

MINUTA DE DISCUSIONES
ENTRE LA MISION JAPONESA DE EVALUACION FINAL Y
AUTORIDADES CONCERNIENTES DE LA REPUBLICA DE HONDURAS
SOBRE LA COOPERACION TECNICA PARA EL PROYECTO DE
LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA REGION SANITARIA NO. 7

La Misión Japonesa de Evaluación Final organizada por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante se denominará como "JICA") y presidida por el Dr. Akira Hashizume (en adelante se denominará como "la Misión") visitó la República de Honduras desde el 3 al 29 de octubre de 2004, con el propósito de conducir la evaluación final y estudiar con respecto a la línea de cooperación técnica en el Proyecto de la Salud Reproductiva en la Región Sanitaria No.7 (en adelante se denominará como "el Proyecto") en el último año del periodo del Proyecto.

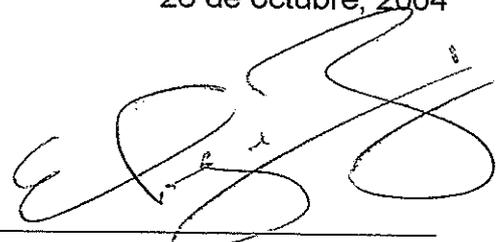
Durante su estadía en Honduras, la Misión sostuvo una serie de reuniones con las autoridades concernientes del gobierno de Honduras (en adelante se denominarán como las "Autoridades Hondureñas") junto con los expertos japoneses para analizar y evaluar en términos generales las actividades del Proyecto y presentar el informe de evaluación al Comité de Coordinación Conjunta.

Como consecuencia del estudio y las discusiones, la Misión y las Autoridades Hondureñas llegaron a un acuerdo respecto a los asuntos referidos en el documento adjunto.

Tegucigalpa, Honduras
26 de octubre, 2004



Dr. Akira Hashizume
Jefe
Misión Japonesa de Evaluación Final
Agencia de Cooperación Internacional
del Japón



Lic. Elías Lizardo
Ministro
Secretaría de Salud
La República de Honduras

DOCUMENTO ADJUNTO

1 Trasfondo y Objetivo del Envío de la Misión

Al acercarse la terminación del periodo de la cooperación del Proyecto para marzo de 2005, la Misión tuvo como objetivo hacer el análisis y la evaluación del logro de la transferencia técnica hasta la fecha y dar recomendaciones sobre los lineamientos de la cooperación técnica de aquí en adelante. El objetivo del envío de la Misión será lo siguiente:

Tomando en consideración el plan maestro en el Resumen de Discusiones (R/D), TSI (Cronograma Tentativo de Ejecución) y PDM (Matriz de Diseño del Proyecto) se evalúan los resultados de actividades, la situación de la administración y operación, la situación actual de transferencia técnica a las contrapartes hondureñas del Proyecto.

Se inducen lecciones y recomendaciones en base al resultado de la evaluación para retroalimentar la forma de cooperación y mejorar el método de ejecución de otros proyectos en el futuro.

2 Trasfondo y objetivo de la ejecución del Proyecto

Algunos indicadores de salud en Honduras permanecen todavía en un nivel relativamente bajo en comparación con otros países de América Central y del Sur, el sector salud se enmarca en uno de los sectores de máxima prioridad para el gobierno de Honduras.

Por tal situación, el gobierno de Honduras hizo una solicitud al gobierno del Japón para realizar el estudio del desarrollo, "Estudio para el Plan Nacional del Mejoramiento Integral del Servicio de Salud" para maximizar los recursos existentes en el sector y mejorar los servicios de salud. El estudio fue realizado entre enero de 1995 y agosto de 1996. El gobierno de Honduras, considerando el resultado del estudio, presentó la solicitud de un proyecto de cooperación técnica al gobierno del Japón, el "Proyecto del Desarrollo Integral de la Región Sanitaria No.7" en la Región piloto del estudio, es decir, en la Región Sanitaria No. 7 (Departamento de Olancho).

Ante la solicitud, el gobierno de Japón, a través de JICA envió la misión preliminar del estudio durante el mes de febrero de 1999 y la misión japonesa para el Estudio de Implementación en el mes de marzo de 2000 y ambos países acordaron enfocar el objetivo del Proyecto en el área de salud reproductiva. El día 1 de abril del mismo año fue iniciado el Proyecto de Salud Reproductiva en la Región Sanitaria No.7.

El Proyecto estableció como objetivo, el personal de salud en la Región Sanitaria No.7 brinda servicios de calidad en salud reproductiva. En concreto, la

cooperación abarca las siguientes 9 áreas, (1) Gineco obstetricia, (2) Cuidado de recién nacidos (3) Atención a la maternidad (4) Administración de fármacos, (5) Laboratorio Clínico, (6) IEC, (7) Consejería para adolescentes, (8) Epidemiología/Estadística y (9) Gestión administrativa.

3. Metodología de Evaluación Final

3-1 Método de evaluación

La Misión formó el equipo de evaluación en conjunto con los representantes de Honduras y realizó las evaluaciones en base al R/D, Plan de Operaciones y la PDM. Las actividades de evaluación incluyen; análisis de cada resultado por método de PCM en base a dos aspectos y 5 criterios de evaluación para confirmar el progreso del Proyecto, resumen de análisis y discusiones con las personas interesadas de ambas partes.

3-2 Criterio de evaluación

3-2-1 Dos aspectos sobre el avance del Proyecto

1) Resultado real

Resultado real significa la confirmación del logro del Objetivo Superior, Objetivo del Proyecto, Resultados e Inversiones.

2) Proceso de ejecución

El Proceso de ejecución significa confirmar el proceso de ejecución de las actividades del Proyecto en el periodo del Proyecto.

3-2-2 Cinco características de evaluación

- 1) Relevancia ¿El contenido del Proyecto coincide con el plan nacional y/o la necesidad de los beneficiarios?
- 2) Efectividad Nivel de logro del Objetivo del Proyecto, o el logro proyectado
- 3) Eficiencia La conversión de la inversión en el resultado, apropiación de inversión de recursos humanos, materiales y el fondo para el logro del resultado
- 4) Impacto Efecto positivo o negativo, directo o indirecto por ejecución del Proyecto
- 5) Sostenibilidad El efecto positivo por ejecución del Proyecto se mantendrá después de terminar el Proyecto o no

4. El resultado de evaluación

Resultado de inversión y de actividades (comparación de lo planificado y el resultado real de la actividad y de la inversión)

Véase el Anexo 1, 2, 3 y 4 del Informe de Evaluación Conjunta.

Proceso de ejecución del Proyecto
Véase el Informe de Evaluación Conjunta

5 Resultado de la evaluación por 5 características (El Informe de Evaluación Conjunta se explica en detalle)

Relevancia

Las actividades en el área de la salud reproductiva están conforme a la Estrategia para Reducción de la Pobreza, que es una política nacional de Honduras, y también a la política nacional de salud. Por lo tanto, el Objetivo del Proyecto, Objetivo Superior y la Política Nacional tiene un alto nivel de coherencia. En cuanto a la relevancia de las relaciones lógicas dentro del plan, se considera la falta de ordenación de las mismas.

Efectividad

El logro de los indicadores del Objetivo del Proyecto es alto. Y muestra, también, cierto grado de logros a nivel de Resultados.

Eficiencia

El Proyecto atiende una amplia gama de actividades, algunos expertos a largo plazo se encargaron de las actividades de varios Resultados y se ha tratado de cubrir otras áreas con expertos a corto plazo para aprovechar el envío de expertos eficientemente. El insumo de equipos y materiales fue efectuado conforme con el plan. En cuanto al método de administración y dirección, la eficiencia no siempre fue alta.

Impacto

Aun cuando existen diferencias en sus avances, cada componente del Proyecto tiene cierto grado de avance, se considera que el trabajo hacia la reducción de la mortalidad materna está en progreso.

Sostenibilidad

Se está asegurando la expectativa de continuidad del apoyo del gobierno. En cuanto a la capacidad de la institución ejecutora, sobre todo la capacidad de recursos humanos en el nivel operativo mejoró mucho. El empoderamiento del personal a través del Proyecto se va desarrollando. En adelante, el mejoramiento de la capacidad organizativa del Comité de Coordinación Regional (CCR), contribuirá a la sostenibilidad del Proyecto.

Validación general de los factores contribuidores y obstaculizadores

Característica del factor contribuidor

- Siempre se respetó la iniciativa de las contrapartes
- Participación de contrapartes en la planificación y ejecución del Proyecto
- La planificación bien planeada (Maternidad, IEC, Consejería)
- Diseño del sistema basado en un buen análisis de la situación actual (suministro de medicamentos)

Característica del factor obstaculizador

- Insuficiencia de ordenamiento de relaciones lógicas básicas de la planificación
- No se formó un comité de ejecución del Proyecto donde participan los coordinadores de cada área.
- Hubo debilidad de administración o gerencia del Proyecto.

6. Conclusión

En general, diversas actividades del proyecto han sido activas como la consecuencia de los esfuerzos, y la motivación de las contrapartes se elevó por la aplicación de métodos participativos. Por lo tanto, se considera que de este proyecto se puede esperar un beneficio hacia los habitantes.

(1) Intento de apoyar la promoción de la descentralización

En Honduras, la descentralización es ampliamente conocida. Hasta este momento el nivel central es quien crea los lineamientos y la región se encarga de su ejecución. Al adelantar en la descentralización, el papel a ser desempeñado por el nivel central irá en relación a la elaboración de la política básica o estrategia, las normas a cumplirse y la supervisión. El nivel regional de acuerdo a la política básica central y considerando las situaciones particulares de cada región, deberá elaborar actividades concretas y ejecutarlas. Es decir, la descentralización significa el cambio de la forma pasiva de trabajo con tareas indicadas desde arriba hacia la forma activa de pensamiento y ejecución propia. En el Proyecto, sobre todo en el nivel operativo, se realiza la capacitación de recursos humanos a través del método de desarrollo participativo. Primero, el encargado de la actividad debe captar y buscar el problema por sí mismo, luego establecer el objetivo y el método, posteriormente ejecutar la actividad, para después evaluar su propio trabajo. Así se realiza una serie de trabajos activos. Claro, este tipo de cambio de pensamiento y comportamiento no se puede realizar en un día. Sin embargo, la manera de trabajo participativa que se ha aprendido en el Proyecto aunque acaba de empezar es un paso importante que puede fomentar la descentralización.

(2) Empoderamiento del personal del nivel operativo a través del método participativo

A través de las actividades del Proyecto, se adelantó en un aprendizaje técnico del personal del nivel operativo. Sobre todo, las contrapartes relacionadas al equipo intersectorial de los Resultados (Grupo CINCO), ellos realizaron una serie de trabajos como ser el establecimiento de un método para el análisis de situación, técnicas en análisis de problemas, el método de solución del problema (elaboración de un programa de capacitación) utilizando el método participativo. Con ello la motivación del trabajo se aumentó y al mismo tiempo adelantó mucho el aprendizaje de la transferencia técnica. Las contrapartes aprendieron el proceso para alcanzar consenso, que había sido su debilidad, a través del aprendizaje en el trabajo. Además, experimentaron la ventaja y el placer del trabajo en equipo. Ellos han realizado un verdadero empoderamiento. La experiencia podrá ser reproducida como un modelo de éxito y se podrá aplicar en la actividad comunitaria y en otros departamentos de la Oficina Regional Sanitaria.

Lecciones y Recomendaciones

Recomendaciones

- (1) El Proyecto muestra cierto grado de logros a nivel de Resultados, sin embargo aun no se ha verificado la contribución de cada Resultado hacia el Objetivo del Proyecto. Es necesario estructurar de manera lógica la ruta para lograr el Objetivo del Proyecto, cuestionando y verificando ¿qué actividades fueron realizadas? y ¿qué actividades no fueron realizadas? entre las actividades efectivas para el logro del Objetivo del Proyecto. Para realizarlo, el CCR debe ordenar las relaciones lógicas y aclarar el plan de actividades
- (2) El método del desarrollo participativo es efectivo no sólo para fortalecer la administración política de la salud regional sino para la formación de recursos humanos en el nivel operativo. Es importante seguir trabajando bajo este método. Para esto, será necesario la preparación para que el método del desarrollo participativo sostenga después de terminar el Proyecto; presupuestar el costo para taller, revisar el método de monitoria más factible, incorporar la función de CCR en el sistema administrativo político, entre otras cosas.
- (3) Para el mejoramiento de la situación de la salud reproductiva en Honduras, será deseable difundir a otros departamentos y a las autoridades

competentes del gobierno en forma efectiva. Para ello, es recomendable socializar las experiencias aprendidas a través del Proyecto, por ejemplo, el caso de retroalimentación del resultado de monitoria y evaluación en el mejoramiento de actividades por medios participativos. También es importante dejar constancia los productos del Proyecto, por ejemplo protocolo de cuidado de recién nacidos, desarrollado por el Proyecto mismo, como una prueba de las actividades del Proyecto.

- (4) Para solucionar el tema presentado en esta ocasión de evaluación, es recomendable reunir los coordinadores de todas las áreas del Resultado para administrar el avance global del Proyecto por sí mismos.
- (5) El Centro Regional de Actividades Comunitarias se deberá utilizar no sólo por las actividades de consejería sino por otras actividades en forma más activa por lo menos hasta cuando inicie la capacitación de auxiliares de enfermería.
- (6) Debe reforzar el sistema de distribución de medicamentos y de la referencia con un uso más efectivo del equipo de radiocomunicación.

Lecciones aprendidas

- (1) El método del desarrollo participativo es un enfoque efectivo que contribuye a la promoción de la descentralización.
- (2) Deben celebrarse reuniones periódicas de una junta administrativa del Proyecto en la que participen las contrapartes principales. En caso del Proyecto, el Comité de Implementación plasmado en el R/D desempeñará el cargo.
- (3) En el Proyecto, cada componente correspondiente a su Resultado ha desarrollado actividades particulares. Sin embargo, como muestra la experiencia del trabajo de Grupo CINCO la coordinación entre los diferentes componentes es ventajosa. Se debería promocionar la coordinación entre las partes involucradas en el Objetivo del Proyecto.
- (4) La dificultad en la obtención de los datos que son la fuente de los indicadores de salud materno infantil, será un impedimento para la correcta evaluación, mejoramiento de las actividades y la apelación del resultado global del proyecto. El proyecto en su parte inicial, debió haber asegurado

por medio de un sistema bien estructurado la recolección oportuna de los datos necesarios para sus indicadores.

f
a

Yi

INFORME
DE LA EVALUACIÓN CONJUNTA
DE LA MISIÓN DE EVALUACIÓN FINAL SOBRE LA
COOPERACION TECNICA JAPONESA PARA EL
PROYECTO DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA
REGION SANITARIA NO.7

26 de octubre, 2004

ANEXOS

- ANEXO 1 Matriz de Diseño del Proyecto (PDM)
- ANEXO 2 Envío de los Expertos Japoneses
- ANEXO 3 Entrenamiento de Contrapartes Hondureñas en Japón
- ANEXO 4 Equipo Donado
- ANEXO 5 Costo Local
- ANEXO 6 Resultados de auto-evaluación por el equipo del Proyecto

1. Resultado real

Logro del Objetivo Superior

La mortalidad materna de la Región Sanitaria No.7 se redujo a 98 (por 100,000 nacidos vivos)

Cuadro 1 La mortalidad materna en la Región Sanitaria No.7

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004(sept.)
número de casos de muertes maternas	12	20	18	7	14	11	16	14	9
tasa de mortalidad materna	79	151	132		116	86	125	108	

Fuente: Región Sanitaria No.7

Muerte Materna en Departamento Regional No.7

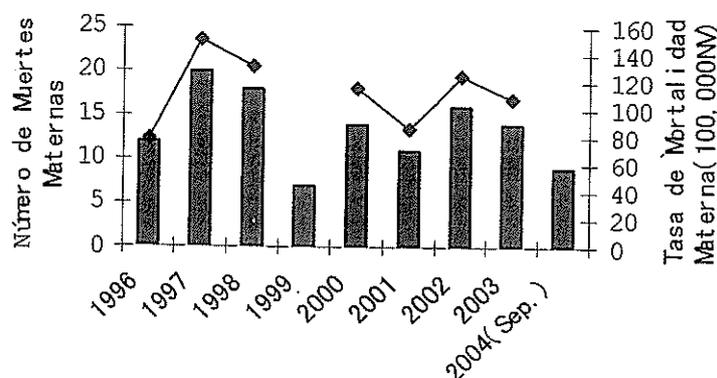


Figura 1 Evolución de la mortalidad materna en Región Sanitaria No.7

El Objetivo Superior fue establecido según la Estrategia para la Reducción de la Pobreza. En la Oficina Regional de Salud No.7, la mortalidad materna mostró una variación significativa y no ha podido medir el efecto del Proyecto.

Logro del Objetivo del Proyecto

Los siguientes son los 5 indicadores del Objetivo del Proyecto.

- 90% o más de satisfacción de usuarias del servicio de Salud Reproductiva. (al concluir el

Proyecto)

- Aumento del 12% de parto institucional (al concluir el Proyecto)
- Tasa de mortalidad neonatal se reduce en un 10% (al concluir el Proyecto)
- Número de atenciones de control prenatal aumenta en un 10% (al concluir el Proyecto)
- Número de atenciones de control puerperal aumenta en un 10% (al concluir el Proyecto)

A continuación se revisará el nivel de logro de cada indicador.

90% de satisfacción de usuarias de los servicios de Salud Reproductiva. (al concluir)
El sondeo de línea base realizado inmediatamente después del inicio del Proyecto (1999) reveló la alta satisfacción de las usuarias, más del 90%. Por lo tanto, se definió como objetivo "no reducir el nivel de satisfacción de las usuarias". Según la encuesta realizada en abril de 2004, el nivel de satisfacción de las usuarias no disminuyó, mas bien manifestó un incremento en la satisfacción del 98%. La satisfacción en las Clínica Materno Infantil (CMI), donde las actividades del Proyecto intervinieron en el mejoramiento cualitativo y cuantitativo, es muy alta. Podríamos suponer que es debido al efecto de las actividades del Proyecto, sin embargo, no se cuenta con una línea base.

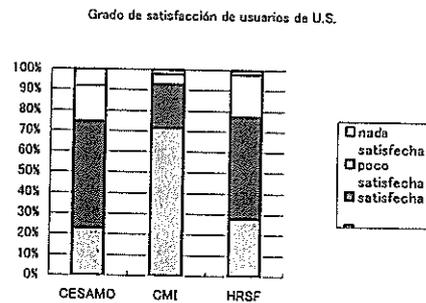
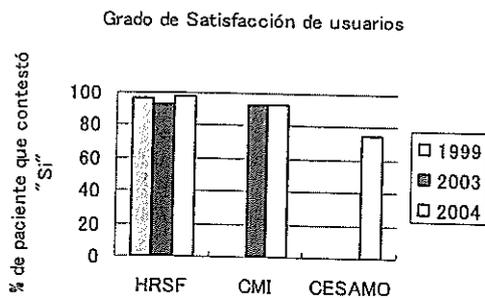


Figura 2 Grado de satisfacción de los usuarios

Figura 3 Grado de satisfacción de los usuarios desglosado

Aumento en un 12% del parto institucional

La Estrategia para la Reducción de la Mortalidad Materna como parte de la política nacional de Honduras tiene como objeto incrementar el parto institucional en un 2% cada año. El proyecto estableció como objetivo un aumento del 3%, agregando así un 1% adicional como resultado del Proyecto. Es decir, un aumento del 12% en cuatro años. Según el resultado de las encuestas la tasa aumentó en un 9.2% entre el periodo comprendido entre abril del 2001 y abril del 2004, pasando del 37.5% al 46.7%. Se ha logrado el incremento del 3% anual, y se espera lograr el objetivo al concluir el Proyecto.

Lugar de Parto en 2001 y 2004, Departamento Regional No.7

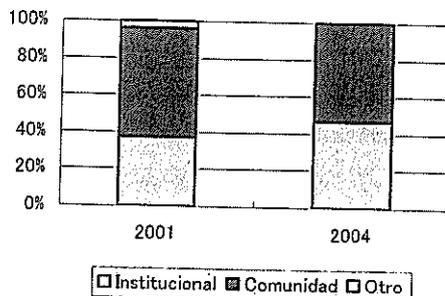


Figura 4 Cambio de lugar de parto

Tasa de mortalidad neonatal se reduce en un 10%. (al concluir el Proyecto)
 La mortalidad neonatal general del Hospital Regional San Francisco (HRSF) casi no presentó variación. La mortalidad en recién nacidos mayores a 48 horas, donde se puede esperar el efecto de la intervención directa del Proyecto se va reduciendo de forma sostenida. Sin embargo, el logro del indicador hasta fin del Proyecto será difícil.

Tabla 2 Evolución de mortalidad neonatal en HRSF (1000 nacidos vivos)

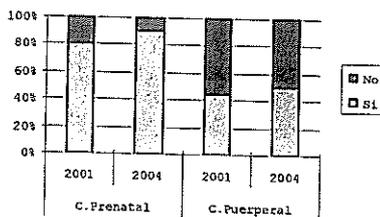
	2001	2002	2003	2004*
Mortalidad neonatal en HRSF	10.5	10.8	11.4	10.2

*datos de Enero-Agosto

Número de atenciones de control prenatal aumenta en el 10%

Según la Estrategia para la Reducción de la Mortalidad Materna mencionada anteriormente, la tasa de atenciones de control prenatal (por lo menos 1 vez por embarazo) debe aumentarse en un 1% cada año. Al inicio del Proyecto (2001) la tasa ya alcanzaba un 80.4%. Por lo tanto la cifra meta, establecía que había que superar el 90% al concluir el Proyecto. Según el resultado del estudio del 2004, la tasa de atención de control prenatal incrementó a un 90.6% y la meta fue lograda.

Cobertura de control de embarazada



¹ Mantiene la razón de incremento baja porque la cobertura de control prenatal (más de un control) llega a un 80% y no podemos esperar un aumento drástico de cobertura.

Figura 5 Evolución de proporción de usuarias que reciben control prenatal y posparto. (encuestas)

Número de atenciones de control puerperal es incrementado en un 10%

La Estrategia para la Reducción de la Mortalidad Materna tiene como objeto incrementar a un 50% la cobertura de control posparto. De acuerdo a la Estrategia, el Proyecto estableció como el objetivo lograr un 50% de cobertura en control posparto. El estudio hecho por el Proyecto mostró un aumento menor al 3% desde el 45.1% (2001) al 48.0% (2004) la cifra no ha llegado aun al objetivo del Proyecto. Por simple cálculo, la tasa de aumento anual es menor del 1%, y existe la posibilidad de lograr este objetivo al concluir el Proyecto.

Al observar el nivel de logro de los indicadores del Objetivo del Proyecto mencionados anteriormente, se espera que el nivel de logro del Objetivo del Proyecto sea alto.

Logro de los resultados

Resultado 1 "Brindar tratamiento adecuado y oportuno a la mujer en CMI y HRSF

Se procuro establecer un sistema de referencia entre las CMI y el HRSF. Se ha trabajado hasta fortalecer los equipos de trabajo dentro del Hospital. Las CMI han obtenido logros en sus funciones como ser el control prenatal, control puerperal, parto, planificación familiar, consejería, etc. Además cuenta el grado de satisfacción de las usuarias alto, por tanto, se considera que se ha mejorado la calidad de los servicios.

Resultado 2: Mejorar la atención de Recién Nacido en el HRSF.

Se considera que en su mayoría el Resultado se logro. El objeto del Proyecto no fueron los recién nacidos de patologías graves que requieren control respiratorio. Se trata de mejorar los cuidados del recién nacido a través de atenciones básicas como ser cuidados del control de temperatura corporal, control de nutrición y prevención de infecciones. El número de casos de la muerte de neonatos después de 48 horas de nacimiento, donde se puede esperar el efecto de la intervención del Proyecto, presentó una firme reducción de 19 casos por 34 muerte (2000), 10 casos por 39 (2003) y 7 casos por 32 (agosto de 2004), respectivamente.

Resultado 3 "Identificar oportunamente los factores de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio en CESAR, CESAMO, CMI y HRSF.

Casi el 100% del personal de las Unidades de Salud recibió la capacitación, según la encuesta realizada, e ellos utilizan el 80% de la técnica aprendida en su lugar de trabajo.

Además, el número de mujeres embarazadas que reciben control prenatal ha aumentado igual que el número de exámenes a las embarazadas. Por ello, se supone el incremento de detección de riesgos de las mujeres embarazadas.

Resultado 4 Garantizar la dotación de medicamentos esenciales para la atención oportuna de pacientes.

A través de las actividades del Proyecto, la situación del suministro de medicamentos fue mejorada en gran escala. Actualmente, el desempeño en la distribución de medicamentos se esta recuperando rápidamente. Por otra parte otro pilar que sostiene el sistema del suministro de medicamentos es el uso racional de los mismos en el lugar de atención médica, queda pendiente realizar esfuerzos en lo anterior de aquí en adelante.

Resultado 5 "Garantizar el acceso con calidad en la red de Laboratorios de la Región de Salud No.7"

La red de Laboratorios tiene una alta posibilidad de alcanzar el nivel de logro esperado. Por otra parte, el control interno va mejorando, dando sus primeros pasos.

Resultado 6 "Brindar educación sobre detección de riesgos en Salud Reproductiva por personal de salud."

Este resultado también tiene una elevada posibilidad de lograr el objetivo. Ha logrado avances, sobre todo, en las actividades de educación en lugares remotos. Los indicadores que utiliza este Resultado son iguales al indicador del Objetivo del Proyecto. Véase el inciso anterior, Número de control prenatal aumenta en un 10%.

Resultado 7 "Mejorar el acceso a los servicios de consejería en la Región de salud No.7"

El objetivo se ha logrado en su mayoría. Las 47 consejeras y consejeros al inicio definían a la consejería como un sinónimo de educación. Ellas y ellos, a través de la capacitación entendieron el verdadero papel de la consejería y aprendieron la técnica para realizar mejor su trabajo. Además, las consejeras, anteriormente se enfocaban en un solo tema, ahora pueden atender diferentes temas (violencia domestica, planificación familiar, VIH/SIDA, TB etc.), es decir, sus capacidades en la práctica se han mejorado. Esto se ve reflejado en el número de atenciones de consejería; 221 casos en 2001 (sólo 2 meses), 1129 casos en 2002, 2754 casos en 2003, 2439 casos en 2004 (de enero a junio). Se ha aumentado cuatro veces más en comparación del año 2002 y 2004.

² Para el año 2004, se duplico el número ya que los datos correspondían a la de mitad del año (Enero a Junio).

Resultado 8 “Sistema de monitoria está fortalecido en las áreas de salud”

Sobre la recolección de datos precisos y oportunos, el 95% de las US presentaron los datos dentro de la fecha límite. El Resultado 8 estuvo en posición de apoyar la ejecución de la prueba piloto del Proyecto del Sistema Integral Informático de Salud (SIIS), lo que CDC y OPS trató de introducir con financiamiento de USAID. En base a esto, se han introducido las computadoras para la digitación de los datos y apoyo en análisis del sistema, etc. El Proyecto de prueba del SIIS todavía continua, pero se ve la dificultad de ponerlo en marcha dentro del sistema informático del Ministerio de Salud. Por lo tanto, el Proyecto redujo las actividades relacionadas al SIIS y apoyo mayormente sólo la monitoria de la digitación de los datos. Por otra parte, el desarrollo del modelo del Sistema de monitoria para la ejecución de las actividades del nivel operativo en forma eficiente, se espera completar este contando con participación activa del jefe de área.

Resultado 9 “Utilizar en forma eficiente los recursos humanos y financieros”

El resultado 9 tiene tres pilares importantes, uno es el desarrollo de recursos humanos, el segundo es el fortalecimiento del sistema de supervisión integral y el último es el fortalecimiento del control financiero. Sobre el desarrollo de recursos humanos, aparte del registro del uso del Centro de Capacitación (número de usuarios), no se calculo ningún otro indicador. Por lo tanto, no se ha evaluado la calidad del desarrollo de recursos humanos. Con lo que respecta al reforzamiento de la función de supervisión, se han ejecutado 4 actividades diferentes; formación de un equipo de supervisión integral en la Oficina Regional, elaboración del plan de ejecución de supervisión, adecuación de guía de supervisión, ejecución de supervisión. Por el momento se han elaborado 3 borradores para la guía de supervisión. Sobre el fortalecimiento de la gestión financiera, como no había contado mucho con apoyo de experto en cantidad, lo que se puede realizar será aclarar el flujo financiero actual y el problema que contenga.

2. Proceso de ejecución

(1) Administración del Proyecto

En este inciso, se valida “la congruencia del mecanismo de monitoria” y “contenido de

³ Sobre el término para la digitación de los datos, se puede mencionar la desventaja por la gran carga del trabajo y necesidad de mano de obra para el trabajo. Para la recopilación de datos (del nivel central), un retraso en el desarrollo del software para la aplicación se considera como el factor que impide la ejecución.

modificaciones de la PDM y PO".

¿Es apropiado el mecanismo de monitoria?

Durante todo período del Proyecto se realizó la monitoria de cada Resultado. La monitoria se realiza cada cuatro meses por iniciativa de los encargados en el nivel operativo. El método de la monitoria comprende calcular el porcentaje de ejecución desde número de ítems de las actividades detalladas planificadas y ejecutadas. De esta manera se puede confirmar la presencia o ausencia en la ejecución de la actividad. Es útil para confirmar el avance de las actividades detalladas. Al comparar con otros proyectos que no tienen un claro mecanismo de monitoria, podemos valorar la incorporación dentro de este Proyecto de una monitoria participativa que involucra las contrapartes.

El Control del avance del Proyecto y la validación de coherencia lógica (pertinencia de relación entre el objetivo y el medio) son funciones importantes de monitoria en el Proyecto. Los ítems utilizados por el Proyecto no incluyó el punto de vista sobre la vinculación entre el Objetivo del Proyecto, los Resultados y las Actividades. Además de esto, no fue establecido los indicadores para poder confirmar la situación del logro de los Resultados y el Objetivo del Proyecto.

La monitoria del Proyecto tiene dos puntos de vista, uno es sobre la ejecución de las actividades y el segundo sobre la gerencia. En el Proyecto se realizó monitoria desde el punto de vista de las actividades. El punto de vista sobre la gerencia es una visión que trata de captar el Proyecto en su totalidad, hacer la administración y gerencia más efectiva y eficiente. El CCR será encargado de esta clase de monitoria. Sin embargo, los coordinadores, que son responsables de cada Resultado, no participan en el CCR. Así se ha perdido el punto de contacto para que CCR ejecute monitoria en el nivel de gerencia.

El contenido de modificación de la PDM y PO

Durante el mes de diciembre de 2000, y después de la firma del R/D, la PDM del Proyecto sufrió cambios importantes; entre ellos el Objetivo del Proyecto⁴. Sin embargo este cambio se había previsto en el informe adjunto al R/D que cita, "Según el resultado del Análisis de Problema, la PDM será modificada hasta el mes de diciembre de este año." La PDM fue modificada nuevamente en el mes de mayo de 2004. La modificación de este año incluye

⁴ El Objetivo del Proyecto a marzo del 2000 en el R/D, "Aumentar la capacidad de los funcionarios y personal relacionado a la salud para resolver problemas con respecto a la salud reproductiva." se modificó en "Brindar servicios de calidad en Salud Reproductiva en la Región Sanitaria No.7 por proveedores de servicios de salud."

cambios en la redacción de algunos Resultados y la revisión y adición de algunos indicadores.

Según lo entendido por los expertos japoneses, la PDM debió haber sido modificado antes del 2004. Debido a discrepancias entre las actividades reales y las actividades expresadas en la PDM⁵. Se debió revisar y hacer los cambios necesarios de acuerdo a las modificaciones en las actividades del Proyecto.

(2) Sobre el avance de las actividades

¿Las actividades se ejecutaron según lo planificado?

En el Proyecto, se elabora un plan de actividades para cada año. Las actividades se ejecutan según este plan operativo anual. En este sentido, las actividades fueron realizadas de acuerdo al plan. El plan anual de actividades debe desarrollarse de acuerdo al Plan de Operación (PO) que es para todo el periodo del Proyecto. No obstante, en el Proyecto, no se contempló la planificación en referencia al PO. Por lo tanto, han surgido situaciones no favorables como ser: el distanciamiento entre el Plan Operativo Anual de Actividades y el PO, la falta de coherencia de la misma actividad durante varios años, y que algunas actividades del Plan Anual no pudieran realizarse. La tabla 1 explica la razón de actividades sin ejecutar.

Tabla 1: Comparación entre el número de actividades planificadas y realizadas

	Result.1	Result.2	Result.3	Result.4	Result.5	Result.6	Result.7	Result.8	Result.9
no. actividad planificado	90	23	55	55	98	54	36	86	70
no. actividades realizadas	32	19	41	29	62	39	22	60	32
no. de actividades realizadas (%)	36%	83%	75%	53%	63%	72%	61%	70%	46%

Elaborado por el cuadro del avance del Proyecto (de 2001 a 2003)

(3) Método de transferencia técnica

En el Proyecto tanto los expertos japoneses como las contrapartes hondureñas reconocen que el Proyecto implementó el método participativo consistentemente desde la etapa de planificación del mismo. A través de la realización, del análisis de problemas y objetivos hasta la etapa de elaboración del plan, involucrando también a los hondureños. Durante la etapa de ejecución del Proyecto, se empleó el método participativo en tres Resultados; Cuidados

⁵ Por ejemplo, en el Resultado 7 en el 2001 se excluyó del marco de "adolescentes" pero la redacción no fue modificado. El resultado 8, en la Evaluación Intermedia, debía enfocarse más en el contenido y fue modificado el mes de enero del 2004 (al planificar el plan anual de actividades). El resultado 9, no pudo establecer indicadores ya que no se redactó la frase claramente.

Maternos, IEC y consejería. En los otros Resultados, la transferencia técnica se realiza con orientación por parte del experto japonés hacia la contraparte hondureña. Los tres Resultados que utilizan el método participativo están fuertemente vinculados y coordinan sus actividades entre sí. El grupo CINCO, grupo de trabajo inter seccional, desempeñó el papel núcleo en la coordinación de las actividades. El grupo CINCO realizó una serie de actividades entre las cuales podemos mencionar; el estudio de situación actual, la planificación de actividades, elaboración de un manual de capacitación, ejecución de la capacitación y realización de monitoria y seguimiento. Los expertos japoneses desempeñaron un rol de apoyo a las contrapartes, instruyéndoles sobre la metodología y forma de pensar, presentándoles y enseñándoles el uso de herramientas oportunas y útiles. A través de las instrucciones que usa el método participativo, las contrapartes obtuvieron la destreza necesaria para el desarrollo de sus actividades y así poder ser capaces de planificar, ejecutar y darle seguimiento a sus propias actividades. El empoderamiento de las contrapartes ha sido significativo.

(4) Proceso de toma de decisión

Sobre el tema relacionado al Proyecto total, primero los expertos japoneses lo discuten para obtener una conciencia básica y luego lo somete al CCR para discutir y decidir entre el Director del proyecto, la Coordinadora del Proyecto y los Expertos Japoneses. Sobre las actividades del Proyecto en cada área de Resultado, el experto a largo plazo, cuando haya, y la coordinadora se lo discuten y deciden. Si no hay experto a largo plazo, el(la) coordinador(a) o experto japonés toma la decisión de acuerdo con las circunstancias.

(5) Las relaciones entre expertos y contrapartes hondureñas

En términos generales, las relaciones de comunicación entre los expertos japoneses y las contrapartes hondureñas fueron muy buenas porque el Proyecto, desde la etapa inicial, ha procurado compartir el entendimiento sobre los problemas y objetivos a través de la discusión entre ambas partes. El lineamiento del Proyecto que establece que los expertos japoneses no imponen sus opiniones a las contrapartes hondureñas, contribuyó grandemente para mantener buenas relaciones entre ambas partes.

(6) Relación con los beneficiarios del Proyecto

El grupo de objetivo directo de este Proyecto son los Proveedores (personal) de Servicios de Salud en la Región No.7. Como el enfoque participativo requiere mucho tiempo, de vez en cuando se observaba la dificultad en coordinación del tiempo. Por otra parte, hubo personas que trabajaron activamente reconociendo la ventaja del trabajo en grupo.

(7) Apropiación de la institución ejecutora

La frecuencia y nivel de participación de los interesados principales (el nivel de participación de los responsables de la institución ejecutora)

Una vez a la semana se lleva a cabo el CCR para socializar los avances del Proyecto y al mismo tiempo para discutir sobre la solución de los problemas que surgen. También se celebra la reunión del nivel nacional (CCC: Comité de Coordinación Conjunto) de forma trimestral. La celebración de estas reuniones de CCR(Comité de Coordinación Regional) y CCC es constante. El CCR está formado por el Director de la Oficina Regional de Salud, la Coordinadora del Proyecto, el Director del HRSF, (tres contrapartes hondureñas) y 4 o 5 expertos japoneses a largo plazo. Los miembros del CCC por la parte hondureña son: el Director de la Dirección General de Programas de Salud, quien desempeña el cargo del Presidente, el Director de la Oficina Regional, los coordinadores exponentes de los Resultados (aproximadamente 3 personas) y los interesados de cada Resultado a ser expuesto, en total 8 aproximadamente. Por la parte japonesa participan en CCC, 7 u 8 expertos a largo y corto plazo.

Medidas presupuestarias

La tabla 2 presenta la evolución de presupuesto (costo local) de la parte hondureña para el Proyecto. Se estima 2,000,000 Lempiras en el 2004 considerando el leve aumento en costo local. Sobre el detalle del costo local, véase el anexo.

Tabla 2 Presupuesto de la parte hondureña (evolución del monto de presupuesto desde el inicio del Proyecto)

2000	2001	2002	2003	2004	suma total de 5 años
1,217,607.06	2,063,428.21	1,679,316.56	1,782,686.84	1,413,975.58	8,157,014.25

nota) el monto del 2004 es de hasta final del mes de agosto fuente: Oficina de Región Sanitaria No.7

Congruencia de asignación de contrapartes

Básicamente, la persona jefe de cada departamento relacionado a la Oficina Regional desempeña el cargo de contraparte hondureña. En esta manera se han cubierto todos los responsables de las divisiones importantes para el Proyecto. La selección fue muy apropiada. Sin embargo, en algunos momentos la contraparte no ha estado disponible en algunos Resultados. Por lo tanto no se puede verificar la congruencia. La actitud poco cooperativa de un pequeño número de contrapartes al inicio del Proyecto dificultó la buena marcha del mismo.

Otras informaciones relacionadas a la apropiación del Proyecto

En el Resultado 7 (consejería), el personal encargado ha ganado confianza en si mismos como consejeros a través de sus actividades. Aprovechando las experiencias acumuladas, el Resultado 7 ha encontrado la posibilidad de acceder a fondos externos por sí mismos. Esto se considera una consecuencia de un trabajo donde existe apropiación y continuidad del Proyecto. Y el personal que reconoció la importancia de consejería, realizó actividades para difundir su conocimiento y técnica a los responsables del nivel del área. Tanto el Resultado 2 (neonatología) como el Resultado 5, han llevado a cabo la planificación y ejecución de actividades a raíz de su propia iniciativa. En las CMI, el personal no sólo ejecuta el trabajo asignado, sino que además revisa el contenido de su trabajo de rutina captando la realidad y pensando por sí mismo para asegurarse de corregir errores y asegurarse que su trabajo sea verdaderamente necesario. Eso se considera como apropiación de su trabajo.

3. Relevancia

(1) ¿Es el Objetivo Superior congruente con la política de desarrollo de Honduras? (prioridad)

Como parte de la política nacional de desarrollo de Honduras podemos mencionar la Estrategia para la Reducción de la Pobreza. En la misma se muestra el análisis de la situación de la pobreza en Honduras y se hace relevancia a la estrategia con la cual se debe trabajar de aquí en adelante. El Sector Salud es uno de los sectores de mayor prioridad, y dentro de este sector, la salud materna infantil es área de enfoque. En la Estrategia se han mencionado las metas para el 2015; entre otros encontramos la reducción a la mitad de la mortalidad infantil, la reducción en un 20% del número de niños desnutridos, la reducción a la mitad de la mortalidad materna, el mejoramiento del acceso al agua potable en un 95%, y una mejora del 20 % en los indicadores relacionados al género⁶. La mayoría de los temas se vinculan fuertemente al contenido del Proyecto. Dentro del inciso sobre la inversión en recursos humanos en los párrafos que hacen referidos a la salud, se menciona la salud de las mujeres y además se hace constar la intención de reforzar las áreas de salud reproductiva y consejería familiar⁷. Con todo ello, se justifica que el Objetivo del Proyecto y el Objetivo Superior están en conformidad a la política nacional de Honduras.

⁶ "Estrategia para la Reducción de la Pobreza", Gobierno de Honduras, Tegucigalpa, Agosto de 2001, p. 56-57.

⁷ ditto, p.87-88

(2) ¿El objetivo del Proyecto está conforme a la necesidad de Honduras? (necesidad)

El gobierno de Honduras ha establecido dos líneas políticas para prolongar la expectativa de vida y mejorar la calidad de vida de la población. Estas dos líneas son “la protección ambiental que rodea la población y la promoción de salud” y “la atención primaria y prevención”. De acuerdo a la política de salud se ejecutan los siguientes 8 programas:

- Promoción de salud intersectorial
- Salud infantil
- Salud materna
- Salud de los niños en edad escolar y de los adolescentes
- Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores
- Prevención y control de tuberculosis
- Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA
- Salud de la tercera edad

El gobierno de Honduras ha elaborado y ejecuta la Estrategia de Prioridad para la Reducción de la Mortalidad Materna 2002-2006⁸. Ella tiene como objeto incrementar el parto institucional a un 70% o más, incrementar a un 90% o más (en el área rural, el 50% o más) la proporción de mujeres embarazadas que reciben control prenatal, incrementar a un 70% o más la proporción de embarazadas que reciben 5 controles prenatales durante su embarazo e incrementar a un 50% o más la proporción de puérperas que reciben atenciones puerperal.

Entre estos programas las actividades del Proyecto abarcan la salud infantil (Resultado 2), salud materna (Resultados 1 y 3), salud de niños de edad escolar y de adolescentes (Resultado 7) y una parte de prevención y control de ITSy VIH/SIDA (Resultados 6 y 7). Los Resultados 4, 5, y 8 apoyan las actividades en estas áreas. Por ello podemos decir que las actividades del Proyecto y la política nacional de salud tienen un vínculo muy fuerte. En otras palabras, el Proyecto está en conformidad con las necesidades de Honduras.

(3) ¿Es lógico el Plan? (racionalidad del método)

Más Al momento de solicitar la cooperación, el Proyecto fue diseñado como “Proyecto de Desarrollo Integral de Salud en la Región Sanitaria No.7”. El mismo estaba formado por los siguientes componentes: financiamiento en salud, mejoramiento del acceso a los servicios de salud, mejoramiento de gestión de las instituciones sanitarias, fortalecimiento del sistema de las instituciones de salud, control y mantenimiento de equipos médicos, y desarrollo de recursos humanos. Más adelante, a través de una serie de estudios se dirigió el contenido hacia el área salud reproductiva. Durante la discusión para decidir sobre el contenido

⁸ “Plan Estratégico Prioritario de Mortalidad Materna 2002-2006”, Secretaria de Salud, 2002.5

concreto del Proyecto las líneas básicas utilizadas fueron; enfoque en el programa que estaba en práctica o intentando ejecutarse⁹. En consecuencia, el Proyecto fue diseñado a manera que abarca una amplia gama de temas relacionados a la salud reproductiva. En el Proyecto se reconoce cada uno de los 9 componentes como un micro proyecto por lo que no se estudió bien las relaciones lógicas entre el Objetivo del Proyecto y los Resultados.

Además de esto, cabe señalar que en este proyecto se planificaron las actividades anuales a través de talleres tipo participativos, no obstante en algunos resultados se dificulta ordenar la relación entre los resultados, actividades y detalle de las actividades ya que las actividades fueron establecidas en base a relaciones lógicas.

4. Efectividad (¿Será alcanzado el Objetivo del Proyecto?)

Al observar el nivel de logro de los indicadores, se espera que el nivel del logro del Objetivo del Proyecto sea alto (véase el inciso sobre el nivel de logro del Objetivo del Proyecto en "1 Resultado Real"). Y muestra, también, cierto grado de logros a nivel de Resultados. Sin embargo, es posible que los indicadores para el Objetivo del Proyecto puede que no sean tan sensibles.

5. Eficiencia

¿El logro de Resultados ha sido apropiado según el monto del recurso invertido?

Calidad y cantidad del insumo (persona y material)

- Como se observa existen una variedad de áreas y el número de artículos, las actividades del Proyecto abarcan una amplia gama de componentes. Por otra parte, el monto de inversión del Proyecto estuvo determinado hasta cierto nivel. Para solucionar la situación, algunos expertos a largo plazo se encargaron de las actividades de varios Resultados. Y se ha tratado de cubrir otras áreas con expertos a corto plazo. La mayoría de los equipos donados se utilizan efectivamente.

Nivel del aprovechamiento del insumo (persona y material)

- En el caso de los expertos a corto plazo, será favorable enviar a la misma persona

⁹ Informe del estudio a corto plazo del Plan Integral de Salud de la Región Sanitaria No.7 en la República de Honduras, por Dr. Tamotsu Nakasa, Licda. Sachiko Egashira, 29 de sept. 1999, p. 28

siempre que sea posible. De esta forma, se podrá reducir pérdida de tiempo en el reconocimiento del contenido, situación actual, establecimiento de relaciones humanas, etc. En comparación con otros Proyectos, este ha tenido un mayor número de expertos a corto plazo (49 personas en 5 años), de estos 37 fueron enviados en varias ocasiones. Se considera que, con ello, la eficiencia del Proyecto fue asegurado. Por otra parte, en caso de un Resultado se enviaron 5 expertos diferentes, se considera que la eficiencia mantiene un nivel bajo:

- En el Resultado 7, fue la capacitación de consejeras para que estas puedan atender varios temas. Antes de iniciar el Proyecto, la temática de consejería estaba mayormente en sólo dos temas; consejera de planificación familiar, o consejera de la VIH/SIDA. El Proyecto no trató de aumentar el número de consejeras sino que las capacitó para que las consejeras existentes pudiesen cubrir varios temas como violencia y Tuberculosis. Así se fueron aprovechando eficientemente los recursos humanos existentes. En este componente, se envió a la misma experta a corto plazo durante los 4 años. Este aspecto también aumentó la eficiencia. Así mismo, el apoyo de los gerentes de área y hospital fortaleció el desarrollo de la red de consejería.
- Después del inicio del Proyecto, hubo una etapa en la que aun cuando el experto japonés ya estaba listo a colaborar, el coordinador contraparte hondureña no y eso fue un impedimento para la eficiencia de las actividades del Proyecto.

¿Fue oportuno el tiempo de inversión (persona y material)?

- La inversión de recursos humanos se ha realizado como estaba planificado.
- Igualmente, el insumo de equipos y materiales fue ejecutado conforme con el plan.

Método de administración y gestión

- Como se refirió en el "Proceso de ejecución", se ha impedido un manejo eficiente del Proyecto por algunos factores.

6. Impacto

(1) ¿La situación de la salud reproductiva ha sido mejorado por ejecución del Proyecto?

Las actividades del Proyecto abarcan amplias gamas dentro del área de la salud reproductiva. Los productos de cada actividad no son uniformes. Sin embargo, al observar el indicador del Objetivo del Proyecto, se considera que el esfuerzo hacia reducción de la mortalidad materna

va mejorando progresivamente¹⁰.

(2) ¿Han habido otros efectos extendidos?

Impacto positivo

- El sistema de suministro de medicamentos (sistema de almacenamiento de medicamentos computarizados) introducidos por el Proyecto se socializa y el Ministro de Salud, personal de U.E. y OPS realizaron visitas de observación. Hay posibilidades de introducir este sistema a nivel nacional (por el Director de la Oficina Regional Sanitaria).
- El servicio de consejería fue ordenado y ha sido reconocido por instituciones externas como ser los tribunales de justicia quienes han solicitado los servicios de consejería para las víctimas de crímenes.
- El equipo de radiocomunicación, que fue introducido con el objeto de fortalecer el suministro de medicamentos y el sistema de referencia, ha sido utilizado frecuentemente para la vigilancia epidemiológica. Sin embargo, la radiocomunicación casi no se está utilizando para el objetivo original; suministro de medicamentos y referencia de pacientes.
- Antes de iniciar el Proyecto, los donantes extranjeros no desplegaron sus actividades en el Departamento de Olancho, no sólo en el sector de la salud sino en otros sectores. A través de la ejecución del Proyecto, la presencia del Departamento de Olancho llamó la atención de otros donantes extranjeros. En consecuencia de esto, fue decidido construir 2 CMI en el Departamento y apoyar la mejoría de calidad en el HRSF con fondos de cooperantes extranjeros.
- Basado en el protocolo de cuidados al recién nacido elaborado por el Proyecto, el nuevo protocolo fue elaborado en el HRSF con fondo del BID (PRIESS: Programa de Reorganización Institucional y Extensión de Servicios de Salud).

Impacto negativo

- Los equipos de exámenes introducidos en el Laboratorio del HRSF tuvieron como objeto reducir la carga de trabajo de los técnicos, para que estos pudieran dedicar más tiempo al control de calidad. Sin embargo, como la capacidad de Laboratorio ha mejorado, el número de exámenes solicitados por los médicos aumentaron. Como consecuencia, el trabajo de técnicos también ha aumentado mucho y el tiempo para el control de calidad

¹⁰ Para alcanzar al Objetivo Superior, se necesita trabajar para aumentar el número de usuarios que accede al servicio mejorado, además de mantener el nivel de calidad de los proveedores de salud reforzados por el Proyecto. (Actividad de IEC es una parte de este trabajo) Por otra parte, para reducir la mortalidad materna, debe ser consciente de la atención a la población que vive fuera de la Red de servicio de salud de US actual.

interna fue perjudicado.

- A finales del 2003 se realizaron actividades de investigación a nivel municipal y comunitario (Funciones Esenciales de Salud Pública). Debido a ello las actividades del Proyecto fueron suspendidas. Por otra parte, esta actividad de estudio representó un trabajo adicional para las contrapartes y también perjudicó la motivación hacia las actividades del Proyecto.

7. Sostenibilidad

(1) Continuidad del apoyo político

Como se explicó en el artículo de Pertinencia, el gobierno de Honduras decidió la Estrategia para Reducción de Pobreza en la que aclaró fortalecer la salud y la educación. Del sector de salud en la Estrategia, se incluye mayor artículos de la salud reproductiva. La estrategia es para 2015, la Estrategia tiene como característica el compromiso oficial del gobierno de Honduras para los países cooperantes del mundo y no cambiará por el cambio del gobierno. Con todo ello, el punto de vista de dar importancia a la salud reproductiva se podrá mantener.

(2) Capacidad organizativa de la institución ejecutora

El nivel operativo

A través de las actividades del Proyecto, se ha tratado de formar la organización (coordinación con comunidades, coordinación intersectorial, etc.) por la que mantiene la actividad. Y va apareciendo el resultado. Para asegurar la sostenibilidad, se espera el esfuerzo continuo de aquí en adelante. A través de las actividades con enfoque participativo, en el nivel de área, se han formado las personas que serán clave para la sostenibilidad de las actividades. Esto será la garantía de la continuidad de las actividades. Pero, aun no se han formado las personas claves en todos los áreas. Se debe continuar la formación de personas claves para desarrollar más las actividades. Es necesario también establecer la coordinación entre divisiones y fortalecer la coordinación entre jefe de enfermera y auxiliares de enfermería en el HRSF.

Nivel gerencial

Hasta la fecha, el CCR desempeño el papel de consejero del Proyecto. En el futuro, esperamos tratar de mejorar la capacidad organizativa para contribuir a las actividades del Proyecto y la sostenibilidad de las actividades de la Oficina Regional sanitaria,

desempeñando el papel principal que es la administración y gestión del Proyecto,

(3) Nivel de Apropiación de técnicas

Se consideran que mayoría de las técnicas transferidas se han fijadas. Se ha mostrado alto nivel de penetración de transferencia técnica desde los encargados operativos hasta los coordinadores de resultados. Las técnicas incorporados en el trabajo de contraparte o en la parte del sistema, tiene alto nivel de arraigamiento.

(4) Otros

Se introdujeron computadoras y equipo de laboratorio. Sin embargo, debido a la posible variación de voltaje, se subrayó el peligro de virus y la necesidad de crear copias de seguridad y presupuesto para reparación, que hasta el momento no se han realizado de manera suficiente. Esto ha aumentado la dependencia del personal a la computadora y la posibilidad del daño por avería.

7. Conclusión

En general, diversas actividades del proyecto han sido activas como la consecuencia de los esfuerzos, y la motivación de las contrapartes se elevó por la aplicación de métodos participativos. Por lo tanto, se puede considerar que de este proyecto se puede esperar un beneficio hacia los habitantes.

1. Intento de apoyar la promoción de la descentralización

En Honduras, la descentralización es ampliamente conocida. Hasta este momento el nivel central es quien crea los lineamientos y la región se encarga de su ejecución. Al adelantar descentralización, elaboración de política básica o estrategia, junto con la norma que debe cumplirse y su supervisión, serán el papel que debe desempeñar el nivel central. El nivel regional, en acuerdo a la política básica central, considerando las situaciones particulares de cada región, deberá elaborar las actividades concretas y ejecutarlas. Es decir, la descentralización significa el cambio de la forma pasiva de trabajo con tarea indicada desde arriba a la forma activa pensamiento y ejecución propia. En el Proyecto, sobre todo en el nivel operativo, se realiza la capacitación de recursos humanos a través del método del desarrollo participativo. Primero, el encargado de la actividad debe captar y buscar el

problema por sí mismo, luego establecer el objetivo y el método, posteriormente ejecutar la actividad, para después evaluar su propio trabajo. Así es realizada una serie de trabajo activo. Claro que este tipo de cambio de pensamiento y comportamiento no se puede realizar en un día. Sin embargo, la manera del trabajo participativo, que se ha aprendido en el Proyecto, a un que acaba de empezar, es un paso importante que pueda fomentar la descentralización.

2. Empoderamiento del personal del nivel operativo a través del método participativo

A través de las actividades del Proyecto, se avanzó en el aprendizaje técnico del personal del nivel operativo. Sobre todo, las contrapartes relacionadas al grupo CINCO, estos realizaron una serie de trabajos como ser; establecimiento de método para el análisis de situación, técnicas en análisis de problemas, el método de solución de problemas (elaboración del programa de capacitación) utilizando el método participativo. Con ello la motivación del trabajo se aumentó y al mismo tiempo adelantó mucho el aprendizaje de la transferencia técnica. Las contrapartes aprendieron el proceso para alcanzar consenso, que había sido su debilidad, a través del aprendizaje en el trabajo. Además, experimentaron la ventaja y el placer del trabajo en equipo. Ellos han realizado un verdadero empoderamiento. La experiencia podrá ser reproducida como un modelo de éxito y aplicarse en la actividad comunitaria y en otros departamentos de la Oficina Regional Sanitaria.

Lecciones y Recomendaciones

Recomendaciones

1. El Proyecto muestra cierto grado de logros a nivel de Resultados, aunque no se ha verificado la contribución de cada Resultado hacia el Objetivo del Proyecto. Es necesario estructurar de manera lógica la ruta para lograr el Objetivo del Proyecto, cuestionando y verificando ¿qué actividades fueron realizadas? y ¿qué actividades no fueron realizadas? entre las actividades efectivas para el logro del Objetivo del Proyecto. Para realizarlo, el CCR debe ordenar las relaciones lógicas y aclarar el plan de actividades.

2. El método del desarrollo participativo es efectivo no sólo para fortalecer la administración política de la salud regional sino para la formación de recursos humanos en el nivel operativo. Es importante seguir trabajando bajo este método. Para esto, será necesario preparación para que el método del desarrollo participativo se sostenga después de terminar el Proyecto; presupuestar el costo para taller, revisar el método de monitoria más factible, incorporar la función de CCR en el sistema administrativo político, entre otras cosas.
3. Para el mejoramiento de la situación de la salud reproductiva en Honduras, será necesario difundir a otros departamentos y a las autoridades competentes del gobierno en forma efectiva, las experiencias aprendidas a través del Proyecto, por ejemplo, el caso de retroalimentación del resultado de monitoria y evaluación en el mejoramiento de actividades por método participativo. También es importante dejar constancia los productos del Proyecto, por ejemplo, protocolo de cuidado de recién nacidos, desarrollado por el Proyecto mismo, como una prueba de las actividades del Proyecto.
4. Para solucionar el tema presentado en esta evaluación, es recomendable reunir a los coordinadores de todos los componentes para administrar el avance global del Proyecto por sí mismos.
5. El Centro Regional de Actividades Comunitarias se deberá utilizar no sólo por las actividades de consejería sino por otras actividades más activamente, por lo menos hasta cuando inicie la Formación de auxiliares de enfermería.
6. Debe reforzar el sistema de distribución de medicamentos y de la referencia a través del uso más efectivo del equipo de radiocomunicación.



Lecciones aprendidas

1. El método del desarrollo participativo es un enfoque efectivo que contribuye a la promoción de la descentralización.
2. Deben celebrarse reuniones periódicas de una junta administrativa del Proyecto en la que participen las contrapartes principales. En caso del Proyecto, el Comité de Implementación plasmado en el R/D desempeñará el cargo.

3. En el Proyecto, cada componente correspondiente a su Resultado ha desarrollado actividades particulares. Sin embargo, como muestra la experiencia del trabajo de equipo intersectorial de los Resultados (grupo CINCO) la coordinación entre los diferentes componentes es ventajosa. Se debería promocionar la coordinación entre las partes involucradas en el Objetivo del Proyecto.
4. La dificultad en la obtención de los datos que son la fuente de los indicadores de salud materno infantil, será un impedimento para la correcta evaluación, mejoramiento de las actividades y la apelación del resultado global del proyecto. El proyecto en su parte inicial debió haber asegurado por medio de un sistema bien estructurado la recolección oportuna de los datos necesarios para sus indicadores.

3

ANEXO 1 Matriz de Diseño del Proyecto (PDM, Versión 3)

Resumen del Proyecto	Indicadores verificables objetivamente	Fuentes de verificación	Condiciones Exteriores
<p>Objetivo Superior Mejorar el estado de la salud reproductiva en la Región Sanitaria No. 7</p> <p>Objetivo del Proyecto Brindar servicios de calidad en Salud Reproductiva en la Región Sanitaria No. 7 por proveedores de servicios de salud.</p>	<p>Tasa de mortalidad materna</p> <p>a. % de satisfacción de usuarias del servicio de Salud Reproductiva región #7 b. % de parto institucional c. Tasa de mortalidad neonatal en la HRSF d. Numero de atenciones de control prenatal e. Numero de atenciones de control puerperal</p>	<p>Informe anual</p> <p>a. Encuesta de salida b. AT-1 c. Historia clínica d. AT-1 e. AT-1</p>	<p>1. No hay crecimiento rápido de la población 2. Sostenibilidad en las políticas de salud 3. Existencia de cooperación externa 4. Los medios de comunicación social juegan un papel importante en la promoción de la Salud Reproductiva</p>
<p>Resultados</p> <p>1 Brindar tratamiento adecuado y oportuno a la mujer en CMI y HRSF</p> <p>2 Mejorar la atención del Recién Nacido en el HRSF</p> <p>3 Identificar oportunamente los factores de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio en CESAR, CESAMO, CMI y HRSF</p> <p>4 Garantizar la dotación de medicamentos esenciales para la atención oportuna de pacientes</p> <p>5 Garantizar el acceso con calidad en la red de Laboratorios de la Región de Salud No. 7</p> <p>6 Brindar educación sobre detección de riesgos en Salud Reproductiva por personal de salud.</p>	<p>1-a. % de mujeres referidas que esperan mas de un hora en HRSF 1-b. % de diagnóstico de ingreso correcto en HRSF 1-c. Numero de mujeres embarazadas que son referidas de CMI a HRSF 1-d. % de diagnóstico de referencia adecuado de CMI a HRSF</p> <p>2-a. Tasa de mortalidad neonatal en la unidad de neonatología de HRSF 2-b. Tasa de mortalidad neonatal en la HRSF</p> <p>3-a. % de detección de riesgos de anemia, sangrado y preclampsia en la atención prenatal 3-b. % de detección de riesgos de anemia, sangrado y preclampsia entre los embarazadas estimadas</p> <p>4-a. % de US con existencia de medicamentos esenciales 4-b. % de US recibirán medicamentos dentro 90 días y 145 días, respectivamente.</p> <p>5-a. Numero de prueba brindando entre 9 pruebas recomendadas en la norma local para mujeres embarazadas 5-b. Numero de exámenes realizados por prueba en los laboratorios de CESAMO 5-c. % de concordancia de los resultados de laboratorio con los controles estándar 5-d. Promedio mensual de frecuencia de control de calidad interna</p> <p>6-a. Numero de atenciones de control prenatal 6-b. Numero de atenciones de control puerperal 6-c. % de usuarios de la US en edad de reproductiva que</p>	<p>1-a Investigación 1-b Historia clínica 1-c Historia clínica 1-d Historia clínica</p> <p>2-a Historia clínica 2-b Historia clínica</p> <p>3-a AT-1 y Hoja de monitoria de detección de riegos 3-b AT-1</p> <p>4-a S0-6</p> <p>4-b Hoja de monitoria "Ruta Críticas Comparativas de Entrega de Medicamentos"</p> <p>5-a Reporte de exámenes de embarazadas 5-b LAB1-2002 5-c Reporte resultados evaluación externa de la calidad 5-d Reporte mensual</p> <p>6-a AT-1 6-b AT-1 6-c Reporte mensual de actividades</p>	

<p>7 Mejorar el acceso a los servicios de consejería en la Región de Salud No.7</p> <p>8 Sistema de monitoria está fortalecido en las areas de salud</p> <p>9. Utilizar en forma efeciente los recursos humanos y financieros</p>	<p>recibieron informacion/educacion sobre riesgos de Salud Reproductiva</p> <p>6-d. % de poblacion en edad de reproductiva que recibio informacion/educacion sobre riesgos de Salud Reproductiva</p> <p>7-a. Numero de personas recibiendo atencion en consejeria por US anualmente.</p> <p>8-a. Cuatro areas utilizando mecanismos de monitoria</p> <p>8-b. 75% de las acciones programada fueron ejecutadas</p> <p>9-a. Numero de capacitación y taller ejecutadas en la CREDIS7 anualmente</p> <p>9-b. % de supervisiones integrales realizadas en el nivel area / N° de supervisiones programadas en el nivel area⁷</p>	<p>y Libro de registros</p> <p>6-d Reporte mensual de actividades y Repore de Censo 2001</p> <p>7-a Reporte mensual de actividades</p> <p>8-a Reporte de Area</p> <p>8-b Hoja de monitoria en Area</p> <p>9-a Solicitud para uso del Salón</p> <p>9-b Reporte mensual de actividades</p>	
<p>Actividades</p> <p>1-1 Atención oportuna de la referencia en el HRSF</p> <p>1-2 Fortalecimientos equipos de trabajo</p> <p>1-3 Referencia oportuna de pacientes de alto riesgo</p> <p>2-1 Capacitar al personal sobre las normas de atención al Recién Nacido</p> <p>2-2 Atención integral y oportuna del recién nacido en la sala de labor y parto y en la sala de neonatología</p> <p>2-3 Evaluación de historias clínicas del servicio de neonatología por el grupo de pediatras</p> <p>3-1 Capacitación del personal de salud en el HRSF, CMI, CESAMO, y CESAR sobre factores de riesgo</p> <p>3-2 Encuesta a las parteras para conocimiento, actitud y practicas(CAP).</p> <p>4-1 Establecer un sistema oportuno de distribución de medicamentos</p> <p>4-2 Definir modelo de monitoria de ejecución de programación de medicamentos en la red de servicio</p> <p>4-3 Capacitación en normas del uso y almacenamiento de los medicamentos al personal de los UPS</p> <p>Región</p> <p>5-1 Crear sistema de control de calidad</p> <p>5-2 Desarrollar la red de laboratorios</p> <p>5-3 Capacitar Col-Vol y Auxiliar de Enfermería en toma de muestra</p> <p>Hospital</p> <p>5-4 Establecer un sistema funcional de control de calidad en laboratorio del HRSF</p> <p>5-5 Establecer protocolos para el uso racional de las pruebas de laboratorio por consulta externa y emergencia</p> <p>5-6 Establecer un plan de capacitación continua en el manejo automatizado del laboratorio</p> <p>6-1 Elaboración de plan de IEC en Salud Reproductiva en la Región #7</p>	<p>I n v</p> <p>Japón:</p> <p>I-a Expertos a largo plazo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jefe asesor 2) Coordinador 3) Desarrollo de Recursos Humanos en Enfermería 4) Enfermería comunitaria 5) Desarrollo Social 6) Información y Epidemiología 7) Otras áreas relacionadas cuya necesidad sea acordada mutuamente <p>I-b Expertos a corto plazo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nutrición y Promoción 2) Información y Epidemiología 3) Desarrollo social 4) Mujeres y Desarrollo 5) Obstetricia / Ginecología 6) Partera 7) Atención Neonatal 8) Laboratorio clínico 9) Salud Pública 10) Administración de medicamentos Proyecto 11) Administración de Hospital 12) Otras áreas relacionadas cuya necesidad sea acordada mutuamente <p>2 Suministro de Maquinaria y Equipo</p> <p>3 Capacitación del personal hondureño en Japón</p>	<p>e r s i o n</p> <p>Honduras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Personal de Contraparte <ol style="list-style-type: none"> 1) Director Regional de RS7 2) Coordinador 3) Jefatura de Área de Salud 4) Dirección de Hospital 5) Educación de Salud 6) Sistemas de Información y Epidemiología 7) Gineco-obstetricia 8) Pediatría 9) Enfermería 10) Desarrollo de Recursos Humanos 2 Terreno, Edificio e Instalaciones 3 Presupuesto adecuado para el avance del proyecto 	<p>1. Influencia causada por desastres naturales afectan negativamente el acceso y comunicación en relacion a las actividades del proyecto</p>

<p>6-2 Fortalecimiento de la educación pre-post natal y planificación familiar</p> <p>6-3 Proveer a la comunidad de información en Salud Reproductiva</p> <p>7-1 Elaboración de una red de consejería</p> <p>7-2 Capacitación continua de consejería</p> <p>7-3 Promoción de los servicios de consejería</p> <p>8-1 Recolección de datos precisos y oportunos de las diferentes UPS de la región #7</p> <p>8-2 Proveer datos a los usuarios</p> <p>8-3 Establecer mecanismo para la monitoria del área</p> <p>8-4 Evaluación del mecanismo</p> <p>8-5 Extender mecanismo a otras áreas</p> <p>9-1 Desarrollo de recursos humanos</p> <p>9-2 Fortalecer un sistema sostenido de supervisión</p> <p>9-3 Conocer la inversión real de salud en la región #7</p>		<p>Condiciones Previas</p>
--	--	-----------------------------------

ANEXO 4 Equipo Donado Año 2000

CT.	EQUIPO	DESCRIPCION	EJECUTADO		UTILIZACION	CONTROL DE CUSTODIA
			CT.			
1	VEHICULO	TOYOTA-4RUNNER/KZN185L-GKMSX	2	US\$51,800.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
2		TOYOTA-PICK-UP/LN166L-PRMDS	1	US\$19,500.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
3	FOTOCOPIADORA	CANON, NP-6241	1	US\$9,000.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
4	TELEFAX	SHARP, FO-1460	2	US\$520.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
5	MIMEOGRAFO DIGITAL	RISOGRAPH, FR3950UI	1	US\$20,220.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
6	MOTOCICLETA	SUZUKI, TS185	5	US\$11,250.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
7	GENERADOR	SUZUKI, SV4000	1	US\$1,400.00	USANDO OCACIONALMENTE	BUENO
8	COMPUTADORA	COMPAQ, EXD/P733	10	US\$12,350.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
9	IMPRESORA	HP, APOLLO, P-2200	7	US\$910.00	AVERIADO UNAS PARTES	BUENO
10	IMPRESORA	HP, 1100	2	US\$900.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
11	IMPRESORA, LASER COLOR	HP, 4500N	1	US\$3,700.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
12	UPS	OMNISMART, OM3717	10	US\$2,200.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
13	SOFT WARE	WINDOWS, 98	10	US\$1,250.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
14	SOFT WARE	MICROSOFT, BUSINESS OFFICE	10	US\$3,585.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
15	MODELO (PARTO)	FANTOM, F2	1	US\$1,288.00	USANDO OCACIONALMENTE	BUENO
16	MODELO (EMBARAZO)	A83	1	US\$856.00	USANDO OCACIONALMENTE	BUENO
17	MODELO (CADERA)	MS8/1	1	US\$1,550.00	USANDO OCACIONALMENTE	BUENO
18	VIDEO EDUCATIVO	12911-371	34	US\$7,640.00	USANDO OCACIONALMENTE	BUENO
19	PROYECTOR DE VIDEO	3M, MP-8670	1	US\$6,833.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
20	RETRO PROYECTOR	APOLLO, ODYSSEY	1	US\$616.00	USANDO OCACIONALMENTE	BUENO
21	PROYECTOR DE SLIDE	KODAK, 4600	1	US\$552.00	USANDO OCACIONALMENTE	BUENO
22	MONITOR DE COLOR	SONY, WEGA29"	1	US\$771.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
23	VIDEO GRAVADORA	SONY, SLV-LX7S	1	US\$241.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
24	GRAVADORA DE CASSETTE	SONY, TCM-20DV	1	US\$52.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
25	EQUIPO DE SONIDO	SONY, LBT-LX6	1	US\$490.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
26	EQUIPO DE SONIDO	SONY, SS-LX6	1	US\$182.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
27	VIDEO FIRMADORA DIGITAL	SONY, DCR-PC5	1	US\$2,215.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
28	ESCRITORIO	IPSA, 1121-FMRM	10	US\$2,255.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
29	GABINETE	IPSA, 1442-XXPM	10	US\$2,100.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
30	MESA DE REUNION	IPSA, 1614-FMPC	1	US\$380.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
31	SILLA	IPSA, 3181-TCXX	10	US\$800.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
32	SILLA PARA MESA DE REUNION	IPSA, 3470-TCXX	12	US\$536.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
33	BICICLETA	SHIMANO, PREDETOR	5	US\$830.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
		TENPSTAR, ACS024	1		USANDO SIEMPRE	BUENO
		TENPSTAR, TG-24	1		USANDO SIEMPRE	BUENO
34	AIRE ACONDICIONADOR	TENPSTAR, ACS036	1	US\$1,780.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
		TENPSTAR, FA35	1		USANDO SIEMPRE	BUENO
35	PLOTTER	HP, C7769B	1	US\$3,395.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
36	ESFIGOMANOMETRO	GRAHAM FIELD, 03175	5	US\$210.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
37	DOPPLER FETAL DE BOLSILLO	HUNTLEIGHT, FD1+	3	US\$1,800.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
38	MONITOR FETAL	ANALOGIC, APS2	1	US\$4,500.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
39	MESA DE DIAGNOSTICO	(NACIONAL PRODUCTS)	5	US\$1,965.00	USANDO SIEMPRE	BUENO

	EQUIPO	DESCRIPCION	CT.	EJECUTADO		UTILIZACION	CONTROL DE CUSTODIA
40	MESA DE PARTO	MURANAKA, MIM-502	5	US\$64,750.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
41	INSTRUMENTOS PARA PARTOS	NOPA, GF83-3256	5	US\$3,000.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
42	SUCCIONADOR	MEDICAL INDUST. AMERICA	2	US\$900.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
43	AUTOCLAVE	STERIS, AMSCO, SYSTEM2S	1	US\$24,500.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
44	AMBU	GRAHAM FIELD	5	US\$850.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
45	CUNA TERMICA	GIGANTE, BAYS	1	US\$4,350.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
46	NEBULIZADOR ULTRASONICO	DEVILBISS	5	US\$6,500.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
47	BALANZA PEDIATRICA	DETECTO, 1522KLIS	1	US\$310.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
48	EQUIPO DE ULTRASONICO	MEDISON, SA600	1	US\$13,500.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
49	DOPPLER PORTATIL	HUNTLEIGHT, FD1+	3	US\$1,800.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
50	CAMILLA DE TRANSPORTE	ARMSTRONG, AE-8825	3	US\$5,940.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
51	AUTOCLAVE	STERIS, AMSCO, SYSTEM2S	2	US\$24,500.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
52	NEBULIZADOR ULTRASONICO	DEVILBISS	3	US\$3,900.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
53	SUCCIONADOR	DEVILBISS, 6305D	2	US\$1,000.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
54	BOMBA DE INFUSION	SIGMA, +6000	3	US\$8,700.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
55	JUEGO DE OTO-OFTAMOSCOPIO	WELCH ALLYN	5	US\$2,000.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
56	MICROSCOPIO	LEICA, 1349521X	2	US\$5,200.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
57	EQUIPO DE ANESTESIA	ACOMA, VIGOR21	1	US\$26,340.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
TOTAL				US\$380,462.00			

Equipo Donado Año 2001

	EQUIPO	DESCRIPCION	CT.	EJECUTAD		UTILIZACION	CONTROL DE CUSTODIA
1	CAMION	ISUZU, NPR66G-32, MODELO:2002, 6TONELADAS	2	US\$37,960.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
2	TROCO HIDRAULICO	CATERPILLER, 5000LBS	1	US\$630.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
3	COMPUTADORA, DESKTOP	PROCESADOR: PENTIUMIII, 900MHzMÁS	9	US\$11,857.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
4	COMPUTADORA, LAPTOP	PROCESADOR: PENTIUMIII, 600MHzMÁS	1	US\$2,634.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
5	IMPRESORA, INKJET	HEWLETT PACKARD, DESKJET 840	5	US\$657.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
6	IMPRESORA, LASER JET	HEWLETT PACKARD, 1200	1	US\$498.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
7	IMPRESORA, COLOR LASER	HEWLETT PACKARD, 4550N	1	US\$3,173.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
8	IMPRESORA MATRICIAL	EPSON, LQ-2180	3	US\$1,880.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
9	UPS	TRIPP LITE, OMNISMART,700VA	10	US\$2,036.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
10	PROGRAMA DE COMPUTADORA	WINDOWS 2000 PROFESIONAL	10	US\$1,797.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
11	PROGRAMA DE COMPUTADORA	OFFICE 2000 PROFESIONAL, ESPAÑOL	10	US\$4,303.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
12	MESA DE REUNION	W1.5mX1.5m, PANAVISION, 1613-FMPC	1	US\$790.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
13	SILLA PARA CONFERENCIA	PANAVISION, 3470-TCXX	12	US\$780.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
14	MESA PARA COMPUTADORA	W0.9mX1.5m, PANAVISION,1121-FMPC	10	US\$2,120.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
15	SILLA PARA COMPUTADORA	SISTEMA HIDRAULICO, PANAVISION, 3181-TCXX	10	US\$652.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
16	ARCHIVADOR	4CAJONES, W0.5mXH1m, PANAVISION, 1220-XXPM	10	US\$936.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
17	MIMEOGRAFO DIGITAL	RISOGRAPH, GR-3950	1	US\$21,820.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
18	FOTOCOPIADORA	LANIER 5635	1	US\$7,700.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
19	ANALIZADOR HEMATOLOGICO	BAYERN ADVIA60	1	US\$10,600.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
21	ESPECTROFOTOMETRO	BAYERN, RA-50	1	US\$7,500.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
22	ESPECTROFOTOMETRO	UNICO, 1100RS	7	US\$7,105.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
23	DESTILADOR DE AGUA	Tipo de Meza, Sistema de vapor (no Filtro Ionico)	8	US\$17,028.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
24	MICROPIPETE	Volumen: 10 a 100µl	8	US\$2,385.60		USANDO SIEMPRE	BUENO
25	LIMPIADOR ULTRASONICO	Volumen: 2L aprox.	8	US\$2,902.40		USANDO SIEMPRE	BUENO
26	CENTRIFUGA DE HEMATOCRITO	maxima velocidad: 12,000rpm	2	US\$9,338.80		USANDO SIEMPRE	BUENO
27	BAÑO MARIA	Rango de temperatura: ~60°C	8	US\$7,777.60		USANDO OCACIONALMENTE	BUENO
28	AGITADOR VORTEX	Velocidad ajustable: 1000 a 2800rpm	8	US\$4,030.40		USANDO SIEMPRE	BUENO
29	CABINA DE SEGURIDAD	Corresponde Clase II	1	US\$6,321.60		USANDO OCACIONALMENTE	BUENO
		(1) Lamina de Base(72x24mm)	8000	US\$63.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
		(2) Lamina de cubeta(18x18mm)	8000	US\$217.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
		(3) Sahli pipetta(0.02ml)	8	US\$1,983.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
		(4) Tubo de Ensayo(standard)	8000	US\$697.60		USANDO SIEMPRE	BUENO
		(5) Tubo graduado p/Orina (CONICOS)	160	US\$64.40		USANDO SIEMPRE	BUENO
		(6) Gradoilla p/Tubo (p/50Tubos)	40	US\$1,980.40		USANDO SIEMPRE	BUENO
		(7) Tubo de Muestra c/Tapon, Polip. (3.5ml)	8000	US\$803.20		USANDO SIEMPRE	BUENO
		(8) Cilindro Graduado(1000ml)	8	US\$328.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
		(9) Cilindro Graduado(100ml)	8	US\$122.40		USANDO SIEMPRE	BUENO
		(10) Frasco Volumétrico(500ml)	8	US\$613.80		USANDO SIEMPRE	BUENO
		(11) Cubeta de precipitación (200ml)	80	US\$343.70		USANDO SIEMPRE	BUENO
		(12) Cubeta de precipitación (300ml)	80	US\$343.70		USANDO SIEMPRE	BUENO
30	EQUIPO DE ANALISIS						

EQUIPO	DESCRIPCION	CT.	EJECUTAD		UTILIZACION	CONTROL DE CUSTODIA
	(13) Frasco de Erlenmeyer (500ml)	16	US\$920.70		USANDO SIEMPRE	BUENO
	(14) Placas Petri (90x20mm)	2400	US\$436.50		USANDO SIEMPRE	BUENO
	(15) Botella de Poliestireno, Oscuro (100ml)	32	US\$74.40		USANDO SIEMPRE	BUENO
	(16) Botella de Poliestireno, Oscuro (250ml)	32	US\$101.10		USANDO SIEMPRE	BUENO
	(17) Embudo, Poliestireno, Diámetro44mm	80	US\$23.50		USANDO SIEMPRE	BUENO
	(18) Botella de Lavado, Piceta (500ml)	40	US\$235.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
	(19) Vulvo p/pipetta de extarer, Goma	24	US\$652.80		USANDO SIEMPRE	BUENO
31	CALIBRADOR DE PH	2	US\$1,069.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
32	BALANZA ANALITICA	2	US\$4,787.80		USANDO SIEMPRE	BUENO
33	MICROSCOPIO	2	US\$2,136.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
34	GABINETE MEDICO	8	US\$1,480.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
35	REFRIGERADOR	4	US\$2,735.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
36	UPS	12	US\$2,443.00		AVERIADO UNAS PARTES	BUENO
37	CARRUAJE DE EMERGENCIA	6	US\$15,600.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
38	AUTOCLAVE DE MESA	6	US\$23,340.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
39	OXIMETRO DE PULSO	2	US\$1,960.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
40	ESTETOSCOPIO PARA NEONATAL	8	US\$256.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
41	MONITOR SIGNOS VITALES	1	US\$9,860.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
42	AIR ACONDICINADOR	16	US\$9,023.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
43	UPS	3	US\$750.00		USANDO SIEMPRE	BUENO
TOTAL			\$262,556.40			

Equipo Donado Año 2002

	EQUIPO	DESCRIPCION	CT.	EJECUTADO		UTILIZACION	CONTROL DE CUSTODIA
1	RADIO COMUNICADOR	MOTOROLA, LAH25SDH9AA6N	1	US\$125,869.24	USANDO SIEMPRE	BUENO	
2	ESCRITORIO	L150xW76xH80	5	US\$2,634.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
3	SILLA SECRETARIAL	ALTURA AJUSTABLE C/SISTEMA	5	US\$630.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
4	ARCHIVADOR	4 CAJONES, L47xW70XH135	45	US\$11,857.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
5	GABINETE DOS PUERTAS	L90xW45xH185	9	US\$657.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
6	ESTANTE PARA MEDICAMENTO	L300xW90xH280	12	US\$498.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
7	TELEFAX	SHARP, FQ-1460	2	US\$3,173.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
8	COMPUTADORA	COMPAQ, EVO, D300, IMPRESORA Y SCANNER	3	US\$1,880.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
9	FOTOCOPIADORA	SHARP, AR-5015	5	US\$2,036.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
10	AMBU	ARMSTRONG M.	3	US\$1,170.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
11	SUCCIONADOR PORTATIL	DEVILBISS, DEV-7305-D	1	US\$945.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
12	ATRIL	ARMSTRONG M., AC-542	3	US\$540.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
13	BACINETE	9100	2	US\$560.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
14	BALANZA PARA NEONATAL		2	US\$1,780.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
15	BANCO GIRATORIO	ARMSTRONG M., AC-925	1	US\$350.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
16	BILRRUBINOMETRO	LEICA, UNISTAT	1	US\$5,500.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
17	CAMA HOSPIRALARIA	MARC MIL, 220	4	US\$4,600.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
18	CAMILLA DE TRANSPORTE	ARMSTRONG M., AE-8825	2	US\$3,600.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
19	CENTRIFUGA HEMATCRITO	CLAY ADAMS, AUTOCRIT ULTRA	1	US\$3,780.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
20	COLCHON PARA CAMA	MARC MIL, MRC-28	8	US\$1,600.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
21	CAMA PARA NEONATAL	MARC MIL, 210-A	1	US\$280.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
22	ESFIGMOMANOMETRO	ARMSTRONG M., AD-200	5	US\$210.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
23	ESPECULO VAGINAL CUSCO	NOPA, KBO20/02, 03	10	US\$295.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
24	ESTETOSCOPIO	ARMSTRONG M., AD100LB	2	US\$64.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
25	LAMPARA CUELLO GANSO		2	US\$260.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
26	LARINGOSCOPIO	WELCH ALLYN, 9720	8	US\$3,120.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
27	MANGOS DE BISTURI	NOPA, AD10/03, 04	8	US\$56.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
28	MESA GINECOLOGICA	HONDURAS	1	US\$380.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
29	MESA PARA NEONATAL	HONDURAS	1	US\$210.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
30	NEBULIZADOR ULTRASONICO	DEVILBISS, ULTRANEB	1	US\$1,300.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
31	RESUCITADOR DE OXIGENO	Sherwood	9	US\$3,060.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
32	PINZA KELLY	NOPA, AA170/14	11	US\$143.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
33	PINZA MOSQUITO	NOPA, AA150/14	9	US\$126.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
34	PINZA DE ANILLO	NOPA, AF200/25	1	US\$24.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
35	PORTA AGUJA	NOPA, AE100/20	6	US\$144.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
36	KIT DE PARTO	NOPA	5	US\$2,250.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
37	TIJERA	NOPA	12	US\$315.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
38	ESTERILIZADOR DE MESA	STERIS, 10&16	1	US\$3,890.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
39	CARRUAJE DE ROPA SUCIA	MARC MIL, 287 X	1	US\$350.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
40	CARRUAJE DE TRATAMIENTO	MARC MIL, 248-M	1	US\$1,500.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	
41	CARRUAJE PORTA EXPEDIENTE	ARMSTRONG M., ACW-2	1	US\$590.00	USANDO SIEMPRE	BUENO	

	EQUIPO	DESCRIPCION	CT.	EJECUTADO		UTILIZACION	CONTROL DE CUSTODIA
42	FOLDER METALICOS PORTA EXPED.	GRAHAM FIELD, 3177	10		US\$880.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
43	ESPECTOFOTOMETRO	PARLIN ELMER, JUNIOR 6/20	4		US\$7,560.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
44	AIR ACONDICINADOR	TEMSTAR, 24000BTU	2		US\$1,095.44	USANDO SIEMPRE	BUENO
45	LAVADORA	FRIGIDAIRE	1		US\$333.74	USANDO SIEMPRE	BUENO
46	SILLA PLASTICO		24		US\$94.83	USANDO SIEMPRE	BUENO
47	VENTILADOR		12		US\$388.09	USANDO SIEMPRE	BUENO
48	VEHICULO	MITSUBISHI MONTERO	1		US\$24,800.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
					\$227,378.34		

Equipo Donado Año 2003

	EQUIPO	DESCRIPCION	CT.	EJECUTADO		UTILIZACION	CONTROL DE
1	ESCALERA	8PIES	30		US\$2,251.05	USANDO SIEMPRE	BUENO
2	ARCHIVADOR	4 CAJONES, L47XW70XH135	4		US\$359.47	USANDO SIEMPRE	BUENO
3	ARMALIO	NORMAL 36X72	2		US\$255.93	USANDO SIEMPRE	BUENO
4	ESCRITORIO	30X60, 6GAV, MARFIL	29		US\$4,569.63	USANDO SIEMPRE	BUENO
5	SILLA SECRETARIAL	ALTURA AJUSTABLE C/SISTEMA	52		US\$1,479.06	USANDO SIEMPRE	BUENO
6	SOFA PARA 5 PERSONAS	L1800xW660xH550mm, 5PERSONAS	24		US\$1,428.11	USANDO SIEMPRE	BUENO
7	ESTANTE	L780xW461xH1829mm, 4ENTREPANOS	120		US\$4,320.61	USANDO SIEMPRE	BUENO
8	LABEL WRITER	CASIO KL-A300C	1		US\$1,575.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
9	AIR ACONDICIONADOR	SAMSUNG, 24000BTU	7		US\$3,142.05	USANDO SIEMPRE	BUENO
10	COMPUTADORA, LAPTOP	TOSHIBA, SATELLITE A40, IMPRESORA	2		US\$4,340.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
11	COMPUTADORA, DESKTOP	HP D220, IMPRESORA Y UPS	2		US\$3,210.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
12	CAMILLA DE TRANSPORTE	GIMA, W615XL1950XH755mm	3		US\$2,140.80	USANDO SIEMPRE	BUENO
13	KIT DE PARTO	MAYO, PINZA, PLACENTA, POMADELITA,	2		US\$399.38	USANDO SIEMPRE	BUENO
14	LARYNGOSCOPIO	GIMA, MACINTOSH TIPO2, INCLUYE	2		US\$310.92	USANDO SIEMPRE	BUENO
15	ROTADOR SEROLOGICO	HEMO-DYNE BR01	5		US\$1,652.40	USANDO SIEMPRE	BUENO
16	FOTOCOPIADORA	SHARP, AR-5220	1		US\$1,117.04	USANDO SIEMPRE	BUENO
17	TELEVISOR	SONY, WEGA 29,KV-29FS100	4		US\$2,233.52	USANDO SIEMPRE	BUENO
18	CAMARA DIGITAL	SONY, DSC-P72	1		US\$446.65	USANDO SIEMPRE	BUENO
19	PROYECTOR MULTIMEDIA	SHARP, PG-A10X	1		US\$1,675.70	USANDO SIEMPRE	BUENO
20	VHS	SONY, SLV-LX700	3		US\$334.36	USANDO SIEMPRE	BUENO
21	RETROPROYECTOR	3M, APOLOS E-1730	1		US\$305.00	USANDO OCACIONALMENTE	BUENO
22	GPS	TRIMBLE, ESRI Pathfinder Pocket Receiver	1		US\$5,140.65	USANDO OCACIONALMENTE	BUENO
23	BANCO GIRATORIO	CLINTON PA-22363	6		US\$855.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
24	CARRAJE DE ROPA SUCIA	CLINTON TH-420	1		US\$175.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
25	SILLA DE RUEDA	TUFROARE 227	2		US\$450.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
26	CAMA HOSPITALARIA	MARC MIL, 220	8		US\$3,456.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
27	SUCCIONADOR NEONATAL	MADA MODEL 172	6		US\$1,410.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
28	EQUIPO DE REANIMACION	MADA MODEL 1309A	5		US\$775.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
29	GLUCOSMETRO	PRESTIGE IQ	1		US\$22.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
30	LAMPARA CUELLO DE GANZO	BRANDT INDUSTRIES	7		US\$504.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
31	OTO-OFTAMOSCOPIO	AMERICAN DIAGNOSTIC #5160	2		US\$296.80	USANDO SIEMPRE	BUENO
32	DOPPLER, BOLSILLO	BIONET BABYCARE	8		US\$3,262.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
33	JUEGO DE CIRUGIA MENOR	REDA	2		US\$360.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
34	LAMPARA CIALITICO	SKYTRON ST9	1		US\$3,450.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
35	MONITOR FETAL	NOVA MEDICAL BIOSYS BFM800	1		US\$3,410.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
36	EQUIPO DE ULTRASONIDO	MINDRAY DP-1100, SONY UP-895MD	1		US\$8,107.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
37	ATRIL	PROBASICS	4		US\$220.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
38	BALANZA PARA NEONATAL	SECA CHICA345	6		US\$1,170.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
39	CUNA TERMICA	ATOM V-505	3		US\$39,120.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
40	ELECTROCARDIOGRAFO	FUKUDA DENSHI FX-7202	1		US\$2,660.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
41	INCUBADOR PORTATIL	ATOM V80	1		US\$9,775.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
42	MESA DE PARTO	UMF 5190	2		US\$3,090.00	USANDO SIEMPRE	BUENO

	EQUIPO	DESCRIPCION	CT.	EJECUTADO	UTILIZACION	CONTROL DE
43	OXIMETRO DE PULSO	MEKUSA MP110	1	US\$500.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
44	CENTRIFUGA, MICRO	LW SCIENTIFIC LWS-M24	4	US\$9,860.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
45	BACINETE	GIGANTE 91000	5	US\$1,330.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
46	DESTRUCTOR DE JERINGA	Needelzap	5	US\$1,850.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
47	ESFIGMOMANOMETRO	ADC 775	11	US\$440.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
48	GRADILLA DE DOS PELDANOS	HONDURAS	3	US\$105.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
49	RAYOS-X PORTATIL	SEDECAL SM-20HF	1	US\$36,800.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
50	TANQUE DE OXIGENO	AMERICAN HEALTH CARE	8	US\$2,136.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
51	REFRIGERADOR PARA MEDICAMENTO	SANYO MPR	1	US\$5,200.00	USANDO SIEMPRE	BUENO
				\$183,476.13		

ANEXO 5 Costo Local

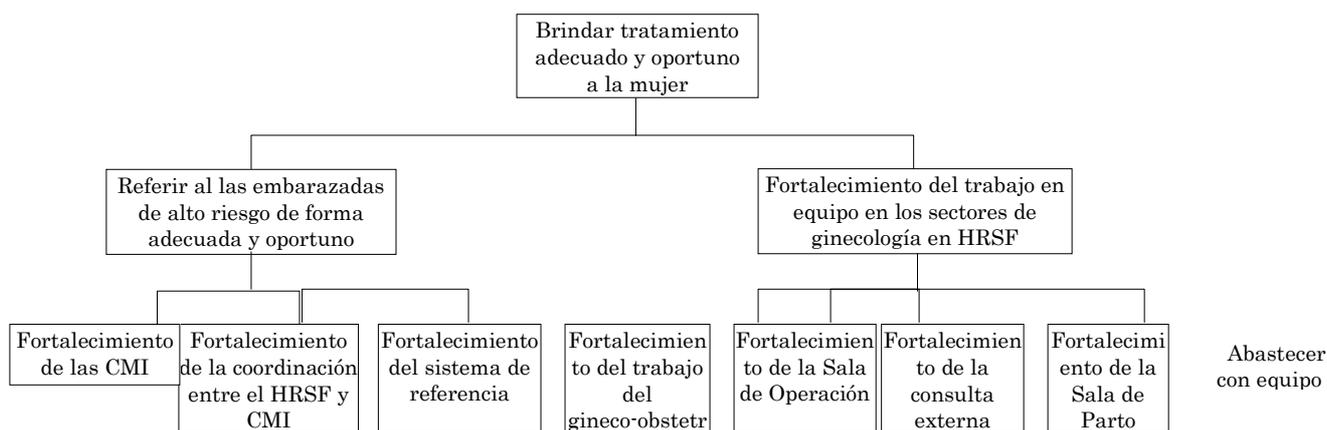
DESCRIPCION/CONCEPTO	Nº. de Recurso	AÑOS					Total 5 años
		2,000	2,001	2,002	2,003	2,004	
Medica coordinadora tiempo completo	1	253,545.60	336,721.50	348,804.60	361,012.80	48,135.04	1,348,219.54
Secretaria tiempo completo	1	29,961.00	49,935.00	69,720.00	69,720.00	78,825.00	298,161.00
Conductor de vehículos, tiempo completo	2-3	93,264.00	174,870.00	183,000.00	196,485.00	172,545.00	820,164.00
Revisión y adecuaciones a planes de edificios	3	30,000.00					30,000.00
Supervision construcción de edificios CREDIS	1	0.00	60,000.00				60,000.00
Supervisión edificio capacitación comunitaria	1	0.00	25,000.00				25,000.00
Asistencia tecnica de ingeniería en construcción y supervision de cerco perimetral	1	0.00	85,000.00	36,000.00	31,000.00	0.00	152,000.00
Materiales de construcción (cemento), para el cerco perimetral		0.00	0.00	35,000.00	95,000.00	0.00	130,000.00
Mano de obra calificada en construcción cerco perimetral	2	0.00	12,500.00	5,000.00	0.00	0.00	17,500.00
Materiales en la instalación de transformador electrico (material electrico, cemento, varilla, etc)		0.00	25,000.00	0.00	0.00	0.00	25,000.00
Transformador electrico para edificio CREDIS	1	0.00	38,000.00	0.00	0.00	0.00	38,000.00
Actividades de mantenimiento (mano de obra)	3	0.00	5,000.00	10,000.00	12,000.00	15,000.00	42,000.00
Mano de obra no calificada (albañil) 50 dias de trabajo	1	0.00	10,000.00		37,000.00		47,000.00
Apoyo de transporte y combustible y motorista, al inicio del proyecto cuando este aun no contaba con vehículos.(tres meses)	1	6,000.00					6,000.00
Rehabilitacion y adecuacion del centro de documentacion (biblioteca) [Supervision, ejecucion de obra, mano de obra y materiales]						58,570.00	58,570.00
Construccion canales para agua lluvias (CREDIS)						9,500.00	9,500.00
Conexion a rede de alcantarillado de edif.CREDIS					10,000.00		10,000.00
Pago de gastos de viaje dentro del pais para diferentes contrapartes nacionales	10	105,000.00	123,000.00	123,000.00	122,000.00	116,000.00	589,000.00
Pago de viaticos a coordinadora	1	11,000.00	15,000.00	16,000.00	14,000.00	10,000.00	66,000.00
Apoyo de transporte (incluye vehiculo, combustible y motorista) en las giras de monitoria con el CCC		950.00	1,425.00	2,000.00	2,000.00	1,221.00	7,596.00
Aporte en gasto de capacitaciones IEC		0.00				1,500.00	1,500.00
Costo promedio del Tiempo de contrapartes y otros recursos humanos invertidas con PROSARE	15	565,448.96	689,843.96	689,843.96	699,121.04	703,058.54	3,347,316.46
Otros imprevistos de funcionamiento		3,000.00	4,000.00	5,000.00	7,000.00	8,000.00	27,000.00
Complemento de refrigerios en las monitorias de las CMI		0.00	10,000.00	10,000.00	10,000.00	7,500.00	37,500.00
Salario de becarios mientras duró beca	22	119,437.50	398,132.75	145,948.00	116,348.00	80,121.00	859,987.25
Tecnica coordinadora medio tiempo	1	0.00	0.00	0.00	0.00	104,000.00	104,000.00
		1,217,607.06	2,063,428.21	1,679,316.56	1,782,686.84	1,413,975.58	8,157,014.25

ANEXO 6 Resultados de auto-evaluación por el equipo del Proyecto

Resultado 1 Brindar Tratamiento adecuado y oportuno a la mujer en CMI y HRSF

1. Implementación de la Actividad

Las hojas de monitoria de las actividades muestran que la mayoría de las actividades planificadas no fueron ejecutadas. Al comparar con el plan de actividades y el porcentaje de ejecución de las mismas, se encuentra que solo un tercio de las actividades planificadas fueron ejecutadas.¹ Desde el punto de vista de los gineco-obstetras, debido ha que no había flexibilidad en los turnos, la participación en el Proyecto era difícil (no sólo en actividades sino también en las reuniones o talleres que duran varios días). Además, se dificultó implicar otros gineco-obstetras en las actividades del Proyecto. Por estas razones las actividades del Resultado 1 no se ejecutaron durante el año 2001. El plan de 2002 fue planificado considerando el atraso presentado en el año 2001, sin embargo, el factor que impulsó la ejecución de las actividades fue la participación de un gineco-obstetra (Dr. Tróchez) del Hospital. Desde la mitad del año 2002, siendo este médico el coordinador del Resultado 1 y contando con el apoyo de un experto japonés (Dr. Inaba), comenzaron la ejecución de las actividades. Con el fin de garantizar el desarrollo de las actividades en este área (lo cual es precisamente el núcleo de las actividades en Salud Reproductiva), el Proyecto respetó los propósitos del nuevo coordinador, ya que no habían avances en esta área hasta entonces, decidiendo no cuestionar la congruencia lógica de las actividades planteadas antes y después de la participación de este.



Resultado 1 Sistema de Actividades

Las actividades concretas en el Hospital Regional San Francisco se basan en una

¹ Se habían planeado 90 actividades de las cuales se ejecutaron 30 (en el período de 2001-2003). Fuente Hojas de Monitoria 2001-2004.

estrategia básica, que es disminuir el tiempo de espera desde la llegada de paciente hasta el inicio del tratamiento, es decir, la llamada “Tercera Demora (tiempo de espera desde llegada a la institución hospitalaria hasta recepción de atención)”.

Para solucionar tales situaciones, se decidió fortalecer los departamentos de; Consulta Externa, Sala de Labor y Parto, Sala de Operación y el Pabellón de Gineco-obstetricía. Sin embargo, aún cuando cada departamento tenía elaborado el plan operativo desde la etapa de inicio del Proyecto, hasta la mitad del año 2002 las hojas de monitoria que contenían el detalle de las actividades consistían en su mayoría, de encuestas y reuniones. En Consulta Externa, se mostró cierto nivel de mejoría en la recepción del paciente referido, pero no fueron ejecutadas las actividades que se vinculaban directamente al Resultado. Cada CMI a partir de enero del 2001, empezó a elaborar el plan operativo anual de actividades con el método orientado por objetivo (sin realizar análisis de problema) contando con participación total del personal. Se han realizado monitorias cada cuatro meses por el equipo de CMI, personal de la Oficina Regional y experto japonés. Esta actividad tuvo como objeto fomentar un ambiente armónico en el equipo y el fortalecimiento de la función de la CMI a través del método de Ciclo de Manejo. En el año 2002, fue formada la Unidad de Salud Reproductiva (USR) para la mejora de coordinación de los departamentos en el Hospital y fortalecimiento de la colaboración con las CMI. En agosto de 2002, contando con nuevo coordinador, se han iniciado las actividades individuales como ser; revisión de criterios de cesárea, capacitación en Esterilización Quirúrgica, estudio de casos de muertes maternas, entre otras. Como parte de las actividades de la Unidad de la Salud Reproductiva, se comenzaron reuniones ordinarias con miembros de la Unidad y personal perinatal, contando con la participación de pediatras y obstetras, en el Hospital. Por otra parte, algunas actividades hacia fuera del Hospital también fueron planificadas y ejecutadas para fortalecer las relaciones del HRSF con CMI. Giras médicas a las CMI por equipo conformado de varios especialistas multisectorial (obstetricía, pediatría, medicina interna, anestesiología y odontología), monitoria conjunta de la CMI (participación de representantes de otras CMI y gineco-obstetra del Hospital) son de las actividades más destacadas. Sin embargo, entrando en el año 2004, estas actividades han permanecido inactivas, excepto la de las Giras médicas. Esto se debe a la frecuente rotación de las enfermeras jefas, que son miembros principales de la Unidad de la Salud Reproductiva, así como rotación de otros miembros. La falta de claridad sobre los objetivos de la Unidad y la falta de la descripción de funciones de sus miembros. Las actividades para solucionar el problema de la “Tercera Demora” de cada departamento no pudo orientarse bien y ésta se convirtió solamente en el fortalecimiento de funciones. A pesar de todo esto, la Unidad de la Salud Reproductiva ha tratado de realizar un replanteamiento de la unidad para mejorar la situación, contando con el esfuerzo de todo el personal.

En cuanto a la adecuación del sistema de referencia, que es uno de los objetivos principales de la etapa inicial del Proyecto, el equipo de radiocomunicación fue introducido (actividad común con el Resultado 4 Suministro y control de medicamentos), pero actualmente no están funcionando, ya que el Hospital no está respondiendo el llamado de las CMI. Otra acción pendiente para mejorar las funciones, el formulario de referencia y contrarreferencia debido a la falta del apoyo de los médicos ginecoobstetras.

2. Logros de los resultados

El personal de la CMI considera que la relación con el HRSF ha mejorado. En el inicio del Proyecto, CMIs y HRSF no tenía ninguna comunicación. Naturalmente no habían sostenido conversaciones productivas ni reconocerse entre sí. En la tabla 1-1 se presenta el resultado real de las actividades para fortalecer la coordinación entre CMI y HRSF.

Tabla 1-1 Resultado real de las actividades para fortalecer la coordinación entre CMI-HRSF

actividades	2001	2002	2003	2004 (hasta agosto)
Visita para planificación	0	0	5 veces	0
Visita Médica	0	0	10 veces	4 veces
Participación en la reunión de evaluación de actividades de las CMI	0	0	2 veces	0

En Honduras, la visita médica por profesionales de un Hospital Regional a la CMI es una actividad nueva, sin precedentes. Un comentario del personal de CMI en la reunión de evaluación de las actividades refleja bien esta situación, "El Hospital Regional nos abrió la puerta. Es un hecho que hace historia y nos ha dado confianza en nosotros mismos." También se ha aumentado el número de casos de embarazadas referidas desde la CMI al HRSF. La CMI de Catacamas, reconoció que solían transferir un gran número de embarazadas con carácter de emergencia de manera innecesaria. Pero recientemente esta tendencia fue mejorada.

Tabla 1-2 Evolución anual de número de casos referidos de CMI a HRSF

CMI	Número de embarazadas referidas al HRSF			
	2001	2002	2003	2004 (hasta agosto)
Patuca	35	62	80	73
Guayape	21	33	30	47
Catacamas		306	298	165
Salama		23	37	14

San Esteban	18	44	95	61
-------------	----	----	----	----

Con todo ello, la relación entre la CMI y Hospital Regional San Francisco se ha mejorado.

Según los resultados de entrevistas, la sala de consulta externa se estableció una nueva recepción para los pacientes referidos los cuales puedan recibir prioridad en su atención. Por otro lado hubo una mejora en la comunicación entre la Sala de Labor y Parto y la Sala de Neonatología. Además de esto, se han realizado visitas conjuntas con las salas arriba citadas. En cuanto a la colaboración entre los departamentos de HRSF, aun hay posibilidad de mejoramiento.

Resultado 2 Mejorar la atención del Recién Nacido en CMI y HRSF

1. La situación actual de la ejecución de las actividades

Las actividades del Resultado 2 comprenden, (1) aplicación de protocolo, (2) realización de capacitación conjunta de médicos y enfermeras, (3) prevención de infecciones, (4) cuidado al recién nacido integral y oportuno por sala de parto y sala de neonatos, y (5) revisión de casos de muerte neonatal. (Véase la figura 2-1)



Figura 2-1 Diagrama de las actividades del Resultado 2

(1) Aplicación de protocolos

Al inicio del Proyecto, el personal médico asignado al área de pediatría tenía diferentes criterios clínicos para el manejo del recién nacido y esto generaba muchas dificultades en el manejo. La sala de neonatología no contaba con un médico especialista permanente en ninguno de los turnos, días festivos y fines de semana, no había cobertura de pediatría permanente, solamente por llamado. Estas situaciones ocasionan manejos inapropiados del recién nacido. Como un primer paso a la solución de estos problemas, se realizaron la revisión de protocolos existentes y la elaboración de protocolos necesarios. 8 protocolos fueron planificados para ser elaborados: Alimentación del Recién Nacido, Alimentación vía sonda para el recién nacido de bajo peso o patológico, Control de líquidos y electrolitos, Sífilis congénita, Síndrome de Aspiración Meconial, Hiperbilirrubinemia de Recién Nacido, Uso adecuado de antibiótico y Síndrome de distress respiratorio. Entre ellos, seis protocolos fueron seleccionados. Dos de estos seis protocolos fueron revisados en su aplicación. La tabla 2-1 muestra el resultado.

Tabla 2-1, Aplicación de protocolos

Protocolo	no.muestra	Aplicación completa(%)	Aplicación parcial(%)	no aplicado(%)
Líquido y electrolito	26	50	23	27
Asfíxia Neonatal	30	83	0	17
Alimentación parenteral	—	sin evaluar	sin evaluar	sin evaluar
Sífilis congénita	—	sin evaluar	sin evaluar	sin evaluar
Síndrome de aspiración meconial	—	sin evaluar	sin evaluar	sin evaluar
Hiperbilirrubinemia	—	sin evaluar	sin evaluar	sin evaluar

(2) Capacitación

Según el resultado del análisis de problema en el taller para decidir las actividades del Proyecto fueron planificadas las capacitaciones. Las 14 capacitaciones planificadas se ejecutaron completamente. 6 auxiliares de neonatología, 2 enfermeras jefes, 6 auxiliares de sala de operaciones y 6 auxiliares de labor y parto fueron capacitadas. A través del test fue confirmado el nivel de aprendizaje y se obtuvo un 61% de promedio.¹

Temas de las capacitaciones ejecutadas:

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. Hipotermia | 8. Reanimación cardiopulmonar |
| 2 Sepsis Neonatal | 9 . Hiperbillirrubinemia |
| 3 . Atención inmediata al recién nacido | 10. Uso de saturador de oxigeno |
| 4 . Asfíxia neonatal | 11. Valoración del Apgar |
| 5 . Síndrome de aspiración meconial | 12. Convulsiones neonatales |
| 6 . Líquidos y electrolitos | 13. Prevención de infecciones |
| 7 . Nutrición en el Recién nacido prematuro | 14. Sífilis congénita |

Se detectaron problemas en la sala de neonatología como ser el espacio físico reducido, número limitado de incubadoras, la distribución de sala permite el contacto directo del paciente con el ambiente exterior, falta de insumos: ropa, agua, oxígeno, etc., esto sumado a problemas de actitud de algunas personas en el Hospital Regional San Francisco que visitan la unidad (rehcazo al uso de batas y lavado de manos). Para mejorar estas situaciones, fueron realizadas las actividades de; capacitación en normas de bioseguridad, cultivos de medio ambiente de equipos, implementación del libro de accidentes de trabajo con riesgo de infección (cortadas, pinchazos), y manejo eficiente del recién nacido por el personal auxiliar de neonatología.

En normas de bioseguridad, 4 capacitaciones fueron planificadas y realizadas para cuatro departamentos: sala de neonatología, sala de labor y parto, sala de operaciones y sala de emergencia. Se implementó el libro de accidentes de trabajo que esta sin registros por no tener ningún caso hasta la fecha. Además de ello; la limitación del acceso a la sala de neonatología del personal ajeno a este servicio, desinfección de zapatos, cunas y bacinetes con alcohol isopropílico, promoción de lavado simple de manos para la madre, desinfección de instrumentos médicos, promoción de lavado de mano quirúrgico para los interesados de cirugía y control sanitario diario del equipo, son las actividades realizadas. Para evaluar el impacto de las capacitaciones en el personal, se aplicaron tests sobre conocimientos en norma de bioseguridad a las auxiliares en 2001 (5 auxiliares) y 2004 (6 auxiliares.) Como

¹ En cuanto a la efectividad de capacitación, por trascurso del tiempo desde capacitación de 2001 y 2002, y como la razón de respuesta exacta de 5 capacitadas varió entre el 50% y 81%, era difícil de hacer una evaluación correcta. Debió haber realizado una evaluación preliminar. (informe de la experta a corto plazo, por Dra. Azusa Iwamoto, agosto del 2004, p.2)

resultado obtuvieron una nota de 81% en 2001 y 80.5% en 2004, respectivamente. La experta japonesa de neonatología evalúa este resultado y cita, el número de la muestra poblacional fue pequeña y hubo cambio personal, la sala de neonatología actualmente tiene protocolos determinados para prevención de infecciones y el trabajo se está realizando bajo un mismo entendimiento, aunque todavía falta para llegar a un nivel completo. ²

(3) Atención integral y oportuna del recién nacido en la sala de labor y parto y neonatología. Dado a que no había una comunicación fluida entre los servicios que atienden a los recién nacidos en el Hospital San Francisco. En ocasiones no se le brindaba al recién nacido una atención inmediata y adecuada, contribuyendo con esto al incremento de la mortalidad neonatal en la sala de neonatología. Todo ello evidenció la necesidad de contar con mecanismos que aseguraran la presencia de los pediatras en los partos de riesgo tanto vaginales como en las cesáreas. Por tanto, en esta actividad se realizaron; la visita conjunta de enfermeras jefes del labor y partos y neonatología, asistencia de pediatras a partos de alto riesgo, traslado adecuado del recién nacido a la sala de neonatología, y la creación de la Unidad de Perinatología. Hasta la fecha, la ejecución de la visita conjunta se ha realizado parcialmente debido a que en algunas ocasiones el aumento de usuarias de la sala de neonatología, y la falta personal impide que se desplace un recurso humano a la sala de labor y partos. Sin embargo, se logró la dotación de una extensión telefónica a la sala de neonatología con lo cual se ha mejorado la comunicación³. Desde que se sugirió esta actividad, año con año son cada vez más partos los que han sido atendidos con la participación de los pediatras. La tabla 2-2 muestra el resultado del estudio sobre asistencia de pediatra en 27 casos de partos de alto riesgo fallecidos.

Tabla 2-2 Relaciones de asistencia de pediatra en el parto de alto riesgo (enero a agosto, 2004)

situación de asistencia	no. parto	porcentaje (%)
Asistido	9	33.3
No se reportó	11	40.7
No se consignó	5	18.5
En explosiones	2	7.4
Total	27	100

Fuente: Documento de la sala de neonatología

En cuanto al traslado del recién nacido desde las salas de labor y partos y operaciones, se carecía de coordinación y la forma de traslado era inadecuada. En la actualidad dado al equipo donado (incubadora para transporte), los traslados de los pacientes delicados al servicio de neonatología se hacen en condiciones óptimas, como resultado de las actividades del Proyecto. Se creó en el año 2003 la una unidad de perinatología, en la

² Informe de la experta a corto plazo, Dra. Azusa Iwamoto, agosto, 2004 年, p.2

³ En octubre del 2003, hubo cambio en el criterio de admisión, que incluye pacientes con una condición leve no severa lo cual causa un incremento del número de usuario drásticamente.

actualidad aún no se ha logrado su funcionamiento satisfactorio. Hasta la fecha, se logró elaborar los criterios para cesáreas electivas y reafirmar el compromiso de los pediatras para asistir a los partos de riesgo. Pero aun no se logra la cobertura de fines de semana y días feriados

(5) Análisis de casos fallecidos

En el Hospital Regional San Francisco, antes de iniciar el Proyecto, no se realizaba revisión de los casos de fallecimientos en neonatos. A través de actividades del Proyecto, se ha iniciado el análisis de los casos de fallecimiento de recién nacidos en la sala de neonatología. En primeros dos años del Proyecto la actividad fue realizada contando con apoyo de expertos japoneses, y en los años siguientes por el cuerpo de Pediatras del Hospital regional San Francisco. La actividad fue planificada para realizarse mensualmente pero la ejecución real fue cada tres meses hasta el 2001 y sólo 1 vez desde el 2003. Los resultados se han socializado en la reunión de estudio en el HRSF y en la sesión clínica en la sede de la Secretaría de Salud.

2. Logro del Resultado

El logro del Resultado será medido a través de dos indicadores; (1) Mortalidad neonatal en la sala de neonatología en el Hospital Regional San Francisco y (2) Mortalidad neonatal general en el Hospital Regional San Francisco.

Tabla 2 Evolución de mortalidad neonatal en el HRSF (1000 nacidos vivos)

	2001	2002	2003	2004*
Mortalidad neonatal en HRSF	10.5	10.8	11.4	10.2
Mortalidad neonatal de la sala de neonatología	10.5	10.2	10.1	10.3
Fatalidad de neonatología	10.8	8.0	5.2	4.0

Tabla 2-4 Evolución del número de neonatos fallecidos en la sala de neonatología

tiempo después de nacimiento	2000	2001	2002	2003	2004*
48 horas o menos	15	19	19	29	25
mayor de 48 horas (dentro de 6 días)	14	8	17	9	5
mayor de 48 horas (después de 7 días)	5	8	6	1	2
Total	34	35	42	39	32

* hasta agosto

Fuente: Estadística y sala de neonatología del HRSF

En cuanto a la mortalidad neonatal por 1000 nacimientos vivos, se ha observado poca evolución tanto en el Hospital Regional San Francisco como en la sala de neonatología. Al desglosar estos casos de fallecimiento en recién nacidos de la sala de neonatología en dos grupos, conforme al tiempo desde nacimiento hasta su fallecimiento; 48 horas o menor y mayor de 48 horas, en el año 2000, y según análisis de casos con datos, 19 en 34 casos (55.9%) eran mayor de 48 horas. Mientras relaciones entre los años 2003 y 2004, se observó una reducción a 10 en 39 casos (25.6%) y 7 en 32 casos (21.9%), respectivamente. Los componentes del Resultado 2 se han enfocado principalmente en nutrición, administración de líquidos y electrolitos, y prevención de infección. El efecto de tales actividades no se puede apreciar en el paciente crítico que fallece dentro de 48 horas de nacimiento sino más esperado para reducir fallecimiento neonatal que aparezca después de 48 horas de nacimiento. En este sentido, el fallecimiento neonatal en los mayores de 48 horas de nacidos puede ser un indicador de alta sensibilidad para reflejar el efecto de las actividades del Proyecto.

La fatalidad neonatal en la sala de neonatología no se puede utilizar para el indicador del Resultado pero podrá ser utilizado como un indicador para medir el resultado de las actividades. Entre la mortalidad neonatal general y la mortalidad neonatal en la sala de neonatología existe una diferencia de denominadores. La Mortalidad neonatal representa el número de fallecimientos por 1000 nacimiento vivos mientras que el denominador de mortalidad en la sala de neonatología es el número de pacientes internados en la sala de neonatología. Este indicador presenta una tendencia constante de disminución apartir del año 2001 (Tabla 2-3). Numero de fallecimientos neonatales anual se ha mantenido alrededor de 45 casos sin variación significativa. Por otra parte el número de paciente total de internación, que es el denominador de mortalidad en la sala de neonatología, mostró un aumento más de doble, y como consecuencia se disminuyó la mortalidad en la sala de neonatología.⁴

⁴ Informe de la Experta a corto plazo, Dra. Azusa Iwamoto, agosto, 2004, p.2

Resultado 3 Identificar algunos riesgos oportunamente durante el embarazo, parto y puerperio en CESAR, CESAMO, CMI y HRSF.

1. Situación de Actividades

El fondo y objetivo de Cuidados Maternos es muy claro y simple, citamos un informe de la Lic.Fumiko Kudo;

“Los resultados de la Encuesta para las mujeres en las comunidades nos indican que el 70% de las mujeres no tienen conocimiento sobre riesgos durante el embarazo, parto y puerperio, y 63% de las mujeres tenían su parto en casa.

Cuando pensamos en una situación como el difícil acceso a una institución para la atención del parto, consideramos que es más importante detectar oportunamente los riesgos durante el embarazo para ser referida y que su parto sea atendido a nivel hospitalario.

El 80% de las mujeres reciben atención (controles) durante el embarazo, Es por eso que en este momento podemos detectar algunos riesgos, y referir oportunamente a los hospitales. Además tenemos que trabajar en la importancia del control puerperal.

Técnicamente en la identificación y mejoramiento en la educación y promoción (IEC), podemos hacer un buen trabajo con integración, coordinación y cooperación.”

Con esta base y objetivos planificamos las siguientes actividades en cuidados maternos:

- (1) Capacitación al personal de Enfermería.
- (2) Seguimiento y monitoria de la capacitación.
- (3) Coordinación con parteras tradicionales

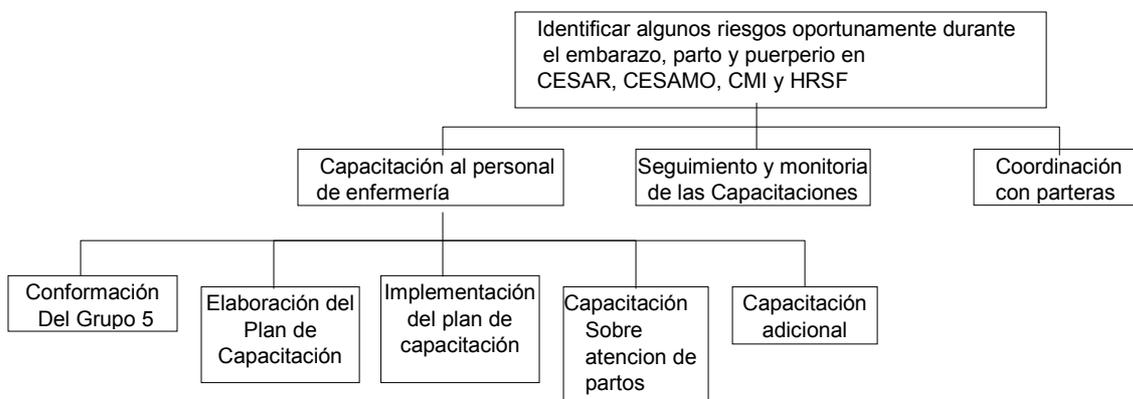


Figura 3-1 Sistema de proceso del Resultado 3

(1) Capacitación al personal de Enfermería

El 29 de enero del 2001 se conformó el grupo 5 para desarrollar las actividades en los siguientes componentes:

- Cuidados Maternos
- IEC
- Nutrición
- Consejería
- VIH/ SIDA

Se identificaron por cargos las personas que trabajarían en cada componente, y se definió el coordinador del grupo.

El concepto del grupo CINCO es la **C**ooperación, **I**ntegración y **C**oordinación (CINCO) entre las áreas que están comprendidas arriba mencionadas..

Figura 3-2 Miembros que integraron el Grupo CINCO

Componente	C/P	Nuevo Miembros involucrados	13
Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> Enfermera regional Técnica Materno Infantil Jefe de Enfermera consulta externa HRSF 	<ul style="list-style-type: none"> Supervisoras Area y Sector (Cada una) Directora de Enfermera HRSF Enfermera en US(3) 	
IEC	<ul style="list-style-type: none"> Educadores(2) 	<ul style="list-style-type: none"> Nutricionista Promotor por VIH/SIDA Promotor de Área Coordinador de Promotor 	
Consejería	<ul style="list-style-type: none"> Psicóloga (1) 	<ul style="list-style-type: none"> Psicóloga de HRSF Medico por consejería Trabajadora de Social 	

Fuente: informe de Fumiko Kudo (Experta a largo Plazo)

Para saber cual es la situación en el departamento de Olancho el grupo CINCO decidió realizar encuestas a nivel comunitario para conocer la situación en salud Reproductiva. Esta encuesta se llevó a cabo del 19 al 29 de Marzo del año 2001.

Después de esta encuesta el grupo cinco identificó que actividades y temas seria necesario fortalecer al personal institucional.

En la mayoría de las US al brindar atención de Control Prenatal, Parto y Puerperio el personal de enfermería no identificaba, ni informaba los Riesgos oportunamente, no existía un sistema de registro de las actividades de Salud Reproductiva a nivel local, la Supervisión no era especifica ni capacitante, y a los procesos de capacitación no se les daba seguimiento.

Se desconocía el grado de conocimiento del personal de enfermería y de la población en general en la identificación de riesgos, por lo que se llevo a cabo una encuesta dirigida al personal de enfermería para valorar el grado de conocimiento en las proveedoras de servicios, la muestra fue: 37 Auxiliares de Enfermería, 7 Profesionales de Enfermería, se analizaron los datos, ver encuesta Nov. 2000

Conocimientos incorrectos sobre factores de riesgo durante el embarazo

90% de las enfermeras entrevistadas respondieron incorrectamente sobre multiparidad, anemia, presión arterial, sufrimiento fetal, hemorragia, proteínas en orina, infecciones y posición fetal. Observaciones de historias clínicas y parto-grama están incompletas.

Se socializaron estos resultados que sirvieron de base para elaborar una segunda encuesta dirigida a la población en 11 municipios (34 comunidades) la muestra total fue de 255 encuestas.

Elaboración del plan de Capacitación de Cuidados Maternos

Después de obtener los resultados de la investigación, basados en esta evidencia se formuló un plan de capacitación dirigido al personal de enfermería sobre cuidados maternos e IEC, y se capacitó específicamente sobre atención del parto al personal profesional de Enfermería de las CMI y Hospital, en esta actividad se elaboró una guía

para la observación del proceso de trabajo de parto la cual nos permite evaluar la calidad de la atención del parto.

Después de analizar los resultados de las encuestas en las comunidades se escogieron 17 temas para ser fortalecidos dentro de esta capacitación. De acuerdo a ambas encuestas, se diseñó el plan de capacitación, definiendo la logística, N° de participantes, facilitadoras (es), selección de los contenidos a desarrollar, y la metodología de capacitación.

El proceso de capacitación se basó en las normas de atención vigentes de la Secretaría de Salud.

La metodología fue participativa, grupal problematizadora, aprender haciendo, socio dramas, practicas manuales, murales, dinámicas y demostraciones.

Los facilitadores fueron seleccionados de acuerdo a la temática y experiencia para el desarrollo de cada contenido.

En el desarrollo de las actividades siempre se contó con la presencia y asesoría técnica de los Expertos Japoneses, y la intervención en el desarrollo de temas participaron los integrantes de los componentes del grupo cinco.

Se definieron las fechas de la capacitación y se notifico a las cuatro Áreas de Salud, CMI y hospital Regional, para seleccionar el personal a capacitar y apoyar el proceso de capacitación.

Se contó con la logística necesaria como ser: Local, Financiamiento, alojamiento, alimentación, transporte, materiales Data Show, Retro-proyector, equipo de sonido, por parte de PROSARE 7.

Se Integró un equipo de trabajo para la conducción del proceso de capacitación.

El equipo se conformo tomando en cuenta recursos de las disciplinas pertinentes a la capacitación, y los resultados fueron exitosos debido a la motivación del equipo.

Ejecución del plan de capacitación

Se desarrollaron cuatro talleres en la Ciudad de Juticalpa con una duración de 5 días cada taller en los meses de Febrero – Marzo del 2002, y el último fué para las supervisoras. Ya que hubo la necesidad de capacitar todas las supervisoras para realizar la supervisión del personal bajo su cargo, por lo que se programó y realizó otro taller en el municipio de Santa Maria del Real en el mes de Mayo del mismo año. Pero no se logró capacitar al 100% del personal de Enfermería.

REALIZADO

	Fecha de Ejecución	Meta	Profesionales	Enfermera Auxiliares	Total
Grupo 1	25 de Feb. a 1 de Marzo	1 P/E + 43 E/A	1	44	45
Grupo 2	4 a 8 de Marzo	1 P/E + 45 E/A	1	44	45
Grupo 3	11 a 15 de Marzo	1 P/E + 42 E/A	1	43	44
Grupo 4	18 a 22 de Marzo	1 P/E + 43 E/A	1	46	47
Grupo 5	20 a 22 de Mayo	21P/E	19	0	19
Total		25+173	23	177	200

Figura 3-3 El personal de Enfermería capacitadas

Después de haber realizado un análisis de los recursos capacitados y la importancia de esta capacitación, se ejecutó una segunda etapa en el año 2004.

Del 2002 al 2004 se capacitaron 29 enfermeras profesionales (93.5% de la meta programada) 231 auxiliares de enfermería (99.5% de la meta programada).

Capacitación a personal de CMI y Hospital en técnicas de atención de partos

Se identificó la necesidad de capacitar a 7 profesionales de enfermería de las CMI y Hospital en la atención de partos para que con el apoyo de una guía de observación de partos el personal pudiera medir el grado de calidad en la atención y por ende mejorar esta actividad. (En Febrero, 2002)

Surgieron otras necesidades de capacitación no programadas

Después de analizar el perfil que las Auxiliares de Enfermería desarrollan en las cinco CMI se capacitó el personal que no habían sido capacitadas en los talleres anteriores para que puedan oportunamente referir a las usuarias que ameritan cuidados especializados en una US de mayor complejidad.

En las cinco CMI se capacitaron en servicio en Cuidados Maternos, IEC y Atención de Partos a 34 auxiliares de enfermería, en el seguimiento se ha observado el cambio en la calidad de atención que están brindando.

Otra necesidad identificada fue la de capacitar el personal de la sala de emergencia del Hospital Regional San Francisco en la atención de partos ya que en dicha unidad se atienden las usuarias que llegan en periodo expulsivo y con esta capacitación se está dando la respuesta de atención de partos en ese servicio, se capacitó un total de 22 auxiliares de enfermería de 30 que se habían programado y se obtuvo el 73.3%.

Se preparó una presentación sobre la investigación de cuidados maternos para ser presentada en dos jornadas científicas una patrocinada por el CCIE dirigida a las Profesionales de Enfermería y la otra por la UNAH.

Las presentaciones se realizaron y fueron dirigidas a Profesionales de Enfermería, Médicos, Estudiantes de Enfermería y de Medicina el Año 2003.

(2)Seguimiento y monitoria al personal de enfermería en la detección de Riesgos.

Elaboración de formularios para el Registro de la Información

Diseño del Plan de Seguimiento y Supervisión

Giras de Supervisión

Reuniones con las Coordinadoras

Monitoria y Supervisión al Personal de Enfermería en la Detección de Riesgos

Elaboración de Formularios para el registro de la información.

Se elaboraron tres formularios para el registro de la información, que actualmente están informando un 80~90 % de las US de Región.

Elaboración de la Guía para el Seguimiento de la capacitación sobre Cuidados Maternos, tomándose en cuenta variables importantes que permiten medir la calidad de atención.

Se están realizando giras de Seguimiento por las contrapartes de Nivel Regional y contraparte Japonés en HRSF, CMI, CESAMOS y CESARES.

Inicialmente se identificaron cuatro Enfermeras Profesionales para coordinar el Seguimiento de la Capacitación, pero se observó que el número era insuficiente para dar la respuesta esperada por lo que se tomó la decisión de Capacitar al 100% de Profesionales de la Región a las cuales se les entregó la Guía de Seguimiento para ser aplicada en las supervisiones.

Se realizaron reuniones en la sede regional con todas las enfermeras profesionales para ordenar el trabajo a realizar en el componente de Seguimiento y supervisión.

(3) Coordinación con las Parteras

- * Elaboración de guía de observación a las parteras en las reuniones mensuales.
- * Aplicación de la guía de observación.
- * Actualización del censo de parteras
- * Elaboración de Guía para la atención de las PTC en las reuniones mensuales con énfasis en la identificación de riesgos.
- * Análisis de Giras de Seguimiento.

Se elaboró la Guía de Observación a las Parteras para ser aplicadas en las reuniones mensuales, aprovechando espacios para conocer acerca de las actividades que realizan, el desarrollo de las reuniones y la atención que la Auxiliar de Enfermería proporciona a la PTC.

Al aplicar la Guía se observó que no había una atención específica a la PTC, en el seguimiento del perfil de este recurso comunitario sino que se trataba en común con todos los agentes comunitarios y se pudo observar poca importancia a la PTC como recurso clave para la identificación oportuna de riesgos en las mujeres en edad reproductiva. Esta guía se aplicó en US.

El censo de parteras sirvió de base para conocer el número de PTC por US, Municipio, Área y Región, también permitió conocer entre que edades se encuentra el mayor número de PTC, el grado de escolaridad el sexo que predomina entre las PTC, tiempo de experiencia, promedio de partos atendidos y desde cuando no recibe capacitación.

Después de analizadas todas estas variables se elabora la guía de atención de las PTC la cual nos permite la estandarización de las reuniones mensuales en todas la US de la región.

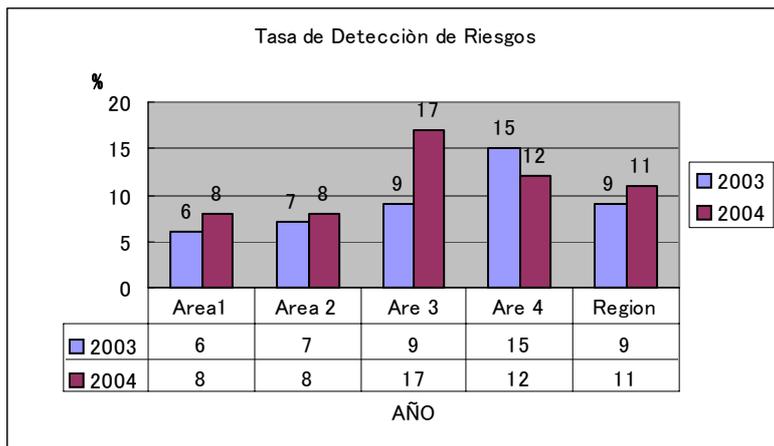
Se programó y desarrolló una reunión de trabajo para analizar los resultados de las giras de seguimiento y poder reorientar los futuros seguimientos en las US visitadas por Nivel Regional y Experta Japonés.

2. Grado de alcance de Resultado

Se determinó el criterio de la meta para medir el grado de alcance del Resultado como “el porcentaje de la detección de riesgo (anemia, hemorragia, preclampsia, etc.) por la atención prenatal que está en un rango de 20% a 25% sobre la base de número total de embarazadas”. La determinación del indicador fue a través de discusión durante un período alrededor de la fecha de la evaluación intermedia hasta el presente.

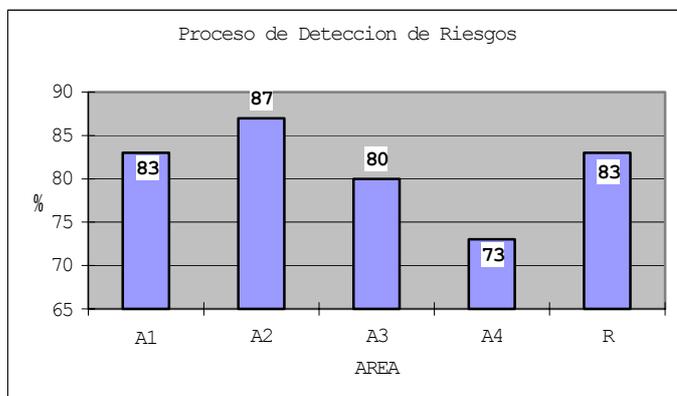
Nota: el porcentaje se basa en una opinión admitida la cual es “el 20% de embarazadas tiene algún riesgo mundialmente”.

Resultado:



Aun esta muy lejos el porcentaje de detección de riesgos sobre el número total de embarazos ante la meta de indicador (estándar). No se ha podido recolectar los datos puesto que hubo dos huelgas en el 2004, por lo que se puede esperar una elevación del porcentaje recuperando los datos que faltan. En el nivel regional, se observó el 2% de mejoramiento. Con base en los datos completos de las Unidades de Salud (en las cuales incluyen Clínica Materno Infantil) del año 2003 y del 2004, las cuales presentan alrededor de 70% de totalidad, el porcentaje de la detección de riesgos está cerca del estándar, o está en el estándar. Por lo tanto, se supone que el personal relacionado está dando sus esfuerzos para la detección de los mismos.

Por otra parte, según los datos de supervisión, 83% de las auxiliares de enfermería están usando las técnicas y conocimientos aprendidos de las capacitaciones en la atención prenatal o en pre-clínica. Se considera que éste es un fruto de las actividades del proyecto. Nota: datos de detección de riesgo por las auxiliares de enfermería y el diagnóstico por los médicos no siempre coinciden, por lo tanto, se observa la diferencia en los datos de las Unidades de Salud comparado con los de las auxiliares de enfermería.



Resultado 4 Garantizar la dotación de medicamentos esenciales para la atención oportuna de pacientes

1. Situación actual de la ejecución de las actividades

Para lograr el objetivo del Resultado 4, “garantizar medicamentos esenciales en US”, fueron establecidas las cuatro actividades siguientes:(1) Establecer un sistema oportuno de distribución de medicamentos, (2) Monitoria de actividades y resultados, (3) Capacitación en las formas de uso y almacenamiento de los medicamentos al personal de las US y (4) Promoción del uso apropiado de medicamentos. (Véase la Figura 4-1)

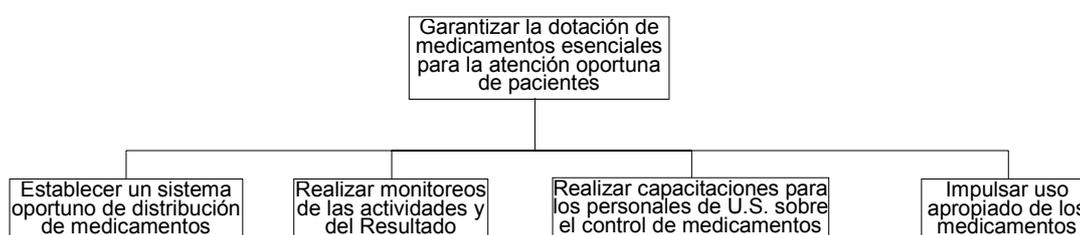


Figura 4-1 Diagrama de las actividades del Resultado 4

(1) Establecimiento de un sistema continuo y oportuno de distribución de medicamentos.

Esta actividad tiene 5 sub-actividades que son: “establecer el sistema de comunicación entre el almacén local y US”, “establecer un sistema informático eficiente para el suministro de medicamentos”. “establecer un proceso de empaque rápido.”, “mejorar la eficiencia del transporte de medicamentos.” y “suministrar medicamentos según planificación.”

El retraso en la entrega del S06 por parte de las US al almacén de la Región, el llenado incorrecto del formulario S06 y la escasa comunicación entre ambas partes han sido factores principales para el establecimiento del sistema de suministro de medicamentos. Para solucionar tales situaciones, se introdujo sistema de radiocomunicación (31 USs) y el motorista del camión al momento de llevar el medicamento también recogía el S06. Sin embargo actualmente la radiocomunicación no se está utilizando para tal motivo. La entrega oportuna del S06 se recuperó una vez en el 2002, pero después sufrió otro decaimiento. Sin embargo, con el esfuerzo de las supervisoras de cada Área de Salud, la situación se ha recuperado de nuevo. (Tabla 4-1)

Tabla 4-1 Porcentaje de USs que presentaron S06 en el periodo determinado.

año	2001	2002	2003	2004		
Trimestre	I	I	I	I	II	III
Área 1	43%	77%	N.A	53%	46%	93%
Área2	89%	97%	100%	84%	85%	100%
Área3	0%	77%	80%	74%	41%	96%
Área4	73%	96%	N.A	77%	73%	96%
Promedio	51%	85%	95%	69%	61%	96%

No hubo datos del Área 1 y Área 2 en el 1r. Trimestre del 2003.

En cuanto al sistema de información eficiente, fue mejorado el control en el registro de entradas, salidas y existencia del almacén con la implementación del programa de computación (Basado en Access). Sin embargo, en la Oficina Regional, actualmente no se cuenta con personal que tenga suficiente conocimiento para hacer cambios o añadir los artículos en el programa basado en Access y la actividad quedaría inconclusa.

El Proceso de empaque se ha mejorado con la elaboración y ejecución de un plan semanal. El aseguramiento del espacio para el empaquetamiento ordenando dentro del almacén y la donación de equipos necesarios son factores para el mejoramiento. La factibilidad de ejecución de tales actividades depende mucho del número de personal, se requieren por lo menos 5 personas en este caso. Uno de los factores para el decaimiento en la distribución de medicamentos que tuvo lugar en el 2003 fue la reducción del número de personal. Caso contrario, se observó en el 2004 con la contratación de más personal. El proceso de empaque esta establecido. El aseguramiento continuo del personal de empaque será un tema clave para la sostenibilidad.

Para mejorar la eficiencia en la distribución de medicamentos, se determinaron 25 rutas de distribución para cubrir 150 US. 1 ruta cubre de 5 a 7 Unidades de Salud. Los dos camiones donados por este proyecto salen en la mañana para realizar la entrega de

medicamentos y regresan por la tarde.

En cuanto a la planificación de distribución de medicamentos, se han empleado planes semestrales y semanales.

(2) Monitoria de actividades y resultados

Las actividades fueron ejecutadas y monitoreadas utilizando 9 indicadores previamente establecidos. La monitoria de las actividades programadas se llevo a cabo 2 veces en el año, elaborando el respectivo informe. Esto significa, que el establecimiento del programa de actividades y su monitoria han sido logrados. Sin embargo, no se le había dado importancia al resultado de la monitoria y al indicador, por eso cuando ocurrió un estancamiento en el sistema de distribución en el 2003, no se tomaron las medidas necesarias. La monitoria tiene como objetivo revisar el progreso de las actividades y si esta detecta un mal funcionamiento de lo programado, se deben tomar las medidas inmediatas. Hasta este momento no se había entendido bien cual era el verdadero propósito de la monitoria. La experta enviada en el mes de Febrero del 2004 enfatizó la importancia de la monitoria. En ese mismo momento los indicadores fueron revisados y su número se redujo de 9 a 6. También en ese momento decidieron informar mensual y trimestralmente a la oficina regional y al proyecto, elaborando un formato de informe. Se puede decir que se esta realizando una monitoria efectiva cuando se puede compartir información con las personas claves de la región, así mismo cuando se puede hacer una predicción de los pedidos especiales para atender las emergencias. En la actualidad la base de este sistema de monitoria ya esta establecida.

(3) Capacitación en formas del uso y almacenamiento de los medicamentos al personal de las US.

En los países en vía de desarrollo, el personal que maneja los medicamentos en las US y los entrega a los pacientes según la prescripción médica no suelen recibir la capacitación sobre fármacos ni tienen una base académica médica. La Región No.7 de Honduras no es la excepción. El encargado de los medicamentos en las US, por lo general no es personal de la secretaria de salud, sino personal que es contratado por el Comité de Salud de la US, la rotación de personal es otro fenómeno que ocurre con frecuencia. Aquí surge la necesidad de capacitaciones periódicas en: Control de medicamentos en US (incluye control de almacenamiento y formulario S06), advertencias para entrega de medicamentos según prescripción médica e instrucciones básicas a los pacientes sobre la toma de medicamentos. En el 2001 se distribuyeron notas escritas para el llenado el formulario S06 y en el 2003 se realizó una capacitación sobre el formulario S06. Pero no se ha realizado

otro tipo de capacitación sobre el control de medicamentos, tampoco se elaboró el manual de capacitación. Actualmente, se da una orientación personal sobre el formulario S06 al entregar los medicamentos.

(4) Promocionar el uso oportuno de medicamentos

El uso oportuno de medicamentos es una actividad de suma importancia junto con el establecimiento de un sistema oportuno de distribución de medicamentos. Aun cuando el monto de suministro de medicamento es oportuno, el uso inoportuno en US (sobredosis o mal-prescripción) puede generar agotamiento de la existencia. Por otra parte el uso inoportuno y abuso de antibióticos pueden provocar brotes de bacterias resistentes. La tendencia del brote de bacteria resistente contra antibiótico ya se había mencionado por un investigador japonés. Para promocionar el uso oportuno de medicamentos en los USs, el personal ideal para esta actividad sería quien indica los medicamentos, es decir, el médico y enfermera profesional. Para las actividades del establecimiento de un sistema oportuno de distribución de medicamentos, la contraparte sería el personal del almacén. Pero, para ejecutar actividades sobre el uso oportuno de medicamentos, es recomendable establecer el Comité Terapéutico, cuyos miembros serían; médico, farmacéutico y epidemiólogo, y a través del cual desarrollará las actividades de contrapartidas para lograr resultados esperados. El Comité fue establecido en el 2001 pero no hemos observado actividades en la práctica. La ejecución de la actividad fue planificada para realizarse después de la mitad del periodo del Proyecto porque donde no hay medicamentos no se puede promocionar su uso oportuno. En el 2003, se realizó una investigación sobre la situación en la prescripción de medicamentos, y se había planificado el envío de experto a corto plazo para trabajar en esta área, pero el descenso en el suministro de medicamentos obligó a cambiar el área para el restablecimiento del sistema de suministro de medicamentos. Por ello se debió desistir en el desarrollo de esta actividad durante el periodo del Proyecto.

2. Logro del Resultado

El nivel de logro del resultado 4 “Suministro oportuno de medicamentos” será medido por el alcance de los siguientes dos indicadores:

- Porcentaje de US con existencia de medicamentos esenciales sea del 60% o más.
- Porcentaje de US que recibe medicamentos dentro de 90 días y 145 días serán del 40% o más y del 100% o más, respectivamente.

El porcentaje de US con existencia de medicamentos esenciales será monitoreado por número de existencia de medicamentos designados. En vez de 15 medicamentos

esenciales determinados al inicio del Proyecto, se seleccionaron 10 medicamentos trazadores. La situación de existencias del 1r. Semestre de los años 2001, 2002, 2003 y 2004 fue confirmado a base del formulario S06, El 1r. Semestre (existencias del fin de abril) fue seleccionado por ser la peor época de existencias en cada año. En los años 2001 y 2002, 1 de los 10 medicamentos designados no fue distribuido.

Tabla 4-2 Número de US con medicamentos agotados

medicamento agotado	Número de US con medicamentos agotados			
	año 2001	año 2002	año 2003	año 2004
no hubo agotamiento	5	28	5	38
1-3 tipos	59	62	66	88
4-5 tipos	30	14	28	1
5-10 tipos	17	8	17	3
Total	111	112	116	130

El porcentaje de US sin ningún agotamiento de los 10 medicamentos trazadores fue; en el 2001 4.5%, 2002 25%, 2003 5.0% y 2004 29.2%, respectivamente. Por otra parte, se ha mostrado una tendencia de disminución en el porcentaje de las US que tuvieron agotamientos de 4 o más tipos de medicamentos como ser; 42.3 %→21.1%→38.8%→31%. Todavía no se ha logrado la meta de “60% o más de US con existencia de medicamentos esenciales.” La escasez del monto de suministro o el uso inadecuado podrían ser la causa. Si este último es la causa, el logro de meta será difícil de alcanzar porque la intervención a la promoción del uso adecuado de medicamentos por parte del Proyecto no es factible en actualidad.

En cuanto al segundo indicador que determina el porcentaje de US que recibió los medicamentos dentro de 90 días o dentro de 145 días desde la última distribución. En el mes de mayo del 2004 fue agregado el porcentaje concreto de 40% ó más para dentro de 90 días y 100% para dentro de 145 días. Fue confirmado el logro de valor de meta para el 2º. Trimestre del 2004, 76%(108/142) de US que recibieron medicamentos “dentro de 90 días desde la distribución anterior”, y 84.5% (120/142) de US lo recibieron dentro de 145 días. Sin embargo este valor meta experimentó una mejora significativa en 2do. y 3r. Semestre del 2002 y después una caída drástica al 10% o menos en ambos términos.

Todavía se requiere una observación cautelosa.

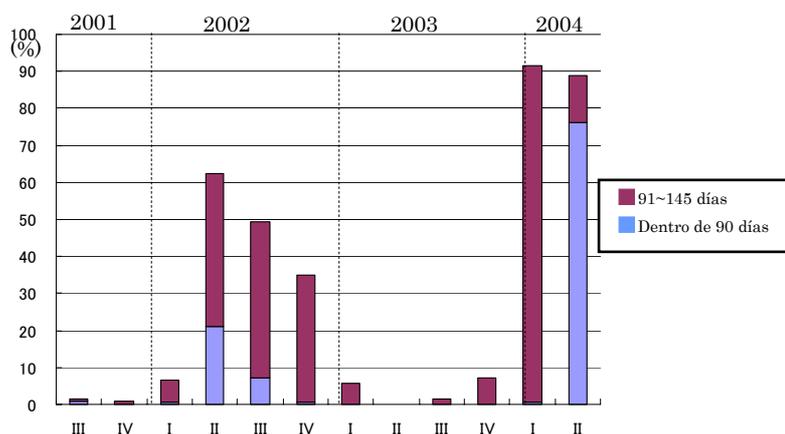


Figura 4-2 Proporción de US que recibieron medicamentos dentro de 90 días o 145 días desde la última entrega

Fuente: Informe de experta a corto plazo, Licda. Fujita

Tabla 4-3 Número de US que recibieron medicamentos dentro de 90 días o 145 días desde la última entrega.

Trimestre	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II
número de US con próxima entrega dentro de 90 días	1	0	1	29	10	1	0	0	0	0	1	108
número de US con próxima entrega entre 91 días a 145 días	1	1	8	57	59	48	8	0	2	10	129	18
número de US sin entrega	110	98	40	21	60	71	66	123	68	48	2	3
Otros (tardó más de 145 días desde la última entrega, nueva incorporación al sistema de entrega)	18	31	88	31	11	20	67	18	71	83	10	13
número total de institución de objeto	130	130	137	138	140	140	141	141	141	141	142	142

Fuente de Información: Informe de Experta a Corto Plazo, septiembre de 2004

Resultado 5 Garantizar el acceso con calidad en la red de Laboratorios de la Región de Salud No.7

1. Situación actual de la ejecución de las actividades

Para el Resultado 5, se han ejecutado dos actividades principales, es decir, el Fortalecimiento de la Red de Laboratorio y la Mejoría de la calidad del resultado en todos los laboratorios de la Red. El siguiente esquema muestra las actividades principales y su detalle (Véase la figura 5-1)

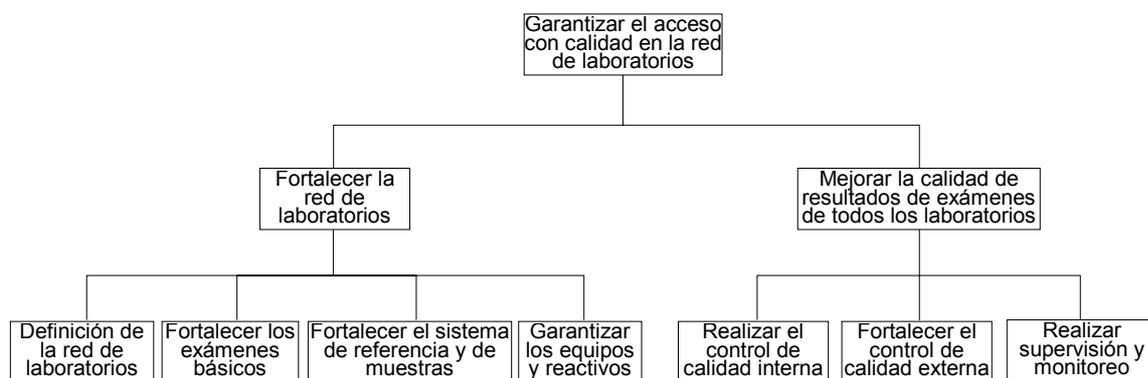


Figura 5-1 Diagrama de las actividades del Resultado 5

Al inicio del Proyecto, el Laboratorio de la oficina regional tenía debilidades para cumplir su función de ser el laboratorio de referencia, afectando grandemente al resto de laboratorios de CESAMO, CESAR o HSFR. Considerando el rol del CESAMO o CESAR, el laboratorio debe realizar exámenes para las enfermedades infecciosas además del examen clínica general. Sin embargo, actualmente, la mayoría de los exámenes practicados eran para enfermedades infecciosas. En cuanto a los exámenes clínicos generales, eran realizados para un número limitado de análisis en los laboratorios donde realizaban.

(1) Definición de la Red de Laboratorios

Al inicio del Proyecto, los laboratorios no estaban en condiciones para estandarizar exámenes por la falta y deterioro de los equipos, entre otras cosas. No se tenía la capacidad para distribuir suficientes formatos para la solicitud del examen y reporte de resultados, por lo tanto, técnicos de cada laboratorio elaboraron formatos a su manera. Como consecuencia de esto, el diseño del formato no era uniforme.

Para mejorar tales situaciones, se fueron realizando las siguientes actividades.

- Se planificaron dos manuales uno para el nivel de CESAMO y otro para el nivel regional,

que se definen roles y funciones del laboratorio según nivel. Se realizó la socialización de estos manuales con todo el personal de laboratorio.

- Se realizó redefinición del perfil y tipo de exámenes. También se determinaron las necesidades de equipo e insumo para cumplir con esta redefinición. Paralelamente, se diseñaron formatos uniformes de solicitud para reporte de resultados.
- Se realizó la dotación de los equipos. Junto a la dotación, se brindó el adiestramiento al personal técnico sobre el uso y mantenimiento de los equipos.
- Fue formado el grupo CARLA7, que significa Comité de Apoyo a la Red de Laboratorio en la Región de Salud No.7.

(2) Fortalecimiento de exámenes básicos de laboratorio

La disponibilidad y calidad del agua es un elemento básico para asegurar la calidad de exámenes de laboratorio. Sin embargo, como se ve en el informe del experto, la situación real no era favorable. Aun cuando había lugares donde se disponía de agua la calidad de la misma no servía para el propósito, en lugares donde no se contaba con agua en la llave, se lavaban los instrumentos con agua de río, Este era un factor limitante para aumentar el número de exámenes en el nivel CESAMO. Para mejorar situación de la calidad del agua el Proyecto instaló un destilador de agua en cada CESAMO.

El suministro de reactivos no era en forma continua y regular. Los trámites administrativos eran bastante engorrosos y falta de reactivos por limitación de presupuestaria. Realizar gestiones oportunas a la administración estuvo contemplado dentro de las actividades del proyecto, una vez que la red estuviera fortalecida para no tener carencias en los reactivos. Para solucionar la limitación presupuestaria, el concepto fue el de “hacer lo que pudiéramos con lo que tenemos a mano” y para esto, fueron transferidas técnicas necesarias por expertos japoneses. Actualmente, los reactivos para exámenes de proteína urinaria y hemoglobina en sangre se elaboran en el Laboratorio de la Oficina Regional por método del ácido sulfato salicylates y del Drabkin para distribuir a otros laboratorios.

(3) Fortalecimiento del sistema de referencia

Según la norma, el rol de laboratorio del nivel regional es; recibir, analizar ó canalizar a otro laboratorio de mayor complejidad las muestras referidas por la Red. Pero en la práctica muchas muestras eran llevadas directamente al laboratorio central o al Hospital San Francisco sin pasar por el laboratorio Regional. Estas deficiencias en el funcionamiento del sistema de referencia, generaba problemas como pérdidas de muestra, protocolos incompletos, carencia de registros tanto de envío como de recepción, entre otros. Y algunas

muestras del nivel de municipalidad y tomadas por colaboradores voluntarios y auxiliares de enfermería llegaban al laboratorio en forma tardía. El tiempo que tarda entre lugar del muestreo y laboratorio es un factor que tiene una gran influencia en la calidad del resultado del examen. Para mejorar este procedimiento, los formatos de referencia para envío de muestras fueron diseñados y se implementaron libros de registro de recepción de las mismas. Y se capacitó a todo el personal institucional involucrado en los diferentes niveles en lo que respecta a toma, preparación y transporte de muestras.

(4) Aseguramiento de equipo y reactivos para la Red de los laboratorios

El poco presupuesto asignado y la entrega desordenada de insumos, provocaba escasez de reactivos lo que a su vez generaba la falta de exámenes necesarios que deben realizarse a los pacientes. El experto japonés hizo notar la importancia que había en regular las compras y como consecuencia, se logró regular la entrega de reactivos e insumos en forma trimestral. Al mismo tiempo se capacitó a los técnicos del laboratorio, para realizar la programación de reactivos según gasto trimestral.

(5) Realización del control de calidad interno

El control de calidad interno del Hospital San Francisco no se ha realizado desde el inicio del Proyecto. Hubo problemas con el método de exámenes y equipos, se necesitaba de mucho tiempo para realizar exámenes. Debido a la falta de tiempo, no llegaban a realizar control de calidad interno. Por lo tanto, a través del Proyecto, el equipo semiautomático de análisis fue introducido. Uno de los objetivos de la implementación de este equipo fue reducir el tiempo que se utilizaba para realizar los exámenes e invertir el tiempo ahorrado para el control de calidad interno. Sin embargo, como aumentó la eficiencia de exámenes, ocurrió un fenómeno el personal médico aumento la solicitud de exámenes. Con la situación anterior, el laboratorio del Hospital realiza medición del control de precisión una vez al día. Sin embargo, el resultado de estas mediciones se queda sin analizar porque se considera que cumple el control de calidad interno por medición del control. En los laboratorios Regional y de CESAMO no se realiza el control de calidad interno en la práctica.

(6) Fortalecimiento del control de calidad externo

Se reguló el registro de los resultados del control de calidad externo y se inició la retroalimentación a los laboratorios participantes de CESAMO.

(7) Realización de supervisión y monitoria

Antes de 1998, las supervisiones a los laboratorios de CESAMO se realizaban con mayor facilidad. Porque hasta entonces solo funcionaban 5 laboratorios de CESAMO. Después, se abrió un laboratorio en 1999, 3 laboratorios en 2000 para hacer un total de 11 laboratorios de CESAMO. El transporte es un problema para supervisar los CESAMO, actualmente con el apoyo de PROSARE-7 se realizan las supervisiones. Mientras tanto no se realiza suficiente supervisión técnica a los técnicos de laboratorios de la Red, se aprovechan las visitas de los técnicos de los Laboratorios a la Oficina Regional, se realiza Monitoría tomando como base los datos de los exámenes presentados y allí mismo se brinda la orientación necesaria.

2. Logro de los resultados

El logro del resultado 5, Laboratorio Clínico se mide por los 4 indicadores siguientes.

- Poder utilizar 9 tipos de exámenes según norma del control prenatal.
- Número total de exámenes realizados por prueba en los laboratorios de CESAMO aumenta en el 50%.
- El estándar del control de calidad será del 95%.
- Promedio mensual de frecuencia del control de calidad diario será de 3 o más.

“El laboratorio de CESAMO puede realizar las 9 pruebas recomendadas en la norma para mujeres embarazadas.”

Con la introducción por el Proyecto de los exámenes de hemoglobina en sangre, proteína en orina y glucosa en orina, en 9 de 10 Laboratorios de la Red (excepto 1 laboratorio de establecimiento reciente), fue posible ofrecer 9 tipos de exámenes determinado para control prenatal, con la excepción del Laboratorio de Nueva Palestina. Como no hay servicio de electricidad en Nueva Palestina, sólo 6 tipos de examen se están realizando entre exámenes recomendados por el Proyecto

El sistema de exámenes clínicos para embarazadas se ha venido ordenando. La tabla 5-1 presenta el número de exámenes realizados por embarazada. Como los laboratorios de la Red, han venido trabajando, empezando por 2 exámenes por receptora del control prenatal. Esta cifra ha ido en aumento y en 2003 se incrementó hasta 8 exámenes.

Cada Laboratorio de US presenta la tendencia de aumento de exámenes para control prenatal. Sin embargo, la cifra fue calculado del número total del examen a los embarazadas dividido por número de primer control prenatal, es decir, la cifra no presenta el

número de Tipos de examen por embarazada. Aun cuando no aumenta el número de Tipos de examen, si aumenta número de exámenes de seguimiento. No existe un informe donde puede captar claramente el número de tipo del primer examen por embarazada. Sin embargo, según datos de exámenes de embarazadas presentado por la US, cada tipo de examen tienen casi el mismo número de ejecución. Podrá suponer que, a la embarazada se aplica todos los tipos de exámenes al recibir control. Por lo tanto, se considera que, el aumento de número de examen por embarazada contribuye al aumento del número de tipos de exámenes utilizables.

Tabla 5-1 Número de examen realizado en el Laboratorio de US por embarazada

Nombre de la US	año 1999	año 2000	año 2001	año 2002	año 2003	año 2004
Nueva Palestina	0	0.15	4.44	7.83	7.68	7.8
Becerra	0.54	0.71	2.57	4.05	9.17	9.4
Campamento	3.68	5.30	7.56	6.91	8.72	13.0
Concordia	0	1.90	2.50	2.30	8.0	7.4
Guayape	2.43	2.88	6.15	9.02	7.6	8.8
Catacamas	3.45	3.91	5.18	4.64	7.3	4.4
Salamá	2.25	3.86	4.79	5.55	7.8	9.1
La Unión	3.78	2.89	2.40	3.01	8.0	8.3
San Francisco de La Paz	3.85	3.70	5.71	6.40	6.2	5.2
San Esteban	0	0.73	6.14	7.72	9.3	9.8
Promedio nivel regional	1.99	2.66	4.74	5.74	7.9	7.4

Nota: los datos de 2004 son del mes de julio

Número total de exámenes realizados por prueba en los laboratorios de CESAMO aumenta en el 50%.

La tabla 5-2 presenta el número total de exámenes realizados en los Laboratorios de US. Se muestra la tendencia de incremento. La disminución del número de exámenes del año 2001 fue producto de la huelga que duró 1 mes durante la cual se suspendió el trabajo de la US. El aumento del número total de exámenes será por el suministro continuo de reactivos y otros materiales, e introducción de nuevos ítems de examen y equipo de análisis, por reestructuración de la Red de Laboratorios. El indicador establecido fue aumentar el 50% del número total de exámenes. En este sentido, se ha superado el objetivo establecido.

Tabla 5-2 Número total de exámenes realizado en US (de 1999 a 2004)

año 1999	año 2000	año 2001	año 2002	año 2003	año 2004
56,875	70,908	58,245	82,660	106,052	76,133

95% de concordancia de los resultados de laboratorio con los controles estandares.

Tabla 5-3 Criterio del resultado de control de calidad

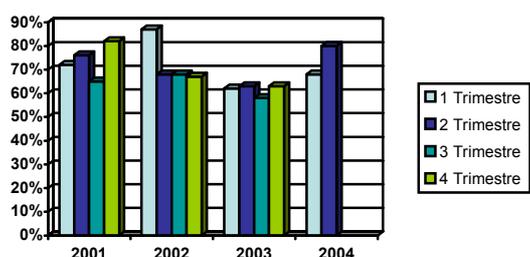
tipo de examen	año 2001	año 2002	año 2003	año 2004
Malaria	97%	98.9%	99.3%	98.2%
Frotis TB	100%	100%	100%	99.5%
RPR	—	100%	100%	99.4%
Leishmaniasis	—	100%	100%	99.4%
Coloración de Gram	—	—	100%	100%
Hb	—	—	—	88.9%

A través de la tabla 5-3, se considera que la calidad del examen en el Laboratorio de US se está manteniendo. Según datos mencionados arriba, se ha confirmado la tasa de coincidencia del resultado de exámenes de; Malaria, Frotis de TB, RPR, Leishmaniasis y Coloración de Gram entre US y el Laboratorio de la Oficina Regional. Este trabajo de confirmación de muestras para examen de enfermedades infecciosas (confirmación de todos los positivos y 10% de negativos) no tiene significado original del control de calidad externo. Sobre el control de calidad externo para el examen de Hb fue iniciado a partir de este año fiscal. Todavía no se puede dar buena evaluación a los datos pero se respetará como un avance para realizar el control de calidad externo. Con todo ello, el control de calidad de exámenes no es suficiente. El indicador no fue logrado todavía.

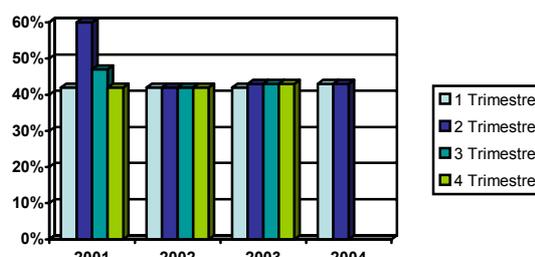
Promedio mensual de frecuencia de control de calidad interno sea 3 o más.

La precisión de exámenes del HRSF no es alta. La situación de ejecución de control de calidad interno sería una causa del problema. Se procuraba realizar control de calidad más con una frecuencia mayor de 3 veces al día. En realidad esto se realiza sólo una vez al día. No se elabora gráfica de control para interpretar el resultado del control.

Tasa de reexamen bioquímico



tasa de reexamen sanguíneo



La gráfica de arriba, datos de repetición de examen por apariencia del valor anormal en el Laboratorio del HRSF, que sirve como un indicador para medir la situación del control de calidad. De hecho, antes, el resultado de examen fue entregado a la parte clínica sin confirmar existencia del valor anormal. Cuando tenga un valor anormal, se debe de repetir el examen en el 100%. Pero la tasa de repetición es todavía baja en análisis bioquímico y de sangre. Al mejorar la ejecución de control de calidad interno, naturalmente la aparición del valor anormal se reducirá y se esperará mejora en la tasa de repetición de examen.

Con todo ello, el Resultado 5, el acceso fue mejorado por el fortalecimiento de la Red de Laboratorios, la cuestión de la precisión de los exámenes todavía sigue sin tener una respuesta favorable.

Resultado 6 “Brindar educación sobre detección de riesgo en salud reproductiva por el personal de salud”

1. Situación de Actividades

En el resultado 6 se realizaron tres actividades, “**Elaboración de plan IEC en salud reproductiva en la Región Sanitaria No 7**”, “**Fortalecimiento de la educación Pre y Postnatal y Planificación Familiar**”, “**Proveer a la comunidad información sobre Salud Reproductiva**”

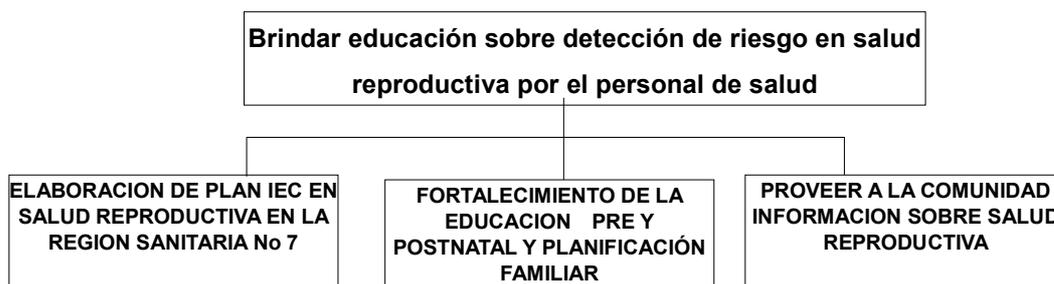


Grafico 6-1 Flujograma de actividades

(1) Elaboración de Plan IEC en Salud Reproductiva en la Región Sanitaria No 7

En esta actividad nos propusimos organizar un grupo nuclear que permitiera unificar esfuerzos con otros técnicos con responsabilidades en educación de recursos humanos relacionados con la salud de la mujer. Es así que consideramos la conformación de este grupo con la participación de diferentes niveles (Región, Área, Hospital y Local/Municipio). A este grupo se le llamo Grupo Cinco, el mismo era integrado por 17 personas (Médicos, Supervisoras de enfermería, Psicólogas, TSA, Educadores y Auxiliares de Enfermería) seleccionadas y voluntariamente comprometidas con los objetivos planteados. Con ellos se desarrollaron varias jornadas de inducción y se definieron los perfiles de responsabilidad por cada componente, su funcionalidad radica en el compromiso de sus integrantes y la voluntad política del director regional, quien convoca a las reuniones de trabajo a propuesta del coordinador con el propósito de darle sostenibilidad a las acciones realizadas. Se ha iniciado un proceso de revisión de las actividades más importantes para construir participativamente su seguimiento tanto en el nivel región, área y municipio.

(2) Fortalecimiento de la educación Pre y Postnatal y Planificación Familiar

Para el desarrollo de las actividades educativas en salud reproductiva existían algunos materiales (Rotafolios), los mismos no estaban actualizados y tampoco contaban con una

guía didáctica de apoyo para el desarrollo de la charla educativa. Fue así que, con PROSARE7 diseñamos y elaboramos un rotafolio de acuerdo con nuestra realidad. En el consideramos los resultados de las investigaciones realizadas y se compone de diez y siete temas sobre la salud de la mujer. Este rotafolio se encuentra en todas las unidades de salud del departamento de Olancho y es utilizado todos los días para brindar charlas educativas a la población demandante de los servicios de salud, esto último se viene realizando desde el mes de agosto del año 2002.

Para contribuir y apoyar al recurso de enfermería (Supervisora de enfermería: 31 personas, Auxiliar de enfermería: 232 personas) diseñamos una capacitación sobre como utilizar los materiales educativos (Rotafolio) durante el proceso de educación a la población, así como técnicas para la promoción de los servicios Pre y postnatal. La misma que fue implementada en todos las unidades de salud de la región.

Los avances en esta actividad son halagadores ya que antes no contábamos con un instrumento que recogiera toda la actividad educativa realizada en cada una de las unidades de salud. Para lograr esto, diseñamos, validamos e implementamos un instrumento que permite conocer la cantidad de población que es objeto de atención educativa, y cuales son los temas que mas se imparten

(3) Proveer a la Comunidad Información sobre Salud Reproductiva

Proveer a la comunidad información sobre salud reproductiva, en esta actividad se levanto encuestas de opinión (2001) sobre como la población recibe la información sobre salud reproductiva. La encuesta reflejo que la población estaba recibiendo muy poca información sobre salud reproductiva y que la misma debe ser brindada por medio de radio y por el personal de salud, así mismo señalo que había que incrementar la promoción de los servicios de atención pre y post natal.

Basado en lo anterior se diseñaron y publicaron siete mensajes educativos y promocionales a través de radio para todo el departamento de Olancho (Control Pre y Postnatal, Embarazo de Riesgo, Anemia, VIH/SIDA, Violencia, Consejería General), que se publicaron en forma continua durante tres meses y aun se transmiten en tres municipios (Gualaco, San Esteban y La Unión) con colaboración de los gobiernos municipales y comité de apoyo de la US.

También se levanto una encuesta de medición de impacto de los mensajes educativos publicados y se instauró un instrumento de medición de cómo se recibió la información sobre

salud reproductiva (2004), en la misma se refleja que si hubieron cambios sustanciales que permitieron mover los indicadores positivamente.

En el año 2002 se levanto la encuesta sobre desarrollo social, esta concluyo con la integración de los Técnicos en Salud Ambiental (TSA). Dicha actividad se realizo después de la Evaluación Intermedia y para lograr esta incorporación se capacito con el apoyo de PROSARE7 a los miembros del grupo nuclear (Grupo Cinco). La capacitación consistió en Técnicas básicas sobre IEC en salud reproductiva adquiriendo así la responsabilidad de capacitar a todos los recursos que laboran en salud ambiental mediante un plan de capacitación que se desarrollo en cada una de las áreas de salud que integran la región sanitaria departamental No 7 de Olancho. Como resultado se logro la capacitación del 88% de los TSA (98 personas).

Una vez finalizada la capacitación, se desarrollo la supervisión y monitoria con los coordinadores de los TSA, la misma se hace a iniciativa de PROSARE7, ya que anteriormente se capacitaba a los recursos pero no se le daba ningún seguimiento a los compromisos establecidos para practicar los conocimientos adquiridos.

Se celebro un encuentro de experiencias educativas a nivel de la comunidad con el propósito de mejorar la metodología, practica e incrementar la actividad educativa a nivel local. Para ello se definieron los contenidos, lineamientos de participación y elaboración del documento a presentar, contándose con la presencia de las cuatro áreas de salud de la región (presentaron cuatro municipios).

2. Logro del objetivo

El Resultado 6 ha sido evaluado por 4 indicadores

1. Numero de atenciones de control prenatal.
2. Numero de atenciones de control puerperal.
3. % de Usuaris de la US en edad reproductiva que recibieron información/educación sobre riesgos de salud reproductiva.
4. % de la Población en edad reproductiva que recibió información/educación sobre riesgos en salud reproductiva.

Indicador 1. Numero de atenciones de control prenatal

De acuerdo a los datos del AT-1 se registra un aumento del 10%. Antes de iniciar el proyecto (2001) el número de atención en Control Prenatal era de 12,566 personas, en el presente año (2004) el número de personas es de 14,627 habiendo un incremento del 16%. Un estudio realizado por Cuidados Maternos indica que la tasa de atención en control prenatal alcanzaba una tasa del 80.4% y según el resultado del estudio en el año 2004 la tasa es de 90.6%.

Indicador 2. Numero de Atenciones de Control Puerperal

Al igual que el indicador anterior en los datos del AT-1 se registra un aumento del 10%, pero al considerar crecimiento de la población este porcentaje no es significativo.

Indicador 3. % de Usuarias de la US en edad reproductiva que recibieron información/educación sobre riesgos de salud reproductiva.

Nuestra meta es, que al menos un 40% de las usuarias de la US reciban información/educación sobre salud reproductiva, brindando como mínimo dos charlas por semana. Actualmente no hay suficientes datos para conocer la situación.

Después de la capacitación de auxiliares de enfermería y la elaboración y distribución de material educativo, se inicio la monitoria de las actividades educativas a partir de agosto del año 2002. En la siguiente tabla podemos ver el número total de charlas brindadas en los 17 temas sobre salud reproductiva contenidos en el material educativo que utilizan en las US. (ROTAFOLIO)

Año	2002(Ago.~Dic.)	2003	2004(Ene.~Abr)
Total de Charlas Brindadas en los 17 Temas	17,381	52,718	16,773
Control prenatal	5,238	6,967	2,241
Control postnatal	1,067	1,369	591
Planificación familiar	5,974	7,763	3,086
Signos de Peligro	1,004	2,658	1,144

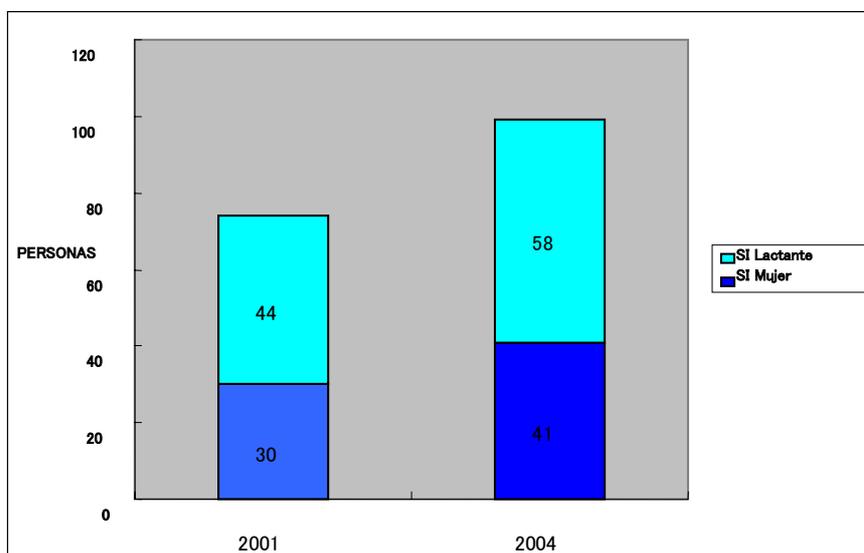
Nota: Se muestran en la tabla los temas de Control Prenatal, Control Post Natal, planificación familiar y signos de peligro en forma desglosada por la relación que existen entre ellos y los indicadores del Total de los 17 Temas.

Indicador 4. % de la Población en edad reproductiva que recibió información/educación sobre riesgos en salud reproductiva.

Este indicador nos muestra que el 35% de la población en edad reproductiva está recibiendo información/educación sobre salud reproductiva

La fuente de este indicador está basada en dos encuestas desarrolladas con el propósito de saber que conocimiento tenía la población sobre información, educación y comunicación en salud reproductiva (Encuesta basal en el 2001 y una comparativa en el año 2004). El no tener suficiente información sobre la situación regional, nos obliga a realizar esta encuesta en los siguientes temas: Cuidados antes, durante y después del parto, planificación familiar, anemia y VIH/SIDA, mismas que fueron dirigidas a Mujeres en edad fértil, Madres lactantes con niños menores de un año, y hombres entre los 15-49 años, la primera (2001) sirvió para elaborar los planes de intervención que han contribuido a fortalecer los servicios de información, educación y comunicación de calidad, y la segunda (2004) para medir el impacto de las acciones realizadas con PROSARE7.

¿Recibió Uds. orientación sobre signos de peligro en el embarazo y parto?



La gráfica anterior nos muestra la comparación entre el 2001 y el 2004 en la pregunta ¿Recibieron Uds. orientación sobre signos de peligro en el embarazo y parto? Podemos observar que en 2001, 74 personas contestaron que Sí (esta incluye Mujer Lactante y Mujer no lactante) que representan un 32.3 % y en el 2004 el número que contestó que Sí fue de 99 personas que representan el 41.4%, esto nos indica que entre los dos años el aumento es

significativo, así mismo en los otros temas de Control Prenatal, Postnatal, Planificación Familiar, Anemia y VIH/SIDA.

Los cuatro indicadores anteriores reflejan la situación de IEC una vez que se iniciaron las acciones para brindar charlas educativas en las US y comunidad, lo mismo podemos decir de la contribución en la emisión de mensajes educativos a través de medios de comunicación masiva.

El proceso de las acciones en IEC propiamente dichas, lleva solamente dos años de haberse iniciado, en este momento es difícil conocer los cambios de actitud de la población en cuanto a la salud reproductiva.

Durante el periodo de tiempo concebido para este proyecto, es difícil realizar todas las actividades necesarias para lograr un mejor impacto, el personal de salud continúa brindando educación sobre salud reproductiva tanto en las US, como a nivel de la comunidad observándose como resultado un mejor conocimiento, entendimiento y comportamiento en la población sobre su salud.

Resultado 7 Mejorar el acceso a los servicios de consejería en la Región de Salud No. 7

Antecedentes:

Las actividades relacionadas a consejería en el departamento de Olancho se iniciaron en 1992. Durante ese año cincuenta y siete proveedores de salud recibieron la capacitación sobre consejería en VIH/SIDA. Fue hasta en 1996 cuando los servicios fueron accesibles en el HRSF. Se formó una red de consejeros a nivel de todo el país, exclusivamente para VIH/SIDA. Sin embargo la red no funcionaba apropiadamente ya que los servicios de consejería no eran brindados en la mayoría de los centros de salud.

Además de lo concerniente a VIH/SIDA, los profesionales en salud de Olancho identificaban como problemas urgentes, la alta tasa de embarazos en adolescentes y problemas relacionados a violencia.

En Mayo – Junio del 2001 llevamos a cabo una encuesta sobre servicios de consejería a 57 empleados de salud que recibieron la capacitación en VIH/SIDA. Esta encuesta mostró 1) 44 de 57 encuestados respondieron que “la consejería es educación”, 2) 19 de esos 57 eran gerentes que estaban a cargo de la consejería en las clínicas y 3) falta de apoyo organizacional y administrativo como ser por ejemplo, descripción de funciones, asignación de tiempo, y asignación de espacios para brindar consejería, además la supervisión continua en campo había afectado negativamente la prestación de servicios de consejería.

1. Actividades

El objetivo 7 ha sido alcanzado a través de las siguientes 3 actividades

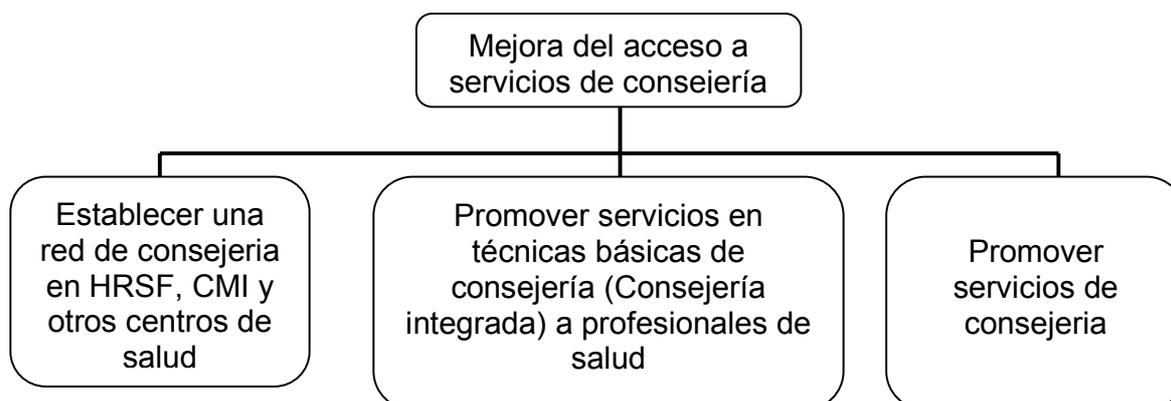


Figura 1. Plan de Actividades para el Objetivo 7

(1) Establecer una Red de Consejería

La red de consejería integrada en Olancho se estableció durante la primera capacitación en consejería en el año 2001. El propósito de la red era fortalecer, mantener y desarrollar aun mas los servicios de consejería con un enfoque de integración, así como “apoyo entre compañeros” a través de compartir conocimientos y experiencias. Se seleccionaron “Las coordinadoras de consejeros” en cada área. Ellas hacen monitorias regulares e informan a la Región sobre sus actividades de consejería. Una de las principales

actividades de la red es la publicación de un boletín “Amigos Consejeros”. El primer ejemplar se distribuyó a los consejeros durante la primera capacitación del 2001. El boletín se completa con la información recolectada por los coordinadores de área y se publica 2-3 veces al año desde entonces suman un total de 9 publicaciones hasta Octubre del 2004.

En el HRSF, cada consejero tiene su propia especialidad como ser VIH/SIDA o violencia, y trabaja con pacientes que tienen problemas en su área de especialidad. Ellos han estado utilizando el conocimiento y técnicas introducidas en la Capacitación de Consejería Integrada del 2001. Tienen reuniones mensuales como red, allí comparten sus experiencias clínicas y se ayudan mutuamente en el manejo de la hoja de intervención, problemas sobre confidencialidad y otros aspectos relacionados a los servicios de consejería

En las CMI-CESAMO solamente hay un consejero que maneja una amplia gama de aspectos de consejería: desde niños hasta ancianos, abarcando temas desde planificación familiar, violencia, VIH/SIDA hasta Tuberculosis.

En resumen, la particularidad de la Red de Consejería en Olancho consiste en que las coordinadoras de área monitorean sus propias actividades. Ellas han jugado un rol muy importante en el desarrollo del empoderamiento y sostenibilidad de la red.

(2) Implementación de un Programa de Capacitación para Consejeros

Para poder mejorar la accesibilidad a los servicios de consejería, se brindó a un total de 47 participantes la capacitación en técnicas básicas de consejería, llamada “Consejería Integrada”. Entre ellos se encontraban enfermeras auxiliares y profesionales así como consejeros de 23 CESAMOs (excluyendo 2 CESAMOs; Esquipulas de Norte y El Real), 5 CMI y HRSF. Ellos ya habían recibido capacitación en consejería ofrecida por la Secretaría de Salud. A diferencia de nuestra capacitación la de la Secretaría de Salud iba enfocada a un tema en específico. Por ejemplo, el programa de capacitación iba dirigido a contenidos particulares como ser VIH/SIDA, planificación familiar y así sucesivamente. Considerando las diferentes necesidades en consejería que se le solicitarían a la única enfermera trabajando en el centro de salud, nos hemos enfocado intencionalmente en las técnicas básicas de consejería para que las consejeras puedan aplicarlas a varias necesidades o demandas de atención.

También implementamos una capacitación separada para los gerentes de cada centro de salud ya que el apoyo gerencial, incluyendo la parte financiera, asignación de tiempo y espacio es indispensable para los servicios de consejería. Desde entonces, los 23 gerentes de los centros de salud y los 5 jefes de área han atendido las capacitaciones de gerentes.

Para ayudar y reforzar la prestación apropiada de consejería, desarrollamos e introducimos una hoja de intervención en consejería. La hoja dirige a los consejeros para ayudar a sus clientes a identificar problemas y los métodos de intervención para resolver dichos problemas. Adicionalmente, se completó más adelante el manual de consejería como una guía para utilizar la hoja. Entre el 2002 y 2004, se han brindado cada año con la ayuda de un experto a corto plazo en consejería las Capacitaciones de Seguimiento a Consejeros. El número de consejeros sigue siendo de 47 ya que no hemos podido iniciar un programa de capacitación para consejeros principiantes aun cuando se había planificado para el 2003 y 2004.

La monitoria de los servicios de consejería se inicio inmediatamente después de la Capacitación para Consejeros del 2001. El sistema de monitoreo se diseño como una “auto evaluación” realizada por las coordinadoras de área. Ellas revisan el proceso de los servicios de consejería de manera visual, se aseguran que la hoja de intervención se esta utilizando apropiadamente, identifican problemas, buscan soluciones en etapas tempranas y proveen apoyo emocional al realizar visitas a los CESAMOs y CMI, a su vez auspician reuniones de área. Antes de la capacitación del 2001 desarrollamos un “formulario de monitoria” para que las coordinadoras y consejeros entendieran bajo las mismas perspectivas de una forma visual los servicios de consejería. Al momento de cada monitoria, hacemos un resumen de la monitoria y comparamos el progreso en cada área. La Jefe del Departamento de Salud Mental en la Región y los consejeros del HRSF proporcionan apoyo adicional a los esfuerzos de monitoria a nivel área.

En el 2003, la Jefe del Departamento de Salud Mental de la Región y las coordinadoras de consejería comenzaron a reunirse al menos una vez cada dos meses. Las discusiones en las reuniones han sido sobre los cambios en los números concernientes a los servicios de consejería, problemas para brindar consejería y otros asuntos relacionados a los servicios de consejería. Se llevo a cabo durante este periodo de tiempo, la preparación de la capacitación de seguimiento, recopilación para el Manual de Consejería y la planificación de los siguientes ejemplares del boletín.

En el mismo año para mejorar la capacitación y manejo de reuniones se brindo una Capacitación para Facilitadores a 10 personas entre coordinadoras de área, región, hospital y una consejera del HRSF.

(3) Promoción de los servicios de consejería

La mayoría de las personas no conocían sobre la disponibilidad de los servicios de consejería en Olancho. La consejería se brindaba solo cuando el medico refería pacientes al consejero. Después de la capacitación del 2001, los consejeros desarrollaron murales y los colocaron en sus centros de salud.

En algunas áreas, de manera conjunta con el componente de IEC, se implementaron exitosamente actividades de promoción a través de medios de comunicación (radio y TV). Al inicio, se transmitieron a través de la radio durante tres meses en todo el departamento de Olancho, anuncios sobre los servicios de consejería. Entonces, personal de IEC y salud mental de San Esteban y Gualaco, negoció con el gobierno local recibiendo apoyo del mismo, así como el comité de salud que apoya el centro de salud en esa localidad. En La Unión, Catacamas y San Francisco de la Paz, los consejeros recibieron apoyo de los medios de comunicación y los servicios de consejería se introdujeron en la radio y TV.

2. Logros Del Objetivo

El indicador para determinar el logro del objetivo 7 es “la tasa de receptores de servicios de consejería en las US se duplica”

La cifra de servicios de consejería proporcionada ha incrementado de la siguiente manera:

	2001(Nov-Dic)	2002	2003	2004(Ene-Jun)
Numero	221	1125	2754	2439
Primera visita	95	723	1430	1530
Segunda visita o visita múltiple (acumulada)	126	402	1324	909
Violencia (Consejeria de Grupo en el HRSF)	140 (139)	433 (390)	1273 (1221)	618 (441)
VIH/SIDA	63	329	346	433
Planificación familiar	12	266	705	1227
TB	-	10	47	39
Otras	6	121	183	116

Las cifras listadas arriba muestran que el numero de consejeros que pueden brindar consejeria integrada no ha incrementado, sin embargo el numero de atenciones en los servicios de consejeria brindados ha incrementado significativamente. Por favor notar que la cifra correspondiente a violencia pertenece inicialmente al HRSF dentro de la forma de consejeria de grupo, no como consejería individual. Además la consejería en planificación familiar es diferente de la consejería en otros temas ya que la consejería en planificación familiar es educativa mientras que la consejería en otros temas se enfoca en proveer ayuda sobre temas psico-sociales. Cuando restamos la cifra de las consejerías de grupo y planificación familiar, el número total de consejerías en el 2002 era de 465 y de 828 en el 2003. Hay por tanto un incremento del 180% en los servicios de consejeria durante este periodo de tiempo.

La tasa de pacientes que recibieron su primera atención en consejeria por cada 1000 habitantes de Olancho era de 1.8 en el 2002, de 3.3 en el 2003, y de 3.4 en el 2004.

La capacitación en consejería se implemento para la mayoría de las enfermeras profesionales y auxiliares de cada área través de la Secretaria de Salud. Solo el Área 2 planifico e implemento por si misma su capacitación en planificación familiar específicamente.

Ya que los números no muestran la calidad de los servicios de consejeria llevamos a cabo una encuesta tipo entrevista. Al momento de las visitas en el 2004 les solicitamos a los consejeros que describieran como pensaban ellos(as) que habían cambiado, como había cambiado su nivel de confianza como consejeros(as) y que cambios habían observado en sus clientes.

A continuación el resumen de la encuesta:

Cambios en los consejeros

- Conozco lo que estoy haciendo
- Con mas conocimiento, mi motivación es mas alta
- Escucho cuidadosamente a los pacientes
- Brindo consejería de acuerdo a los pasos del método de solución de problemas

- Utilizo las técnicas de consejería como ser contacto visual y escuchar atentamente
- He aprendido a respetar a los pacientes
- Trato de no violar la confidencialidad
- Utilizo las habilidades de consejería con mi familia y amigos
- Estoy feliz de poder ayudar a mis clientes
- Ahora estoy tratando no solo de entender y cuidar los problemas físicos de mis pacientes si no que los mentales también.

Cambios en los clientes

- Mas clientes han expresado su confianza hacia mi como consejero(a)
- Mi relación con los clientes ha mejorado a través de la utilización de técnicas como ser contacto visual
- Algunos clientes vienen a verme a mi y no a nadie mas por sus necesidades de consejería
- Mas personas vienen a la clínica por promoción de persona a persona.

En resumen, los consejeros, en su mayoría auxiliares de enfermería han experimentado cambios concretos en sus actitudes hacia los clientes y en su comportamiento en los servicios de consejería. En otras palabras, la capacitación en consejería ha influenciado dos áreas: 1) la calidad de la atención diaria de pacientes por parte de las enfermeras y 2) la relación entre consejeros y clientes.

Como consecuencia, es seguro decir que el Objetivo 7 ha sido alcanzado

Con la futura implementación de la Capacitación en Consejería para Principiantes las cifras actuales de las consejeras brindadas seguramente serán incrementadas.

RESULTADO 8. “Toma de Decisiones Oportunas en Todos los Niveles: US, Área y Región”. (2001-2003)

**“Sistema de Monitoria esta Fortalecido en las Áreas de Salud”
(2004-2005)**

1. INTRODUCCIÓN:

Al inicio del proyecto con metodología problematizadora se elaboro el árbol de problemas del componente de epidemiología y estadística, identificando como problema central (principal) “la toma de decisiones tardías” en epidemiología y “datos carecen de precisión” en estadística; por lo que nos formulamos al inicio del proyecto el resultado 8: “lograr la toma de decisiones adecuadas y oportunas a nivel de área y región” en epidemiología y la “recolección de datos oportunos y precisos” en estadística; identificando cuales de los problemas se podían intervenir con el apoyo de PROSARE 7.

Sumado el hecho de que durante el periodo de ejecución del proyecto, la región sanitaria ha sido región piloto para la implementación del SIS, SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD DEFINIDO COMO UN INSTRUMENTO PARA ADQUIRIR, ORGANIZAR Y ANALIZAR DATOS NECESARIOS PARA LA DEFINICIÓN DE PROBLEMAS Y RIESGOS, EVALUAR LA EFICACIA, EFICIENCIA E INFLUENCIA QUE LOS SERVICIOS DE SALUD TIENEN SOBRE EL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN. Cuya concepción data del año 1992, desarrollada la propuesta en diferentes consultorías por CDC, USAID y OPS. Los problemas identificados en el Sistema de Información vigente, que justifican la nueva propuesta son:

- Alto grado de centralización de la información
- Sistema Complejo, manejo excesivo de datos.
- Falta de definición de la información requerida por cada nivel y/o programa.
- Poca utilización de la información en la toma de decisiones.
- Duplicidad en la captación, recolección y procesamiento de la información.
- Poca flexibilidad.
- Falta de definición del: Flujo, reportes, grado de agregación, responsable del registro y medio de comunicación de la información.

Líneas estratégicas de la propuesta del SIS:

- Definición de indicadores.
- Automatización del sistema y desarrollo de la red tecnológica para la transferencia de la información.
- Implementación de las Unidades de Análisis en los niveles Nacional, regional y área.
- Difusión de información producida por el sistema, a todos los niveles a través de publicaciones periódicas intra y extrainstitucional.
- Supervisión, monitoria y evaluación. Desarrollo de recursos humanos: capacitación de estadígrafos, epidemiólogos, microbiólogos y técnicos de nivel nacional, regional y área.
- Fortalecimiento de la participación social.

La prueba piloto se programo para desarrollarse en un año y lleva tres años, sin llegar a su evaluación y conclusión, por lo que en este componente también ha estado dependiendo en parte del resultado del SIS. Durante esta prueba se ha implementado 9 formularios de 11 propuestos: Formularios de servicios ambulatorios, servicios hospitalarios, servicios de apoyo y servicios de atención preventiva. De tal manera que se ha mantenido el registro en los dos sistemas el vigente y el de la prueba.

Por lo que en nuestro plan del RESULTADO 8 DE PROSARE, del 2000 al 2002 nos enfocamos más a la precisión de los datos, y en el 2003 considerando la situación atrasada de la implementación del SIS, decidimos enfocar mas en la utilización y recolección oportuna del dato, considerando los avances hasta 2003 y basados en taller de definición de indicadores en el que los participantes definieron a la monitoria como objetivo del uso de los indicadores, el POA del 2004 lo enfocamos en la MONITORIA a nivel de área.

II. RESUMEN DE PROBLEMAS SELECCIONADOS:

- No existía análisis de los datos para la toma de decisiones oportuna.
- No había selección y definición de indicadores regionales.
- Recursos humanos no capacitados en tecnologías computacionales y software básicos: Excel, Access, Word, PowerPoint, ArcView GIS.
- Deficiente soporte tecnológico: falta de computadoras, impresoras, fotocopadoras, reproductores (impresión), archivos y armarios, necesarios para la reproducción y retroalimentación de la información.
- Espacio físico inadecuado para departamentos de estadística y sala de reuniones para el análisis.

III. ACTIVIDADES.

Elaboramos cuatro actividades:

1. Recolección de datos oportunos y precisos en las diferentes UPSs, áreas región.
 2. Integrar la información área- región- UPS.
 3. Utilización de los datos oportunos.
 4. Establecer coordinación con el nivel central para implementar el SIS.
- El Dpto. de estadística encargada de las actividades 1, 2 y 4.

ACTIVIDAD 1. RECOLECCIÓN DE DATOS OPORTUNOS Y PRECISOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE SALUD DE LA REGIÓN.

1.1 Fortalecer La Supervisión A Todo Nivel

Cada unidad de salud de la Región elabora mensualmente informes que contienen los datos de las actividades que se han generado en el período. La US envía al área, allí se revisan dejan una copia y se canalizan dos al nivel Regional, este nivel también revisa, deja una copia y canaliza una al Dpto. de Estadística del nivel central.

La supervisión a los centros de salud no se hacía periódicamente sino de acuerdo a la necesidad, basados en los problemas o errores que se detectaban en la revisión de los

informes mensuales. Debido a los frecuentes errores que se encontraban en la revisión de los informes que se reciben en el nivel Regional, realizamos una investigación al sistema de información en una muestra de 16 unidades de salud, 8 CESAMO y 8 CESAR para conocer el margen de error entre los datos que se registran en la fuente primaria y los que contienen los informes mensuales que llegan al nivel Regional. Encontramos que el margen de error oscilaba entre 29 y 44 %; en esta tarea participaron además del personal de Estadística Regional y el experto Japonés, las estadígrafas y supervisoras de enfermería de cada área en su momento. Este resultado nos llevó a programar y ejecutar las supervisiones al área cada dos meses a la estadígrafa para hacer revisión de su desempeño en el manejo del sistema de información y capacitarla en aquellos aspectos que se consideran con debilidad. Y a las Unidades de Salud identificadas con mayor problema para verificar la calidad del dato en la fuente primaria.

1.2 Capacitar en el Manejo de Formularios al Personal Involucrado en el Sistema de Información.

En el año 2001 y 2002 teníamos 0% de oportunidad en la canalización de los informes que llegan al nivel Regional, a pesar de los esfuerzos que siempre habíamos hecho por obtener datos oportunos que resultaran útiles para la toma de decisiones. Para mejorar esta situación se programó y desarrolló una jornada de capacitación en el año 2001 sobre el llenado correcto de 14 formularios de los que mensualmente se reciben en el nivel Regional y que provienen de cada unidad de salud, revisándose e interpretándose a la vez los instructivos ya existentes para cada formulario.

Consideramos que con la capacitación se mejoró la precisión en el llenado de los informes que contienen los datos. Porque si éstos llegan correctos, el % de oportunidad sube ya que es menor el número de informes que se devuelven hasta la unidad de salud para su corrección. A nuestro juicio la precisión condiciona la oportunidad teniendo en cuenta que es norma del Dpto. de Estadística no considerar como recibidos los informes que se devuelven hasta que regresan corregidos.

Participaron en esta capacitación, 26 médicos, 143 auxiliares de enfermería, 16 supervisoras de enfermería, 4 estadígrafas de área y 4 recursos de estadística Regional como facilitadores. Esta jornada de trabajo se desarrolló en grupos por Área de salud. Después de esta capacitación logramos cambiar el porcentaje de oportunidad de 0 a 33.8%.

Como no lográbamos alcanzar un % de oportunidad satisfactoria, el año 2003 decidimos implementar nuevas tareas como: cambio en la fecha del corte en la información mensual de las unidades de salud y evitar devolución de informes, tareas que a continuación detallamos.

1.3 Cambio de la Fecha del Corte en la Información Mensual de las Unidades de Salud.

En la Región mensualmente el personal médico y de enfermería se reúne con las supervisoras de enfermería y en esa reunión entre otras cosas a tratar, el personal hace

entrega de los informes mensuales. Cada área programaba y desarrollaba las reuniones en fechas diferentes.

El retraso en el envío de informes del nivel área al Regional estaba también influenciado por la diferencia de fechas en que se realizaban las reuniones en las áreas. Buscamos mejorar esta situación y se hizo el cambio en la fecha de corte de actividades, determinando una misma fecha para todos los centros de salud de la Región.

Ahora a partir del año 2003 se calendarizo también la fecha en que cada área se reúne mensualmente con el personal médico y auxiliares de enfermería para hacer la entrega de informes.

El calendario de reuniones es elaborado en Enero de cada año por el Dpto. de Estadística y el Director Regional y se lo envían a cada Jefe de área, de manera que ahora todas las áreas se reúnen en la misma fecha para hacer la entrega de informes y todo esto ha contribuido a mejorar la oportunidad en la canalización de informes.

1.4 Evitar Devolución de Informes

La devolución de informes al Área por errores detectados en la revisión y que no era posible corregir en el nivel Regional porque en algunos casos tenían que consultar la fuente primaria, constituía un problema muy grande en la oportunidad por el tiempo que se perdía entre la devolución hasta la unidad de salud donde se genera el dato para su corrección y su regreso nuevamente al nivel Regional siguiendo todos los canales.

Y como los informes eran enviados por la Estadígrafa de área utilizando cualquier medio, esto naturalmente generaba también el mismo retraso porque no se había establecido una fecha de compromiso para la entrega en el nivel Regional. Elaboramos entonces también un calendario de entrega personal de la estadígrafa de área al Dpto. de Estadística Regional, considerando que con esta estrategia evitamos la devolución de informes por errores, porque hay mayor cuidado de la estadígrafa en la revisión al nivel de área por su compromiso de entregar personalmente los informes, además se estableció el envío de informe mensual a los epidemiólogos de área en su condición de jefe inmediato de la estadígrafa, sobre los errores que se detectan en la revisión que se hace a nivel Regional

Considerando que la revisión de informes de primera mano es básica, quisimos mejorar la recepción de los mismos en las reuniones de área. Para conocer como se desarrollaban

estas reuniones mensuales en las cuales el personal medico y de enfermería entrega entregan los informes, el personal de estadística regional participó en las reuniones para hacer sus propias observaciones, se hizo el análisis de lo observado concluyendo que cada área tiene una forma diferente de recepción, en unas áreas la supervisora de enfermería recibe los informes y los pasa a la estadígrafa, en otras la estadígrafa participa en las reuniones y los recibe directamente del personal que genera los datos. Se hizo el análisis; pero no se han tomado decisiones sobre cual es la manera correcta de recepción. Basados siempre en los frecuentes errores que se detectaban en la revisión, para mejorar esta situación se programó y desarrolló una jornada en el año 2003 que nosotros consideramos de refrescamiento de la jornada que hicimos en el año 2001 en la cual participaron 22 supervisoras de enfermería, 4 estadígrafas de área y 4 recursos del Dpto. de Estadística del nivel Regional como facilitadores; en esta jornada se discutió la manera correcta de llenar 14 de los 26 formularios que se reciben en Estadística del nivel Regional.

Con la implementación de estas dos últimas tareas obtuvimos como resultado positivo al mes de Diciembre del año 2003 un 80.4 % de oportunidad en la canalización de los informes del nivel área al Regional

1.5 Dotación Adecuada y Oportuna de Formularios

El suministro de formularios a las unidades de salud era insuficiente e inoportuno y esto siempre había sido una condicionante para el retraso en la canalización de informes, pues no teníamos capacidad presupuestaria para hacer la dotación de acuerdo a la necesidad.

Por el apoyo de PROSARE hemos utilizado el rizó grafo para hacer grandes tirajes de formularios, tanto de los que se utilizan para la captura de datos y elaboración de informes como los formularios que constituyen la historia clínica de hospitalización que se utiliza en cada una de las clínicas materno infantil.

Con esta medida hemos logrado que las áreas no hagan su propia reproducción de formularios que en muchos casos resultaban con algunas modificaciones que dificultaban la consolidación de datos en el nivel Regional.

Siempre con nuestro objetivo de recolectar los datos en forma oportuna, nos propusimos en el año **2004** desarrollar las siguientes tareas:

1.6 Monitoria del % de Oportunidad en la Canalización de Informes del Área al Nivel Regional.

Nosotros no hacíamos monitoria de oportunidad regularmente; pero considerando que es muy importante para identificar el problema de retraso, ahora en Estadística – todos los meses se hace un análisis del % de oportunidad basados en los controles que se llevan mensualmente por área con todas sus unidades de salud identificando las que contribuyen al retraso en la canalización de informes.

Con la aplicación de esta tarea y las anteriores hemos alcanzado de Enero a Agosto del año 2004 el siguiente % de oportunidad

Área 1	100 %
Área 2	99%
Área 3	99%
Área 4	95%
Hospital	0 %

Este resultado es satisfactorio a nuestro plan porque nos habíamos propuesto como meta el 95 % de oportunidad, la situación del hospital se mantiene igual a pesar de los esfuerzos por mejorarla.

Área	N° US	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Total Error
1	54	68	53	29	30	33	29	48	19	309
2	42	5	9	7	8	4	7	0	9	49
3	28	3	2	7	2	42	11	7	9	83
4	30	9	9	3	9	15	25	58	45	173
Hosp.	1	0	4	3	4	5	2	3	3	24
Región	155	85	77	49	53	99	74	116	85	638

1.7 Análisis de la Tendencia de los Errores por Unidad de Salud

Como la oportunidad no puede ser el único objetivo en el manejo de los datos, consideramos que la calidad es otro requisito indispensable en el sistema de información; por esa razón nos planteamos esta tarea para orientar nuestra capacitación a los generadores del dato, basados en el análisis de la tendencia a los errores.

Para conocer esta tendencia, se diseñó e implementó desde Enero 2004 un formulario que nos permite identificar los errores por cada unidad de salud.

Cuatro meses después hicimos la evaluación del formulario y reconocimos su utilidad; pero lo consideramos no práctico porque se tiene que manipular muchos formularios en el momento de la revisión de informes. Hemos buscado solución a lo que considerábamos no práctico y decidimos manejar los formularios de tendencia de los errores, agrupados por municipio y de esa manera se vuelven prácticos en su manejo. Por consiguiente se implementarán en el nivel Área a partir del mes de Octubre del año en curso.

A continuación puede observarse el resultado de la aplicación del formulario en la monitoria de Enero a Agosto 2004, donde se observan el número de errores de errores por mes en cada área y hospital.

Con la implementación del formulario Control de Errores, ahora podemos cuantificar El tipo de errores por unidad de salud y Área. Utilizando el formulario identificamos que de Enero a Agosto 2004 la tendencia del error es: llenado incorrecto, diferencia entre una copia y otra, error en sumas y encabezado incorrecto

Numero de errores por Área y Hospital 2004

ACTIVIDAD 2 INTEGRAR LA INFORMACIÓN ÁREA-REGIÓN -UPS

2.1 Sistema Computarizado de Información con Red de Sistema

En la Región los datos se procesaban en forma manual para obtener consolidados por Municipio, área y Región de todas las actividades que informan cada una de las unidades de salud en los diferentes formularios del sistema de información.

Con la asesoría del experto Japonés se hicieron computarizados en el programa Excel, formularios para hacer esta consolidación que nos permite obtener sumas automáticas, esto

nos ahorra tiempo, ofrece mayor confiabilidad en las sumas y mejor presentación de los cuadros, esto lo conservaremos mientras no se disponga de otro sistema que ofrezca mejores reportes.

2.2 Red Lan.

En febrero 2003, con la asesoría de experto Japonés y financiamiento de PROSARE. Se estableció la red a nivel regional interconectando los departamentos de Estadística, Epidemiología, Planificación y la Dirección, la que fue una decisión del Director Regional y el Experto Japonés. Posteriormente se estableció redes locales en las unidades de digitación del Hospital Regional y áreas de Salud No. 1, 2 y 3

La red nos ha facilitado más acceso a la información que genera el Dpto. de Estadística, que nos brinda los datos básicos para la elaboración de indicadores para la monitorea y evaluación de los programas prioritarios.

Actualmente el funcionamiento es deficiente, por falta de exclusividad de la computadora que sirve como servidor y falta de actualización de antivirus por no haber acceso a Internet.

ACTIVIDAD 3. UTILIZACIÓN DE LOS DATOS OPORTUNOS.

3.1 Fortalecer el análisis de datos.

3.1.1 Definición de la Información a Analizar periódicamente.

En agosto de 1 año 2000, previo a la selección de la región piloto para la implementación del SIS, se realizó a nivel Nacional el "Taller para la Definición de Indicadores Básicos para el diseño del SIS, con participantes del nivel local, área, región y programas nacionales, aprovechando la lista de indicadores nacionales seleccionamos los indicadores regionales.

2001. Definimos la información a analizar periódicamente en la evaluación anual y semestral, para lo que elaboramos indicadores de programas regionales prioritarios: Atención a la mujer, PAI, Enfermedades de transmisión por vectores, control de la Tuberculosis, Rabia, Saneamiento Básico, ITS/SIDA se selecciono los indicadores, analizando su construcción, su interpretación y su aplicación en la gestión de su cargo. Este se desarrollo en momentos de trabajo diario de cada gerente con la experta japonesa.

3.1.2 Establecimiento de reuniones periódicas de análisis.

Oficialmente las reuniones para el análisis han estado establecidas, pero con la formulación del resultado 8, se ha fortalecido y realizado seguimiento y ajustes para hacer mejor las cosas, identificando que hace falta en los recursos humanos para hacer análisis oportuno.

2001. Establecidas las reuniones de evaluación semestral y anual. Realizadas con jefes de programas prioritarios regionales: ETV, PAI Atención a la Mujer, Tuberculosis, Salud Mental, y servicios de apoyo como laboratorio. Realizándose la presentación expositiva del análisis realizado por los jefes de programas, enfatizando en la utilización de indicadores regionales definidos.

Se estableció las reuniones semanales para análisis de información semanal de notificación obligatoria. Rutinariamente, ya los Dptos, de Epidemiología, Estadística y Laboratorio, se integran a analizar la información de notificación obligatoria semanal, dando seguimiento también aspectos operativos de cumplimiento de parámetros de apoyo del laboratorio en la vigilancia, y con estadística la veracidad de eventos confirmados. Realizando también en

estos momentos eventos de actualización del conocimiento, de los eventos más importantes. Ej: Pruebas Diagnósticas, Pruebas estadísticas etc. De acuerdo a la problemática se invita a otras disciplinas como los Jefes de atención al medio, para analizar las medidas de control aplicadas en su campo. A veces el Director Regional participa de estas reuniones. Idealmente las realizamos los miércoles, que es día que se dispone de la información semanal, cuando no se cuenta con todos los recursos humanos, no se hace la reunión y la epidemióloga regional es la responsable de revisar la información antes de remitirla a la Dirección de Vigilancia.

Se establecieron oficialmente reuniones de análisis mensual, de la información oficial definida por la Dirección de Planeamiento y Gestión de la Secretaría de Salud. Agregando indicadores para cada objetivo. Para fortalecer el uso y análisis de los indicadores regionales se ha apoyado a los jefes de programa en su análisis e interpretación, ya que obligatoriamente tienen que presentar su informe mensual. Se realizó dos reuniones en las que se realiza trabajo individual y de grupo, actualmente cada jefe de Programa presenta al Dpto. de planificación el informe.

Establecidas reuniones con equipo multidisciplinario de las áreas de salud para el análisis de la información preparada por técnicos regionales: epidemiología, estadística y planificación. Esta actividad no está en el POA.

Socialización de indicadores definidos por programas con departamentos regionales y áreas.

2001. Se socializo los indicadores definidos por programas y departamentos.

2001: Socialización de indicadores hospitalarios regionales (coordinada por CRISIS) y de indicadores definidos para la implementación del S.I.S.

3.2 Capacitación a epidemiólogos(os) en información geográfica.

2002-2003. Se desarrollaron dos talleres teórico-prácticos en el 2002 y uno en el 2003. Impartidos por experto Japonés Lic. Susumu Tanimura. Dotando del Software y unidad de GPS a 4 epidemiólogos Y 1 Jefe de área. Aplicando en el análisis de situación de salud y condiciones de vida. A su vez los recursos capacitados han extendido el conocimiento básico y práctico a 10 recursos más del nivel regional y áreas.

2004. Aplicándolo para analizar la distribución geográfica de las tendencias de incidencia de enfermedades endémicas tropicales: malaria, dengue y actividades de georeferencia de riesgos en entomología y coberturas de vacunación por municipios facilitando la identificación de municipios de riesgo.

3.3 Divulgar periódicamente la información a nivel institucional y extrainstitucional:

Con el propósito de retroalimentar con la información de notificación obligatoria a las Áreas y US se ha incluido el fortalecimiento de esta tarea en el resultado 8.

2001-2002. Con la iniciativa ya existente en el Dpto. de epidemiología regional de elaborar boletines informativos, se oficializó la organización del comité Editorial, fortaleciéndose la actividad con la impresión mensual de 300 boletines.

2003. Elaboración, impresión y divulgación de boletines en las áreas de salud 1, 2 y 3, facilitado con la dotación de fotocopiadoras, tintas y mantenimiento durante el primer año.

2003-2004. Continúa la actividad, pero hay dificultad en la sostenibilidad por no realizar mantenimiento preventivo y dotación de insumos de los equipos. (Fotocopiadoras)

No se logro elaboración de información apropiada para el sector extrainstitucional.

3. 4 Definir el propósito de indicadores por niveles.

Para elaborar el POA del 2003, se enfocó más en la utilización del dato, se formuló el árbol de problemas, en el que se identifica que la falta de definición del propósito de los indicadores es la causa de poco uso del dato, por lo que adicionamos esta actividad.

Por lo tanto nosotros enumeramos todos los indicadores que existían y elaboramos instrumento para el análisis del propósito de los indicadores. Se realizó taller de definición de los indicadores regionales participando 20 recursos del equipo regional y jefes de áreas, se definió el propósito de los indicadores regionales.

ACTIVIDAD 4. ESTABLECER COORDINACION CON EL NIVEL CENTRAL PARA IMPLEMENTAR EL NUEVO SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

4.1 Establecer Oficialmente El Comité Regional para la Implementación del Nuevo Sistema de Información.

Por una iniciativa de la Secretaría de Salud, en el año 2000 se seleccionó a la Región 7 como piloto para implementar un nuevo Sistema computarizado de Información en salud que resultara ágil, oportuno simplificado y útil para la toma de decisiones. Este proyecto de implementación del nuevo sistema se ha venido desarrollando en etapas; en cada una de ellas hemos tenido el apoyo y acompañamiento técnico de PROSARE, el primer paso fue organizar un comité conductor del proceso a nivel Regional, que llamamos **Comité Regional para la Implementación del Sistema de Información en Salud**, cuya sigla es **CRISIS** y la misión era la preparación, coordinación, implementación, monitoria y evaluación del proyecto piloto en coordinación con el equipo del nivel central. El comité quedó integrado por 8 recursos de diferente disciplina con funciones Regionales y 2 expertos del Japón. Se definió el perfil de cada uno de los integrantes del comité, recayendo en el Director Regional la conducción del mismo. Este comité programó y desarrolló reuniones con el acompañamiento del nivel central tanto en el nivel Regional como el de área para operacionalizar el nuevo sistema.

En el año 2001 se desarrollaron 7 reuniones, en 2002 4 reuniones, en 2003 3 reuniones y como las reuniones cada vez se iban espaciando más y llegó un momento en que se descontinuaron, en el plan del 2004 se contempló la reactivación del grupo CRISIS calendariándose las reuniones mensuales del comité para todo el año y desde entonces se están llevando a cabo mensualmente de acuerdo al calendario. En estas reuniones se discute el análisis del resultado de la digitación que presenta el Dpto. de Estadística y se toman decisiones de acuerdo a la situación encontrada.

4.2 Análisis de la Situación del Sistema de Información en la Región.

En el año 2000 se hizo una recopilación de todas las guías o instructivos y materiales como normas del sistema de información que ya existían y luego se hizo un estudio para investigar el nivel de capacitación que cada recurso generador de los datos tenía sobre el sistema que ya manejaba y nos dimos cuenta que el personal no hacía uso de estos materiales que tiene a su disposición.

En el año 2001 por sugerencia del experto Japonés se seleccionaron 15 unidades de salud para validar los formularios antes de implementarlos en toda la Región; en este período que

duró de Agosto a Octubre, se supervisaron semanalmente las US seleccionadas para conocer sus debilidades en el manejo de los nuevos formularios y brindar la orientación necesaria.

En el mes de Noviembre del 2001 se hicieron los ajustes a los formularios, basados en las observaciones y recomendaciones hechas por el personal que participó en la prueba y en Diciembre del mismo año se capacitó al 100% del personal médico, Auxiliares de Enfermería, Supervisoras de Enfermería y Estadígrafas de Área en el llenado de los nuevos formularios y desde Enero 2002 a la fecha estamos utilizando los nuevos formularios sin descartarse aún los viejos que de acuerdo al plan de implementación del nuevo serán eliminados del sistema.

Como el nuevo sistema consiste en simplificar el número de formularios y digitar a nivel del área los que contienen la información, en un programa computarizado que arrojará reportes que sustituirán algunos de los viejos formularios. En todo este proceso de digitación se han hecho análisis de la capacidad de operación de cada área, la cual ha ido mejorando por el incremento de recursos y equipo como producto de la constante monitoria de los datos.

RESULTADO Y ACTIVIDADES MODIFICADAS EN EL PDM Y POA

“EL SISTEMA DE MONITORIA ESTA FORTALECIDO EN LAS ÁREAS DE SALUD”.

En abril 2003, con la llegada de experto Japonés a largo plazo, hemos revisado y replanificado el POA 2003 considerando resultados de evaluación intermedia, antes de 2003 enfocamos la Recolección y corrección de datos más que procesar análisis y utilización de datos. Además en 2004, dando atención a la opinión que necesitamos enfocar el resultado de Región a área, ya que” LA TOMA DE DECISIONES EN LA US, ÁREA Y REGIÓN” es una meta muy amplia, se va a enfocar la monitoria como el objetivo principal para la toma de decisiones.

En el taller de definición del propósito de los indicadores, se identificó que el principal propósito es el de realizar monitoria, por lo que el POA de 2004 a 2005 se formulo el resultado” EL SISTEMA DE MONITORIA ESTA FORTALECIDO EN LAS AREAS DE SALUD”. Para el que hemos elaborado 3 actividades:

1. Establecer mecanismo para la monitoria del Área.
2. Evaluación del Mecanismo.
3. Extender mecanismo a otras áreas.

Y en el componente de estadística dos actividades:

1. Recolectar los datos en forma oportuna

Los indicadores son:

1. CUATRO AREAS DE SALUD UTILIZANDO MECANISMOS DE MONITORIA.
2. 75% DE LAS ACCIONES PROGRAMADAS FUERON EJECUTADAS.

V. RESUMEN DE AVANCES.

ACTIVIDAD	PRODUCTO.
1. Recolección de datos oportunos y precisos en las diferentes US de la Región.	<p>Oportunidad: 2001: 0% 2002: 33.8% 2003: 80.4% Enero a agosto 2004: 95%</p> <p>Precisión: Muestra en 16 US en 2000: Calidad de datos en AT1, AT2 planilla y AT2-R, se encontró % de Error: Área 1: 34% Área 2: 29% Área 3: 33% Área 4: 44%</p> <p>En el año 2004, se ha sistematizado la revisión con la implementación del Formulario Control de Errores, mensualmente en el 100% de informes y copias. Encontrando de Enero a Agosto la siguiente proporción de Error, en relación al total de errores registrados. Área 1: 48% Área 2: 8% Área 3: 13% Área 4: 27% Hospital: 4%</p>
2. Integrar la Información US, Área y Región.	<ul style="list-style-type: none"> - De consolidación en tablas manuales a tablas electrónicas, por US, Municipio, Área y Región. - Red LAN Regional interconecta Dptos. De Estadística, Epidemiología, Planificación y Dirección.
3. Utilización de los Datos oportunos.	<ul style="list-style-type: none"> - " Documento para el análisis de los indicadores regionales" - 20 participantes definieron propósito de los indicadores regionales. - Documento de selección de los indicadores Regionales. <p>11 Recursos capacitados en SIG, utilizando la metodología. (11 de 15, es el 73%)</p>
4. Establecer coordinación con el nivel Central, para implementar el nuevo sistema de información.	<p>Comité Regional Organizado con perfil definido y funcionando desde el 2001 a la fecha.</p>
5. Establecer mecanismo para la monitoria del Área.	<ul style="list-style-type: none"> - Formulario para la monitoria del Área.

Resultado 9 Optimizar la gestión administrativa en los diferentes niveles de la Región de Salud No. 7 (2001 – 2003)

Utilizar en forma eficiente los recursos humanos y financieros.

No.7 (Revisado en el 2004)

1. Situación de la Ejecución de Actividades

El resultado No.9 esta compuesto por tres actividades que son las siguientes, (1) Fortalecer un sistema sostenible de supervisión, (2) Desarrollo de recursos humanos; (3) Conocer la situación real del presupuesto de la Región de Salud No. 7.

Sin embargo la consistencia teórica entre la actividad y el resultado no es muy fuerte, ya que dichas actividades se han integrado en un solo resultado como problema horizontal, según lo definido en el análisis de problemas desarrollado en el año 2000. Este claramente señalo que existen problemas de falta de supervisión, recursos humanos y financiamiento en todos los resultados del proyecto.

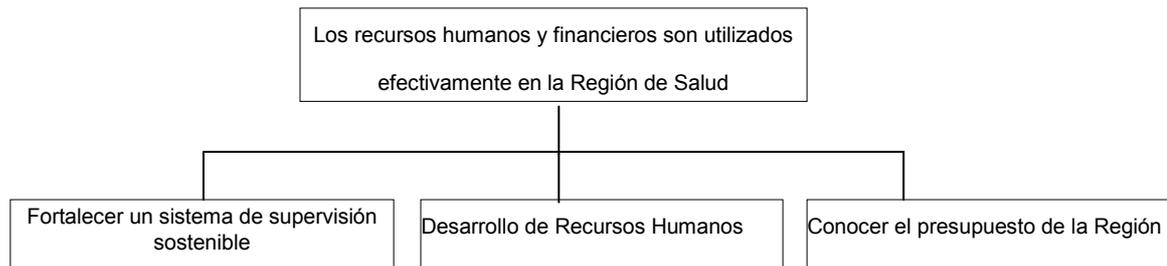


Figura 9-1 Sistema de actividades (Resultado No.9)

(1)Fortalecer un sistema de supervisión sostenible.

Esta actividad está subdividida de la siguiente forma (a) Planificación de la supervisión (b) Unificación de una guía de supervisión (c) Formación de un equipo de supervisión (d) Ejecución de la supervisión. Solo se ha desarrollado en cooperación con PRIME II la actividad (b) desarrollo de una guía de supervisión. Esta actividad fue organizada a través de un proyecto de USAID, se realizo un estudio para comparar el apoyo entre de pares y la supervisión externa.

Este proyecto de USAID finalizo en Junio del 2003 con la unificación de un borrador de una guía de supervisión para varios programas. Se realizo una capacitación sobre supervisión de pares a 120 participantes y sobre supervisión externa a 40 participantes. Sin

embargo la guía de supervisión modificada no ha sido aprobada aun.

A pesar que esta actividad también se descontinuó en PROSARE en el 2004 por falta de contrapartes y se considero si se debía eliminar o no, de las actividades del proyecto; por el deseo de la Oficina Regional de continuar dicha actividad se planifico formar un equipo de supervisión de una guía de prueba.

Sin embargo, estas actividades han sido suspendidas debido a los cambios en la organización de la Oficina Regional de Salud No. 7 ha imposibilitado momentáneamente la formación de un equipo de supervisión.

(2) Desarrollo de Recursos Humanos

Esta actividad esta subdividida de la siguiente forma, (a) Capacitación de recursos humanos en CREDIS (Centro Regional de Educación, Documentación, Información de salud), (b) Capacitación en curso básico de computación (c) Establecimiento de una biblioteca en la Región de Salud No. 7.

(a) Capacitación de recursos humanos CREDIS.

De acuerdo al Registro de Discusión firmado en Mayo del 2000, uno de los objetivos del proyecto era que los problemas concernientes a la Salud Reproductiva fueran resueltos por el personal de la Región de Salud y los proveedores de atención en salud. Basado en este objetivo, CREDIS se estableció para la capacitación de Recursos Humanos con costos más bajos. A pesar que se planifico la capacitación de Auxiliares de Enfermería se elimino de las actividades del proyecto debido al considerable retraso en la contratación de personal para la capacitación y desarrollo de la curricula. Los problemas pendientes de ser resueltos son la activación del comité administrativo de CREDIS, para el traspaso del edificio y equipo al Gobierno de Honduras. Debido a que la oficina del proyecto esta situada en CREDIS se ha llevado a cabo varias capacitaciones y talleres a través de la actual administración del proyecto japonés.

(b) Capacitación en curso básico de computación

Muchas computadoras, incluyendo 34 donadas por JICA, operan en la Oficina Regional no. 7 para incrementar la eficiencia de las responsabilidades oficiales y la precisión en el procesamiento de datos y así fortalecer no obstante la falta de recursos humanos. Se realizaron 34 capacitaciones en computación de una hora diaria durante los cinco días laborales de la semana sumando un total de 119 participantes para progresar en las habilidades en Word, Excel y PowerPoint (Software para presentaciones) ya que serian

necesarias en el desarrollo de sus responsabilidades oficiales.

(c) Re- organización de la biblioteca en la Oficina Regional de Salud No. 7

La biblioteca de la oficina regional ha sido reorganizada al ser movilizada de su ubicación anterior a una sala mas amplia del antiguo hospital, la cual fue remodelado con apoyo de PROSARE 7, se ha realizado una recolección de libros sobre salud reproductiva y documentos publicados por otros donantes, también se realizado la clasificación por temas en un programa computacional de estándar internacional diseñado para este propósito, la necesidad de apoyar estas acciones se debían a la limitaciones de acceso a la información debido a la mala administración de la biblioteca y libros desactualizados, lo cual representaba una desventaja para el personal en el auto desarrollo de sus habilidades.

(3) Conocer sobre la situación real de la situación presupuestaria y financiera de la Oficina Regional de Salud No. 7.

En el campo financiero, solo se contó con expertos en dos ocasiones para igual numero de actividades, aun cuando se han identificado varios problemas, no se ha hecho nada claro desde que inicio el proyecto. El principal objetivo de estas actividades era la investigación de la actual situación financiera, el proyecto aun no ha realizado ninguna actividad específica (drástica) para el mejoramiento de esta área.

Las actividades del área financiera se clasificaron ligeramente en dos grupos: Presupuesto Nacional y Fondos Recuperados.

Las actividades concernientes al presupuesto nacional se llevaron a cabo por un experto a corto plazo en el 2001, el objetivo de ello era comprender los gastos corrientes a través del enfoque en temas como la demanda apropiada, ejecución y distribución del presupuesto. Algunas investigaciones a nivel de la Secretaria y a nivel de la oficina regional revelaron claramente el proceso del Presupuesto Nacional y sus problemas, falta de datos básicos para la ejecución del presupuesto y falta de relación dentro de la institución lo que obstaculiza el análisis de los gastos reales. Se sugirió que la Oficina Regional fuera fortalecida en su organización a través de la mejora en la comunicación y la unificación de los registros financieros. Como resultado de estas actividades y a pesar de la unificación de algunos datos y la digitalización de los datos de recursos humanos y no hubo mejoras drásticas en la organización del sistema.

La actividad referente a los fondos recuperados la llevo a cabo un experto a corto plazo durante el año 2003, el objetivo era comprender la situación real de los fondos recuperados. En estas actividades se hicieron claros los problemas como ser la

desagregación del sistema de fondos recuperados y la poca claridad de la situación actual debida a la falta de reglas y reglamentos actualizados, falta de regulaciones así como la carencia de funciones apropiadas de supervisión. También se hizo claro que el problema principal era la falta de registros financieros en los fondos recuperados.

En estas actividades se planifico establecer la uniformidad en los registros financieros de fondos recuperados utilizando una muestra ofrecida por el experto a corto plazo una vez que se ejecutara la validación en un área designada (área piloto). También se enfatizo la necesidad de considerar como realizar una organización apropiada para la administración de presupuestos.

Como resultado de estas actividades, la Forma Unificada de Fondos Recuperados no ha funcionado debido a las grandes diferencias en los niveles educativos de cada administrador, de los miembros del comité de salud y las diferencias en la descripción de funciones del personal que conserva los registros financieros.

De acuerdo a los resultados de la acción, se planifico la revisión del manual de fondos recuperados y el desarrollo de la capacitación al personal relacionado con este sistema en todos los niveles.

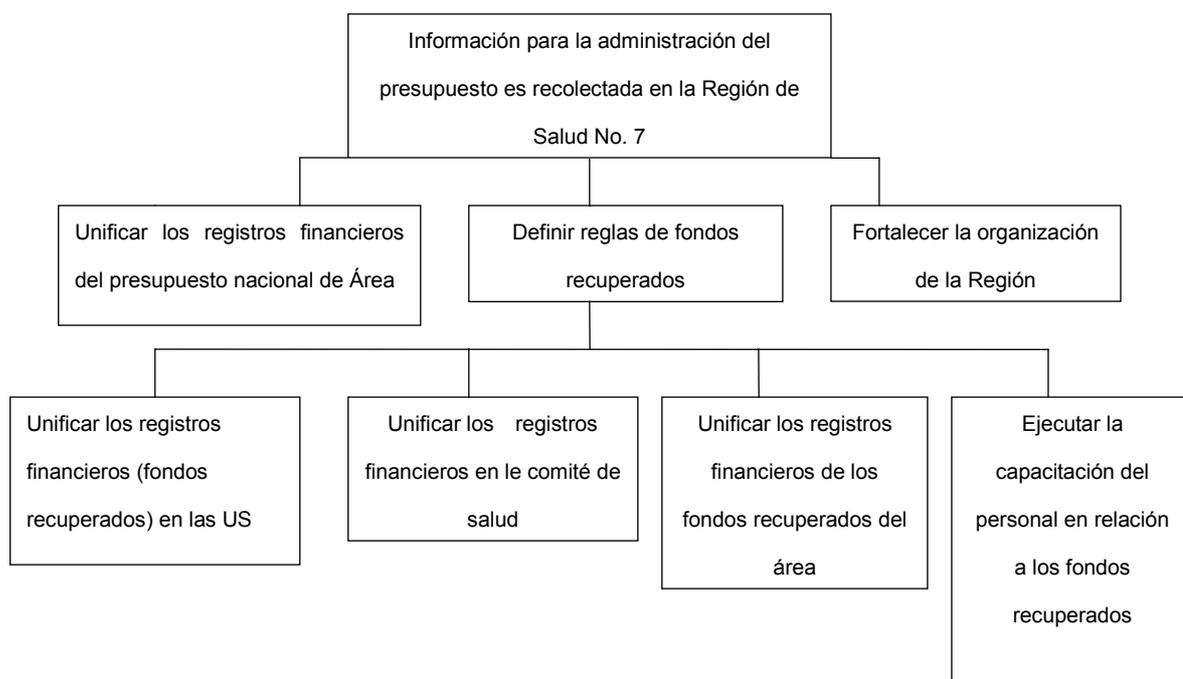


Figura 9-2 Sistema de actividades (Resultado No.9 - Financiero -)

2. Logros del Resultado

Los indicadores del resultado 9 son los siguientes:

(1) El número anual de usuarios para talleres y capacitaciones en CREDIS es de 1140 personas, mayor al número que se había estimado al momento del ofrecimiento de establecer CREDIS.

(2) Supervisiones integradas ejecutadas en un 100% de acuerdo al plan.

No se ha fijado un indicador para asuntos financieros

Tabla 9-1 Numero anual de uso y usuarios de CREDIS (Ene 2002 – Ene 2004)

	Numero de usos de CREDIS	Numero de Usuarios
2002	32(17)	636(223)
2003	64(22)	1551(589)
2004	32 (8)	648(203)
Total	128(47)	2835(1015)

2002: Ene – Dic.

2004: Ene. – Jul.

(xx) muestran el número usado por PROSARE 7

CREDIS se establecido en Junio del 2002, durante los siguientes seis meses hasta Diciembre de ese mismo año el número de usuarios fue de 636 y el número de veces que se utilizo fue de 32.

En el 2003, CREDIS estuvo disponible para su uso durante todo el año. El numero de veces utilizado por PROSARE durante el 2003 (22) fue muy similar al año 2002 (17), lo que si se incremento fue el uso por la Secretaria de Salud y otros donantes.

En el 2004, de enero a julio, el número de total de eventos que se llevaron a cabo en CREDIS fue de 32. Entre ellas encontramos diferentes reuniones, capacitaciones y talleres de la Región de Salud no. 7

Como se ha mencionado a pesar que la capacitación del personal de auxiliar de enfermería ha sido pospuesta hasta el mes de enero del 2005, el número de usuarios ha sido más alto de lo esperado (1140), también se hará a partir de esta misma fecha un centro

de formación para auxiliares de enfermería.

Sin embargo es imposible evaluar la eficiencia del empoderamiento del recurso humano en base a estos datos.

Las tablas que a continuación presentamos muestran el registro de la Capacitaciones de Computación Básica

(Esta fuera del indicador para el resultado)

	Numero de ejecución
2001	9
2002	23
2003	2
Total	34

Tabla 9-2 Numero de ejecución

	Numero de participantes
Región	69
HRSF	13
Área 1	14
Área 2	6
Área 3	2
Área 4	7
Otro	8
TOTAL	119

Tabla 9-3 .Numero de Participantes por Área.

La situación sobre la utilización de computadoras por los participantes (119) todavía no ha sido investigada. Aunque después del proyecto en las áreas se fortaleció el sistema de información (Estadística) con conocimientos (cursos de computación) y equipos (Computadoras).

Será difícil hacer un progreso rápido de acuerdo a la situación del proceso con una tasa de ejecución de la supervisión de 0% y sin logros obtenidos, excepto por la investigación del sistema financiero de la Región de Salud No.7.

3. Consideraciones

Referente a los asuntos financieros, la monitoria continua y un plan realista harán posible que la Oficina Regional de Salud tenga sus propios fondos disponibles para gastos en las actividades, ya que los ingresos por cuota de atención medica se asegurarán para las necesidades permanentes de los servicios de atención medica; los fondos recuperados compensarán por la falta de presupuesto y contribuirán para cada actividad de la oficina regional.

Un defecto común del departamento de administración de la Oficina Regional de Salud es la falta de información. Especialmente en el campo de asuntos financieros se requiere recolectar datos de manera simple, continua, precisa y apropiada.

La actividad del resultado 9 del proyecto “conocer la situación real del presupuesto”, ha sido útil para reconocer los beneficios del sistema de fondos recuperados. Solo a través del sistema de fondos recuperados se pueden obtener fondos flexibles. Pero la cuestión, (que debería haberse visto reflejada en las actividades) es que la monitoria no se ha realizado en lo absoluto. Esto se debe a la tardanza y la poca entrada de expertos. Las mejoras en los sistemas llevan tiempo porque es necesario monitorearlos y evaluarlos uno a uno durante el proceso.

Generalmente se toma por sentado que el área administrativa no debería tener problemas fatales para poder cumplir con el objetivo del proyecto, por eso el apoyo continuo es importante. Como resultado podemos observar que el área administrativa debe ser considerada desde el inicio del proyecto, no a mediados ni finales del mismo.

A pesar que el área administrativa es vista generalmente como una condición externa al proyecto por la dificultad para intervenirla, dentro de este proyecto se ha fijado como una condición interna debido a actividades como ser la supervisión, y el desarrollo de recursos humanos y financieros que son temas necesarios para la sostenibilidad y que han sido integrados en un solo resultado comprendido en administración. Sin embargo, esto ha resultado en una pobre entrada de recursos humanos por parte del proyecto y en una débil estrategia por parte de ellos. Es imposible alcanzar el objetivo del proyecto sin un compromiso definido y determinación por parte de las contrapartes (Oficina Regional de Salud) ya que el área administrativa no se mejorara solo a través de la transferencia técnica. Sin embargo, debemos mencionar que hubo casos de cambios en la asignación de las contrapartes e interrupción de sus actividades.

Debe evitarse iniciar las actividades sin considerar las necesidades y la disponibilidad de recursos humanos tanto de Japón como de Honduras, además debe considerarse la organización y estructura de la Oficina Regional de Salud.

3. 調査団長所感（橋爪章団長）

団長所感

本プロジェクトは、端的に言うならば、オランチョ県において、地域保健活動モデルを開発することを目指したものであった。県レベルにおける基本的資源（予算および人員）に大きな追加投入をすることなしに地域保健活動が改善できるか、という命題にチャレンジしたものであり、成功すれば、オランチョ県モデルは開発援助の模範となるべきものであった。

地域保健活動の対象とすべき課題は数多いが、本プロジェクトにおいては、リプロダクティブヘルスの向上を、取り組むべき課題として選択している。オランチョ県において、リプロダクティブヘルスに関する様々な活動は既に行われており、理論的には、それらの活動をそれぞれ充実させることにより、地域のリプロダクティブヘルスは向上することとなる。本プロジェクトも、結果としてそのような活動を行ってきている。リプロダクティブヘルスに関係する重要な活動をいくつかピックアップし、それぞれの活動についてキーパーソンを定め、そのキーパーソンが「参加型」手法によって周辺スタッフの意識を盛り上げることで、個々の活動の充実を図ってきた。JICA 専門家は、その「参加型」活動の部分を側面支援してきたものである。この試みは、合同評価報告書に詳述の通り、成功しているということができよう。関係職員の意識が高まり、その結果として様々な活動が活発になってきていることは、長期短期の日本人専門家、あるいは調査団員が肌で感じていることである。

専門家帰国報告会、対処方針会議等において、本プロジェクトについてしばしば話題とされたことのひとつは、「成功」の客観的証明に関することである。リプロダクティブヘルスが向上したのであれば、当然のこととして、妊産婦死亡率や乳児死亡率の改善に反映して然るべきところであるが、それらの指標については、残念ながら評価不能であった。途上国ゆえの正確な統計収集の限界などを理由に言いわけをすることはたやすいが、自らの活動の帰結を実感できないようでは、「意識の高まり」を長期間にわたって維持することは困難である。プロジェクトが「参加型」手法をコアプロセスとして採用した以上、プロジェクト終了後においてもそのモチベーションを維持するための方策についても深慮が必要である。

自らの活動の帰結とは、リプロダクティブヘルスの場合、多くは自分が関わった対象の数か月後の姿である。地域の統計が厳密にとれなくとも、「自分が関わった妊婦が、今は母子ともに元気である」ことが数か月後に確認できさえすればいい。それだけのことであるが、その実現のためには、妊婦の登録とフォローアップの徹底が必須である。それはプロジェクトのわずかな残り期間で構築できるようなシステムではないが、それさえできれば、このプロジェクトが行ってきたことが、さらに大きく結実することは間違いない。逆説的ではあるが、参加型アプローチであったからこそ、妊婦登録とフォローアップを徹底しなかったことを、欠点としてはじめて自覚することができるようになったわけで、その意味において、オランチョ県は他県より数段高い

開発アドバンテージを有している。プロジェクトカウンターパートには、オランチョ
県モデルを開発援助の模範とすべく、是非、妊婦登録とフォローアップのシステム構
築に向けて強く動いてほしいものである。

以 上

4. 調査団員所感（明石秀親団員）

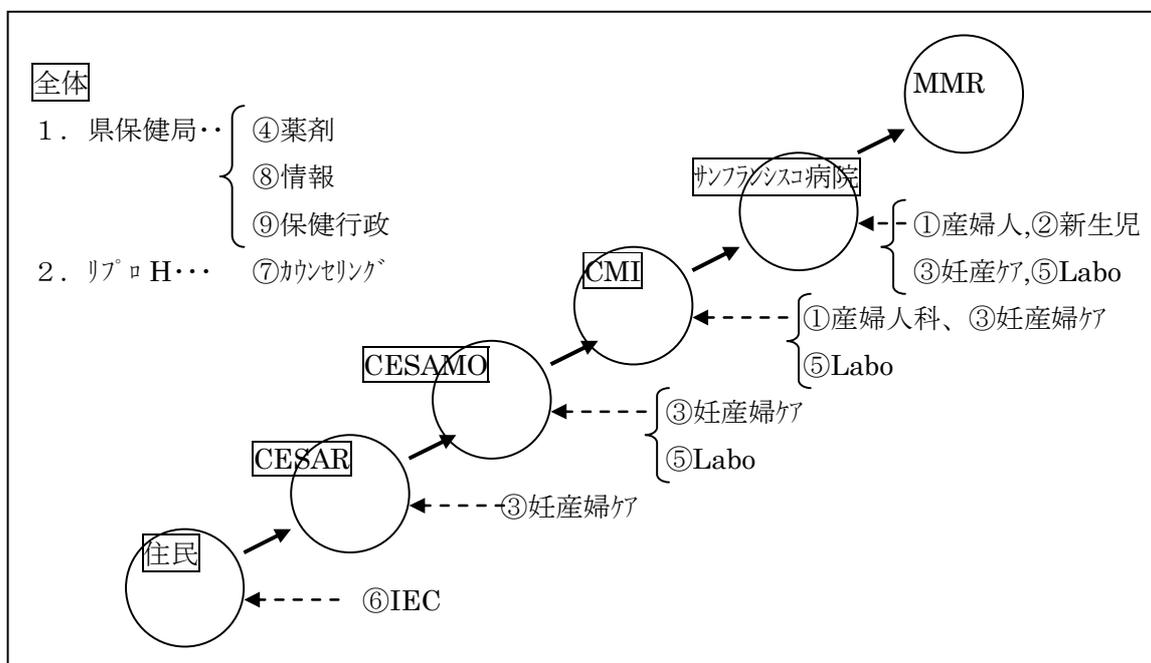
母子保健を中心とする評価結果

1. プロジェクトの選択

西部地域が貧困地域で多くのドナーが活動しているのに比べて、オランチョ県は他のドナーが当初入っておらず、また医療サービスへの住民アクセスもあまりよくないと思われ、その意味でオランチョ県でプロジェクトを実施したことは適切であったと思われる。また、内容的にも、国の地方分権化の流れや妊産婦死亡の低減という MDGs に向けての取り組みから見ても、ターゲットとして不都合はなかったと考える。さらに、人事異動はあるとはいえ著しくなく、プロジェクトの成果も C/P の中に蓄積されることが予想される。

2. プロジェクト・デザイン

母子保健の視点から：母子保健のうち、出産という切り口からプロジェクトのデザインを見てみると、以下の模式図のようになる。

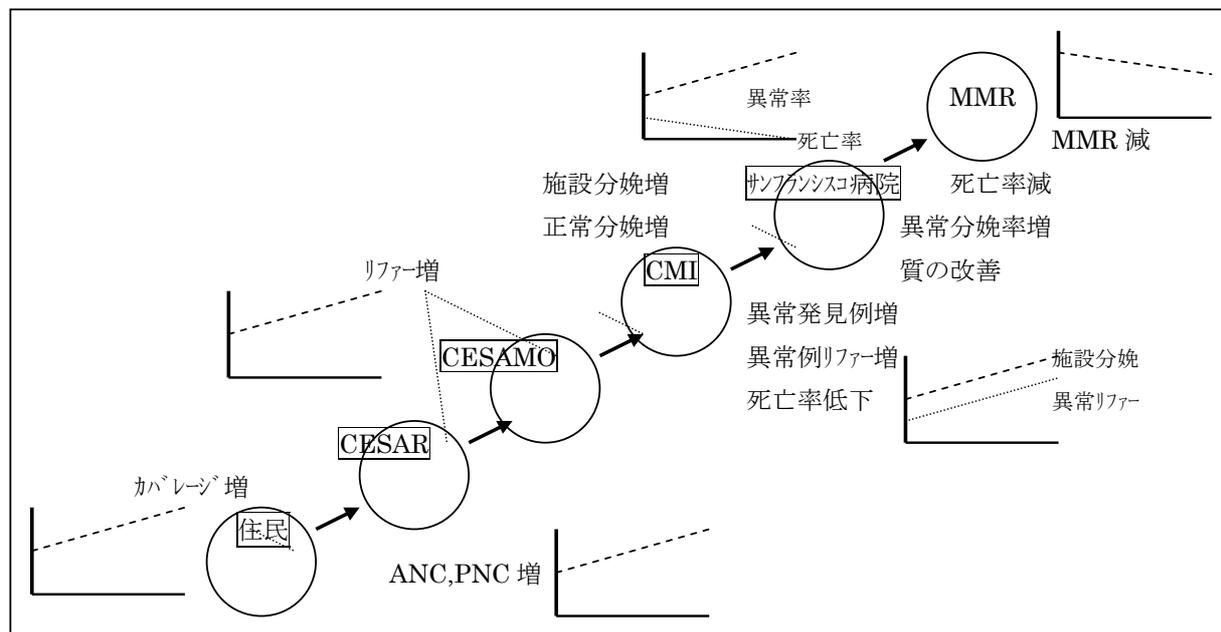


3. プロジェクト・ストーリーの確認

プロジェクト形成時の構想では、「地域保健マネジメントの強化」が主体であったが、その後の再検討で「リプロダクティブヘルスが主体」となり、その指標として MMR の減少があがっていることから、プロジェクトで目指したストーリー（仮説）の一つの例としては、

「リプロダクティブヘルスに関わる保健システムを改善してきたことで、IEC の活動と相まって、地域住民が ANC に受診するようになり、地域の 1 次医療施設で正常例を診られるようになり、そこからリファーされた患者が増えて CMI での正常分娩が増え、全体として施設分娩数が増える。また CMI などでの異常発見例が増えて、2 次医療施設であるサンフランシスコ病院へのリファーが増える。サンフランシスコ病院では、診療の質が上がり、死亡率が減って、MMR の低減に貢献する」

という解釈が成り立つ。以上を図示すると次のようになる（想定される指数の変化を示すグラフを含む）。



その場合、MMRの低減に至る前に、サービス・カバレッジの増大がプロジェクト目標の上位に置くことが可能であろうが、今回はPDMを改訂しないということなので、カバレッジの指標はプロジェクト目標に含めた。ただし、プロジェクト・ストーリーはプロジェクトの一断面をなぞったに過ぎず、MMRに関する検討が、プロジェクトの全体像を表すものではない。したがって、実際の評価は上記のプロジェクト・ストーリーと関連するしないとに関わらず、9つの成果分野（産婦人科、新生児、妊産婦ケア、薬剤管理、臨床検査、カウンセリング、IEC、情報システム、財務を中心とする保健行政）をそのまま検討している。

4. 指標の確認と結果（下線部は、上記のプロジェクト・ストーリーで出てきた指標を示す）

上位目標：「第7保健地域におけるリプロダクティブヘルスの状況が改善される」が掲げられ、その指標として「第7保健地域の妊産婦死亡率が2010年に98に減少する」が挙げられた。

これについては、変動多く、効果測定不能。(79⇔151の間で推移)

プロジェクト目標：「第7保健地域において保健医療供給者が質の高いリプロダクティブヘルスサービスを提供する」があげられており、その指標として、

- ・ 利用者の90%がリプロダクティブヘルス・サービスに満足する：90%以上で、達成（特にCMIで“とても満足”の割合が高い（70%））
- ・ 施設分娩の割合が12%増加：年率3%増加しており、達成が見込まれる（37.5%→46.7%）。
- ・ サンフランシスコ病院内の新生児死亡率は1割減少：総新生児死亡に対する出生後48時間以降の新

生児死亡割合は着実に減少している（25.6%→21.9%）が、SF 病院内の新生児死亡率の達成は難しい（10.2 ほど）。

- ・ ANC 受診率が 1 割増加：達成（80.4%→90.6%）
- ・ PNC 受診率が 1 割増加：達成の可能性ある（45.1%→48.0%）

がある。プロジェクト地域の人口増加があまりないと仮定すると、上記の指標からサービスのカバレッジは増加したと考えられる。

成果 1：産婦人科（サンフランシスコ病院と CMI）

CMI から SF 病院へのリファー数は増加（月平均 6.2 件→45 件）。巡回診療活動も開始されている。SF 病院内の連携には改善の余地がある。

成果 2：新生児（サンフランシスコ病院と CMI）

SF 病院内の新生児室の強化中心。新生児室内での死亡率は減少している（10.8→4.0）が、病院としては不変。

成果 3：妊産婦ケア（サンフランシスコ病院、CMI、CESAMO、CESAR）

スタッフへの研修など。保健センターにおける妊産婦リスク発見率の増加（9%→11%）

成果 4：薬剤管理

医薬品供給システム（在庫管理、配送の効率化）など。4 種以上の薬剤の在庫切れのあった施設割合は減少傾向（42.3%→3.1%）。前回配送から 90 日以内に薬剤配送を受けた施設割合（ほぼ 0%→76%）

成果 5：臨床検査

保健センターの月平均検査件数増加（4,740→10,876）、妊婦検診の 9 検査項目の実施できる CESAMO 検査室割合（90%）とかなり改善しているが、精度管理についてはまだ未達成。

成果 6：IEC

健康教育の受診患者数は増加傾向（月平均 1,448→4,193）、妊婦検診受診者総数は増加（12,566→14,627）、特に交通機関や電気のなかった地域の住民が医療機関にアクセスするようになっている。PNC も同様。

成果 7：カウンセリング

実施数増加（月平均 111→407）

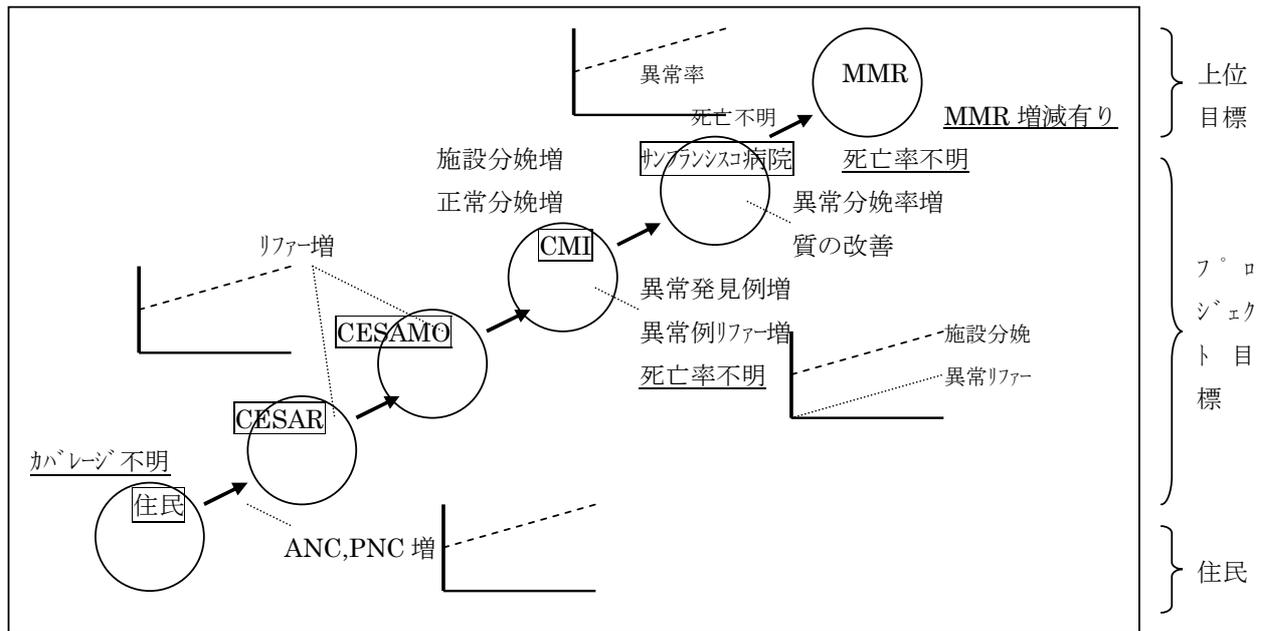
成果 8：情報システム

県地域統計部に期間内に提出した保健センターの割合（0%→95%）

成果 9：人事および財務を中心とする保健行政

コンピューターの研修などが行われた。財務の流れや問題点を明確にした。

以上を、前期の模式図に示すと以下のようになる（下線部は指標として明確な成果が見えなかった部分）。



以上から、母性保健のかなりの部分において、プロジェクトの効果が現れてはいると考えられ、さらに前述の如くプロジェクト地域の人口増加があまりないと仮定すると、サービスのカバレッジは増加したと考えられ、質の改善が利用数の増加に反映されたと推定できることから、プロジェクト目標の「第7保健地域において保健医療供給者が質の高いリプロダクティブヘルス・サービスを提供する」は、かなり達成されたのではないかと考える。また、リプロダクティブヘルスの状況はMMRのみに表されるだけではなく、カウンセリング・サービスの実施数は非常に増えており、それによる家庭内暴力(DV)などの低減が予想され、また薬剤供給や臨床検査の状況改善などによるその他の改善が見られた可能性は十分あると思われる。ただ上位目標の指標の一つにあげられたMMRの減少に結びついていることが、実際には立証できなかったが、この理由については明らかではない。一応、想定できるものとして、①サンフランシスコ病院で妊産婦死亡に結びつく診療の質の改善が十分でなかった。②CMIなどでの死亡が減っていなかった。③施設分娩にたどり着けず(来ず)に死亡している症例が多い、などが考えられよう。①に関連したものとして、サンフランシスコ病院での産婦人科介入は、カウンターパートの問題などで十分な診療の質改善が行われなかったという問題点があったようである。②については、CMIを調査した感じでも、かなりCMIの機能改善が行われた印象で、あまり考えにくい。③については、CMIに属するMaternity Home(出産を待たための宿泊施設)についてはあまり利用されておらず、この部分については介入が行われていなかったため、施設にたどり着かず死んでしまう症例が多いのかもしれないが、実際には住民の施設分娩が増えており、本当のところは不明である。また、新生児、小児の部分は、介入は一部であり、大きな指標の変化は見られなかった。

以上

<p>実施プロセス</p> <p>活動の進捗状況</p> <p>技術移転の方法</p> <p>プロジェクト運営</p> <p>意思決定の過程</p> <p>専門家とカウンタートワーハートの関係性</p> <p>受益者の事業への関わり方(ターゲットグループや関係組織の参加度と認識度)</p> <p>相手国実施機関のオーナーシップ(ホンジュラス側のコミットメント)</p>	<p>活動は計画通りに行われたか</p> <p>キャパビルの効果</p> <p>専門家とC/Pの意見</p> <p>モニタリングのしくみは適当か</p> <p>PDM詳細活動の軌道修正内容</p> <p>外部条件の変化への対応、外部条件の内部化の状況</p> <p>どのようなプロセスで意思決定がされているか</p> <p>コミュニケーションの状況</p> <p>選定されたC/Pは適性か</p> <p>共同作業による問題解決方法の見直し状況(意思決定プロセスを含む)</p> <p>カウンタートワーハートの変化(主体性・積極性)</p> <p>関係組織やターゲットグループの参加度と認識度の高さ</p> <p>再生産期の女性の行動の変容</p> <p>実施機関責任者の参加の度合い(主要関係者の会議等への参加の頻度・割合)</p> <p>予算手当て(プロジェクト開始後の予算額の推移)</p> <p>カウンタートワーハート配置の適性度</p> <p>参加型手法の効果</p>	<p>活動実績レポート</p> <p>活動詳細表(POA)</p> <p>モニタリングシート</p> <p>5月時点の結論表</p> <p>専門家報告書</p> <p>専門家プレゼンテーション</p> <p>専門家、C/P</p> <p>専門家、C/P</p> <p>モニタリングシート、モニタリング関係報告書</p> <p>プロジェクト進捗表、PDM(修正前、修正後)</p> <p>モニタリングシート、プロジェクト進捗表</p> <p>プロジェクト進捗表、議事録(COC、RCO)、中間評価報告書</p> <p>専門家、C/P</p> <p>専門家、C/P</p> <p>専門家、C/P</p> <p>専門家</p> <p>専門家、関係部署の意見</p> <p>専門家、C/P、関係組織</p> <p>議事録</p> <p>C/P機関の予算データ</p> <p>専門家の意見</p> <p>専門家とC/P</p>	<p>右レビュー</p> <p>インタビュー</p> <p>右情報のレビュー</p> <p>右情報のレビュー</p> <p>右情報のレビュー</p> <p>右情報のレビュー</p> <p>インタビュー</p> <p>インタビュー</p> <p>インタビュー</p> <p>インタビュー</p> <p>アンケート実施</p>
<p>妥当性</p> <p>被援助国のニーズとの整合性、日本の援助事業として妥当性があるか</p>	<p>上位目標は相手側の開発政策に合致しているか(優先度)</p> <p>プロジェクト目標は相手側のニーズに合致しているか(必要性)</p> <p>計画の論理性は確保されているか(手段としての適切性)</p> <p>参加型手法を用いることは妥当か(手段としての適切性)</p>	<p>開発計画における保健分野の優先度</p> <p>JICAホンジュラスにおける援助指針との整合性</p> <p>保健政策のニーズ</p> <p>第7保健地域におけるリプロ分野の優先度</p> <p>問題系図/目的系図</p> <p>PDM(策定時、修正版とも)</p> <p>参加型手法の活用/妥当性</p>	<p>国家開発計画</p> <p>保健政策(現時点の)</p> <p>JICA事業実施計画</p> <p>地域事務所保健政策</p> <p>保健政策、開発調査報告書</p> <p>問題系図、目的系図、各種報告書</p> <p>C/P、保健者、他ドナーの意見、専門家の調査結果</p> <p>専門家とC/P</p>
<p>有効性</p>	<p>プロジェクト目標は達成されるか</p>	<p>プロジェクト目標の達成度は現時点において適性範囲にあるか</p> <p>(1)利用者の満足度</p> <p>(2)施設分娩の割合</p> <p>(3)HRSFにおける新生児死亡率</p> <p>(4)妊娠中のコントロールの実施数(割合?)</p> <p>(5)産後のコントロールの実施数(割合?)</p> <p>外部条件の変化</p> <p>細胞診断士の数の増加</p> <p>第7保健地域の人口の増加傾向</p> <p>保健政策の変化</p> <p>他ドナーの関連分野での関与継続</p> <p>マスメディアのリプロ普及における役割の継続</p>	<p>指標の「情報源」</p> <p>(1)出口調査</p> <p>(2)AT-1</p> <p>(3)HRSFの診療記録(カルテ?)</p> <p>(4)AT-1</p> <p>(5)AT-1</p> <p>統計部の情報</p> <p>保健政策レビュー</p> <p>他ドナーのリプロ分野の活動傾向のレビュー</p> <p>IEC関係者</p> <p>前政権と現政権の保健政策の比較検討</p> <p>文献、インタビュー</p> <p>IEC関係者へのインタビュー</p>
<p>効率性</p> <p>プロジェクトは効率的であったか</p>	<p>投入された資源量に見合った成果が達成されているか</p> <p>投入(人・資機材)の質および量</p> <p>投入(人・資機材)の活用度</p> <p>研修に参加した受講者の選択の適性度</p> <p>投入(人・資機材)のタイミングの適性度</p> <p>参加型アプローチの導入の効果</p>	<p>成果の達成度合いの適性度</p> <p>投入された機材の質の適性度</p> <p>投入された機材の量の適性度</p> <p>投入された人材(専門家の質)の適性度</p> <p>投入された人材(専門家の量の適性度)</p> <p>習得した知識・技術の活用度</p> <p>供与機材の活用状況</p> <p>投入された人材(専門家のタイミング)</p> <p>投入された機材のタイミング</p> <p>参加型によるプロジェクト運営の効率性は高かったか</p>	<p>評価サマリーの結果</p> <p>「実績」の成果の達成度</p> <p>担当専門家、チーフアドバイザー、C/P</p> <p>担当専門家、チーフアドバイザー、C/P</p> <p>担当専門家、チーフアドバイザー、C/P</p> <p>担当専門家、チーフアドバイザー、C/P</p> <p>担当専門家、チーフアドバイザー、C/P</p> <p>分性別ワークショップ</p> <p>供与機材の活用状況調査の結果</p> <p>担当専門家、チーフアドバイザー、C/P</p> <p>担当専門家、チーフアドバイザー、C/P</p> <p>ワークショップの検討結果</p>

<p>同様のプロジェクトの全体コストと効果 プロジェクトの運営(進捗管理を含む)の適切さ(モニタリン グシート(または実績値入りのPO)の活用)</p>	<p>同様のプロジェクトの全体コストと効果 プロジェクトの運営(進捗管理を含む)の適切さ(モニタリン グシート(または実績値入りのPO)の活用)</p>	<p>同様のプロジェクトの全体コストと効果 プロジェクトの運営(進捗管理を含む)の適切さ(モニタリン グシート(または実績値入りのPO)の活用)</p>	<p>同様のプロジェクトの全体コストと効果 プロジェクトの運営(進捗管理を含む)の適切さ(モニタリン グシート(または実績値入りのPO)の活用)</p>
<p>インパクト</p>	<p>プロジェクトの実施により、リプロダクティブヘルスの状況は改善されているか</p>	<p>上位目標の達成度合い アンジョナルレベル(保健本省)への正または負の影響は発現して 関連組織(他ドナーなど)への正及び負の影響は出現している カウンタートパート部門以外に、正および負の影響は出現してい るか その他、プロジェクトによってたらされた何らかの影響が出現 しているか</p>	<p>保健本省担当者インタビュー 関連組織の担当者へのインタビュー 事務局長、病院長へのインタビュー 右情報のレビュー</p>
<p>コスト 運営方法</p>	<p>プロジェクトの実施により、リプロダクティブヘルスの状況は改善されているか その他の波及効果はあるか</p>	<p>上位目標の達成度合い アンジョナルレベル(保健本省)への正または負の影響は発現して 関連組織(他ドナーなど)への正及び負の影響は出現している カウンタートパート部門以外に、正および負の影響は出現してい るか その他、プロジェクトによってたらされた何らかの影響が出現 しているか</p>	<p>保健本省担当者インタビュー 関連組織の担当者へのインタビュー 事務局長、病院長へのインタビュー 右情報のレビュー</p>
<p>自立発展性 協力終了後も 効果が持続し ていくか</p>	<p>政策支援の継続見込み 実施機関の組織の能力の有無 技術の定着度・普及のしきみ</p>	<p>上位目標の達成度合い アンジョナルレベル(保健本省)への正または負の影響は発現して 関連組織(他ドナーなど)への正及び負の影響は出現している カウンタートパート部門以外に、正および負の影響は出現してい るか その他、プロジェクトによってたらされた何らかの影響が出現 しているか</p>	<p>保健本省担当者インタビュー 関連組織の担当者へのインタビュー 事務局長、病院長へのインタビュー 右情報のレビュー</p>
<p>インパクト</p>	<p>プロジェクトの実施により、リプロダクティブヘルスの状況は改善されているか</p>	<p>上位目標の達成度合い アンジョナルレベル(保健本省)への正または負の影響は発現して 関連組織(他ドナーなど)への正及び負の影響は出現している カウンタートパート部門以外に、正および負の影響は出現してい るか その他、プロジェクトによってたらされた何らかの影響が出現 しているか</p>	<p>保健本省担当者インタビュー 関連組織の担当者へのインタビュー 事務局長、病院長へのインタビュー 右情報のレビュー</p>

