERSONA ENCARGADA DE AGENCIA EN HONDURAS</u> |
|---|---------------------------------|--|-----------------|---|
| 6. Americas Hand in Hand | Apartado No. 1101, Tegucigalpa | Pueblo de la Joya, Orica, Onguayape River, Francisco Morazán | 22-6685 | Kenneth B. Finney, Director |
| 7. Amigos de las Américas | No permanent office in Honduras | 90 5618, Star Lane, Houston, Texas 77057, U.S.A. | | Ms. Sandra García, Directora de Programas en Honduras |
| 8. Amor Viviente | Apartado 978, Tegucigalpa | 6a. Avenida 4 y 5 Calle No. 112 Tegucigalpa | 22-9517 | Eduardo King Sociólogo y Director General |
| 9. Asesores para el Desarrollo (ASEPADE) | Apartado 444, Tegucigalpa | 2o. Piso, Edif. Corrales Bo. Abajo, Calle Morelos, Tegucigalpa | 22-7120 | Juan Ramón Martínez, Director Ejecutivo Celina Kawas, Directora de Operaciones |
| 10. Asociación de Instituciones Evangélicas de Honduras | Apartado 17, San Pedro Sula | Pinalejo, Santa Bárbara | | Dra. Joyce Baker, Administradora |

| <u>NOMBRE DE LA AGENCIA</u> | <u>DIRECCION POSTAL</u> | <u>DIRECCION</u> | <u>NO.TEL.</u> | <u>NOMBRE Y TITULO DE PERSONA ENCARGADA DE AGENCIA EN HONDURAS</u> |
|--|------------------------------------|---|--------------------|--|
| 11. Asociación de Mutua Ayuda (Iglesias Bautistas Conservadoras) | Apartado 164, La Ceiba, Atlántida | Edificio SAHSA, 2o. Piso, La Ceiba, Atlántida | 42-0320 42-0614 | D. Alan Davis, Director |
| 12. Asociación Hondureña contra la Poliomelitis | Apartado Postal 1250 Tegucigalpa | No Office | 22-7001 | María Albina Elvir G., Presidenta |
| 13. Asociación Hondureña de Planificación Familiar (ASHONPLAFA) | Apartado 625, Tegucigalpa | Entre Col. Alameda y Rubén Darío Antiquo Local Pista Patinaje "Skyland" Tegucigalpa | 32-3959 32-6449 | Sr. Alejandro Flores, Director |
| 14. Asociación Nacional de Campesinos Hondureños (ANACH) | Apartado Postal 241 San Pedro Sula | 9a. Calle, 8a. Avenida, S.O. No. 36, San Pedro Sula | 52-0099 | Reyes Rodríguez Arévalo, Presidente |
| 15. Asociación Nacional de Muchachas Guías/ Scouts de Honduras | Apartado Postal 1561, Tegucigalpa | Ave. Juan Ramón Molina, Casa No: 801, Tegucigalpa | 22-4075 | Cristina de Andonie Fernández, Presidenta Nacional Nancy Bertetty Duncan, Directora Ejecutiva |
| 16. Asociación Nacional de Scouts de Honduras | Apartado 258, Tegucigalpa | Media cuadra de la "JNBS" frente a la Casa Presidencial, Tegucigalpa | 22-9355 | Héctor Mauricio Elvir, Director Ejecutivo |

| <u>NOMBRE DE LA AGENCIA</u> | <u>DIRECCION POSTAL</u> | <u>DIRECCION</u> | <u>NO. TEL.</u> | <u>NOMBRE Y TITULO DE PERSONA ENCARGADA DE AGENCIA EN HONDURAS</u> |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------|--|
| 17. Asociación San José Obrero | Apartado 4, Choluteca | San José, Choluteca | 82-0064 82-0069 | Padre Alejandro López Tuero, Director |
| 18. Brigadas de Amor Cristiano | Apartado No. 96, Comayagua | Detrás de Graneros Silas de la Kennedy, Colonia Las Palmas, Tegucigalpa | 32-1601 | Rev. Mario Fumero, Director General |
| 19. Cámara Junior de Tegucigalpa | Apartado 406, Tegucigalpa | Col. El Prado, Contiguo al Puente San José, Tegucigalpa | 33-7407 | Mario Tulio Mendieta, Presidente |
| 20. CARE | Apartado No. 729, Tegucigalpa | Col. Alameda 4a. Avenida, 9a. Calle No. 810, Tegucigalpa | 32-8601 32-8852 | George H. Radcliffe, Director |
| 21. Caritas Nacional | Apartado 1787, Tegucigalpa | Calle 25 de Enero, Casa No. 25, Blvd. Morazán, Tegucigalpa | 32-3042 | Monseñor Evelio Domínguez |
| 22. Catholic Relief Services (C.R.S.) | Apartado 257, Tegucigalpa | Calle 25 de Enero, Casa No. 25, Blvd. Morazán, Tegucigalpa | 32-6836 | John Contier, Director |

| <u>NOMBRE DE LA AGENCIA</u> | <u>DIRECCION POSTAL</u> | <u>DIRECCION</u> | <u>NO. TEL.</u> | <u>NOMBRE Y TITULO DE PERSONA ENCARGADA DE AGENCIA EN HONDURAS</u> |
|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 23. Comité Evangélico de Desarrollo y Emergencia Nacional (CEDEN) | Apartado No. 1478, Tegucigalpa | 1a. Calle No. 005, Col. Reforma, Tegucigalpa | 32-1719. | Noemí de Espinoza, Directora |
| 24. Clínica "Las Mercedes" | Apartado No. 19, El Progreso, Yoro | Parroquia Las Mercedes, El Progreso, Yoro | | Sor Carla Crowder, S.S.N.D., Directora de la Clínica |
| 25. Club de Leones | Apartado 510, Tegucigalpa | Club de Leones Tegucigalpa El Estadio Blvd. Morazán, Tegucigalpa | 32-4311 | Lic. Tomás Mejía Montoy, Gobernador en Honduras |
| 26. Club Rotario | Apartado 166-C, Tegucigalpa | Calle La Pedrera, Tegucigalpa | 22-8459 | Ing. Javier León, Presidente |
| 27. Cooperación Hondureña Alemana - Alimentos por Trabajo (COHAAT) | Apartado 84, Comayagua | 1a. Avenida entre 9 y 10 Calle, Comayagua | 22-2261 Ext. 238 | Dr. Helmut Fischer, Director |
| 28. Concejo Municipal de Acción Comunal | | Oficina de Desarrollo Comunal, Municipalidad San Pedro Sula | 52-1100 52-1104 52-1106 | René R. Ronda, Presidente |

| <u>NOMBRE DE LA AGENCIA</u> | <u>DIRECCION POSTAL</u> | <u>DIRECCION</u> | <u>No. TEL.</u> | <u>NOMBRE Y TITULO DE PERSONA ENCARGADA DE AGENCIA EN HONDURAS</u> |
|--|-----------------------------------|---|--------------------------------|--|
| 29. Convención Nacional de Iglesias Bautistas de Honduras | Apartado 279, Tegucigalpa | | 22-2765 (Librería Bautista) | Wayne Wheeler, Presidente. |
| 30. Cooperación Suiza al Desarrollo (Proyecto Pozos Suizos) | Apartado Postal 95-C, Tegucigalpa | "COSUDE" Edif. Cámara de Comercio (de Recursos Naturales), Boulevard Miraflores, Tegucigalpa | 32-7948 Ext. 351 | Sra. Elaine de López, Oficial de Enlace |
| 31. Damas de la Caridad de "San Vicente de Paul" | | No Office Contact Via Iglesia Milagrosa, Bo. San Felipe, Tegucigalpa. contact person: Padre Vicente | | Virginia de Avilez; Presidenta Nacional |
| 32. Doble Cosecha (Independent Baptist Agricultural Project) | | Lago Yojoa, Cortés | | Mark Canova, Director en Honduras |

| <u>NOMBRE DE LA AGENCIA</u> | <u>DIRECCION POSTAL</u> | <u>DIRECCION</u> | <u>NO. TEL.</u> | <u>NOMBRE Y TITULO DE PERSONA ENCARGADA DE AGENCIA EN HONDURAS</u> |
|---|---|--|---|--|
| 33. Federación Desarrollo Juvenil Comunitario | Apartado No. 333, Tegucigalpa | 2o. Piso, Edificio La Urbana, Tegucigalpa | 22-7526 | Alejandro Corpeño, Director |
| 34. Federación Hondureña de Mujeres Campesinas (FEHMUC) | Apartado No. 5, Juticalpa, Olancho | Central General de Trabajadores 5a. Calle, 9a. Avenida, No. 902, Tegucigalpa | 22-1829 | Concepción Umanzor, Secretaria General |
| 35. Fundación Horizontes de Amistad | PO Box 1054, Tegucigalpa. Box 876, San Pedro Sula | Aldea Monterrey, Choloma, Cortés | | Fernando Penebad, Presidente |
| 36. Hermanas Franciscanas | Apartado No. 262, Comayagua | 72, West of the Water Tank, Colonia San Francisco, Tegucigalpa | 33-5096 | (Hermana) Eliza Anna O.S.F. |
| 37. Hospital Adventista de Valle de Angeles | Apartado No. 121, Tegucigalpa | Valle de Angeles, Francisco Morazán | No. 191 (llamadas por operadora únicamente) | Ronald McBroom, Director Ejecutivo |
| 38. Hospital Evangélico | Hospital Evangélico, Siguatepeque | Hospital Evangélico, Siguatepeque | 73-2179 | Dr. Edgardo Sierra, Director |

| <u>NOMBRE DE LA AGENCIA</u> | <u>DIRECCION POSTAL</u> | <u>DIRECCION</u> | <u>NO. TEL.</u> | <u>NOMBRE Y TITULO DE PERSONA ENCARGADA DE AGENCIA EN HONDURAS</u> |
|---|---|--|--------------------|--|
| 39. Iglesia Episcopal | PO Box 1738, San Pedro Sula | Clínica San Marcos, Omoa, Cortés | | Rt. Rev. Hugo Pino, Director |
| 40. International Eye Foundation | C/O AID/HRD, Embajada Americana, Tegucigalpa | La Campaña, 5a. Calle, Casa 17A, Tegucigalpa | 32-1777 | Ms. Támara González, Jefa Instructora |
| 41. Jospice International | | Centro de Salud Morazán, Yoro | | Srta. Anne-Marie Rice, Administradora |
| 42. Juntas Femeninas de Desarrollo Comunal (JUFEDECO) | | 8a. Avenida y 9a. Calle, S.O. No. 36 San Pedro Sula | 52-0099 | Engracia Contreras de Madrid, Coordinadora General |
| 43. La Cruz Roja Hondureña | | 2a. Avenida Entre 7a. y 8a. Calle, Comayagua | 22-4628 22-8654 | Lic. Cleto Ramón Alvarez, President Nacional |
| 44. La Liga Hondureña Contra la Tuberculosis | | Bo. La Ronda, 6a. Calle, Casa 911, Tegucigalpa | 22-9289 | Nicolás Wady Atala, Presidente |

Anexo VI: Cuadros asociados con Sección F
(Agencias Donantes de Fondos de PVOs.)

Cuadro 1

Dificultades de los PVOs con las Regulaciones del Gobierno

| <u>Regulaciones Concernientes a:</u> | <u>Dificultad</u> | | <u>NO Dificultad</u> | | <u>Valor Perdido</u> | | <u>Total</u> |
|--------------------------------------|-------------------|----------|----------------------|----------|----------------------|----------|--------------|
| | <u>No.</u> | <u>%</u> | <u>No.</u> | <u>%</u> | <u>No.</u> | <u>%</u> | <u>No.</u> |
| Importación de Drogas | 7 | 12.7 | 47 | 85.4 | 1 | 1.8 | 55 |
| Importación de Equipo | 9 | 16.3 | 45 | 81.8 | 1 | 18.8 | 55 |
| Permisos de trabajo | 6 | 10.9 | 48 | 87.2 | 1 | 1.8 | 55 |
| Otros | 7 | 12.7 | 47 | 85.4 | 1 | 1.8 | 55 |

Cuadro 2

Comparación de Métodos Usados para Transportar Pacientes*

| <u>Métodos de Transporte:</u> | <u>Método usado</u> | | <u>TIENE Dificultad</u> | | <u>NO Dificultad</u> | |
|-------------------------------|---------------------|------------|-------------------------|------------|----------------------|------------|
| | <u>No.</u> | <u>% *</u> | <u>No.</u> | <u>% *</u> | <u>No.</u> | <u>% *</u> |
| Vehículo del Programa | 9 | 45 | 2 | 10 | 7 | 35 |
| Vehículo del MdeS | 0 | 0 | n/a | | n/a | |
| Vehículos del IHSS | 0 | 0 | n/a | | n/a | |
| Vehículos Privados | 3 | 15 | 3 | 15 | 0 | 0 |
| Vehículos Públicos | 7 | 35 | 7 | 35 | 0 | 35 |
| Otros | 1 | 5 | 1 | 5 | 0 | 0 |

* Cuadro basado en 20 agencias que respondieron y para las cuales la pregunta era aplicable. Porcentajes basados en este grupo. Otras 14 agencias respondieron que la pregunta no era aplicable; 21 no respondieron

Quadro 3

Notas en la Construcción de Escalas para Medir la Efectividad de los Programas

Se construyeron tres escalas relacionadas para medir la efectividad de los programas; 1) Nivel de Participación Comunal; 2) Nivel de Prioridad de los Programas; y 3) una escala combinada.

La escala para la Participación Comunal mide la extensión de las actividades con participación comunal. Se basa en las siguientes cinco preguntas y pesos; H1A-D (20 each), y H2 (20). (Ver Apéndice 10 para texto de pregunta.)

La escala para Programas Prioritarios mide la extensión de la actividad en los programas en áreas prioritarias, pero no la cantidad de la actividad. Se basa en las siguientes nueve preguntas, dándole un peso a cada una de 14.3 (ejem. 1/7): C1D y C1I-P.

La escala de Programas fue dicotomizada en programas con o sin prioridad según las reglas siguientes. Los programas se juzgaron de poca prioridad, a menos que reunieran una de las dos condiciones siguientes, en dicho caso fueron clasificados de alta prioridad: 1) la agencia tenía de 2 a 3 de los programas incluidos en preguntas C1D, y C1I-P inclusive, y estos incluían uno de los tres programas de "alta" prioridad (agua, letrinas, o adiestramiento de guardianes de salud), o 2) la agencia tenía más de tres de los programas arriba mencionados.

La escala combinada para la total efectividad se construyó de las dos escalas arriba mencionadas. La escala por participación fue tratada como una variable de intervalo; esto es, puntos más altos fueron considerados proporcionalmente mejor. Sin embargo, la escala de programas fue tratada como una escala ordinal; esto es, los puntos más altos fueron considerados mejor, pero no proporcionalmente mejor. Así mismo, la variable dicotomizada se usó con un punto de 0 para programas de baja prioridad, y 1 para programas de alta prioridad. Desde que ambos, la participación comunal y los programas prioritarios se consideran esenciales en programas apropiados como se definen aquí, los valores de los dos puntos se multiplicaron entre sí para producir la escala combinada.

Para ambas de estas escalas, el máximo número de puntos obtenido fue 100, y el mínimo 0. El máximo teórico para la escala de programas fue 128.6, pero se seleccionaron los pesos para que el máximo actualmente ganado fuera 100.

Cuadro 4B

Características del Programa que NO Parecen
Influenciar el Interés en la Coordinación

Las siguientes variables no demostraron ningún efecto en el interés en la coordinación. Sin embargo esto no necesariamente implica que no tienen ningún efecto.

Servicios Ofrecidos;

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Servicios de Ambulancia | 2. Asistencia a Refugiados |
| 3. Distribución de Alimentos | 4. Ser. Planificación de Familia |
| 5. Programa de Inmunización | 6. Construcción de Letrinas |
| 7. Control de Vector | 8. Innovaciones de Interés |

Participación Comunal;

- | | |
|--|--------------------------------|
| 9. Reunirse para Discutir Problemas de Salud | 10. Evaluar Proyectos de Salud |
| 11. Reunir Fondos con Comunidad | |

Fuentes de Dinero;

- | | |
|----------------------------|--|
| 12. Donaciones de Honduras | 13. Otros Fondos Obtenidos en Honduras |
|----------------------------|--|

Tipos de Personal Adiestrado

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 14. Guardianes de Salud | 15. Enfermeras Auxiliares |
|-------------------------|---------------------------|

Otros;

- 16. Capacidad de Adiestrado Reconocida por el GdeH
 - 17. Afiliación Religiosa
 - 18. Agencia planea Extender Programas de Salud-Nutrición en nuevas áreas
 - 19. Problemas con importación de equipo y permisos de trabajo
-

Guadro 4A

Características de los Programas que Parecen
Influenciar el Interés en la Coordinación

| | Interes en Coordinación Con: | | | | | |
|--|------------------------------|---------|------------------|---------|--------------|---------|
| | Agencias GdeH | | Agencias no-GdeH | | Ambos Grupos | |
| | P* | #Efecto | P* | #Efecto | P* | #Efecto |
| Servicio de Hospitales | .05 | D | NS | | .05 | D |
| Desarrollo de Agua Potable | NS | | .05 | A | .05 | A |
| Programa de Educación Salud | NS | | .05 | A | .025 | A |
| Rehabilitación Nutricional | .005 | A | NS | | .005 | A |
| Adiestrar Guardianes de Salud | NS | | .025 | A | NS | |
| Adiestrar Parteras | .025 | A | NS | | .05 | A |
| Adiestrar Laboraroristas de Rayos X | .05 | D | .025 | D | .025 | D |
| Fondos de EEUU | NS | | .025 | A | .025 | A |
| Fondos del Canada | NS | | .05 | A | .005 | A |
| Fondos de Europa | .05 | A | .005 | A | .005 | A |
| Fdos. de Gobiernos Extranjeros | NS | | NS | | .05 | A |
| Fondos de Donaciones Extranj. | .05 | A | .025 | A | .005 | A |
| Problemas de Importación de medicinas | NS | | .025 | A | .05 | A |
| Plan para Expandir Programa | NS | | NS | | .025 | A |
| Comunidad Selecciona Guardia- nes de Salud | .01 | A | .05 | A | .005 | A |
| Proyectos Planeados por la Co- munidad | NS | | .01 | A | .05 | A |

* P= Probabilidad, la hipótesis nula es falsa, basados en el análisis de tabla de contingencias (ver métodos). NS=No Significativo, Ejem. P mayor que .05.

Efecto indica cuando la variable tiende a Aumentar (A) o Disminuir (D) el interés en la Coordinación.

Cuadro 4

Criterio Usado para Medir el Interés en la Coordinación con
Otras Agencias (del GdeH y Otras)

| Escala Usada | Concepto de la Pregunta | Puntos |
|--|---|----------|
| Escala para Coordinación del GdeH (ver Cuadro 2) | Medida del Nivel de Interés en Coordinación con GdeH | Puntos/2 |
| Escala para Coordinación no-gubernamental (ver Cuadro 3) | Medida del Nivel de Interés en Coordinación con otras agencias no-gubernamentales | Puntos/2 |
| Máximos Puntos Posibles= | (Suma de Puntos Individuales)= | 100 |

Valor Dicotomos: Menos Interesado =0 a 19.0[Más Interesado =19.0 a 100.

Cuadro 3

Criterio Usado para Medir el Interés en la Coordinación
 con Otras Agencias No-Gubernamentales

| # Pre- gunta | Objetivo de la Inclusión | Concepto de la Pregunta | Puntos |
|--------------------------|---|--|--------|
| K1 | Asesorar el Nivel de Coor- dinación actualmente prac- ticado con agencias no gubernamentales | Intercambio de Experiencias por medio de seminarios, boletines | 12.5 |
| | | Volúmen de Compras de Medicinas, Alimentos, Material Educativo | 12.5 |
| | | Compra Conjunta de Material Educativo Audio-visual | 112.5 |
| | | Coordinación de Seminarios, tales como adiestramiento de personal | 12.5 |
| K2 | Asesorar el Interés de coordinación con agencias no gubernamentales | interés en discutir la iniciación o extensión de la coordinación | 12.5 |
| L2 | | Dispuesto a Presupuestar fondos para actividades de coordinación | 12.5 |
| Todo | Interacción de lo ante- rior | Si L2 y por lo menos otra pregunta es afirmativa | 12.5 |
| Maximos Puntos Posibles= | | (Suma de Puntos Individuales)= | 100 |

Valor Dicotomos; Menos Interesado =0 a 42.5; Más Interesado =42.5 hasta 100.

Cuadro 2

Criterio Usado para Medir el Interés en Coordinación
con Agencias del Gobierno

| No.Pre- gunta | Objetivo de la Inclusión | Concepto de la Pregunta | Puntos |
|--|--|--|--------|
| J1 | Asesorar Nivel de Coordinación practicado actualmente con Agencias del GdeH. | Intercambio de Experiencias por medio de seminarios, boletines | 3.75 |
| | | Volúmen de Compras de Medicinas, alimentos, material educacional | 6.25 |
| | | Compra conjunta de materiales educativos audiovisuales | 6.25 |
| | | Coordinación de Seminarios, como adiestramiento de personal | 6.25 |
| | | Otra area de interés en la coordinación | 6.25 |
| J2 | Asesorar el Interés en coordinación con agencias no-gubernamentales | Interesados en discutir iniciación o extensión de coordinación | 6.25 |
| J3 | Asesorar el Nivel de coordinación y planeamiento con el GdeH | Planes de incorporar todos o parte de los programas de Nutrición y Salud al GdeH | 6.25 |
| J4 | | Sabe el año en que el GdeH se hará cargo de los programas | 12.5 |
| J5 | | Sabe como el Gobierno tomará y operara los programas | 12.5 |
| I1 | Asesorar Nivel de Interacción con el MdeS | Comparte Personal | 6.25 |
| | | Comparte Vehículos | 2.5 |
| | | Remite Pacientes | 6.25 |
| | | Distribución Conjunta de Alimentos | 6.25 |
| L2 | | Dispuesto a Presupuestar Fondos para Actividades de Coordinación | 6.25 |
| Mayor No. de Puntos Posible= | | (Suma de Puntos Individuales)= | 100 |
| Valor Dicotomos: Menos Interesado =0 to 15.0[Mas Interesado =15.0 thru 100. | | | |

Cuadro 1

Comparación de Interés en la Coordinación y
Monto de Coordinación Ejecutada

| Actividad de Coordinación | Interés | | Cordinación Actual | | | |
|---|---------|------|--------------------|------|-----------|------|
| | No. | % | con GdeH | | con otros | |
| | | | No. | % | No. | % |
| Intercambio de Experiencia | 39 | 70.9 | 11 | 20.0 | 19 | 34.5 |
| Volumen de Comprás de Medicinas y Equipo | 16 | 29.0 | 3 | 5.4 | 5 | 9.0 |
| Compra Conjunta de materiales audiovisuales | 27 | 49.0 | 2 | 3.6 | 2 | 3.6 |
| Coordinación de Servicios* | 33 | 60.0 | 13 | 23.6 | 13 | 23.6 |
| Otros | 6 | 10.9 | 12 | 21.8 | 11 | 20.0 |

* Tales como adiestramiento de personal y operación de clinicas

Cuadro 1

Detalle de la Frecuencia de
 Interacción de PVOs con el Gobierno

| <u>Tipo de Actividad</u> | <u>Nivel de Actividad</u> | | |
|---|---------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | <u>Monto de Actividad</u> | <u>Numero de Agencias</u> | <u>Porcentaje Agencias</u> |
| Envío de Pacientes | n/a | 20 | 36.3 |
| Personal Compartido | n/a | 15 | 27.2 |
| Proveer Materiales al MdeS (000) | \$ 1,741 | 11 | 20.0 |
| Proveer Personal al GdeH * | 53 | 7 | 12.7 |
| Distribución Conjunta de Alimentos | n/a | 4 | 7.2 |
| Proveer Personal a Tiempo Medio al GdeH * | 32 | 3 | 5.5 |
| Compartir Transporte | n/a | 3 | 5.4 |
| Comprar Conjuntamente Medicinas o Equipo | n/a | 3 | 5.4 |
| Proveer Efectivo al MdeS (000) | \$ 120 | 1 | 1.8 |

* El monto de la actividad para estas variables se midió en personas. Aunque equivalentes-personas hubieran sido una mejor medida para el personal a medio tiempo, no habían datos disponibles.

Anexo V: Cuadros asociados con Sección E
(Coordinación entre PVOs y el GdeH.)

**Anexo IV: Cuadros asociados con Sección D
(Apoyo de PVOs al GdeH.)**

Cuadro 12

El Grado Hasta el Cual los PVOs Conducen Rehabilitacion Nutricional y Educacion en Salud por Presencia o Ausencia de Distribucion de Alimentos

| Definicion de Grupos: | No. de Programas en Grupo No. | Agencias en Grupo Con: | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------|------|-----------------------|------|
| | | Rehabilitacion Nutricional | | Educacion en Salud | |
| | | No. | % | No. | % |
| PVOs con Distribucion de Alimentos | 25 | 12 | 48.0 | 17 | 68.0 |
| Otros PVOs | 30 | 4 | 13.3 | 19 | 63.3 |

Cuadro 11

Frecuencia de Participacion Comunal y Tipo de Participantes

| Actividad de Participacion Comunal | % de Par- ticipantes Practicando. Actividad | No.de Parti- cipantes |
|---|--|--------------------------|
| Discutir problemas de salud y nutricion con la comunidad | 61.8 | (51) |
| Planear proyectos de salud y nutricion con la comunidad | 54.5 | (51) |
| Seleccionar guardianes de salud con la comunidad | 32.7 | (51) |
| Evaluar programas con la comunidad | 36.3 | (51) |
| La comunidad asigna fondos para proyectos de salud y nutricion | 20.0 | (37) |

Cuadro 10

Numero de PVOs Involucrados en el Adiestramiento de Guardianes de Salud y Extension del Adiestramiento por Tipo de Personas Adistradas

| Tipo de Personal Adiestrado | Agencias involucra- das en Adiestrar | | Tiempo de Adiestramiento Dado por PVOs | | | | <u>Tiempo dado por el MdeS</u> Dias |
|--|---|------|--|-----------------------|-------------------------|-----------------------|--|
| | No. | % | <u>Numero</u> Reportado | <u>Maximo</u> Dias | <u>Promedio</u> Dias | <u>Minimo</u> Dias | |
| Guardianes de Salud | 15 | 27.3 | 12 | 120 | 27.3 | 7 | 6 |
| Representantes de Salud | 4 | 7.3 | 4 | 48 | 17.3 | 7 | 6 |
| Parteras | 6 | 10.9 | 6 | 15 | 8.0 | 5 | 6 |
| Enfermeras Auxiliares | 7 | 12.7 | 6 | 730 | 264.0 | 14 | 220 |
| Otros (Promotores de Salud, Tecnicos de Laboratorio y Rayos X) | 7 | 12.7 | 6 | 730 | 302.8 | 132 | 999 |

Cuadro 9

Comparacion de los Presupuestos para Salud y Nutricion del MdeS, PVOs y BAPs para el Ano Fiscal de 1980

| | MdeS | PVOs | BAPs |
|---|---------|---------|-------|
| Presupuesto Total Reportado para Salud y Nutricion para 1980 (millones de \$) | \$62.0 | \$8.0 | \$1.3 |
| Porcentaje de Incremento sobre el Presupuesto del MdeS | 0.0 % | 12.9 % | 2.0 % |
| Gastos por beneficiado* | \$27.06 | \$12.35 | n/a |

* Para el MdeS, el numero de beneficiados directos se tomo del numero de Admisiones al Hospital mas el numero de consultas dadas por los Doctores del MdeS y las Enfermeras Auxiliares en 1979.

Para los PVOs, el numero de beneficiados directos se tomo del numero reportado por las 41 agencias que tambien reportaron su presupuesto para salud y nutricion.

Para los BAPs, no habian datos disponibles.

Cuadro 8

Numero de Doctores y Enfermeras Graduadas Segun el Tipo de Programa PVO

| Tipo de Programa: | No. de Pro-gramas | Tipo de Personal | | | |
|--|-------------------|------------------|--------------|----------------|--------------|
| | | Doctores | | Enf. Graduadas | |
| | | No. | % | No. | % |
| PVOs con Servicio de Hos-pital o Clinica | 23 | 28 | 90.3 | 36 | 85.7 |
| Otros PVOs | 32 | 3 | 9.7 | 6 | 14.3 |
| Totales | 55 | 31 | 100.0 | 42 | 100.0 |

CUADRO 7

Comparacion del Personal del MdeS y PVOs por Unidad de Servicio*

| | MdeS | PVOs |
|--|-------|------|
| No. de Unidades de Servicio* | 3,815 | 218 |
| No. de Unidades de Servicio*/Doctor | 10.03 | 7.03 |
| No. de Unidades de Servicio*/Enfermera Graduada | 13.77 | 5.19 |
| No. de Unidades de Servicio*/Enfermera Auxiliar | 1.68 | 3.41 |

* Para el proposito de este cuadro, una unidad de servicio se define como una cama de hospital o facilidad de clinica.

CUADRO 6

Comparacion de la Productividad y Utilizacion de las Facilidades de PVOs y MdeS por tipo de servicio

| Unidades de Servicio: | Agencia Fundadora | | TOTAL | Incremento % PVOs/MdeS |
|---|-------------------|-----------|-----------|---------------------------|
| | MdeS | PVO | | |
| No. Admisiones por Hospital /mes | 8,015 | 1,620 | 9,635 | 20.2% |
| No. Admisiones por Hospital/ Cama de Hospital/mo | 2.4 | 9.3 | n/a | 387.5% |
| No. Contactos de Planificacion de familia/mo | 5,109 | 5,745 | 10,854 | 112.4% |
| No. Consultas de Clinica/ mo | 182,946 | 18,106 | 201,052 | 9.9% |
| No. Consultas de Clinica/ Clinica/mo | 411 | 412 | n/a | 100.2% |
| No. Contactos Nutricionales | 240,284 | 6,226,210 | 6,466,494 | 2,591.2% |
| No Contactos Nutricionales Centro de Nutricion Alimenticia | 2,477 | 1,466 | n/a | 59.2% |

* Un contacto nutricional se refiere a una unidad de cuidado o tratamiento (ejem. una consulta) o una racion diaria de alimentos. Puede haber figuras repetidas en lo anterior pues los alimentos distribuidos por CARE y CARITAS son muchas veces redistribuidos por otros PVOs.

CUADRO 5

Comparacion del Numero de Unidades Proveedoras
Fundadas por el MdeS y los PVOs

| Unidades Proveedoras | AGENCIA FUNDADORA | | TOTAL | Incremento de % PVOs/MdeS |
|---|-------------------|-------|-------|------------------------------|
| | MdeS | PVOs | | |
| Hospitals | 19 | 4 | 23 | 21 % |
| Camas de Hospital | 3,370 | 174 | 3,544 | 5.2 % |
| Clinicas | 445 | 44 | 489 | 9.9 % |
| Centros de Distribucion de Alimentos ** | 97 | 4,262 | 4,359 | 4394.2 % |
| Doctores * | 380 | 31 | 411 | 8.2 % |
| Enfermeras graduadas | 277 | 42 | 319 | 15.2 % |
| Enfermeras Auxiliares | 2,275 | 64 | 2,339 | 2.8 % |
| Nutricionistas | 8 | 4 | 12 | 50.2 % |

* Equivalentes de tiempo completo usados para figura del MdeS = numero promedio de horas de doctor por dia/ 8.

** Puede haber repeticion en estas figuras, pues los alimentos distribuidos por CARE y CARITAS son frecuentemente redistribuidos por otro PVO.

CUADRO 4

Numero de Agencias con Facilidades de Hospitales o Clinicas
Segun Cobran por Consulta en la Clinica y Medicinas

| Tipo de Cobro por Medicina | Tipo de Cobro por Consulta | | | | Valor Perdido | Totales |
|--------------------------------------|----------------------------|-----------------|--------|----------------------------|------------------|---------|
| | Cargo Fijo | | | Escala Ascen- dente* | | |
| | LC.00- | L1.00- L3.00 | L 5.00 | | | |
| Gratuita | 3 | 2 | 1 | 4 | 0 | 10 |
| Vendida al Costo | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 4 |
| Vendida por un "Valor Nominal" ** | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| Vendida segun Escala Ascendente | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| Vendida al detalle | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Totales | 8 | 3 | 2 | 9 | 1 | 23 |

* Diferentes precios basados en la disponibilidad de recursos del PVO en ese entonces y el nivel economico del paciente

** Una pequena cantidad

CUADRO 3.4

Resumen de la Equidad en la Distribucion de
Unidades de Servicio de PVOs y MdeS relativas
al Total de Poblacion, por Departamento

| | Poblacion | | % Dif Observada * | | # Esperado |
|-------------------|--------------------|--------------|-------------------|-----------|------------------------------|
| | No. de Personas | % de Pob. | Clinicas | Hospitals | Centros de Dis. Alimentos |
| By Department: | | | | | |
| Atlantida | 223,023 | 5.84 | 59% | 154% | 698% |
| Colon | 118,674 | 3.11 | 132% | 417% | 71% |
| Comayagua | 198,044 | 5.18 | 115% | 167% | 114% |
| Copan | 206,653 | 5.41 | 106% | 83% | 100% |
| Cortes | 566,937 | 14.84 | 72% | 29% | 41% |
| Choluteca | 272,888 | 7.14 | 106% | 63% | 146% |
| El Paraiso | 194,840 | 5.10 | 129% | 83% | 169% |
| Francisco Morazan | 683,138 | 17.89 | 63% | 195% | 58% |
| Gracias a Dios | 32,519 | 0.86 | 71% | 0% | 3% |
| Intibuca | 106,963 | 2.80 | 117% | 0% | 190% |
| Islas de la Bahia | 17,910 | 0.47 | 128% | 0% | 0% |
| La Paz | 84,308 | 2.21 | 204% | 0% | 192% |
| Lempira | 167,690 | 4.39 | 149% | 0% | 152% |
| Ocotepeque | 62,943 | 1.65 | 149% | 0% | 229% |
| Olancho | 213,525 | 5.59 | 168% | 77% | 176% |
| Santa Barbara | 269,054 | 7.04 | 125% | 63% | 99% |
| Valle | 120,498 | 3.15 | 117% | 0% | 215% |
| Yoro | 281,344 | 7.36 | 67% | 118% | 45% |
| Totales | 3,820,951 | | | | |
| Promedios | | | 34.0 | 81.8 | 60.9 |

* (Valor)Esperado = # de unidades de servicio que se encontrarian en el departamento si las unidades de servicio hubieran sido distribuidas igualmente de acuerdo a la poblacion.

(Valor)Observado = # de unidades de servicio existente

CUADRO 3.3

Análisis del Efecto de Centros de Distribución de Alimentos de PVOs en la equidad de su Distribución relativa a la Población Total, por Departamento

| Por Departamento: | Población | | MdeS & PVOs | | |
|---|------------------|-----------|--------------|------------|--------|
| | No. de Personas | % de Pob. | # Ob-serv. | Espe-rado* | Ob/Esp |
| Atlantida | 223,023 | 5.84 | 178 | 255 | 698% |
| Colón | 118,674 | 3.11 | 96 | 136 | 71% |
| Comayagua | 198,044 | 5.18 | 257 | 226 | 114% |
| Copan | 206,653 | 5.41 | 235 | 236 | 100% |
| Cortes | 566,937 | 14.84 | 268 | 647 | 41% |
| Choluteca | 272,888 | 7.14 | 454 | 311 | 146% |
| El Paraíso | 194,840 | 5.10 | 375 | 222 | 169% |
| Francisco Morazán | 683,138 | 17.89 | 453 | 780 | 58% |
| Gracias a Dios | 32,519 | 0.86 | 1 | 37 | 3% |
| Intibuca | 106,963 | 2.80 | 232 | 122 | 190% |
| Islas de la Bahía | 17,910 | 0.47 | 0 | 20 | 0% |
| La Paz | 84,308 | 2.21 | 184 | 96 | 192% |
| Lempira | 167,690 | 4.39 | 290 | 191 | 152% |
| Ocotepeque | 62,943 | 1.65 | 165 | 72 | 229% |
| Olancho | 213,525 | 5.59 | 430 | 244 | 176% |
| Santa Bárbara | 269,054 | 7.04 | 303 | 307 | 99% |
| Valle | 120,498 | 3.15 | 295 | 137 | 215% |
| Yoro | 281,344 | 7.36 | 143 | 321 | 45% |
| Totales | 3,820,951 | | 4,359 | | |
| Diferencia de % Promedio de lo Esperado | | | | | 60.9% |
| Probabilidad de no diferencia (basado en X^2) es menor que | | | : | 0.001 | : |

* (Valor) Esperado = # de unidades de servicio que se encontrarían en el departamento y las unidades de servicio hubieran sido distribuidas igualmente de acuerdo a la población.

(Valor) Observado = # de unidades de servicio existente

Análisis del Efecto de Hospitales de PVOs en la equidad de su
Distribución relativa a la Población Total,
por Departamento

| Por Departamento: | Población | | MdeS | | | MdeS & PVOs | | | |
|---|--------------------|--------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------------|------------|--|
| | No. de Personas | % de Pob. | # Ob- serv. | Espe- rado* | Ob/ Esp | # Ob- serv. | Espe- rado* | Ob/ Esp | |
| Atlantida | 223,023 | 5.84 | 2 | 1.1 | 182% | 2 | 1.3 | 154% | |
| Colón | 118,074 | 3.11 | 3 | 0.6 | 508% | 3 | 0.7 | 417% | |
| Comayagua | 198,044 | 5.18 | 1 | 1.0 | 102% | 2 | 1.2 | 167% | |
| Copán | 206,653 | 5.41 | 1 | 1.0 | 100% | 1 | 1.2 | 83% | |
| Cortés | 566,937 | 14.84 | 1 | 2.8 | 36% | 1 | 3.4 | 29% | |
| Choluteca | 272,888 | 7.14 | 1 | 1.4 | 71% | 1 | 1.6 | 63% | |
| El Paraíso | 194,840 | 5.10 | 1 | 1.0 | 103% | 1 | 1.2 | 83% | |
| Francisco Morazán | 683,138 | 17.89 | 6 | 3.4 | 176% | 8 | 4.1 | 195% | |
| Gracias a Dios ** | 32,519 | 0.86 | 0 | 0.2 | 0% | 0 | 0.2 | 0% | |
| Intibucá | 106,963 | 2.80 | 0 | 0.5 | 0% | 0 | 0.6 | 0% | |
| Islas de la Bahía | 17,910 | 0.47 | 0 | 0.1 | 0% | 0 | 0.1 | 0% | |
| La Paz | 84,308 | 2.21 | 0 | 0.4 | 0% | 0 | 0.5 | 0% | |
| Lempira | 167,690 | 4.39 | 0 | 0.8 | 0% | 0 | 1.0 | 0% | |
| Ocotepeque | 62,943 | 1.65 | 0 | 0.3 | 0% | 0 | 0.4 | 0% | |
| Olancho | 213,525 | 5.59 | 1 | 1.1 | 91% | 1 | 1.3 | 77% | |
| Santa Bárbara | 269,054 | 7.04 | 1 | 1.3 | 77% | 1 | 1.6 | 63% | |
| Valle | 120,498 | 3.15 | 0 | 0.6 | 0% | 0 | 0.7 | 0% | |
| Yoro | 281,344 | 7.36 | 1 | 1.4 | 71% | 2 | 1.7 | 118% | |
| Totales | 3,820,951 | | 19 | | | 23 | | | |
| Diferencia del Porcentaje Promedio del esperado | | | | | 78.9% | 81.8% | | | |

* (Valor) Esperado = # de unidades de servicio que serían encontradas en el Departamento si dichas unidades hubieran sido distribuidas uniformemente de acuerdo a la población.

(Valor) Observado = # de unidades de servicio existentes.

** Se sabe que un PVO adicional no incluido aquí (porque solamente suministraba información parcial) brindaba servicios de hospital en este departamento.

CUADRO 3.1

Analisis del Efecto de Clinicas de PVOs en la equidad de su
Distribucion relativo a la Poblacion Total,
por Departamento

| Por Departamento: | Poblacion | | MdeS | | | MdeS & PVOs | | |
|---|--------------------|--------------|----------------|----------------|-------|----------------|----------------|-------|
| | No. de Personas | % de Pop. | # Ob- serv. | Espe- rado* | Ob/Es | # Ob- serv. | Espe- rado* | Ob/Ex |
| Atlantida | 223,023 | 5.84 | 16 | 25.9 | 62% | 17 | 28.8 | 59% |
| Colon | 118,674 | 3.11 | 18 | 13.8 | 130% | 20 | 15.2 | 132% |
| Comayagua | 198,044 | 5.18 | 27 | 23.1 | 117% | 29 | 25.3 | 115% |
| Copan | 206,653 | 5.41 | 26 | 24.1 | 108% | 28 | 26.5 | 106% |
| Cortes | 566,937 | 14.84 | 44 | 66.0 | 67% | 52 | 72.6 | 72% |
| Choluteca | 272,888 | 7.14 | 35 | 31.8 | 110% | 37 | 34.9 | 106% |
| El Paraiso | 194,840 | 5.10 | 31 | 22.7 | 137% | 32 | 24.9 | 129% |
| Francisco Morazan | 623,138 | 17.89 | 50 | 79.6 | 63% | 55 | 87.5 | 63% |
| Gracias a Dios | 32,519 | 0.86 | 3 | 3.8 | 78% | 3 | 4.2 | 71% |
| Intibuca | 106,963 | 2.80 | 16 | 12.5 | 128% | 16 | 13.7 | 117% |
| Islas de la Bahia | 17,910 | 0.47 | 3 | 2.1 | 144% | 3 | 2.3 | 128% |
| La Paz | 84,308 | 2.21 | 22 | 9.8 | 224% | 22 | 10.8 | 204% |
| Lempira | 167,690 | 4.39 | 30 | 19.5 | 154% | 32 | 21.5 | 149% |
| Ocotepeque | 62,943 | 1.65 | 11 | 7.3 | 150% | 12 | 8.1 | 149% |
| Olancho | 213,525 | 5.59 | 45 | 24.9 | 181% | 46 | 27.3 | 168% |
| Santa Barbara | 269,054 | 7.04 | 31 | 31.3 | 99% | 43 | 34.4 | 125% |
| Valle | 120,498 | 3.15 | 17 | 14.0 | 121% | 18 | 15.4 | 117% |
| Yoro | 281,344 | 7.36 | 20 | 32.8 | 61% | 24 | 36.0 | 67% |
| Totales | 3,820,951 | | 445 | | | 489 | | |
| Diferencia del % Promedio Esperado | | | | | 37.4% | | | 34.0% |
| Probabilidad de no diferencia (basado en X ²) es menor que | | | ∴ | 0.001 | | ∴ | 0.001 | |

* (Valor)Esperado = # de unidades de servicio que serian encontradas en el Departamento si dichas unidades hubieran sido distribuidas uniformemente de acuerdo a la poblacion.

(Valor)Observado = # de unidades de servicio existentes.

CUADRO 2

Comparacion de la Distribucion de Clinicas del Ministerio de Salud (MdeS)
 a la Poblacion Rural, por Departamento

| Por Departamento | % de Poblacion Rural | Clinicas MdeS | |
|-------------------|----------------------------|---------------|--------|
| | %* | %* | % Dif# |
| Atlantida | 5.2 | 3.6 | 69.% |
| Colon | 4.0 | 4.0 | 100.% |
| Comayagua | 5.5 | 6.0 | 109.% |
| Copan | 6.5 | 5.8 | 89.% |
| Cortes | 8.7 | 9.9 | 114.% |
| Choluteca | 8.7 | 7.9 | 91.% |
| El Paraiso | 6.6 | 7.0 | 106.% |
| Francisco Morazan | 9.5 | 11.2 | 118.% |
| Gracias a Dios | 1.3 | 0.7 | 54.% |
| Intibuca | 3.7 | 3.6 | 97.% |
| Islas de la Bahia | 0.7 | 0.7 | 100.% |
| La Paz | 2.8 | 5.0 | 179.% |
| Lempira | 6.3 | 6.7 | 106.% |
| Ocotepeque | 2.2 | 2.5 | 114.% |
| Olancho | 6.9 | 10.1 | 146.% |
| Santa Barbara | 9.0 | 7.0 | 78.% |
| Valle | 4.0 | 3.8 | 95.% |
| Yoro | 8.3 | 4.5 | 54.% |

* %= Porcentaje de la Columna Total

% Dif = % Diferencia entre el porcentaje de unidades de servicio y porcentaje de poblacion en el Departamento

CUADRO 1

Comparacion de la Distribucion de Programas y Facilidades de
PVOs a la Poblacion Rural, por Departamento

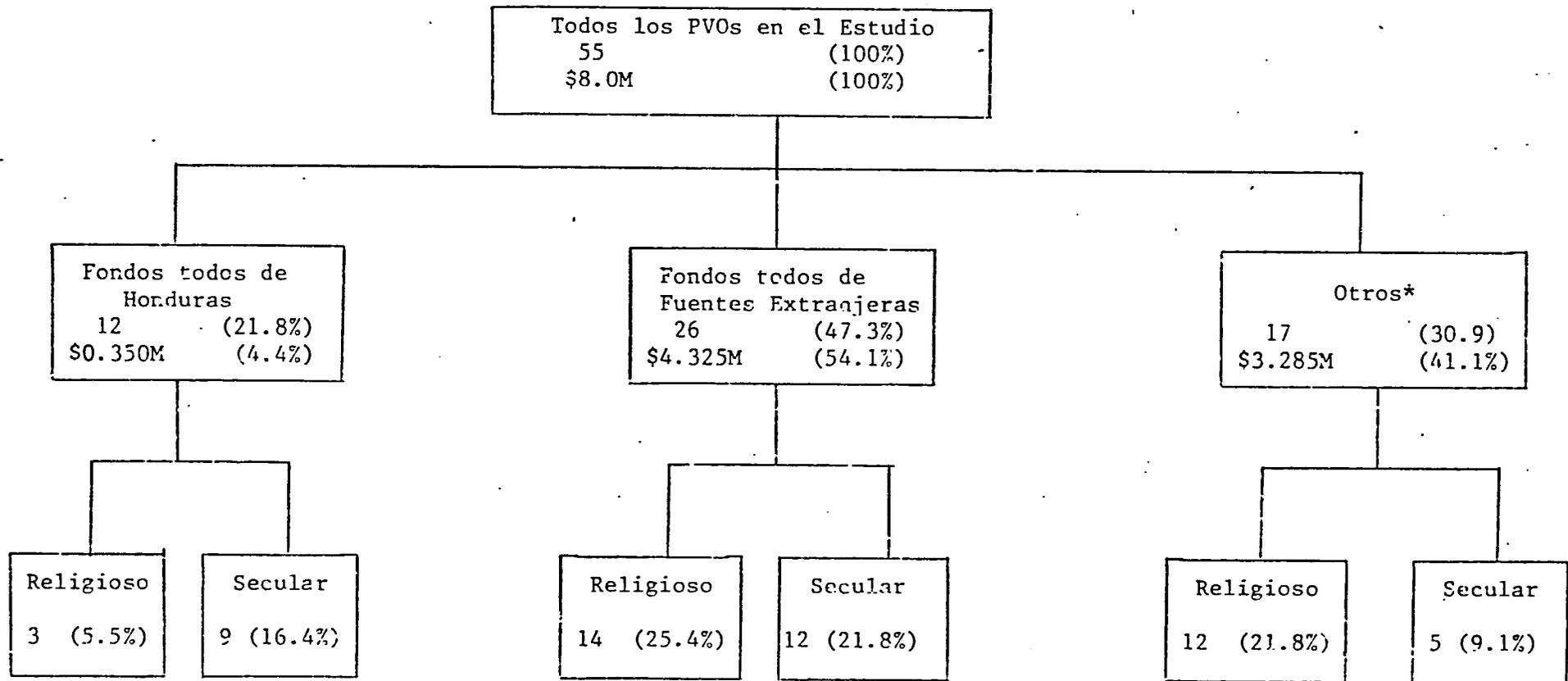
| DEPARTAMENTO | % de Poblacion Rural | Programas y Facilidades PVOs | | | |
|-------------------|----------------------------|-----------------------------------|---------|--|---------|
| | | Cualquier clase de Programa | | Centros de Distribucion de Alimentos | |
| | | %* | % Dif # | %* | % Dif # |
| Atlantida | 5.2 | 6.9 | 132.% | 4.2 | 81.% |
| Colon | 4.0 | 3.9 | 97.% | 2.2 | 55.% |
| Comayagua | 5.5 | 8.4 | 152.% | 5.8 | 106.% |
| Copan | 6.5 | 5.9 | 90.% | 5.5 | 85.% |
| Cortes | 8.7 | 10.3 | 118.% | 6.2 | 71.% |
| Choluteca | 8.7 | 8.4 | 96.% | 10.5 | 121.% |
| El Paraiso | 6.6 | 3.9 | 59.% | 8.4 | 127.% |
| Francisco Morazan | 9.5 | 13.8 | 145.% | 10.2 | 107.% |
| Gracias a Dios | 1.3 | 2.5 | 192.% | 0.0 | 2.% |
| Intibuca | 3.7 | 2.5 | 67.% | 5.4 | 146.% |
| Islas de la Bahia | 0.7 | 0.5 | 71.% | 0.0 | 0.% |
| La Paz | 2.8 | 2.9 | 103.% | 4.2 | 150.% |
| Lempira | 6.3 | 2.9 | 46.% | 6.5 | 103.% |
| Ocotepeque | 2.2 | 2.9 | 131.% | 3.8 | 173.% |
| Olancho | 6.9 | 6.4 | 92.% | 9.8 | 142.% |
| Santa Barbara | 9.0 | 4.9 | 54.% | 7.0 | 78.% |
| Valle | 4.0 | 4.4 | 110.% | 6.8 | 170.% |
| Yoro | 8.3 | 8.4 | 101.% | 3.3 | 40.% |

* %= Porcentaje de la Columna Total

% Dif = % Diferencia entre el porcentaje de unidades de servicio y porcentaje de poblacion en el departamento

Cuadro 4

COMPARACION DE FUENTES DE FONDOS DE PVOs POR PRESUPUESTO SALUD/NUTRICION Y RELIGION



* Agencias que obtienen fondos tanto de Honduras como de fuentes extranjeras

Nota: Cada caja contiene una definicion de clase, el numero de agencias en la clase (y el número como un porcentaje de todas las agencias), y el presupuesto de las agencias en clase (en millones de dolares y como porcentaje de todos los presupuestos para Salud-Nutricion de todos los PVOs reportados).

**Anexo III: Cuadros asociados con Sección C.
(PVOs y las Necesidades de Honduras Rural.)**

Cuadro 3

El Efecto de las Afiliaciones Religiosas en el
Presupuesto y No. de Servicios Administrados

| Características por agencia | Afiliación Religiosa | | | | General | |
|---|----------------------|------|-----------|------|-----------|------|
| | Religiosa | | Secular | | Valor | N* |
| | Valor | N* | Valor | N* | | |
| No. Promedio** de Departamentos en que activan | 2.7 | (29) | 4.7 | (26) | 3.6 | (55) |
| No. Promedio** de Tipos de Servicios Ofrecidos | 5.8 | (29) | 4.3 | (26) | 5.1 | (55) |
| No. # de Hospitales | 4 | | 0 | | 4 | |
| No. # Consultas de Planificación Familiar por Mes | 345 | | 5400 | | 5745 | |
| No. Promedio** de Beneficiarios Directos | 9056 | (24) | 26578 | (15) | 15795 | (39) |
| No. # Visitas clínicas por mes | 16026 | | 2080 | | 18106 | |
| No. # de Clínicas | 30 | | 14 | | 44 | |
| No. # visitas clínicas por mes por clínica | 534.4 | | 148.6 | | 411.5 | |
| Presupuesto Promedio** para Nutrición-Salud | \$158,769 | (24) | \$244,091 | (17) | \$194,146 | (41) |
| Promedio** del Presupuesto Total | \$273,172 | (22) | \$307,030 | (21) | \$289,707 | (43) |
| Presupuesto de Salud como % del Pres. Total | 58.1 | | 79.5 | | 67.0 | |

* N = No. de agencias reportando

** Avg. = Promedio por agencia reportando

No. = Numero de incidencias reportadas por cada grupo

Cuadro 2

El Efecto de Afiliaciones Religiosas sobre
Patrones de Personal

| No. de Personal Por Tipo | Afiliaciones Religiosas | | | | General No. # |
|---------------------------------------|-------------------------|-----|---------|----|------------------|
| | Religioso | | Secular | | |
| | No. # | %* | No. # | %* | |
| Medicos Hondureños | 8 | 47 | 9 | 53 | 17 |
| Medicos Extranjeros | 13 | 93 | 1 | 7 | 14 |
| Enfermeras Hondureñas | 13 | 76 | 4 | 24 | 17 |
| Enfermeras Extranjeras | 24 | 96 | 1 | 4 | 25 |
| Enfermeras Auxiliares | 51 | 80 | 13 | 20 | 64 |
| Técnicos Rayos X y Lab. | 23 | 92 | 2 | 8 | 25 |
| Nutricionistas | 1 | 25 | 3 | 75 | 4 |
| Distribuidores de Alimentos | 11 | 100 | 0 | 0 | 11 |
| Educadores de Salud | 3 | 3 | 106 | 97 | 109 |
| Cordinadores de Campo y Supervisores | 14 | 22 | 51 | 78 | 65 |
| Administradores y Personal de Oficina | 73 | 62 | 44 | 38 | 117 |
| Otros Empleados | 71 | 39 | 110 | 61 | 181 |
| GENERAL | 305 | 47 | 344 | 53 | 649 |

* Porcentaje de Agencias Ofreciendo el Servicio

Número del Personal de Todas las Agencias en Grupo

Cuadro 1
El Efecto de Afiliaciones Religiosas en tipos
de Servicios Ofrecidos por PVOs

| Tipo de Servicio Ofrecido | Afiliaciones Religiosas | | | | General | |
|---|-------------------------|-------|----------------|------|---------|---------------------|
| | Religioso No. | %* | Secular No. | %* | No. | % todas agencias |
| Algunos Servicios de Salud o Nutricion | 29 | 52.7 | 26 | 47.3 | 55 | 100.0 |
| Clinica Ambulante | 19 | 82.6 | 4 | 17.4 | 23 | 41.8 |
| Hospital | 4 | 100 | 0 | 0 | 4 | 7.3 |
| Asistencia a Refugiados | 10 | 55.6 | 8 | 44.4 | 18 | 32.7 |
| Extension cuidado de la Salud | 13 | 59.1 | 9 | 40.9 | 22 | 40.0 |
| Rehab. Nutricional | 10 | 62.5 | 6 | 37.5 | 16 | 29.1 |
| Distribución Alimentos | 17 | 68.0 | 8 | 32.0 | 25 | 45.5 |
| Rayos-X | 6 | 100.0 | 0 | 0 | 6 | 10.9 |
| Otros Servicios Lab. | 9 | 90 | 1 | 10 | 10 | 18.2 |
| Planificación de Familia | 11 | 84.6 | 2 | 15.4 | 13 | 23.6 |
| Immunización | 7 | 77.8 | 2 | 22.2 | 9 | 16.4 |
| Desarrollo Agua Potable | 8 | 38.1 | 13 | 61.9 | 21 | 38.2 |
| Letrinās | 10 | 40.0 | 15 | 60.0 | 25 | 45.5 |
| Control de Vectores | 1 | 33.3 | 2 | 66.7 | 3 | 5.5 |
| Educación de Salud | 18 | 50.0 | 18 | 50.0 | 36 | 65.5 |
| Entrenamiento Guardianes de Salud | 9 | 60.0 | 6 | 40.0 | 15 | 27.3 |
| Entrenamiento Otros Guardianes de Salud | 10 | 55.6 | 8 | 44.4 | 18 | 32.7 |
| Otros Servicios | 7 | 43.8 | 9 | 56.2 | 16 | 29.1 |

* Porcentaje de Agencias Ofreciendo Servicios

Anexo II: Tablas asociadas con Sección B
(Descripción de PVOs.)

| <u>Nombre de la Agencia</u> | <u>Ciudad</u> | <u>Pais</u> |
|---|-----------------|-------------|
| 49. United Church Board for World Missionaries | N. York | USA |
| 50. World Association of Girl Guides and Girls Scouts | London | England |
| 51. World Council of Churches Christian Medical Commission | Geneva | Switzerland |
| 52. World Education | N. York | USA |
| 53. World Vision International | Monrovi, CA. | USA |

| <u>Nombre de la Agencia</u> | <u>Ciudad</u> | <u>Pais</u> |
|--|----------------------------|-------------|
| 34. MAP International | Wheaton, Illinois | USA |
| 35. Meals for Millions/ Freedom from Hunger Foundation | Santa Monica California | USA |
| 36. Misereor | | Germany |
| 37. Missionary Aviation Fellowship | Fullerton, California | USA |
| 38. Option: "Project Concern International" | San Diego, California | USA |
| 39. Oxfam | Oxford | England |
| 40. Pan American Health Service | Dallas, Texas | USA |
| 41. Pan Para el Mundo | Stuttgart | Germany |
| 42. Protestant Central Agency for Development Aid (EZE) | Bonn-Bard Godesberg | Germany |
| 43. Pueblo a Pueblo | Houston, Texas | USA |
| 44. Rotary International | Evanston, Illinois | USA |
| 45. Save the Children Community Development Foundation | Westport, Connecticut | USA |
| 46. Save the Children Fund | London | England |
| 47. Southern Baptist Convention Foreign Mission Board | Richmond, Virginia | USA |
| 48. Tear Fund | Teddington, Middlesex | England |

| | <u>Nombre de la Agencia</u> | <u>Ciudad</u> | <u>Pais</u> |
|-----|---|------------------------|-------------|
| 18. | Executive Council of the Episcopal Church. | N. York | USA |
| 19. | International Planned Parenthood Federation | N. York | USA |
| 20. | Foster Parents Plan International | Warwick, R.I. | USA |
| 21. | Franciscan Mission Association | Carey, Ohio | USA |
| 22. | General Conference of Seventh Day adventists, Inter-American Division | Coral Gables, Florida | USA |
| 23. | Horizons of Friendship (formerly "Help Honduras Foundation") | Cobourg, Ontario | Canada |
| 24. | I.C.C.O. | Utrecht | Netherlands |
| 25. | International Eye Foundation | Bethesda, Maryland | USA |
| 26. | International Fertility Research Program | North Carolina | USA |
| 27. | International Human Assistance Programs, Inc. | N. York | USA |
| 28. | Jesuit Mission Bureau | St. Louis, Missouri | USA |
| 29. | Jospice International | Liverpool | England |
| 30. | Kinderhilfe e.v. (KNH) | Duisburg | W. Germany |
| 31. | La Buena Fe Association | Independence, Missouri | USA |
| 32. | La Iglesia Evangélica de Suecia | | Suecia |
| 33. | Liga de Sociedades de La Cruz Roja | Geneva | Switzerland |

Cuadro 6

PVOs Extranjeros que brindan apoyo a PVOs con programas de Salud/Nutricion Honduras, pero que no operan programas en Honduras.

| <u>Name of Agency</u> | <u>City</u> | <u>Country</u> |
|---|-------------------------|----------------|
| 1. Americas Hand in Hand | Montaña | USA |
| 2. AMG International | Tennessee | USA |
| 3. Amigos de las Américas | Houston, Texas | USA |
| 4. Appropriate Technology International | Washington | USA |
| 5. CAM International | Texas | USA |
| 6. CARE, Inc. | N. York | USA |
| 7. CARE CANADA | Ottawa | Canada |
| 8. Caritas International | Rome | Italy |
| 9. Catholic Relief Services | N. York | USA |
| 10. Christian Mission for Youth | Belen, N. Mexico | USA |
| 11. Church of the United Brethren in Christ | Huntington, Indiana | USA |
| 12. Church World Service | N. York | USA |
| 13. Christian Reformed World Relief Committee | Michigan | USA |
| 14. Conservative Baptist Home Mission Society | Wheaton, Illinois | USA |
| 15. Crista International | Washington | USA |
| 16. Double Harvest | Fletcher N. Carolina | USA |
| 17. Eastern Mennonite Board of Missions | Salunga Pennsylvania | USA |

51. Miskito Alsa Takana (MASTA)
52. National Council of Catholic Women
53. Orfanatorio Finca de los Niños
54. Organización Fraternal Negra Hondureña
55. Project Concern International
56. Proyecto San Dimàs (Pequeños Hermanos)
57. Public Welfare Foundation, Inc.
58. Radio Progreso
59. The Rockefeller Foundation
60. Salesians of St. John Bosco
61. School Sisters of St. Francis
62. Sisters of Mercy of the Union of the U.S.A.
63. Sociedad de Amas de Casa de la Empresa Nacional Portuaria
64. Summer Institute of Linguistics
65. The United Church of Canada
66. Volunteers in International Service in Awareness (VISA)
67. Volunteers in Technical Assistance (VITA)
68. The Wesleyan Church
69. World Relief Commission
70. World Neighbors

25. Damas Voluntarias
26. Daughters of Mary Help of Christians
27. Direct Relief Foundation
28. Docare International
29. Empresas Asociativas del Sector de Guiamas
30. Escuela de Ebanistería y Carpintería "La Filadelfia"
31. Escuelade Education para el Hogar
32. Escuela Vocacional Roatán
33. Federación Comunal de Patronatos Nacionales de Honduras
34. 'Federación Nacional de Patronatos Comunales
35. Frailes Franciscanos
36. Frente Nacional de Campesinos Independientes de Honduras
37. Food for the Hungry International
38. Fundación Hondureña de Desarrollo
39. Fundación "Mata"
40. Grupo Dion
41. Heifer Project International
42. Instituto de Formación e Investigación Cooperativista
43. Instituto Hondureño de Desarrollo Social
44. Instituto Indigenista Hondureño
45. Instituto Investigación Socio-Económico
46. Instituto Vocacional Menonita
47. International Executive Service Corps
48. La Cruz Blanca
49. Mennonite Economic Development Associates Inc. (MEDA)
50. Misión Evangélica Mundial

Cuadro 5

Agencias Locales, Nacionales e Internacionales investigadas antes y durante la colección de datos y encontradas fuera del Estudio Universo.

1. Alfalit
2. Agricultural Missions Foundation
3. American Dentists for Foreign Service
4. American Home Economics Association
5. American Institute for Free Labor Development AIFLD
6. Asociación de Promoción Humana
7. Asociación Pro Comedores Infantiles
8. British Volunteers
9. The Brothers' Brother Foundation
10. The Carr Foundation
11. Centro Artesanal "Orocuina"
12. Centro de Adiestramiento Rural del Sur
13. Centro de Capacitación "La Fragua"
14. Centro de Comunicación Popular de Honduras
15. Centro Familiar de Desarrollo (CEFADE)
16. Centro Vocacional Femenino "Santa Elizabeth"
17. Claretian Missionary Fathers
18. Clubes de Amas de Casas Independientes (Catacamas)
19. Christian Dental Society
20. "Comedor Infantil" (El Progreso)
21. Comedor Infantil Papa Juan
22. Confederación de Cooperativas de Honduras
23. Confraternidad
24. Credit Union National Association

- No hubo respuesta- el MDS indica que no tienen programas.

1. Austria
2. Belgium
3. Belice
4. Bolivia
5. Colombia
6. Costa Rica
7. Denmark
8. Ecuador
9. Finland
10. Greece
11. Guatemala
12. Haiti
13. Israel
14. Jordan
15. Korea
16. Lebanon
17. Malta
18. Nicaragua
19. Paraguay
20. Peru
21. Phillipines
22. Poland
23. Portugal
24. Republic of China
25. South Africa
26. Sweden
27. Uruguay
28. Yugoslavia

Cuadro 4

Países investigados los cuales se encontró no tienen Programas de Asistencia Bilateral con componentes de Salud o Nutrición en Honduras.

- Respuesta positiva indicando que no hay programa

1. Argentina
2. Brazil
3. Canada
4. Chile
5. Republica Dominicana
6. Francia
7. Italia
8. Japón
9. México
10. Los Países Bajos
11. Noruega
12. Panama
13. España
14. Inglaterra
15. Venezuela

Cuadro 3

PVOs con componentes de Salud/Nutrición que fueron incluidos en el estudio universo, pero de los cuales no se pudo coleccionar datos.

1. Asociación Pro-Desarrollo de la Ciudad de Nacaome.
2. Comité Sanpedrano Pro Salud Mental (COSAPROSAME).
3. Federación de Asociaciones Femeninas de Honduras.
4. Hermandad, Inc.
5. Iglesia de Jesús Cristo de los Santos de los Ultimos Días.
6. Iglesia Menonita (Grupo de Juventud).
7. Interplast, Inc.
8. Pan American Development Foundation.
9. Sociedad Amigos de los Niños.
10. Unión de Esposas de Médicos.
11. Unión Nacional de Campesinos.
12. Volunteer Optometric Service to Humanity.
13. Wings of Hope.

| <u>NOMBRE DE LA AGENCIA</u> | <u>DIRECCION POSTAL</u> | <u>DIRECCION</u> | <u>NO. TEL.</u> | <u>NOMBRE Y TITULO DE PERSONA ENCARGADA DE AGENCIA EN HONDURAS</u> |
|--|-----------------------------------|--|-----------------|--|
| 56. Tear Fund (The Evangelical Alliance Relief Fund) | C/O Apartado No. 698, Tegucigalpa | Campamento Campo Luna Choluteca | | Susan Mills; Representante |
| 57. World Vision | Apartado No. 97-C, Tegucigalpa | 2a. Calle No. 202, Casa Villa Praga, Col. Reforma, Tegucigalpa | 32-7470 | G. Benjamín Esparza, Director |

| <u>NOMBRE DE LA AGENCIA</u> | <u>DIRECCION POSTAL</u> | <u>DIRECCION</u> | <u>NO. TEL.</u> | <u>NOMBRE Y TITULO DE PERSONA ENCARGADA DE AGENCIA EN HONDURAS</u> |
|--|--|---|-----------------|--|
| 50. Programa Cristiano de Desarrollo (PROCRIDE) | Clínica Médica Cristiana S. de R.L., El Progreso, Yoro | Colonia Patty, El Progreso, Yoro | 56-4473 | Dr. Oscar Adolfo Barrientos |
| 51. Pueblo a Pueblo | Apartado 270, Comayagua | Colonia Walter, Parque La Leona, Tegucigalpa | | Daniel Salcedo, Presidente |
| 52. Save the Children Fund (Protección de los Niños) | Apartado No. 51, Puerto Cortés, Cortés | Cabaña 10, Colonia Vocacional, Puerto Cortés, Cortés | | Sr. John Radford, Director |
| 53. Servicio Panamericano de Salud | | Lago de Yojoa, Peña Blanca, Cortés | | Dr. Stephen N. Youngbird, Director del Proyecto |
| 54. Sociedad La Buena Fe de Honduras | Apartado Postal No. 636, San Pedro Sula | El Mogote, Santa Bárbara | | Sr. Enrique Castillo, Director del Proyecto |
| 55. Sociedad Médica Cristiana | | Clínica Médica Cristiana S. de R.L., Colonia Patty, El Progreso, Yoro | | Dr. Oscar A. Barrientos, Director |

| <u>NOMBRE DE LA AGENCIA</u> | <u>DIRECCION POSTAL</u> | <u>DIRECCION</u> | <u>NO.TEL.</u> | <u>NOMBRE Y TITULO DE PERSONA ENCARGADA DE AGENCIA EN HONDURAS</u> |
|--|---|--|----------------------------------|--|
| 45. Los Hermanos Unidos en Cristo Conferencia | Apartado No. 47, La Ceiba | Centro Educativo de Tela, Bo. La Isla, Atrás del Estadio, La Ceiba | 42-0281 | Rev. Archie M. Cameron, Administrador |
| 46. Misión Agrícola y Desarrollo de la Iglesia Moravia (MADIM) | | Brus Laguna, Gracias a Dios | | Ricardo Wood Esterbrook, Secretario Ejecutivo |
| 47. Misión Centro América | Apartado 767, Tegucigalpa | Casa 1020, 3a. Avenida, 11 Calle, Col. Alameda, Tegucigalpa | 32-6174 (Casa de Representantes) | Neil Livingstone, Director |
| 48. Misión Cristiana para la Juventud | Orfanato, Casa La Esperanza, Apartado No. 22, San Lorenzo Valle | Casa La Esperanza, San Lorenzo, Valle | | John M. Kachelmyer, Director |
| 49. Plan en Honduras | Apartado 41-C, Tegucigalpa | 8a. Avenida Entre 6a. y 7a. Calle, Col. Alameda, Tegucigalpa | 32-2793 | Lic. James Byrne, Director |

Cuadro 4A

Características de los PVOs que Parecen Influenciar la Efectividad de los Programas

| | Componente de Efectividad: | | | | | |
|--|----------------------------|----------|------------------------|----------|------------------|----------|
| | Participación Comunal | | Programas Prioritarios | | Ambos Combinados | |
| | P* | # Efecto | P* | # Efecto | P* | # Efecto |
| Asistencia a Refugiados | NS | | NS | | .05 | A |
| Servicios de Rehabilitación Nutricional | NS | | .025 | I | NS | |
| Carencia de Afiliación Religiosa | .05 | I | NS | | .01 | I |
| Fondos de Canada | .005 | I | NS | | .01 | I |
| Fondos de Europa y Norte America | .05 | I | NS | | .025 | I |
| Más Interesados en Coordinación con agencias nogubernamentales | 1.01 | I | .05 | I | .05 | I |
| Interés Total en Coordinación (Ver Anexo 5, Tabla 4) | .025 | I | NS | | NS | |

* P= Probabilidad que hipótesis nula es falsa basada en un análisis de tabla de contingencia (Ver métodos). NS=No Significativo, Ejem. P mayor que .05.

Efecto indica si la variable tiende a Aumentar (A) o Disminuir (D) la variable en consideración.

Cuadro 4B

Características del Programa de NO Parecen
Influenciar la Efectividad del mismo

Las siguientes variables no demostraron afectar la efectividad del programa. Sin embargo, esto no necesariamente implica que no tienen ningún efecto

Servicios Suministrados:

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| 1. Clinicas Ambulatorias | 2. Servicio de Hospital |
| 3. Distribución de Alimentos | |

Fuentes de Fondos:

- | | |
|-------------|-----------|
| 4. EEUU | 5. Europa |
| 6. Honduras | |

Otro:

7. Interés en la Coordinación con el GdeH
 8. Período de tiempo de la agencia en Honduras
 9. Si la agencia brinda apoyo al GdeH o no
-

**Anexo VII: Hoja describiendo la coordinación de
PVOs en Guatemala**

ASOCIACION DE SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD



**Chimaltenango, Guatemala
Aldea Buena Vista
Km. 56 1/2 Carretera Interamericana
Apartado Postal No. 27
Tel.: 039-1033**

Asociación de instituciones y agrupaciones privadas de servicios con particular interés en la promoción de salud en el área rural.

DECLARACION DE LA FILOSOFIA DE ASECSA

Los sistemas de salud actualmente prevalentes han demostrado ser inefectivos para transformar significativamente la atención de salud en el área rural y zonas marginales sub-urbanas. La solución de los problemas de salud deberá venir de la organización de los grupos de base, dispuestos a trabajar con técnicas y recursos apropiados que permitan una cobertura más amplia y eficiente.

ASECSA se funda con el objetivo primordial de mejorar la cobertura de los servicios de salud, fomentando la utilización de recursos que promuevan la atención primaria de salud. Para lograr este objetivo se hace necesario organizar los servicios de salud comunitaria existentes, hacer accesibles los instrumentos y medios para prestar la atención de salud.

OBJETIVOS PROGRAMATICOS

1. Preveer asistencia técnica y consultoría para la organización y administración de los servicios que presten los asociados que tienda a mejorar la salud comunitaria.
2. Ayudar a la unificación y coordinación del estudio, planeamiento, normalización, programación y evaluación de los servicios de salud que presten los asociados.
3. Mejorar la comunicación entre los asociados, el gobierno y otras entidades afines.
4. Promover la educación integral y la formación de líderes y personal de salud comunitaria.
5. Establecer un centro que provea material terapéutico acorde con las demandas y necesidades de las poblaciones que desean servir.

Actividades durante 1980

1. Distribución y educación en el manejo de drogas de patente, a través de una droguería que despacha con nombres genéricos únicamente a socios. En las primeras ventas realizadas se logró ofrecer un ahorro de hasta un 117o/o promedio para los socios.
2. Organización de Encuentros Micro-regionales para la detección de las necesidades, educativas, organizativas y técnicas de los grupos asociados.
3. Seguimiento de los Encuentros Micro-regionales con la realización de actividades tales como, los Talleres de Nutrición, para llenar las necesidades educativas de los socios y otros que trabajan en Salud Comunitaria:
4. Instalación y equipamiento de un Centro de Información que incluye un Banco de Datos, una central de reproducción y una distribución de libros, folletos y materiales audiovisuales a través de una librería.
5. Impresión del periódico mensual *El Informador*, que se edita conjuntamente con el Comité Regional de Promoción de Salud Rural, con un tiraje de 1,000 ejemplares.
6. Inicio de un proyecto de investigación de plantas medicinales.
7. Seguimiento del estudio de Lactancia Materna con implementación de algunas recomendaciones.

Socios en marzo de 1980

JUNTA DIRECTIVA

Ezequiel Gómez (Promotor de Salud), Presidente
Promotores de Salud, Jacaltenango, Huehuetenango

Carlos Helmer Juárez (Médico y Cirujano), Vicepresidente
Hogar Rural Rabinal, Rabinal, Baja Verapaz

Aníbal René García (Lic. en Psicología), Secretario
Fundación Clínica Behrhorst, Chimaltenango

Armando Cáceres (Químico Biólogo), Tesorero
Centro de Estudios Mesoamericano Sobre Tecnología Apropriada,
Guatemala

Adonai Duarte (Promotor de Salud), Vocal 1o.
Centro Apostólico, Morales, Izabal

SUPLENTES DE LA JUNTA DIRECTIVA

Juan Mendoza, Clínica Santiaguito, Santiago Atitlán, Sololá
Carlos Godue, Dispensario Génova, Quezaltenango
Pedro Chacach, Promotores de Salud, San Jose Poaquil, Chimaltenango
Reina Cortez, Cooperativa Uaxinlán, Los Amates, Izabal
Solange Melotte, Hospital Parroquial El Palmar, Quezaltenango
Alianza para el Desarrollo Juvenil Comunitario, Joyabaj, Quiché
Centro de Capacitación, Santo Tomás de Castilla, Izabal
Clínica Maxeña, Santo Tomás La Unión, Suchitepéquez
Clínica Parroquial Samayac, Suchitepéquez
Clínica San Pedro, El Estor, Izabal
Clínica el Novillero, Santa Lucía Utatlán, Sololá.
Parroquia San Nicolás, Quezaltenango
Clínica Menonita, San Pedro Carchá, Alta Verapaz
Clínica Parroquial Madres de la Providencia, San Cristóbal Totonicapán
Dispensario Indigenista Tactic, Alta Verapaz
Dispensario Bethania, Jocotan, Chiquimula
Grupo de Promotores el Novillero, Santa Lucía Utatlán, Sololá Hospital
Maryknoll, Jacaltenango, Huehuetenango
Programa de Salud de Consejos de Iglesias Luteranas, Guatemala
Proyecto de Salud y Desarrollo Integral, San Pedro la Laguna, Sololá
Comite de Emergencia de las Iglesias Evangélicas, Canillá, Quiché
Salesianos Don Bosco Raxruhá, Via Sebol, Alta Verapaz
Asociación Cultural Mam, Los Corrales, Quezaltenango
Clínica Congregación de Notre Dame, Orintepeque, Quezaltenango
Asociación de Promotores de Salud, San Martín Jilotepeque,
Chimaltenango
Dispensario Parroquial y Hogar del Niño, Tejutla, San Marcos
Proyecto Chipoj, Santa María Visitación, Sololá
Project Life, Mariscos, Izabal
Ayuda Inc, Cunén, Quiché
Promotores de Salud, San Lucas Tolimán, Sololá
Operación Caridad, San Jacinto, Chiquimula
Agrosalud, Guatemala

ADMINISTRACION CENTRAL

| | |
|--------------------------------|---|
| Gerente: Marco Tulio Gutiérrez | Regente: Dora Marina Escobar |
| Contador: Israel Sequen | Resp. de Bodega: Julián Cal |
| Educador: Israel Perez | Suplente de Información: Verónica Sarabajá |
| Secretaria: Antonieta Castro | Suplente de Oficina: Marta Xil |
| Asejera: Mary Hamlin de | Suplente de Limpieza: Amanda Muralles de Barrios. |

ASECOP se fundó el 18 de febrero de 1978 y dio inicio a sus actividades formalmente el 10 de agosto de 1978.

**Anexo VIII: Lista de servicios brindados por los
PVOs en el Estudio.**