

**グアテマラ国
こどもの健康プロジェクト
中間評価調査報告書**

平成 19 年 10 月
(2007 年)

**独立行政法人国際協力機構
人間開発部**

人 間

J R

07-074

**グアテマラ国
こどもの健康プロジェクト
中間評価調査報告書**

平成 19 年 10 月
(2007 年)

**独立行政法人国際協力機構
人間開発部**

序 文

本プロジェクトは、2005年より本プロジェクト対象地域にて行われた事前評価調査「先住民族生活改善支援基礎調査」の結果に基づき、先住民族の多い地域で、かつ乳幼児死亡の多いケツァルテナンゴ県内の6市において乳幼児死亡の減少と乳幼児保健サービスのケアの改善をめざし、2005年10月に技術協力「こどもの健康プロジェクト」として開始されました。期待される主な成果としては、主に県レベルの1次・2次保健医療機関における人口調査をベースとした地区診断、および管轄地区内のハイリスク児の把握と家庭訪問や、乳幼児死亡分析を通じた保健医療スタッフの乳幼児健診の知識・技術の向上をめざしています。さらに、保健ボランティア・薬草ボランティアの育成と地域での保健活動を育成しサポートすることで、地域住民への保健医療施設へのアクセスの向上をめざしています。

本プロジェクトは2009年6月まで活動を予定しており、今般、協力期間が2007年10月をもって約半分終了したため、これまでの活動の進捗ならびに協力内容の評価をグアテマラ国側と共同で実施するため、2007年10月7日から同年10月18日まで、人間開発部第三グループ（保健1）母子保健チーム長である小林尚行を団長とする中間評価調査団を派遣しました。

本報告書は、同調査団が実施した調査および協議結果を取りまとめたものです。ここに、本調査にあたりまして、ご協力を賜りました関係各位に深甚なる謝意を表しますとともに、今後とも本件技術協力のため、引き続きご指導、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

平成19年10月

独立行政法人国際協力機構
人間開発部長 菊池 文夫

目 次

序 文
地 図
写 真
略語表

評価調査結果要約表

第1章 中間評価調査団の派遣	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的	1
1 - 1 - 1 経 緯	1
1 - 1 - 2 調査内容	1
1 - 2 調査団の構成	1
1 - 3 調査日程	2
1 - 4 主要面談者	3
1 - 4 - 1 グ国側関係者	3
1 - 4 - 2 日本側関係者	4
第2章 中間評価の方法	5
2 - 1 評価調査項目	5
2 - 1 - 1 実績の確認	5
2 - 1 - 2 実施プロセスの確認	5
2 - 2 調査対象者と情報・データ収集方法	5
2 - 2 - 1 調査対象者	5
2 - 2 - 2 情報・データ収集方法	5
第3章 調査結果	6
3 - 1 プロジェクト概要と背景	6
3 - 1 - 1 プロジェクト概要	6
3 - 1 - 2 プロジェクトの背景	6
3 - 2 投入実績	17
3 - 2 - 1 日本側投入	17
3 - 2 - 2 グ国側投入	18
3 - 3 プロジェクト活動の実績	19
3 - 3 - 1 プロジェクト成果1の活動実績	19
3 - 3 - 2 プロジェクト成果2の活動実績	22
3 - 4 成果の達成状況	24
3 - 4 - 1 プロジェクト成果1の達成状況	24
3 - 4 - 2 プロジェクト成果2の達成状況	27

第4章 評価結果	28
4 - 1 評価5項目の評価結果	28
4 - 1 - 1 妥当性	28
4 - 1 - 2 有効性	29
4 - 1 - 3 効率性	30
4 - 1 - 4 インパクト	31
4 - 1 - 5 自立発展性	32
4 - 2 結 論	32
第5章 提言と教訓	33
5 - 1 提 言	33
5 - 1 - 1 保健／薬草ボランティアの支援メカニズムの検討	33
5 - 1 - 2 県保健事務所の計画／運営／モニタリング機能の強化	33
5 - 1 - 3 グ国における包括的乳幼児保健サービスの将来的な拡大	33
5 - 1 - 4 NGO委託地域の保健サービスの改善	33
5 - 2 教訓	33
5 - 2 - 1 包括的なアプローチ	33
5 - 2 - 2 自立発展性を見越した活動	34
第6章 団長所感	35
6 - 1 経 緯	35
6 - 2 評価結果概略	35
6 - 3 本プロジェクトの特徴	35
6 - 4 課題と提言	36
6 - 4 - 1 保健／薬草ボランティアの支援メカニズムの検討	36
6 - 4 - 2 県保健事務所の計画／運営／モニタリング機能の強化	36
6 - 4 - 3 包括的な乳幼児保健サービスの将来的な拡大に向けての努力	36
6 - 4 - 4 NGO委託地域の保健サービスの改善	37
6 - 5 留意事項	37
6 - 5 - 1 NSチャートについて	37
6 - 5 - 2 パレスチナ・デ・ロス・アルトス市の対応について	37
6 - 5 - 3 青年海外協力隊（JOCV）との連携について	38
6 - 6 PDMの変更	39
6 - 7 今後について（所感にかえて）	39
付属資料	
1．ミニッツならびに中間評価報告書（写）	43
2．PDM0バージョン	85
3．PDM1バージョン（中間評価調査時の変更案）	89
4．評価グリッドと回答	91

5 . JICA専門家の派遣実績	93
6 . 供与機材リスト	95
7 . カウンターパートの配置	97
8 . 投入実績	99
9 . 成果品リスト	101
10 . 青年海外協力隊チーム派遣実績	103
11 . 活動報告プレゼンテーション資料	105
12 . PDM0バージョン和訳訂正案（中間評価団案）	165

ケツアルテナンゴ保健事務所



プロジェクトチーム、C/P、
評価調査団の合同協議



C/P によるプロジェクト説明



プロジェクト対象6市・JOCV
合同会議

カホラ市カホラ保健センター (CS)



患者受付と診療カードの照合



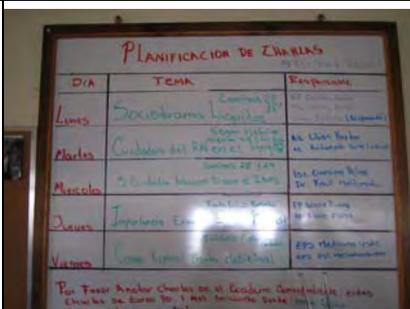
准看護師による母親への
健康教育（待合室にて）



研修医による乳児検診



保健センター職員表



健康教育（1週間）の
スケジュール表



住民の人口と健康状態を
示した地域地図



乳児診察室



一般診察室



巡回用バイク（供与機材）

サン・ミゲル・シギラ市サン・ミゲル・シギラ診療所（PS）



診療所全景



乳児診察室



待合室

カブリカン地区の保健センター（CS）診療所（PS）



ウイタン市 Paxoj 診療所（PS）
の地域地図



ウイタン市 Aldea Vixben 診療所
（PS）の診察室



准看護師による乳児検診



薬草フリップチャート
「こどもの為の8つの薬草」



薬草ボランティアによる
自宅菜園にて薬草の植え付け



薬草と子供への薬草処方台帳

合同調整委員会（JCC）



合同評価ワークショップ
（厚生省にて）



C/P による進捗発表



ミニッツ署名
（厚生省担当次官と調査団長）

略 語 表

略語		英・西・独語	日本語
ARI	英	Acute Respiratory Infection	急性呼吸器感染症
C/P	英	Counterpart	カウンターパート
CS	西	Centro de Salud	保健所
DAC	英	Development Assistance Committee	開発援助委員会
EBM	英	Evidence Based Medicine	根拠に基づいた医療
GIS	英	Geographic Information System	地理情報システム
GNP	英	Gross National Product	国民総生産
GTQ	西	Guatemalan Quetzal	グアテマラケツアル（通貨単位）
GTZ	独	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
HDI	英	Human Development Indicator	人間開発指数
HIV/AIDS	英	Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome	HIV / エイズ
IDA	英	Iron Deficiency Anemia	鉄欠乏性貧血
IMCI	英	Integrated Management of Childhood Illness	小児疾患統合管理
IMR	英	Infant Mortality Rate	乳幼児死亡率
INCAP	西	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá	中米パナマ栄養学研究所
IRAS-ETAS	西	Infecciones Respiratorias Agudas- Enfermedades Transmitidas por los Alimentos	急性呼吸器感染症 / 食品由来感染 症プログラム
JCC	英	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	英	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人 国際協力機構
JOCV	英	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
MDG	英	Millennium Development Goal	ミレニアム開発目標
MMR	英	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MSPAS	西	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	厚生省
NGO	英	Non-governmental Organization	非政府機関
NS	西	Nino de Salud	こどもの健康（プロジェクト・タ イトル）
PAHO	英	Pan American Health Organization	汎アメリカ地域保健機構
PBS	西	Paquete Básico de Servicios	基礎診療サービス・パッケージ

PDM	英	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PCM	英	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PRSP	英	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略文書
PS	西	Puesto de Salud	診療所
R/D	英	Record of Discussion	討議議事録
SEGEPLAN	西	Secretaria de Planificación y Programación	経済企画庁
SIAS	西	Sistema Integral de Atención en Salud	保健サービス統合計画局（厚生省）
STD	英	Sexually Transmitted Diseases	性行為感染症
TBA	英	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TFR	英	Total Fertility Rate	合計特殊出生率
TSR	西	Técnicos en Salud Rural	地域担当保健スタッフ
U5MR	英	Under 5 years old children Mortality Rate	5歳未満児死亡率
UNDP	英	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNAIDS	英	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	国連エイズ合同計画
UNICEF	西	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	国連児童基金
USIAD	英	US Agency for International Development	米国開発庁
WB	英	World Bank	世界銀行
WHO	英	World Health Organization	世界保健機構

評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：グアテマラ共和国	案件名：こどもの健康プロジェクト
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部 第三グループ 保健行政チーム	協力金額（評価時点）：1億2,900万円 （2007年10月時点）
協力期間	（R/D）：2005年9月29日 2005年10月1日～2009年 9月30日
	先方関係機関：厚生省、ケツアルテナンゴ県保健事務所
	日本側協力機関： 他の関連協力：
<p>1 - 1 協力の背景と概要</p> <p>グアテマラ国（以下、「グ国」と記す）厚生省は「国家レベルでの保健体制の整備及び地方分権化」を目標の1つとし、特に地方村落部における保健医療サービスの拡充に注力している。本プロジェクトの対象地域であるケツアルテナンゴ県は、首都グアテマラ・シティより西200kmの中西部高原地域の中心に位置し、マム語とキチェ語を話す先住民が多く居住しており、母子の健康状態の改善が重要課題として認識されている。事前評価調査を通じて、妊産婦死亡率が低減の傾向にあることが確認されたが、それに比べ乳幼児死亡率、特に乳児死亡率については著しい改善が見られていないことが明らかとなった。また、子供が風邪や下痢で重症化しているのは、両親の知識不足のために保健医療施設へ子供を連れて行くのが遅れていることや、保健医療施設での診療や治療が適切でないことが主な原因であることも判明した。ケツアルテナンゴ県を含めてグ国の乳児死亡の原因は、呼吸器感染症と下痢症で過半を占めている。</p> <p>このような背景のもと、グ国政府は、ケツアルテナンゴ県を対象とした乳幼児死亡率の低減を目標として、技術協力を要請し、これを受け、我が国は2005年10月から4ヵ年の予定で本プロジェクトを実施中である。なお、本プロジェクトは「ケツアルテナンゴ県6市における地域保健向上プログラム」の一環として実施され、青年海外協力隊員（看護師、助産師、栄養士）との連携の下に実施されている。</p> <p>プロジェクト開始から1年10ヵ月を経過し、これまでの進捗状況のレビュー、課題、問題分析、調査結果を基に、今後の活動計画とめざすべき目標の再確認を行った。</p> <p>1 - 2 協力内容</p> <p>（1）上位目標 ケツアルテナンゴ県のプロジェクト対象地域における乳幼児（5歳未満）の死亡率が減少する。</p> <p>（2）プロジェクト目標 対象地域における乳児（1歳未満）が呼吸器感染症や下痢症による重症に陥らない。</p> <p>（3）成果</p> <p>1）乳児が呼吸器感染症や下痢症による重症に陥る前に医療従事者が質の高いケアを提供する。</p> <p>2）乳児の呼吸器感染症や下痢症に対するケアについて、家族の知識や技術が向上する。</p>	

(4) 投入 (評価時点)

日本側:

専門家派遣 延べ5名

研修員受入 延べ6名

機材供与 2,560,312.61GTQ

ローカルコスト負担

(現地業務費) 1,685,029.04GTQ

グ国側:

カウンターパート配置 延べ19名

機材購入

現地通貨 GTQ

土地・施設提供 プロジェクト事務所

ローカルコスト負担

現地通貨 GTQ

(厚生省、ケツアルテナンゴ県保健事務所内)

2. 評価調査団の概要

調査者	担当業務	氏名	所属
	団長	小林 尚行	JICA人間開発部 母子保健チーム チーム長
	協力計画	中窪 優子	JICA人間開発部 母子保健チーム ジュニア専門員
	評価分析	村松 啓子	システム科学コンサルタンツ株式会社
	通訳	福井 美子	JICE通訳

調査期間: 2007年10月7日~18日

評価種類: 中間評価

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) 「成果1: 乳児が呼吸器感染症や下痢症による重症に陥る前に、保健医療施設において質の高い保健医療サービスが提供されるようになる」の達成状況

成果指標	達成度
呼吸器感染症や下痢症に罹った乳児の85%以上が保健医療サービスを利用する。	「呼吸器感染症や下痢症に罹った乳児」の医療施設利用件数が、2002年の5万9,820件から2006年の8万7,222件に増加した。
保健ポスト、保健センターの保健スタッフが来院するすべての両親に対して呼吸器感染症や下痢症についての健康教育を行う。	集計システムが整った2007年の乳幼児健診受診者数は、対象6市の5歳未満児が1万8,115人おり、これに対して合計7,571人が乳幼児健診を受けている。延べ件数ではあるが42%が呼吸器感染症や下痢症についての健康教育を受けた。
リスクと呼吸器感染症および下痢症に係るケアについて、保健スタッフの知識が向上する。	プロジェクト開始時から現在に至るまで、対象地域の医療従事者ほぼ全員の51人が計30回研修を受けたことで、呼吸器感染症や下痢症についての危険な兆候とケアについての知識が向上している。

(2) 「成果2: 乳児の呼吸器感染症や下痢症に対するケアについて家族の知識や技術が向上する」の達成状況

成果指標	達成度
乳児を持つ母親の80%以上が、呼吸器感染症や下痢症の乳児の基本的なケアと栄養についての知識を持つ。	ボトムアップの活動を行うための準備段階で、保健ボランティアを組織化しようとしたが組織化が遅れたこと、活動に必要な薬草についての教育教材である薬草フリップチャート「こどもの為の8つの薬草」の制作が遅れたために、「成果2」の進捗は全体的に遅れた。
乳児を持つすべての親が呼吸器感染症や下痢症の危険な兆候を判別するための知識を持つ。	
乳児の80%以上が乳幼児健診を受診する。	
乳児を持つ両親の90%以上が呼吸器感染症や下痢症の乳児に対する伝統医療について適切な知識を身につける。	2006年6月より現在に至るまで、計49人の薬草ボランティアと計104人の保健ボランティアが選ばれ、9ヵ所で毎月トレーニングを受けながら活動を始めている。

3 - 2 評価結果の要約

(1) 妥当性

「保健基本政策 (Políticas de Salud 2004 - 2008)」の条項「健康に関する国民需要を質・倫理・公正性に鑑みた各レベルにおける医療サービスの提供を通じて充足させる」と、国家保健優先項目 (Prioridades de Salud País) にある「妊産婦死亡と新生児死亡」に合致しているほか、「貧困削減戦略文書 (PRSP)」では地方の先住民族居住地域を重点地域とすることから、ケツアルテナンゴ県における乳幼児の死亡率を低減する活動は上記政策の具現化が図れるものであり、妥当性がある。また、対象6市は、統計上人口・保健指標の状態の悪い地域で、かつ厚生省と契約しているNGOが保健活動を実施している地域と重複していない。JOCV (Japan Overseas Cooperation Volunteers: 青年海外協力隊) チームと緩やかな連携を持ってプロジェクト活動を行う上でチーム構成人数が6人に対して6市が選定された。地域性、地域数共に無理なく妥当な選択である。

(2) 有効性

保健所 (Centro de Salud: CS)・診療所 (Puesto de Salud: PS) における医療従事者の質は、医療従事者が乳児死亡の原因を考えるとという自発的な発想を持ち、改善計画への自主性を持ち始めたこと、乳児検診の成長曲線を見て子供のリスクを予測し始めたこと、乳児の重篤患者やハイリスク患者を家庭訪問してフォローアップしていることなど、乳児が呼吸器感染症や下痢症による重症に陥らない態度の改善が見られている。

医療従事者が実施する健康教育の実施率、母親への定着度はモニタリングによる数値化がまだ困難な点があるものの、医療従事者の前向きな活動傾向は14医療施設中13ヵ所で見られた。

保健ボランティアのトレーニングで非識字者であったボランティアがモニタリング・チャートに記入できるようになり、モニタリングの精度に信頼性が生まれてきている。また、保健ボランティアの組織化によるボランティア・ネットワークのボトムアップにより、乳幼児健診の受診率が向上傾向にある。一方、医療従事者や保健ボランティアらによって乳児を持つ母親に健康教育「基礎的な5つのケア」と薬草教材「こどもの為の8つの薬草」が普及し始め、少しずつ定着し始めている。

このような数値の上昇傾向は、医療従事者の質が向上し、乳児の親が呼吸器感染症や

下痢症のケアについての知識を持ち始めていると判断でき、プロジェクト目標の達成は見込みがあると判断する。

(3) 効率性

プロジェクト開始時より長期専門家と短期専門家がほぼ計画どおり、かつ政情に臨機応変に対応して投入できたことによって、活動は効率的に行われた。また、連携して活動しているJOCVチーム派遣は看護師・助産師・栄養士といった専門性を有した人材が投入され、専門家チームと連携して効率性の高い投入となった。このように専門家チームが主に保健行政・運営側に対して技術移転する一方、JOCVチームが高い質を保ちつつ面的広がりを持ってCS・PS・コミュニティといった地域活動に当たられた効果は大きく、効率性は高いと評価できる。

対象地域におけるカウンターパート(C/P)の人数はおおむね適切であったが、プロジェクト地域が首都から離れていることから基本的に中央の厚生省と連携が取りにくい上、厚生省におけるC/Pが次官という要職にあったことから、具体的な業務の連携に結びつきにくかった。その反面、地域で活動するNGOおよび薬草による自然療法を促進しているNGOとの連携を持つことで、先住民族に受け入れられやすい地域密着型の活動をめざしたことは、人的資源に限りのあるプロジェクト活動において、活動地域の拡大と効率性に貢献した。

(4) インパクト

保健ボランティアが組織化されつつあり、ネットワーク化されていくと、コミュニティにおける保健ボランティアという点の活動が相互扶助による反復と標準化につながり、加えて医療従事者との対等な連携が生まれている。

プロジェクト対象地域以外の医療従事者への乳幼児検診や健康教育のトレーニングが波及し、他地域でも活動が開始されている。プロジェクト地域に配置された医学生、地域地図・人口調査に参加した医学生はプロジェクト活動に触発されて、医師となった現在、子供の死亡に対する意識が高く、良い診療活動を実施しているとの報告があった。

また、伝統的産婆(Traditional Birth Attendant: TBA)が薬草教材を導入したいと希望して、訪ねてくるようになってきている。現時点では、負のインパクトは特に確認できない。

(5) 自立発展性

プロジェクト活動を継続するための実施体制は確立しており、県保健事務所との協力態勢も整いつつある。末端の医療施設に勤務する医師・准看護師らは政権交代に伴う人事異動はほとんどないが、中央の厚生省は政権交代の影響を受け、C/Pである次官がプロジェクト開始時から既に3回交代している。したがって、政権交代の影響を極力抑える必要がある。

本プロジェクトはなるべくコストをかけないで工夫しているため、本プロジェクト終了後も同様の予算配分を行えば活動が継続される可能性もある。ただし、少ないとはいえプロジェクト運営にかかった活動経費をC/Pであるケツアルテナンゴ県保健事務所が独自の予算で実施するように、あらかじめ活動範囲等を計画しておくことが必要である。

医療従事者の多数派である准看護師や保健スタッフらは地域出身者が多いことから、

人事異動面での人材流出はほとんどなく、専門家が直接トレーニングした医療従事者や保健ボランティアの技術は定着する可能性は高い。しかしながら、真の技術の定着には反復と継続的指導が必要であり、プロジェクト実施期間中に自立できる人材の育成と技術レベルを保持していく仕組みづくりが重要である。さらに、現時点では移転された技術のモニタリング（直接的には医療従事者や保健ボランティア、間接的には裨益する乳幼児の親）は四半期ごとであり、結果には時間がかかると推測される。

また、医師や看護師は地元出身でない場合が多いため、希望して異動していく可能性がある。彼らは保健センター・保健ポストでは少人数であるが権限を持ち、施設運営において影響力があることから、人事異動の可能性を考慮して活動する必要がある。

3 - 3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

限られた人数と期間の専門家の投入に対して、CS・PSにはJOCVチームがネットワークを形成しつつ常在した活動を展開し、活動が促進できた。

(2) 実施プロセスに関すること

コミュニティでは先住民族の習慣を熟知したNGOが介入することによって地域に密着した活動が促進できた。

3 - 4 問題点および問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関すること

現時点では特になし。

(2) 実施プロセスに関すること

厚生省が1999年より他ドナー（USAID、GTZ、UNICEF、PAHO等）の資金援助によって、医療従事者が不足している地域の診療活動をNGOに委託している事業「Extension de Cobertura」は、本プロジェクトと活動地域が重複しないよう厚生省と合意している。しかし、地域地図の作成において、スペインのNGO活動と重複した。今後も対象地域内にあれば活動を均質にしたい本プロジェクトと同様の拮抗関係が生じる可能性があり、これからは活動の相互理解と連携を構築していく必要があるであろう。

中米における麻疹と風疹の撲滅の最終国として厚生省がPAHOの支援によって強力に勧める予防接種キャンペーンがあると、CS・PSのすべての通常活動が1ヵ月以上も停止してしまう。さらに、キャンペーン中のトレーニングとなると全く実施できない状態に陥ってしまい、トレーニングの延期や短期専門家の派遣時期を変更せざるを得なかった。

3 - 5 結 論

本プロジェクトは、実施されてから現在まで計画された活動の多くが、おおむね予定どおり実施され、期待されていた活動の成果は順調に発現しつつある。その裏付けとして、短期間の比較であるためわずかではあるが、指標の改善が認められ、基盤となるCS・PSの活動の標準化、ケツアルテナンゴ県保健事務所によるモニタリングの必要性を強く認識した。ただし、C/Pと同様に計画に欠かせないNGO（薬草NGOなど）との連携強化など、活動に十分な配慮と対策が必要である。今後も活動が計画的に実施されるために、関係機関による必要

な措置が講じられれば、プロジェクト目標の達成は可能であろう。

3 - 6 提 言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

プロジェクト活動は保健医療従事者の能力によるところが多いため、今後の保健／薬草ボランティア活動では、継続性／発展性を踏まえ、保健／薬草ボランティアをより包括的にサポートしていくメカニズムづくりについて、今後、検討することを勧める。

将来、プロジェクト活動をケツアルテナンゴ県の他地域に拡大していくには、プロジェクト活動において確立されつつある包括的な乳幼児保健サービスの計画／運営／モニタリング機能を県保健事務所にて強化していくことを勧める。

本プロジェクト活動をグ国全域に活用していくためには、プロジェクトの成果を中央政府の政策に反映させていくことが重要である。これに関し国際協力局を通じた、厚生省内のプログラム関連部局と連携を図っていくための調整メカニズムをつくり、制度化に向けて検討していくことを勧める。

プロジェクト対象地域でのNGO委託地域においては、乳幼児への保健サービス内容が異なっている。これらの地域で死亡率を削減していくためには、これらの地域の情報を分析し対応を図っていくことが必要である。

3 - 7 教 訓（当該プロジェクトから導き出された他の類似プロジェクトの発掘・形成、実施、運営管理に参考となる事柄）

本プロジェクトにおいては、子供の健康を改善するためにコミュニケーション・スキルの研修、保健／薬草ボランティア育成を通じたアクセス改善といった多角的な取り組みが行われている。本プロジェクトに類似した地域環境で包括的小児保健サービスを展開するには、これらの取り組み方法は有用である。

本プロジェクトでは、低予算でありながらローカル・リソースを最大限活用することによって、自立発展性を高めようとしている。

3 - 8 フォローアップ状況

中間評価時点では特になし。

第 1 章 中間評価調査団の派遣

1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

1 - 1 - 1 経緯

グアテマラ国（以下、「グ国」と記す）厚生省は「国家レベルでの保健体制の整備および地方分権化」を目標の 1 つとし、特に地方村落部における保健医療サービスの拡充に注力している。本プロジェクトの対象地域であるケツアルテナンゴ県は、首都グアテマラ・シティより西 200km の中西部高原地域の中心に位置し、マム語とキチェ語を話す先住民が多く居住しており、母子の健康状態の改善が重要課題として認識されている。事前評価調査を通じて、妊産婦死亡率が低減の傾向にあることが確認されたが、それに比べ乳幼児死亡率、特に乳児死亡率については著しい改善が見られていないことが明らかとなった。また、子供が風邪や下痢で重症化しているのは、両親の知識不足のために保健医療施設へ子供を連れて行くのが遅れていることや、保健医療施設での診療や治療が適切でないことが主な原因であることも判明した。ケツアルテナンゴ県を含めてグ国の乳児死亡の原因は、呼吸器感染症と下痢症で過半を占めている。

このような背景のもと、グ国政府は、ケツアルテナンゴ県を対象とした乳幼児死亡率の低減を目標として、技術協力を要請し、これを受け、我が国は 2005 年 10 月から 4 年の予定で本プロジェクトを実施中である。なお、本プロジェクトは「ケツアルテナンゴ県 6 市における地域保健向上プログラム」の一環として実施され、青年海外協力隊員（看護師、助産師、栄養士）との連携の下に実施されている。

プロジェクト開始から 1 年 10 ヶ月を経過し、これまでの進捗状況のレビュー、課題、問題分析、調査結果を基に、今後の活動計画とめざすべき目標の再確認を行う。

1 - 1 - 2 調査内容

- (1) プロジェクト関係者との意見交換を行い、プロジェクトの進捗状況の確認・指標の達成状況と課題、プロジェクト運営上の問題点の把握を行う。
- (2) 運営指導調査団により提言された内容の実施状況と進捗状況の把握、および問題点や解決策を関係者で検討する。
- (3) これらの調査結果を基に、日グ合同で現在までの活動状況をレビューし、DAC（Development Assistance Committee：開発援助委員会）の評価 5 項目にて評価する。この評価結果を基に、より効果的なプロジェクト運営について協議を行う。
- (4) 2007 年 5 月に改定された PDM に関し、新しい指標と活動内容の妥当性について協議する。
- (5) 一連の協議を通じて、日グ双方で合意した事項についてはミニッツに取りまとめる。

1 - 2 調査団の構成

担当	氏名	所属
団長	小林 尚行	JICA人間開発部 母子保健チーム チーム長
協力計画	中窪 優子	JICA人間開発部 母子保健チーム ジュニア専門員
評価分析	村松 啓子	システム科学コンサルタンツ(株)
通訳	福井 美子	JICE通訳

1 - 3 調査日程

日順	日付	曜日	移動および業務
1	10月7日	日	15:55 成田発 (CO006) 13:55 ヒューストン着 19:15 ヒューストン発 (CO453) 21:08 グアテマラ・シティ着 (全団員 4名)
2	10月8日	月	8:45~9:00 JICAグアテマラ駐在員事務所打合せ、 10:00 厚生省表敬(調査団・工藤リーダー、水野調整員、DR/Diego, Dr Juan Carlos)(表敬・ を併せ1時間) 評価方法等説明(調査団) ケツアルテナンゴ県へ移動(4~5時間要す) プロジェクト専門家との打合せ
3	10月9日	火	午前:カホラ保健センター視察 午後:プロジェクト対象地域(6市)の関係者・JOCV4名との会議(合計約50名) 各地域における進捗状況のプレゼンテーション 質疑応答
4	10月10日	水	午前:カプリカン保健センター業務状況視察 午後:日本人プロジェクト専門家と県保健事務局にて協議(ミニッツ・報告書の評価提言部分について協議) 夕/夜:ミニッツ・報告書作成作業(日・西語)
5	10月11日	木	午前:日本人プロジェクト専門家ならびにC/Pと県保健事務局にてミニッツ・報告書案を最終確認、国際協力局へミニッツ・評価報告書送信 午後:グアテマラシティへ移動、資料整理
6	10月12日	金	午前:厚生省担当者とミニッツ最終案と報告書最終案協議 午後:合同調整委員会(C/Pからの活動状況報告プレゼン)、調査団からのプレゼン、ミニッツ協議、ミニッツ署名
7	10月13日	土	団内協議・報告書作成
8	10月14日	日	報告書作成
9	10月15日	月	14:30 在グアテマラ日本大使館報告、JICAグアテマラ駐在員事務所報告

10	10月16日	火	(小林団長) 17:05 グアテマラ・シティ発 (IB6302/J)	(中窪・村松・福井) 15:40 グアテマラ・シティ発 (MX384) 18:35 メキシコ着
11	10月17日	水	14:30 マドリッド着 16:30 マドリッド発 (BA7058/J) 17:50 ヒースロー着	9:00 メキシコ発 (AM646) 11:10 ロス着 13:20 ロス発 (JL061)
12	10月18日	木	ロンドンにて会議 (Women Deliver)	16:40 成田着
*	10月19日	金		
*	10月20日	土		
*	10月21日	日		19:00 ヒースロー発 (JL402)
*	10月22日	月		14:45 成田着

1 - 4 主要面談者

1 - 4 - 1 グ国側関係者

グアテマラ国側関係者	
Dra. Maria Amelia Flores Gonzalez	厚生省次官
Dra. Virginia Moscoso	厚生省次官アドバイザー
Licda. Ada Guisela Rodriguez de Aldana	厚生省国際協力局長
Licda. Leticia Ramirez	SEGEPLANコンサルタント
Dra. Judith Cifuentes	IRAS-ETAS技術顧問
Dra. Ana Castellanos	IRAS-ETASコーディネーター
Licda Maria Josefa Osorio de Isaacs	Coordinadora de la Unidad de Enfermeria Nacional en Servicio-MSPASコーディネーター
Licda. Ninette Sigui Fajardo	Depto Formación Recursos Humanos-MSPAS研修部長
Dr. Diego Manrique De Leon	県保健事務所長(プロジェクトマネージャー)
Dr. Juan Carlos Moir	県保健事務所疫病対策課課長
Lic. Alicia Perez Galvez	県保健事務所看護課課長
Lic. Carmen Ochoa	県保健事務所心理療法課課長
Dr. Edilio Ovalle	パレスチナ保健センター長
Dr. Ramon Ovalle	カブリアン保健センター長
Sr. Candido Reyes	カブリアン市長
Dr. Raul Alejandro Maldonado	カホラ保健センター長
Dr. Jorge Antulio Valdez	カンテル保健センター長
Dr. Ramon Boanerges Ovalle Soto	カブリアン保健センター長
TSR. Merita Julissa Garcia	Técnica Salud Ruralカホラ保健センター保健師
Lic. Gloria Rivera	カホラ保健センター看護師
Lic. Rogelia Leonor Rivera	シェカム(カホラ)保健ポスト看護師
Enfermera Auxiliar Roselia Victorina Ramos Ramirez	パシヨフ(ウイタン)保健ポスト看護師
Enfermera Auxiliar. Elsy Alvertly Morales Cifuentes	カルメン(パレスチナ)保健ポスト看護師

1 - 4 - 2 日本側関係者

JICA側関係者	
齊藤寛志	在グアテマラJICA事務所長
坪井創	在グアテマラJICA事務所員
光岡真希	在グアテマラJICA事務所企画調査員
Dra. Glenda Carol Martinez Franco	在グアテマラJICA事務所ローカルスタッフ
花輪信明	SEGEPLANアドバイザー
三浦亜希	青年海外協力隊員ケツアルテナンゴ県パレスチナ保健センター派遣(17年度2次隊)
片岡徹也	青年海外協力隊員ケツアルテナンゴ県シェカム保健ポスト派遣(18年度3次隊)
本間真知子	青年海外協力隊員ケツアルテナンゴ県カブリカン保健センター派遣(19年度1次隊)

プロジェクト専門家	
工藤芙美子	プロジェクト総括
水野定敏	プロジェクト調整員
Maria Garcia Maldonado	秘書兼コーディネーター

第2章 中間評価の方法

本調査は、プロジェクト・サイクル・マネージメント（Project Cycle Management：PCM）手法で用いられるPDMを活用し、評価を実施した。今回の評価調査にあたっては、討議議事録（Record of Discussion：R/D）締結時に作成されたPDMゼロバージョンに基づいて評価デザイン（評価グリッド）を作成した。これは評価分析団員が原案を作り、調査団と現地のプロジェクト関係者で協議・合議されたものである。

2-1 評価調査項目

本評価調査は、プロジェクトの実績と実施プロセスの確認に加え、PCM手法が示す「評価5項目」を評価の対象とした。項目の詳細については、「付属資料4.評価グリッドと回答」を参照のこと。

2-1-1 実績の確認

PDMに記載された上位目標、プロジェクト目標、成果の指標がどの程度達成されたか、どのような投入がなされたかを確認した。達成度に関しては、既存の資料およびプロジェクト専門家報告書と活動報告プレゼンテーションにおけるカウンターパート（C/P）の発表から総合的な判断を行った。

2-1-2 実施プロセスの確認

プロジェクト活動の進捗、モニタリング・評価活動、日本人専門家とC/Pの協力関係、外部条件の影響、厚生省および県におけるプロジェクトのオーナーシップなどを確認した。これらについては、パイロット県活動報告プレゼンテーション、既存の資料に基づいて判断を行った。

2-2 調査対象者と情報・データ収集方法

2-2-1 調査対象者

グ国側	厚生省SIAS（保健サービス統合計画局） ケツアルテナンゴ県保健事務所
日本側	長期専門家 青年海外協力隊（JOCV） JICA本部・グアテマラ事務所担当者

2-2-2 情報・データ収集方法

R/Dをはじめとする各種報告書のデータ、プロジェクト活動報告書などに基づき「評価グリッド」を作成し、プロジェクトの現状とログフレームを確認した。

「評価グリッド」に基づいてC/P、専門家、青年海外協力隊（Japan Overseas Cooperation Volunteers：JOCV）隊員、グ国側関係機関（厚生省およびケツアルテナンゴ県保健事務所）等へのインタビュー、質問票の配布などを行い、関連情報を収集した。

第3章 調査結果

3 - 1 プロジェクト概要と背景

3 - 1 - 1 プロジェクト概要

(1) 協力期間

2005年10月1日～2009年9月30日

(2) 協力総額(日本側)

2億100万円(中間評価時の2007年10月時点で1億2,900万円支出)

(3) 相手先機関

厚生省

経済企画庁

ケツアルテナンゴ県保健事務所

(4) プロジェクト対象地区

ケツアルテナンゴ県内の6市：カブリカン、ウィタン、パレスチナ・デ・ロス・アルトス、カホラ、サン・ミゲル・シギラ、カンテル

(5) 裨益対象者

・ターゲットグループ：対象地域の乳児と両親(R/D時)

・対象地域の人口：105,809人

(6) プロジェクト上位目標

ケツアルテナンゴ県のプロジェクト対象地域における乳幼児(5歳未満)の死亡率が減少する。

(7) プロジェクト目標

対象地域における乳児(1歳未満)が呼吸器感染症や下痢症による重症に陥らない。

(8) 成果

1) 乳児が呼吸器感染症や下痢症によって重症に陥る前に、医療従事者が質の高いケアを提供する。

2) 乳児の呼吸器感染症や下痢症に対するケアについて、家族の知識や技術が向上する。

3 - 1 - 2 プロジェクトの背景

(1) 当該国の乳幼児保健サービスの状況

グ国は、北米ユカタン半島南西部に位置し、国土面積10万9,000km²、人口1,230万人(2003年)、1人当たり国民総生産(GNP)2,186USドル(2004年)である。中米最後の内戦が36年続いたのち、1996年に和平協定が締結されたが、国民の約25%が極貧層(「人

間開発報告書」UNDP2005年）であることに示されるように、社会経済への影響はいまだ残っており、国民の健康や生活基盤の整備が遅れている。

同国は中米5カ国の中で、平均余命が66歳、（公用語であるスペイン語の）成人識字率が67.3%、人間開発指数（Human Development Indicator：HDI）が0.62とそれぞれ最も低い水準にあり、グ国のHDI順位は世界174カ国中120位、ラテンアメリカ諸国33カ国と比較しても、最下位のハイチに次いで低い。特に、母子保健に係る指標において、乳幼児死亡率（Infant Mortality Rate：IMR）35／出生1,000人、5歳未満児死亡率（Under 5 years old children Mortality Rate：U5MR）47／出生1,000人、妊産婦死亡率（Maternal Mortality Rate：MMR）240／出生10万人と中南米・カリブ諸国平均を上回り、また罹患率においても小児の急性呼吸器疾患（Acute Respiratory Infection：ARI）、下痢症や感染症が上位を占めている。よって、貧困対策や人間の安全保障の面からも保健医療サービスの改善・強化が急務となっている。

表3 - 1 グ国の主な保健指標

指 標	グアテマラ	中米・カリブ諸国平均
総人口	12,621,301人	-
人口増加率	2.6%	1.6%
平均余命	66歳	71歳
合計特殊出生率（TFR）	4.3	2.4
乳幼児死亡率（IMR）	35.0/出生1,000人	28.0/出生1,000人
5歳未満児死亡率（U5MR）	47.0/1,000人	33.0/1,000人
妊産婦死亡率（MMR）	240/出生10万人	193/出生10万人
訓練された介助人による出産	41.0%	-

出典：Country Profile 2004 World Bank

1) 死亡構造：主要死亡原因となっている感染症（表3 - 2（1）、（2）参照）

厚生省（Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social：MSPAS）の保健統計によると、2004年におけるグ国全体の主要な死亡は、肺炎、下痢症、銃器による外傷で、小児死亡においても肺炎、下痢症、敗血症と感染症が上位を占めており、感染症が死亡対策の急務となっていることが明らかである。成人死亡は生活習慣病である循環器疾患・糖尿病・癌に起因するものが多く、小児死亡においては未熟児死亡や出産時の胎児死亡が多いことから、出産時におけるケアが十分でないことを示唆している。

表 3 - 2 (1) グ国全体の主要死亡原因

順位	疾患名	合計 件数	全体 (%)	男性 (%)	女性 (%)
1	気管支肺炎・肺炎	7,168	21.0	7.7	6.2
2	急性下痢症	1,782	3.5	1.9	1.6
3	銃器による外傷	1,704	3.3	3.0	0.3
4	急性心筋梗塞	1,634	3.2	1.8	1.4
5	栄養失調	1,011	2.0	1.0	1.0
6	肝硬変	957	1.9	1.4	0.5
7	糖尿病	887	1.7	0.8	1.0
8	脳血管性疾患	830	1.6	0.8	0.8
9	心不全	703	1.4	0.6	0.7
10	胃癌	666	1.3	0.6	0.7
	その他	34,130	66.3	37.7	28.6
	合計	51,472	100.0	57.2	42.8

出典：Memoria Annual 2004 厚生省

表 3 - 2 (2) グ国 1 歳未満児の
主要死亡原因

順位	疾患名	合計 件数	(%)
1	気管支肺炎・肺炎	2,170	31.5
2	急性下痢症	619	9.0
3	敗血症	499	7.2
4	未熟児死亡	268	3.9
5	発熱	174	2.5
6	原因不明	126	1.8
7	腸管閉塞	101	1.5
8	出産時胎児窒息	100	1.5
9	栄養失調	82	1.2
10	先天性疾患	73	1.2
	その他	2,676	38.9
	合計	6,888	100.0

2) 疾病構造：医療サービスの質を反映する母子保健分野（表 3 - 3 (1) (2) 参照）

感染症疾患では、首位のARIが年間に延べ100万人近くの罹患を示しており、悪化して肺炎を併発した場合は致死率が高い。また、消化器系寄生虫症や下痢症は、小児の罹患に依るものと考えられ、小児ケアの改善が急務であることがうかがわれる。

非感染症疾患で首位に位置しているのは女性の貧血であり、これは途上国において最も対策の遅れている健康問題の一つである。妊婦と5歳未満児は鉄欠乏性貧血(Iron Deficiency Anemia : IDA) のハイリスク・グループであり、出産時の重度の貧血は母体死亡のみならず、胎児への酸素不足による早産・死産を誘発する。また、成長の著しい小児は貧血を起こし易く、貧血によって知力や運動能力の低下を招く。このような疾病構造にかんがみ、母子保健サービスに係る強化が急務であることが明らかである。

表3 - 3 (1) グ国の主要感染症罹患数

順位	主要感染症 疾患名	合計 件数	男性 (%)	女性 (%)
1	急性呼吸器系 疾患 (ARI)	989,695	13.6	17.1
2	消化器官寄生虫症	433,409	6.0	7.5
3	急性下痢症	346,743	5.1	5.6
4	気管支肺炎・肺炎	202,116	3.1	3.2
5	急性扁桃腺炎	111,463	1.2	2.2
6	アメーバ感染 症	64,414	0.8	1.2
7	マラリア	45,575	0.7	0.7
8	ウイルス性結 膜炎	27,847	0.4	0.5
9	ダニ	15,020	0.2	0.3
10	気管支炎	14,559	0.2	0.2
	その他	972,424	12.1	18.0
	合計	3,223,275	43.5	56.5

出典：Memoria Annual 2004 厚生省

表3 - 3 (2) グ国の主要非感染症罹患数

順位	主要非感染症 疾患名	合計 件数	男性 (%)	女性 (%)
1	鉄欠乏性貧 血症 (IDA)	301,296	3.9	8.8
2	胃炎	212,836	2.6	6.3
3	皮膚炎	202,908	3.9	4.7
4	尿路感染症	153,892	1.8	4.7
5	偏頭痛	90,115	1.1	2.7
6	リウマチ 性関節炎	88,194	1.3	2.4
7	神経痛	46,467	0.5	1.5
8	事故による外 傷	34,710	0.9	0.5
9	腰痛	29,353	0.5	0.7
10	外傷	26,688	0.7	0.5
	その他	1,185,352	21.6	28.3
	合計	2,371,811	38.9	61.1

一方、グ国のHIV/AIDS感染は急速に増加しており、およそ人口の1.1% (想定範囲：0.6～1.8%) が感染していると推測されている。感染経路として、75%が異性間性感
染、17%が同性間性感
染、1%が母子感染である。このような現状にかんがみ、「国家STD/HIV/AIDS対策5ヵ年計画(Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 1999-2003)」が更新され、次の5ヵ年計画(2004～2008年)が策定されている。

表3 - 4 2003年におけるグ国のHIV/AIDS感染推計

成人(15～49歳)のHIV罹患率	0.1% (範囲：0.1～0.2%)
成人(15～49歳)のHIV/AIDS発症数	90,000人 (範囲：45,000～150,000人)
成人女性(15～49歳)のHIV/AIDS発症数	20,000人 (範囲：10,000～32,000人)
2003年までのAIDS死亡数(小児含む)	44,000人 (範囲：22,000～75,000人)

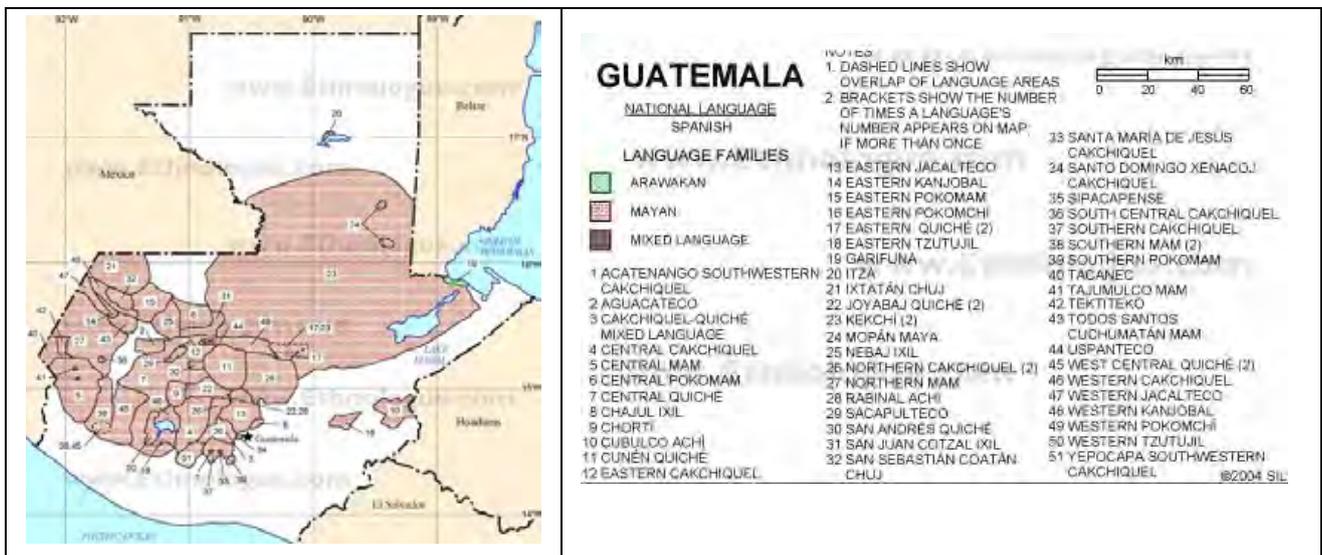
出典：UNAIDS 2005

(2) グ国の先住民族に関連する保健関連の問題点

1) グ国の先住民族

2002年の国勢調査によると、国民は、混血系（メスティソ）が50%、先住民系（インディヘナ）が40%、白人系が2%程度である。441万人強いる先住民族の分類は、その言語使用に基づく言語共同体によりなされ、最大の集団はキチェ（127万人）で先住民人口全体に対して29%、以下順に、ケクチ（85万2,000人）19%、カクチケル（83万3,000人）19%、マム（61万7,000人）14%で、これら上位の4グループで先住民族人口の8割を占めている。

図3 - 1に示すとおり、主な先住民族4グループは西部、南部および北西部に居住が多く、混血系が都市型の住民であるのに対して、先住民系は農村人口比が高い。



出典：http://www.ethnologue.com

図3 - 1 グ国の主な先住民族の言語グループによる人口分布

2) 先住民族の貧困問題

一般的な貧困ラインは、1人当たりの年間消費額543USドルで、これは1日当たりの必要最低摂取カロリーは満たせるが、食費以外は十分な消費が望めない水準である。このラインの下が極貧ラインで、1人当たりの年間消費額240USドル以下の生活で、汎アメリカ地域保健機構（Pan American Health Organization：PAHO）中米パナマ栄養学研究所（Instituto de Nutrición de Centromérica y Panamá：INCAP）が推奨する1日最低摂取カロリーを満たすことができない水準である。

表3 - 5によると、先住民族のほうが非先住民族に比べて貧困ライン以下の割合が高く、さらに極貧ラインの割合が高く深刻であることがわかる。また、別の統計によると、先住民族の場合は農村貧困の割合が高く、メスティソの場合は都市貧困の割合が高い。また、貧困層は非識字者の割合が高くなっている。総じて所得の分配格差は著しく、10%の上流階層が国民全体の所得の47%を占有し、先住民族の大半が小規模零細農業に従事しており貧困から脱却できない状況にある。

表 3 - 5 民族別貧困分布

(単位：人)

	人口	貧困ライン以下		貧困ではない
		極貧層	極貧を除いた貧困層	
先住民族	4,610,729	3,564,946 (77.3%)		1,045,783 (22.7%)
		1,253,636 (27.2%)	2,311,310 (50.1%)	
非先住民族	6,774,712	2832957 (41.8%)		3941775 (58.2%)
		533,046 (7.9%)	229,9911 (33.9%)	

出典：グ国先住民族支援基礎調査報告書 2004年

3) 先住民族の識字率・教育

先住民族の言語使用の実態について2002年の国勢調査では、マヤ族の43.6%はモノリンガル(単一言語)で、54.5%は自分の言語に加えてスペイン語が話せるものとしている。しかし、そのレベルについて就学率から考えると、公的初等教育における平均就学年数は2.3年、先住民族の多い地域では1.3年であることから、先住民族の女性の非識字率が地域によって60%以上あるという報告例が現状を反映していると思料される。就学率が低い原因として、学校に行ってもスペイン語での授業についていけずに落第するケースが多いことが挙げられる。教育環境として、2003年より多言語教育も進みつつあるが、教員の養成、教材の整備など問題点も山積しており、進捗ははかばかしくない。

また、中等教育以上を受けた母親を持つIMRは出生1,000人当たり41であるのに対し、教育を受けていない母親の下でのIMRは56に上昇している。先住民女性のIMRは56で、非先住民の44より高くなっている。加えて、母乳哺育期間が6ヵ月未満の母親は68%おり、乳児の発病率や死亡率を高める一方、母親の栄養不足は乳児にも影響を及ぼしている(Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala, 2002年)。

4) 先住民族と保健医療

1989年にはMMRが10万人当たり248であったのが、2005年には121に減少しているものの、MDG(Millennium Development Goal: ミレニアム開発目標)の62には程遠い状況である。これは、先住民族女性の死亡率が高いため、死亡原因は出産時の多量出血といわれている。妊娠中医師や看護師など医療従事者の下で診察を受ける女性は60%(医師48%、看護師12%)で、13%の女性は一度も検診を受けていない。医療従事者の立会いの下で出産するのは40%に過ぎず、うち半数が助産婦の立会いである。また妊産婦死亡の65%は先住民女性である(Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala, 2002年)。

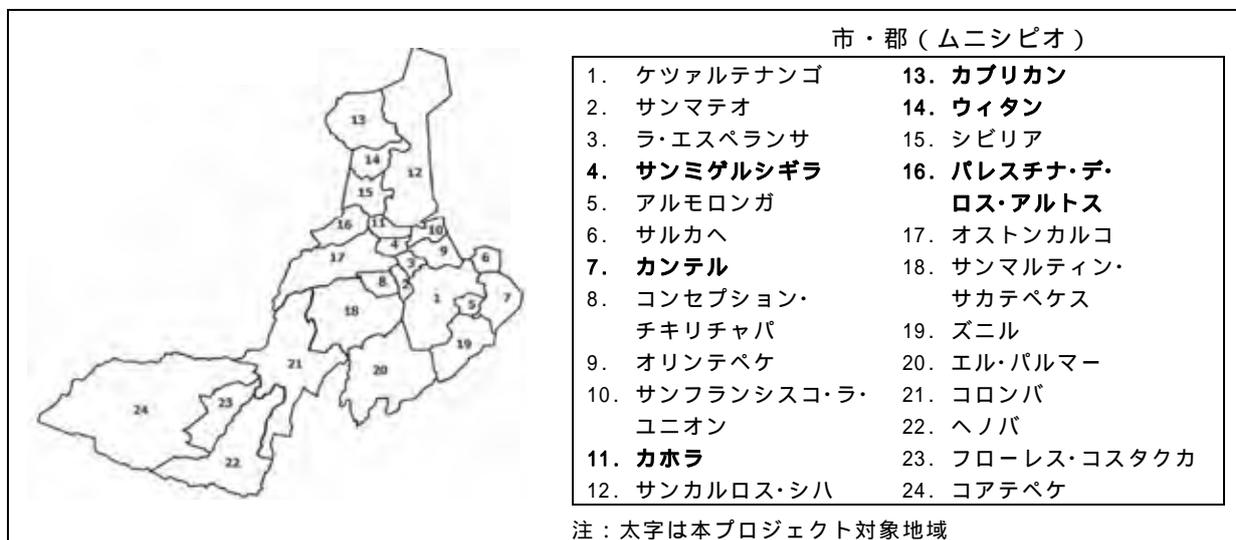
このような結果となる要因として、保健医療サービスへの地理的アクセスのほか、上述した先住民族の貧困、非識字率が社会経済的アクセスにかかわっている。グ国では、公的・私的保健医療サービスの約80%、国立機関の44%が首都に集中しており、首都では1万人につき4人の医師がいるが、山岳部では1万人に対し1人以下しかい

ない。国民の25%は都市部に、75%が村落部に住むが、国全体の医療サービスの20%が村落人口を対象としているに過ぎないのが現状である。このような保健医療サービス体制では、山間地・過疎地に居住する率が高い先住民族が、保健所(Centro de Salud : CS) や診療所 (Puesto de Salud : PS) へ行くにも地理的に長距離、悪路を徒歩で行かねばならない。

また、零細農業を生活基盤とする先住民族の多くは社会保険に加入しておらず、医薬品代を支払わねばならないが十分な費用を持ち合わせていないため、重症にならない限り医療機関に行こうとしない可能性が高い。また、保健所・病院に勤務する医療従事者の医師、看護師/准看護師らは医療資格を得るためスペイン語教育が主流の医学部・看護学校へ行くため、ラディノ系かスペイン語を話せる先住民族が多い。このような教育環境で西洋医学を修得した医療従事者が伝統医療を信奉するモノリンガルの先住民族を差別する場合もあり、先住民族と医療機関が信頼関係を築きにくい状況もある。

(1) ケツアルテナンゴ県とプロジェクト対象地区 6 市の状況

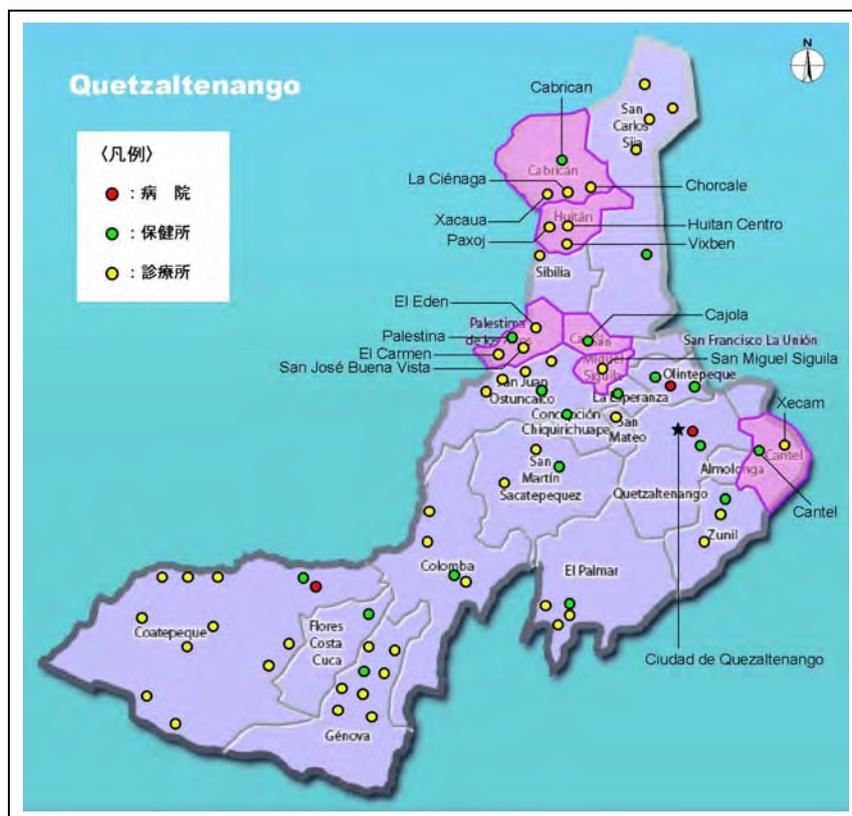
中西部高原地域にあるケツアルテナンゴ県は、グアテマラ第 2 の都市であるケツアルテナンゴ市に県都を置き、24 の市・郡 (ムニシピオ) がある。同県は海拔 2,333m (2,300 ~ 2,700m)、面積 1,951km²、人口は約 69 万人、都市人口は 45%、農村人口は 55% である (2005 年)。特に先住民族系 (インディヘナ) が 60% を占め、39% は混血系 (メスティーソ)、その他が 1% である。



出典：Memoria Annual 2005 厚生省

図 3 - 2 ケツアルテナンゴ県の行政区分

同県の公立医療施設は、グアテマラ・シティに在る高次診療施設の国立サン・ファン・デ・ディオス病院の分院である西部地域病院、同じくグアテマラ・シティに在る国立結核病院の分院がケツアルテナンゴ市に、およびコアテペケ郡に国立Dr.JJオルテガ総合病院の3施設が2次病院として置かれている。その下にCS21カ所、PS Bタイプ（診療のみ）が50カ所ある。各市・郡にCSとPSが整備されているわけではなく、いまだPSのみ、もしくはCSのみのところもある。（図3 - 3 参照）



出典：厚生省

図3 - 3 ケツアルテナンゴ県の医療施設

また、1次医療施設（CS・PS）における医療サービスとして、保健省は疫学統計データを基にまとめた基礎診療サービス・パッケージ（paquete básico de servicios : PBS）を提供することとしており、特に小児と妊産婦の罹患と死亡を改善するためのサービス内容が設定されている。

表3 - 6 基礎診療サービス・パッケージの概要

妊産婦ケア	産前ケア、出産ケア、産後ケア、妊産婦補助、出産間隔調整
乳幼児ケア	予防接種、2歳児までの成長曲線、急性呼吸器感染症、下痢症、栄養失調
救急・急性疾患対策	コレラ、デング熱、マラリア、結核、狂犬病、HIV/AIDS、その他性感染症
環境・公衆衛生	昆虫媒介感染症、動物原性感染症、安全な食の指導、衛生管理、水質管理

出典：厚生省

本プロジェクトは対象地域を同県の6市カブリカン(22,721人) ウィタン(12,306人) パレスチナ・デ・ロス・アルトス(12,349人) カホラ(9,989人) サン・ミゲル・シギラ(8,236人) カンテル(37,090人) としており、対象地域人口は約102,000人で、同県人口72万人のうち14%を占めている(2007年)。

表3 - 7 対象6市の医療施設の概況

市・郡	人口(人)	民族	海拔(m)	保健所(CS)	診療所(PS)	カバー人口(人)	コミュニティ数	
Cabrican	23,044	マム語 88.3%	2,525	Cabrican		8,802	11	
					Cienaga			2
					Xacana	822		
					Chorjale	n.a.		
				El Cerro	閉鎖中			
Huitan	10,063	マム語 90.5%	2,600		Centro Huitan	1,700	2	
					Paxoj			
					Vixben			
Palestina	15,805	マム語 92.5%	2,620	Palestina		5,197	10	
					Carmen	3,845	7	
					Buena Vista	n.a.		
					Gonzalez			
					Eden	2,729	7	
				El Socorro	閉鎖中			
Cajola	15,363	マム語	2,510	Cajola		15,098	7	
San Miguel Siguil	7,646	マム語	2,450		San Miguel Siguil	7,152	5	
Cantel	34,188	キチェ語 94.2%	2,370	Cantel		30,658	12	
					Xecam	4,019	1	

出典：厚生省

ケツアルテナンゴ県の人口推移と保健指標を表3 - 8と図3 - 4に示す。人口増加率は緩やかであるが、同県の疾病構造は、高原地域であるため呼吸器系疾患が多く、また先住民貧困層も多いために栄養失調、貧血が多い一方、内戦時代に残された銃器(現在も自衛のために保持する住民が多い)による外傷も多い。

表 3 - 8 ケツアルテナンゴ県各市・郡の人口推移と予測（2000年～2009年）

Departamento y Municipio	Año									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Quetzaltenango	622,719	634,796	647,661	661,222	675,385	690,057	705,300	721,177	737,593	754,457
Quetzaltenango	127,161	128,866	130,690	132,613	134,613	136,668	138,816	141,041	143,321	145,637
Soledad	14,782	15,040	15,314	15,602	15,901	16,208	16,525	16,854	17,191	17,535
Olinitepeque	22,472	23,216	24,003	24,829	25,694	26,594	27,517	28,482	29,485	30,522
San Carlos Sija	28,298	28,793	29,319	29,871	30,444	31,034	31,642	32,272	32,919	33,579
Sibilia	7,771	7,774	7,782	7,795	7,811	7,828	7,857	7,889	7,922	7,954
Calericán	19,219	19,658	20,121	20,606	21,111	21,632	22,167	22,721	23,292	23,878
Cajolá	9,836	9,840	9,852	9,869	9,889	9,911	9,949	9,989	10,031	10,073
San Miguel Sigulá	6,485	6,702	6,931	7,171	7,423	7,685	7,955	8,236	8,528	8,831
San Juan Ostuncalco	41,018	41,801	42,629	43,498	44,401	45,331	46,287	47,278	48,297	49,338
San Mateo	4,966	5,271	5,598	5,949	6,325	6,725	7,149	7,603	8,086	8,600
Concepción Chiquinchapa	15,861	16,011	16,175	16,349	16,530	16,717	16,919	17,128	17,341	17,558
San Martín Sacatepéquez	20,646	21,027	21,431	21,854	22,294	22,747	23,214	23,697	24,193	24,700
Almolonga	13,836	14,115	14,411	14,722	15,044	15,376	15,718	16,072	16,436	16,808
Cantel	30,789	31,577	32,409	33,281	34,189	35,129	36,090	37,090	38,122	39,183
Huitán	9,738	10,056	10,392	10,746	11,115	11,499	11,894	12,306	12,734	13,177
Zunil	11,238	11,335	11,442	11,556	11,675	11,798	11,932	12,070	12,212	12,356
Colomba	38,622	38,693	38,794	38,916	39,052	39,196	39,394	39,604	39,822	40,040
San Francisco la Unión	7,379	7,383	7,392	7,406	7,422	7,439	7,468	7,499	7,532	7,565
El Palmar	22,844	23,253	23,687	24,143	24,616	25,104	25,605	26,125	26,660	27,205
Coatepeque	93,885	96,413	99,083	101,882	104,798	107,818	110,910	114,125	117,451	120,871
Genova	30,433	31,137	31,880	32,659	33,468	34,305	35,162	36,051	36,968	37,908
Flores Costa Cuca	19,343	19,899	20,487	21,103	21,746	22,412	23,095	23,806	24,542	25,300
La Esperanza	14,451	15,213	16,027	16,893	17,814	18,787	19,808	20,891	22,035	23,243
Palestina de los Altos	11,645	11,724	11,812	11,908	12,008	12,112	12,228	12,349	12,472	12,597

出典：国勢調査2002年 INE

同県の主要死亡原因			同県の主要感染症罹患			同県の主要非感染症罹患		
順位	主要死亡疾患名	合計件数	順位	主要感染症疾患名	合計件数	順位	主要感染症疾患名	合計件数
1	気管支肺炎・肺炎	529	1	急性鼻咽頭炎・感冒	45,726	1	貧血、詳細不明	21,793
2	冠性心疾患	164	2	急性扁桃炎、詳細不明	29,228	2	胃炎、詳細不明	16,014
3	銃器による外傷	127	3	腸寄生虫症、詳細不明	28,098	3	尿路感染症、部位不明	9,577
4	糖尿病	104	4	感染症と推定される下痢および胃腸炎	27,368	4	神経痛および神経炎、詳細不明	9,302
5	肝硬変・その他の肝疾患	102	5	肺炎、詳細不明	15,619	5	関節炎、詳細不明	5,499
6	急性心筋梗塞	87	6	アメーバ症、詳細不明	13,086	6	関節痛	5,463
7	下痢症	82	7	詳細不明の真菌症	7,767	7	頸髄の振盪および浮腫	4,620
8	胃・消化器系癌	79	8	皮膚炎、詳細不明	7,344	8	頸髄のその他および詳細不明の損傷	4,337
9	栄養失調	74	9	中耳炎、詳細不明	4,459	9	疥癬	4,254
10	心不全	69	10	結膜炎、詳細不明	4,184	10	頭痛	4,195
	その他	35,432		その他	51,242		その他	112,247
	合計	36,849		合計	234,121		合計	197,301

出典：Memoria Annual 2005 厚生省

図 3 - 4 ケツアルテナンゴ県の疾病構造

母子保健に係る指標も妊産婦については出産に起因すると思われる死亡原因が上位を占め、乳児死亡は感染症、特に気管支肺炎が首位になっている。気管支肺炎については、おそらく高地であるがゆえに風邪症状から発熱、咳によって大人以上に体力を消耗してしまっていると推測される。

適切な早期治療が行われれば、たいていの場合は10日ほどで治癒する疾患であるが、死に至っているのが現状である。

同県の妊産婦の主要死亡原因				同県の1歳未満児の主要死亡原因			
順位	主要死亡疾患名	合計件数	%	順位	主要死亡疾患名	合計件数	%
1	血液量減少性ショック	9	52.9	1	気管支肺炎	164	33.5
2	前置胎盤	3	17.6	2	下痢症	35	7.1
3	臍出血	3	17.6	3	敗血症	32	6.5
4	高血圧	1	5.9	4	気管支炎	29	5.9
5	大動脈破裂	1	5.9	5	原因不明発熱	23	4.7
	その他	0	0	6	低体重児出産	17	3.5
	合計	17		7	出産時感染敗血症	14	2.8
				8	インフルエンザ	10	2.0
				9	腸内細菌感染症	10	2.0
				10	出産時酸欠症	9	1.8
					その他	147	30.0
					合計	490	

出典：Memoria Annual 2005 厚生省

図3 - 5 ケツアルテナンゴ県の母子保健に係る死亡原因

3 - 2 投入実績

3 - 2 - 1 日本側投入

(1) 専門家派遣

中間評価までに長期専門家2名、短期専門家延べ5名（第三国専門家含む）、日本人専門家の主な指導分野は以下のとおりである。詳細は、付属資料「5. JICA専門家の派遣実績」を参照。

- ・長期2名：プロジェクト総括（チーフアドバイザー／小児保健）、業務調整員
- ・短期5名：プライマリー・ケア術、カウンセリング手法、コミュニケーション手法

(2) 活動経費

詳細は、付属資料「8. 投入実績」を参照。

- ・プロジェクト活動費用（移動費、会議費、教材製作費、セミナー報酬費ほか）
- ・研修経費（看護師/事務官等の本邦、第三国研修）

(3) 機材供与

年度ごとの総額と主な調達機材を表3 - 9に示す。詳細は、付属資料「6. 供与機材リスト」を参照。

表3 - 9 主な機材供与

年度	総額（ケツァール）	主な機材
2005年	1,132,415.10	プロジェクト活動用車両（1台）、オフィス機材
2006年	986,276.08	巡回診療用バイク（保険センター、保健ポスト各1台）
2007年	441,621.43	顕微鏡、遠心分離機、血統測定器

(4) C/P研修（本邦研修）

中間評価実施時点で計6名のC/Pが本邦での研修に参加した。

期間	研修先	研修員氏名	研修内容
2006年 1月26日 ～2月18日	沖縄	県保健事務所 ・ Violeta Ixtacuy B ・ Julissa Garcia (カホラ保健センター)	沖縄の地域保健の改善の歴史から学ぶ目的で、国際看護研修所の研修プログラムから選択し参加
2006年 4月22日 ～30日	大阪	保健省 ・ Jaime Gomez 次官 ・ William Sandoval	小児、地域保健の歴史緊急医療救援システム、血液銀行システム研修
2007年 5月12日 ～6月11日	長野、 東京、 神奈川	県保健事務所 ・ Diego Manrique所長 ・ Juan Carlos Moir	日本の農村保健の歴史と佐久病院の現在から、医師のイニシアティブの重要性を学ぶ

(5) 第三国研修・広域研修

期間	研修	研修員氏名	研修内容
2005年 11月27日 ～12月23日	パラグアイ 広域研修	・ Rogelia L Rivera ・ Ana Maria Barrios (プロジェ地以外のサン・カルロス・シハ保健センター)	トレーナーの育成のための乳幼児健診と助産ケア研修
2007年 6月23日 ～30日	ホンジュラス 技術交換・研修	・ Carmen Ochoa ・ Gloria Rivera ・ Salvador Pérez ・ Jane Us Ochoa ・ Arely González ・ Alma Salanic ・ Lucy Morales	カウンセリングとケアの質の向上の関係、保健教育技術をホンジュラスから学ぶ目的、グアテマラでの保健サービスの向上の為にプロジェクト活動紹介
2005年 10月19日 ～29日	協力隊広域研修 ボリビア	・ Jorge Valdés ・ Raúl Maldonado ・ 保母涼子 ・ 黒山真弓	リプロダクティブ・ヘルスの自然分娩について

(6) グ国内において実施された第三国専門家による研修と広域研修 (対象は保健センターと保健ポストの保健医療従事者)

期間	研修	研修講師氏名	研修内容
2006年2月	ホンジュラス 第三国講師による研修	・ 心理療法士 ・ Arelys Moreno	カウンセリングトレーニングにおける手法と効果的なダイナミックの使用
2006年3月	アメリカ合衆国講師による研修 (ボランティア医師)	・ Kerry Leeky ・ Isabelle lane ・ Haisam Goueli ・ Sujaya Vijayakumar ・ Kate Conway ・ Kuldeep Vaghela	プロジェクト地スタッフたちへの、疾患と治療妊娠と分娩の講義と縫合実施指導、1対1の診療臨床指導
2006年 9月3日 ～10日	協力隊広域研修	・ Roselia Ramos ・ 平川祥子	母子保健の基礎知識

3 - 2 - 2 グ国側投入

詳細は、付属資料「7.カウンターパートの配置」を参照。

- ・カウンターパートの配置 (保健省、ケツアルテナンゴ県保健事務所)
- ・プロジェクト事務所の提供と執務環境の整備 (専門家執務室)

- ・プロジェクト事務所スタッフの備上（コーディネーター、インストラクター、運転手）
- ・ローカルコスト負担の予算措置（車両等の維持管理費・燃費、活動費用など）
- ・対象地域のCS・PSの医療従事者の増員・配置

3 - 3 プロジェクト活動の実績

プロジェクトの成果達成状況として、PDMの上位目標、プロジェクト目標、成果に対する各々の指標を調査した。上位目標の達成度については、プロジェクト終了後に判断するものであるが、今回の調査では、現在の状況と指標を比較し、達成の見込みを検証した。以下、それぞれの指標に対して、現在の達成状況を記載する。

3 - 3 - 1 プロジェクト成果1の活動実績

「成果1：乳児が呼吸器感染症や下痢症による重症に陥る前に、医療従事者が質の高いケアを提供する。」に関する活動実績を以下に示す。

活動1-1：乳児に対する保健サービスを改善するため、月ごとに死亡した乳児の症例と要因を分析する。		
活 動	進 捗	達成度
1-1-1 地域担当保健スタッフ（TSR）を対象としたワークショップを実施し、コミュニティ調査（家族調査）の実施計画を作成する。	2005年10月にワークショップを実施した。	100%
1-1-2 コミュニティ調査を行うために、調査員となる保健ボランティア等のトレーニングを行う。	2005年10～11月にトレーニングを実施した。	100%
1-1-3 コミュニティ調査を実施し、その結果に基づいて各世帯が明記された地図や基礎的統計資料を作成する。	ケツアルテナンゴ県全体で使う統一した人口調査用紙を活用し、全地域の人口調査と地図作成が行われた。地域によっては問題があった（パレスチナ市は市役所がデータを独占・カンテル市はデータ記入が不完全）。JOCV（青年海外協力隊）シニア隊員によるGIS（地理情報システム）トレーニングが実施され、カホラとカブリカン地域で操作ができるようになった。	85%
1-1-4 乳児の死亡についての調査を毎月実施し、その結果を分析する。	乳児死亡症例分析が毎月実施され、何が必要だったかが検討されている。	40%
1-1-5 乳児に対するケアの質の改善計画を作成し、計画を実施する。	2007年1月から実施している。	30%
1-1-6 保健医療従事者が計画した活動を業務の中で円滑に実施できるように、業務マネジメントおよびモニタリングの技法に関するトレーニングを実施する。	専門家派遣上の問題で、業務マネジメントおよびモニタリングの技法についてのトレーニングは実施できなかった。時期をずらして計画している。	0%

1-1-7 乳児ケアの質の改善状況について県保健事務所によるモニタリングを計画、実施する。	2006年10月から現在まで月例会議の中で協議している。今後も継続予定。	50%
1-1-8 保健医療施設において乳児の母親たちに対して保健医療サービスの利用を促進する。	乳児の母親たちが薬を買って飲むなどの人々の習慣の変化が明確になった。	30%
1-1-9 プロジェクト対象地域において乳幼児死亡の統計と情報に関するシステムの改善を図る。	分析時に出てきた問題と改善策を2007年5月から問題目的分析、PDM作成に使った。	10%

活動1-2：乳児の呼吸器感染症および下痢症に関する健康教育に関して、保健医療従事者の知識および実践を改善する。

活 動	進 捗	達成度
1-2-1 既存の健康教育教材の利用状況とその内容の長短所について分析し、より利用しやすい新たな教材の作成を計画する。	地域ごとに既存の教材を評価した。	100%
1-2-2 保健医療従事者が分担して、新たな健康教育教材を作成する。	2005年10月に教材「5つの基礎ケア」の作成のため、4地域によるグループ・ワークで分担して検討した。	100%
1-2-3 保健医療従事者が作成した健康教育教材を、お互いに紹介、共有しあいながら改善し、同時にスタッフの知識の向上を図る。	2005年10～12月に教材フリップチャート、保健スタッフのためのマニュアルを作成した。	100%
1-2-4 教材を試用し、その有効性の確認と修正を行う。その後、印刷を行う。	2007年9月までに教材を印刷した。	100%
1-2-5 保健センター、保健ポスト、保健ボランティアに対して健康教育教材を配布する。	2007年9月までに医療施設に配布した。	100%
1-2-6 保健センター、保健ポストにおける健康教育の実施を促進する。	健康教育のトレーニングを実施し、2006年に保健センター、保健ポストにおいて保健スタッフは母親に健康教育を行っているが、診療室での活動すべてを確認はできない。	40%
1-2-7 保健センター、保健ポストにおける健康教育の実施状況をモニタリングする。	作成したマニュアルを診療で使っている。継続モニタリング必要。	40%

活動1-3：保健センターや保健ポストでリスクを持つ乳幼児が優先して診察を受けられるようにする。

活 動	進 捗	達成度
1-3-1 診察の前にリスクや危険な兆候を持つ子供のスクリーニングを行う。	リスクのある子供を乳幼児健診で発見、フォローアップしているところもある。	50%

1-3-2 高リスクの患者の管理と継続ケアのためのシステムをつくる。	優先して診療している。	50%
------------------------------------	-------------	-----

活動1-4：保健医療施設において重症な乳幼児の危険な兆候が早期に発見、認識される

活 動	進 捗	達成度
1-4-1 保健ポスト、保健センターの保健医療従事者に対して、診察と治療に関する能力改善を目的とした訓練を実施する。	短期専門家による診療技術のトレーニング（簡易な病児の状態の評価方法、聴診器の使い方、NSチャートの利用）コミュニケーションのトレーニングにより、適切な評価と診療技術が改善された。コミュニケーションの重要性の意識が向上し、外来を訪問する人からも、スタッフたちの態度が良くなったとの定評がある。	50%
1-4-2 保健ポスト、保健センターの保健医療従事者に対して、患者や家族への接し方の改善を目的とした訓練を実施する。そして、保健医療従事者が子供の家族に対して、子供の病状やケアについての適切な説明を行うようにする。	スタッフへの継続教育、各保健施設での臨床指導（県医師による呼吸器、下痢、皮膚病、縫合などについての講義や実施指導）が行われ、スタッフたちの知識が向上した。アメリカ人ボランティア医師による1対1の臨床指導で、保健スタッフの診療技術が良いことが評価され、スタッフが自信を持ち始めている。	45%

活動1-5：保健ポストと保健センターの間のレファラルシステムを改善する。

活 動	進 捗	達成度
1-5-1 保健ポストと保健センターとの間のレファラルが上手く機能しない原因について、保健医療従事者を対象としたワークショップを実施する。	ワークショップの結果、CSとPS間のレファラルではなく、CSから病院への搬送が主要であることが判明した。	100%
1-5-2 ワークショップの結果に基づき、レファラルシステムの改善策を試行する。	リファーフォームを作成し、リファー用紙を持たせて病院に送っている。	100%
1-5-3 コミュニティから保健医療施設へのレファラルおよび逆レファラルを活性化する。	コミュニティからは伝統的産婆（TBA）からのレファラルも行われている。しかし、重症患者がいるため、病院へのレファラルの必要性が高い。したがって病院へのレファラル用紙を作成し、2006年6月から病院の小児科医との月例会を開いている。保健スタッフとの関係がよくなりつつあり、病院へのレファラルを受け入れる母親が増えてきた。 一方、病院ではレファラル用紙を受け取らなかったり、病院からのカウンター・レファラル用紙が戻ってこなかったり、	40%

	病院の関心が薄く、診療態度も悪い。 2007年は県の医師が医学生のトレーニングのときに、レファラル用紙について説明している。	
1-5-4 レファラルシステムのモニタリング・監督を計画、実施する。	モニタリングを実施中	50%

活動1-6：乳幼児健診の実施を促進し、また、健診の質を向上させる。

活 動	進 捗	達成度
1-6-1 乳幼児健診の実施体制や実施内容を改善することを目的として、保健医療従事者を対象としたワークショップを実施する。	乳幼児健診は予防接種だけであったが、パラグアイ、本邦研修者、県保健事務所が中心になってトレーニングが行われ、成長発育チェックが実施されている。	50%
1-6-2 保健ボランティアと連携し、乳幼児健診の受診を促進する。	コミュニティにおける乳幼児健診を実施するための保健ボランティアに対するトレーニングが行われた。	50%
1-6-3 保健医療従事者が質の高い乳幼児検診を実施する。	トレーニング後に、自主的にそれぞれの施設に「乳幼児健診室」がつけられ、健診が行われている。カホラ保健センターではシステムティックに実施改善され、リスクをもつ子供の早期発見とフォローアップが行われているところもある。	50%
1-6-4 乳幼児健診のモニタリング・監督を計画、実施する。	モニタリングの実施中	50%

3 - 3 - 2 プロジェクト成果2の活動実績

「成果2：乳児の呼吸器感染症や下痢症に対するケアについて、家族の知識や技術が向上する。」に関する活動実績を以下に示す。

活動2-1：TSR（地域担当保健スタッフ）、看護師、准看護師、保健ボランティアが呼吸器感染症や下痢症についてコミュニティの両親たちに対して健康教育を行う。

活 動	進 捗	達成度
2-1-1 乳幼児健診における健康教育を促進する。	保健教育は実施されていなかったが、乳幼児検診の中で健康教育を実施した。地域差はあるが、学校・母親・TBAなどに教育をするようになってきた。ボランティアのいる地域では、健康教育を8月から始めている。	20%
2-1-2 県保健事務所スタッフが健康教育実施状況のモニタリング・監督を計画、実施する。	モニタリングまでは確立していないが、機会があるたびにヒヤリングを行っている。	5%

活動2-2：各地域の保健ボランティアグループを組織し、活動を強化する。

活 動	進 捗	達成度
2-2-1 保健ボランティアグループの組織化の方法についてTSRを中心としたワークショップを実施する。	TSRのワークショップを行い、経験・知識を共有した。	100%
2-2-2 保健ボランティアグループを設立する。	保健スタッフのイニシアティブによって、カホラ全地域、カンテルの2地域、ウィタンの1村でボランティアが組織化され、トレーニングを受けて乳幼児健診や病気・栄養不良の子供のフォローアップを行っている。また、ウィタンとカブリカンの2地域にて保健ボランティアが組織され、トレーニングを計画中。	40%
2-2-3 保健ボランティアグループに対して、コミュニティでの健康教育と乳幼児健診についてのトレーニングを実施する。	ボランティアたちへ保健教育と乳幼児健診の乳幼児健診、保健教育、子供のフォローアップなどのトレーニングを実施した。	50%
2-2-4 ボランティアグループを担当する保健医療従事者やTSRによる保健ボランティアのモニタリングを計画、実施する。	モニタリングの実施中。	50%

活動2-3：伝統医療の正しい利用と取り扱いについての健康教育を促進する。

活 動	進 捗	達成度
2-3-1 地域に存在する薬草を調査する。	地域に存在する薬草を調査した。対象地域の45%が薬草を使うも、十分な知識無しに利用していることが判明。	100%
2-3-2 コミュニティで使う薬草についての教育教材を作成する。	薬草フリップチャート「こどもの為の8つの薬草」を作成した。	100%
2-3-3 NGOスタッフや保健医療従事者を対象としたトレーニングをNGOの薬草専門家との連携の下に実施する。	9村のボランティア30人が毎月半日ずつトレーニングを受け、知識が向上し、住民に薬草や基礎ケアを教えている。2007年6月には、すべてのボランティアたちが集合してワークショップと薬草教材の使用・5つの基礎ケアのトレーニングを行った。	100%
2-3-4 薬草ボランティアたちを選定し、彼らに対するトレーニングをNGOとの連携の下に実施する。	毎月、8種類の薬草の使い方について2006年6月より9カ所でトレーニングを受け、テストの結果、ほとんどの薬草ボランティアが90～100点を得ている。	100%
2-3-5 伝統医療の適切な利用について、また、伝統医療に代わり保健医療サービスを利用すべき状況について、両親たちに対する健康教育を実施する。	薬草ボランティア全員参加のワークショップを毎年計画し、保健スタッフとの協力体制を話し合った。薬草をより正しく効果的に使うための“5つの基礎ケ	100%

	ア”と“ 薬草教材の使い方 ”を指導した。ボランティアが子供の死亡状況と活動目的をより理解した。	
2-3-6 コミュニティおよび家族による薬草園作りを、普及指導者を通じて指導、促進する。	各ボランティアが薬草園を自宅に作る。	50%
2-3-7 伝統医療の利用状況についてのモニタリングを計画、実施する。	モニタリングの実施中	50%

3 - 4 成果の達成状況

3 - 4 - 1 プロジェクト成果1の達成状況

「成果1：乳児が呼吸器感染症や下痢症による重症に陥る前に、保健医療施設において質の高い保健医療サービスが提供されるようになる」の達成状況を以下に示す。

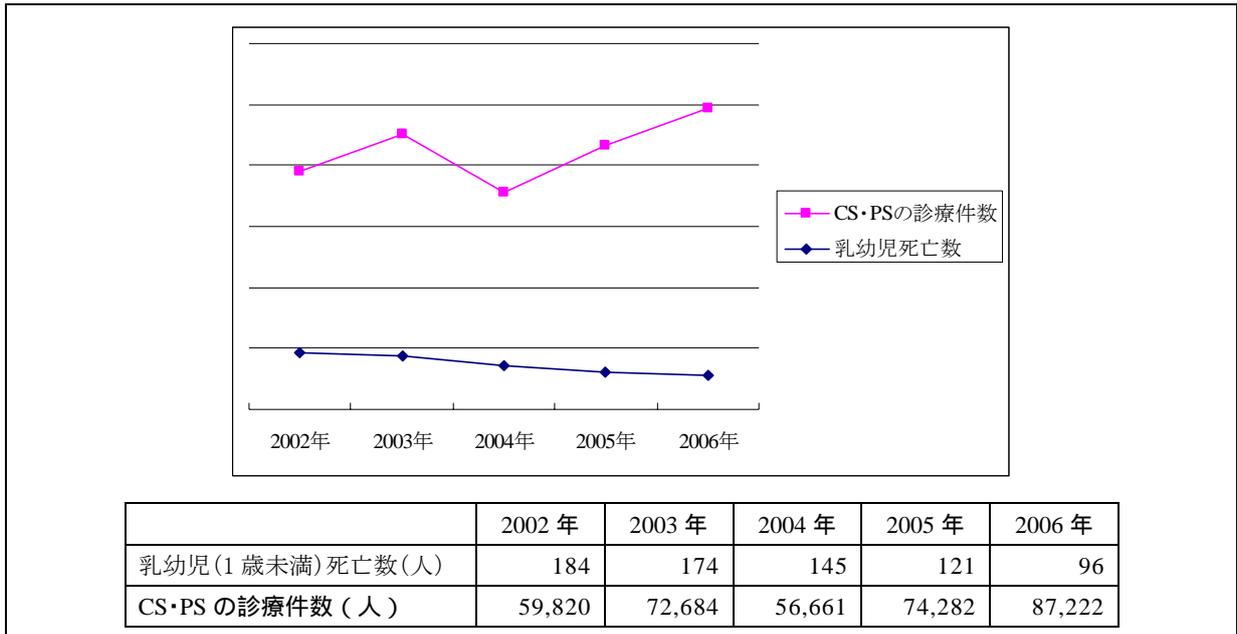
6市の地域地図作成がほぼ完了し、統一した人口調査用紙をもとに住民の基礎台帳が作成された。地図上の家屋番号は住民登録として、さらに医療施設で受診する際の「保健カード（診察券）」としても利用され始めている。これを基に、乳児の所在と出生・死亡を把握し、死亡した場合はその原因を毎月のモニタリングにおいて分析している。分析には、乳幼児死亡調査用紙を用いている。

乳児が呼吸器感染症や下痢症による重症に陥る前に、「医療施設において」「医療従事者による」質の高い包括的な保健医療サービス（予防のための親の教育、診療時の早期発見、ハイリスクの乳幼児が優先的に診察を受けられる、ハイリスクの乳幼児が病院へレファラルされる、乳幼児健診の実施）が提供されるようになるために、母親が行う「5つの基礎ケア（栄養、水分補給、体温調整、清潔維持、休息）」の教材がまとめられ、医療従事者が母親とコミュニケーションを円滑にとるためのツール「コミュニケーションの4つの技（言葉以外の態度、患者の訴えをきちんと聞く、明確なメッセージの発信、オープン・クエスションの使用）」トレーニングが実施された。これらは、CS、PSにおける診療時にも活用されている。

成果指標1-1：呼吸器感染症や下痢症に罹った乳児の85%以上が保健医療サービスを利用する。

指標1-1は、「呼吸器感染症や下痢症に罹った乳児」がコミュニティにどのくらいいるかを常時モニタリングし、その人数を把握した上で医療施設を利用した患者数を測る必要があり、不可能に近い。しかし、「呼吸器感染症や下痢症に罹った乳児」が医療施設を利用する数が増えることによって、少なくとも親へのアドバイスを行える機会は増えるため、プロジェクト目標につながることで、利用数の推移をみた。統計上、年単位の推移しか見られないが、対象地域の診療数は増加し、同時に死亡数が減少傾向にあるため、成果は達成しつつあると判断する。

表3 - 10 乳幼児死亡と医療施設（CS・PS）利用状況の相関



成果指標1-2：保健ポスト、保健センターの保健スタッフが来院するすべての両親に対して呼吸器感染症や下痢症についての健康教育を行う。

指標1-2については、現在すべての対象医療施設が指導を行っていないわけではないが、医療施設に来院したすべての乳幼児の両親へ健康教育を行うよう医療従事者に指導しており、5歳未満児の検診を行う際に呼吸器感染症や下痢症についての健康教育も行っていることから、この検診数の推移によって達成度を測る。乳幼児健診は2006年6月から実施しているが、集計システムが整ったのは2007年からであるため、2007年の乳幼児健診受診者数を以下の表に示す。対象6市の5歳未満児は18,115人おり、これに対して合計7,571人が乳幼児健診を受けていることから、延べ件数ではあるが42%が呼吸器感染症や下痢症についての健康教育を受けたと見なせる。したがって指標は順調に達成しつつあると判断する。

表3 - 11 2007年の乳幼児健診受診者数（人）

市	施設	名称	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計
カブリカン	CS	Centro	31	36	122	145	126	91	125	74	97	847
	PS	Cienaga	5	25	30	9	35	20	34	19	35	212
	PS	Xacana	37	22	28	16	17	18	27	21	28	214
	PS	Chorjale	2	11	7	7	24	11	13	15	17	107
ウイタン	CS	Centro	28	60	51	40	40	35	46	49	46	395
	PS	Paxoj	42	51	54	44	45	40	34	42	46	398
	PS	Vixben	30	29	35	20	31	32	34	36	51	298
パレスチナ	CS	Centro	36	18	26	18	16	27	18	39	152	350
	PS	Carmen	16	42	13	10	100	181	96	57	152	667
	PS	Buena Vista	25	29	12	12	15	28	19	18	23	181
	PS	Gonzalez	26	16	16	12	22	16	16	22	30	176
	PS	Eden	10	15	35	25	20	20	24	23	25	197
カホラ	CS	Centro	64	60	89	60	43	81	132	111	133	773
サンミゲルシグイラ	PS	Centro	56	52	71	39	60	24	34	43	46	425
カンテル	CS	Centro	323	28	178	35	266	165	231	430	175	1,831
	PS	Xecam	46	76	64	56	56	58	35	66	43	500
合計			777	570	831	548	916	847	918	1,065	1,099	7,571

また、コミュニティの保健ボランティアを育成・組織化することによって、医療従事者が教えたことを親が実践しているかを確認し、知識の反復や助言が得られるような仕組みをつくりつつある。加えて、保健センター・保健ポストにおいて母親を集め、健康教育の集会もたびたび実施して繰り返し教育している。したがって、健康教育の実施件数が累積していくことはプロジェクト目標の達成に有効であるといえる。

成果指標1-3：保健スタッフの呼吸器感染症や下痢症についての危険な兆候とケアについての知識が向上する

各種研修の中で「プライマリーケア」と「乳幼児検診」のトレーニングは危険な兆候を診断する教育を含んでいる。また、月例研修において、死亡原因の分析と共に各症例についてのケアも学んでいる。したがって、指標1-3については、この研修が下表に示すとおり、プロジェクト開始時から現在に至るまで、対象地域の医療従事者ほぼ全員の51人が計30回研修を受けたことで、呼吸器感染症や下痢症についての危険な兆候とケアについての知識が向上していると判断する。

現在はアメリカ人ボランティア医師によって作成された診断チャートを用いて、根拠に基づいた医療（Evidence Based Medicine：EBM）、かつ標準的な診療が行えるようになってきている。加えて、危険な兆候について母親にも指導することで、知識の反復による定着が確実になっている。

表3 - 12 テーマ別研修と月例研修回数

研修場所	参加医療従事者数	プライマリ・ケア研修	乳幼児成長発達研修	健康教育研修	月例研修
CSカブリカン	17人	4回	1回	1回	24回
CSパレスチナ	14人	4回	1回	1回	24回
CSカホラ	9人	4回	1回	1回	24回
CSカンテル	11人	4回	1回	1回	24回

3 - 4 - 2 プロジェクト成果2の達成状況

「成果2：乳児の呼吸器感染症や下痢症に対するケアについて両親をはじめとする家族の知識や技術が向上する」の達成状況を以下に示す。

成果指標2-1：乳児を持つ母親の80%以上が、呼吸器感染症や下痢症の乳児の基本的なケアと栄養についての知識を持つ。
成果指標2-2：乳児を持つすべての親が呼吸器感染症や下痢症の危険な兆候を判別するための知識を持つ。
成果指標2-3：乳児の80%以上が乳幼児健診を受診する。
成果指標2-4：乳児を持つ両親の90%以上が、呼吸器感染症や下痢症の乳児に対する伝統医療の利用について適切な知識を身につける。

成果1に対して成果2は、乳幼児の親のケアが向上するボトムアップを狙ったものである。作成した地域地図から、指標2-1および2-2の乳児を持つ母親が各地で何名いるかを把握し、医療施設にて健康教育「基礎的な5つのケア」を受けるか、保健ボランティアによってコミュニティで知識を得るか、いずれかの方法で、母親が知識を持つことを目標としている。さらに母親が知識を持てば、指標2-3の乳幼児健診の重要性を認識して進んで健診を受診し、乳児が呼吸器感染症や下痢症に罹患しても、初期症状のうちに指標2-4の伝統医療である薬草療法を利用することを期待した。

しかしながら、ボトムアップの活動を行うための準備段階で、保健ボランティアを組織化しようとしたが組織化が遅れたこと、活動に必要な薬草についての教育教材である薬草フリップチャート「こどもの為の8つの薬草」の制作が遅れたために、成果2の進捗は全体的に遅れた。

これまでの進捗として、2006年6月より現在に至るまで、計49人の薬草ボランティアと計104人の保健ボランティアが選ばれ、9ヵ所で毎月トレーニングを受けながら活動を始めている。

第4章 評価結果

4 - 1 評価5項目の評価結果

4 - 1 - 1 妥当性

(1) 上位目標の妥当性

「政策指針 (Lineamiento del Gobierno 2004 - 2008)」を受けて2004年に策定された国家保健計画は、8条から成る「保健基本政策 (Políticas de Salud 2004 - 2008)」を掲げており、「健康に関する国民需要を質・倫理・公正性に鑑みた各レベルにおける医療サービスの提供を通じて充足させる」と言及している。また、国家保健優先項目 (Prioridades de Salud País) として17項目が選定されており、「妊産婦死亡と新生児死亡」が対策に含まれている。

一方、「貧困削減戦略文書 (PRSP)」において、先住民族のほうが非先住民族に比べて貧困ライン以下の割合が高く、さらに極貧ラインの割合が高く深刻であることから、地方の先住民族居住地域を重点地域とすることとしており、加えて、国連が提唱するミレニアム開発目標 (MDGs) を重視した乳幼児死亡の低減、妊産婦の健康改善に重点を置いている。したがって、上位目標は先住民族の多いケツアルテナンゴ県における乳幼児の死亡率を低減する活動によって上記政策の具現化が図れるものであり、妥当性がある。

(2) プロジェクト目標の妥当性

プロジェクト対象地域は2,300m以上の高原地帯で朝夕の冷え込みが厳しく、乾燥しているために呼吸器疾患に罹りやすい。貧困や栄養失調と相まって、5歳未満児の死亡原因は肺炎・気管支炎が首位で5歳未満児死亡全体の6.9%、下痢症が2位で2.0% (2005年) となっている。乳幼児死亡の低減をめざす上で、この2疾患に注力することはプロジェクト目標として妥当である。

(3) プロジェクト・デザインの妥当性

1) 対象6市の選定

2001年、2003年、2004年の調査時にケツアルテナンゴ県保健事務所職員によって乳幼児死亡率 (IMR)、妊産婦死亡率 (MMR)、栄養不良率、先住民人口、貧困率といった人口・保健指標の状態の悪い地域で、かつ厚生省と契約しているNGOが保健活動を実施している地域と重複しないよう配慮している。JOCV (青年海外協力隊) チームと緩やかな連携を持ってプロジェクト活動を行う上でチーム構成人数が6人であることにかんがみ、主に北・中部のカブリカン、ウィタン、パレスチナ・デ・ロス・アルトス、カホラ、サン・ミゲル・シギラ、カンテルの6市が選定された。地域性、地域数共に無理なく妥当な選択である。

2) 指標の設定

1次医療施設〔保健所 (CS)・診療所 (PS)〕が24時間体制ではないことから、本プロジェクトではR/D時から本プロジェクトのマスタープランとなるプロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM₀) が作成され、これまでこのPDMに基づいて活動が実

施されてきた。しかし、実施していくうちに、プロジェクト目標の表現や指標をより明確に示す必要性が認められた。よって、プロジェクトの目標・指標・ロジックを整理し直し、その結果は改訂版PDM (PDM₁) にまとめられた。

3) 住民のニーズ

本プロジェクト対象6市の人口は約10万人で、ケツアルテナンゴ県人口72万人のうち14%を占めている(2007年)。この中で主な裨益対象人口である乳幼児層は2万人弱である。対象層の数量は多くないが、この乳幼児層の死亡は死亡数全体の25%を占めており、社会的弱者であることが明らかである。加えて、先住民族にとって医療施設へのアクセスが限られていること(物理的距離、診療拒否や言語によるコミュニケーション不足等)、家庭における伝統医療の薬草の利用方法が間違っていること等から、ハイリスクグループにあるといえる。このような現状にかんがみて、CS・PSにおける医療従事者や保健ボランティアを通して乳幼児の母親を教育し、予防と早期治療、重篤時のレファラルといった疾病の各段階において乳幼児層をケアする本プロジェクトの試みは裨益者に対する妥当性が高い。

4 - 1 - 2 有効性

(1) プロジェクト目標の達成度

対象6市の1歳未満児(出生28日以下の乳児を除く)の死亡数は、わずかではあるがここ数年減少傾向にある。しかし、ケツアルテナンゴ県全体の死亡数の推移も同様の曲線を描いているため、必ずしもプロジェクトの成果が発現したとは明言できない。それでもプロジェクト実施中に地域地図と人口調査によって地域の1歳未満児人口が明確になった中で減少傾向があったことは統計の信頼性もあり、プロジェクト目標を達成する活動の方向性が正しいと判断できる。

(2) プロジェクト目標に対する成果の達成度

CS・PSにおける医療従事者の質は、医療従事者が乳児死亡の原因を考えるという自発的な発想を持ち、改善計画への自主性を持ち始めたこと、乳児検診の成長曲線を見て子供のリスクを予測し始めたこと、乳児の重篤患者やハイリスク患者を家庭訪問してフォローアップしていることなど、乳児が呼吸器感染症や下痢症による重症に陥らない態度の改善が見られている。

医療従事者が実施する健康教育の実施率、母親への定着度はモニタリングによる数値化がまだまだ困難な点があるものの、医療従事者の前向きな活動傾向は14医療施設中13カ所で見られた。

保健ボランティアのトレーニングで非識字者であったボランティアがモニタリング・チャートに記入できるようになり、モニタリングの精度に信頼性が生まれてきている。また、保健ボランティアの組織化によるボランティア・ネットワークのボトムアップにより、乳幼児健診の受診率が向上傾向にある。一方、医療従事者や保健ボランティアらによって乳幼児を持つ母親に健康教育「基礎的な5つのケア」と薬草教材「こどもの為の8つの薬草」が普及し始め、少しずつ定着し始めている。

このような数値の上昇傾向は、医療従事者の質が向上し、乳幼児の親が呼吸器感染症や下痢症のケアについての知識を持ち始めていると判断でき、プロジェクト目標の達成は見込みがあると判断する。

(3) 促進要因

限られた人数と期間の専門家の投入に対して、CS・PSにはJOCVチームがネットワークを形成しつつ常在した活動を展開し、コミュニティでは先住民族の習慣を熟知したNGOが介入することによって地域に密着した活動が促進できた。

(4) 阻害要因

保健省が1999年より他ドナー（USAID、GTZ、UNICEF、PAHO等）の資金援助によって、医療従事者が不足している地域の診療活動をNGOに委託している事業「Extension de Cobertura」は、本プロジェクトと活動地域が重複しないよう保健省と合意している。しかし、地域地図の作成において、スペインのNGOが管轄世帯に独自の家屋番号を振ったことから住民が混乱したことがある。今後も対象地域内にあれば活動を均質にしたい本プロジェクトと同様の拮抗関係が生じる可能性があり、これからは活動の相互理解と連携を構築していく必要があるであろう。

グ国の看護教育では、正看護師は5年の大学を卒業した学士であり、准看護師は中学卒業後1年制の准看護学校を卒業した資格で就業している。この制度の下、正看護師はおのずと管理業務の立場に就くことが多く、准看護師は知識・立場上正看護師より弱い。この上下関係によって、本プロジェクトで研修した准看護師が正看護師に対して、トレーナーとして研修効果を伝達できないことがあった。

4 - 1 - 3 効率性

効率性とは、プロジェクトの実施過程における生産性のことであり、投入がどれだけ成果に転換されたかを検討する。投入の種類、タイミング、質および量はおおむね成果の達成に必需十分なものであった。投入カテゴリーごとの妥当性は以下のとおりである。

(1) 専門家チームの派遣の効率性

プロジェクト開始時より長期専門家と短期専門家がほぼ計画どおり、かつ政情に臨機応変に対応して投入できたことによって、活動は効率的に行われた。また、連携して活動しているJOCVチーム派遣は看護師・助産師・栄養士といった専門性を有した人材が投入され、専門家チームと連携して効率性の高い投入となった。このように専門家チームが主に保健行政・運営側に対して技術移転する一方、JOCVチームが高い質を保ちつつ面的広がりを持ってCS・PS・コミュニティといった地域活動にあたれた効果は大きく、効率性は高いと評価できる。

(2) 機材供与の効率性

日本側からの供与機材は質・量共ほぼ適正であった。加えて、プロジェクト期間中の活動に必要な機材はほぼタイミングよく投入された。

(3) 研修員受け入れの効率性

計画どおりにカウンターパート (C/P) を研修 (本邦・第三国) に派遣し、タイミングも適正であった。本邦研修ではC/Pの動機付け (リーダーシップや責任感) が得られ、第三国研修では直接現場で導入できる活動と手法を学べたことが、効率性を高めることに役立った。また、同プロジェクト外のJICA研修やホンジュラスのプロジェクトで養成されたC/Pを第三国専門家として備上したことは、コスト面での効率性と相乗効果を得ることができた。

(4) NGOとの協働による効率性

対象地域は先住民族が80%以上を占めることから、医療施設の医療従事者が共通語としているスペイン語が通じず、また伝統医療を重んじることから医療従事者による診療の差別と住民の医療従事者への不信が生じている。この問題を解決するために、地域で活動するNGOおよび薬草による自然療法を促進しているNGOとの連携を持つことで、先住民族に受け入れられやすい地域密着型の活動をめざしたことは人的資源に限りのあるプロジェクト活動において、活動地域の拡大と効率性に貢献した。

(5) C/P配置の効率性

対象地域におけるC/Pの人数はおおむね適切であったが、プロジェクト地域が首都から離れていることから基本的に中央の保健省と連携が取りにくい上、保健省におけるC/Pが次官という要職にあったことから、具体的な業務の連携に結びつき難かった。

(6) 阻害要因

中米における麻疹と風疹の撲滅の最終国として保健省がPAHO (汎アメリカ地域保健機構) の支援によって強力に勤める予防接種キャンペーンがあると、CS・PSのすべての通常活動が1ヵ月以上も停止してしまう。さらに、キャンペーン中のトレーニングとなると全く実施できない状態に陥ってしまい、トレーニングの延期や短期専門家の派遣時期を変更せざるを得なかった。

4 - 1 - 4 インパクト

保健ボランティアが組織化されつつあり、ネットワーク化されていくと、コミュニティにおける保健ボランティアの点の活動が相互扶助による反復と標準化につながり、加えて医療従事者との対等な連携が生まれている。

プロジェクト対象地域以外の医療従事者への乳幼児検診や健康教育のトレーニングが波及し、他地域でも活動が開始されている。プロジェクト地域に配置された医学生、地域地図・人口調査に参加した医学生はプロジェクト活動に触発されて、医師となった現在、子供の死亡に対する意識が高く、良い診療活動を実施しているとの報告があった。

また、伝統的産婆 (Traditional Birth Attendant : TBA) が薬草教材を導入したいと希望して訪ねてくるようになってきている。

現時点ではマイナスインパクトは特にない。

4 - 1 - 5 自立発展性

(1) 組織・制度的側面

プロジェクト活動を継続するための実施体制は確立しており、県保健事務所との協力態勢も整いつつある。末端の医療施設に勤務する医師・准看護師らは政権交代に伴う人事異動はほとんどないが、中央の保健省は政権交代の影響を受け、C/Pである次官がプロジェクト開始時から既に3回交代している。したがって、政権交代の影響を極力抑える必要がある。

(2) 財政的側面

本プロジェクトはなるべくコストをかけないで工夫しているため、本プロジェクト終了後も同様の予算配分を行えば活動が継続される可能性もある。ただし、少ないとはいえプロジェクト運営にかかった活動経費をC/Pであるケツアルテナンゴ県保健事務所が独自の予算で実施するように、あらかじめ活動範囲等を計画しておくことが必要である。

(3) 技術的側面

医療従事者の多数派である准看護師や保健スタッフらは地域出身者が多いことから、人事異動面での人材流出はほとんどなく、専門家が直接トレーニングした医療従事者や保健ボランティアの技術は定着する可能性は高い。しかしながら、真の技術の定着には反復と継続的指導が必要であり、プロジェクト実施期間中に自立できる人材の育成と技術レベルを保持していく仕組みづくりが重要である。さらに、現時点では移転された技術のモニタリング（直接的には医療従事者や保健ボランティア、間接的には裨益する乳幼児の親）は四半期ごとであり、結果には時間がかかると推測される。

また、医師や看護師は地元出身でない場合が多いため、希望して異動していく可能性がある。彼らは保健センター・保健ポストでは少人数であるが権限を持ち、施設運営において影響力があることから、人事異動の可能性を考慮して活動する必要がある。

4 - 2 結 論

本プロジェクトは、実施されてから現在まで計画された活動の多くが、おおむね予定どおり実施され、期待されていた活動の成果は順調に発現しつつある。その裏付けとして、短期間の比較であるためわずかではあるが、指標の改善が認められ、基盤となるCS・PSの活動の標準化、ケツアルテナンゴ県保健事務所によるモニタリングの必要性を強く認識した。ただし、C/Pと同様に計画に欠かせないNGO（薬草NGOなど）との連携強化など、活動に十分な配慮と対策が必要である。今後も活動が計画的に実施されるために、関係機関による必要な措置が講じられれば、プロジェクト目標の達成は可能であろう。

第5章 提言と教訓

5 - 1 提言

5 - 1 - 1 保健 / 薬草ボランティアの支援メカニズムの検討

プロジェクト活動では、保健ボランティアからのコミュニティにおける保健教育や重症児のリファラルが、保健医療活動を促進し保健医療施設アクセスへの住民の理解の橋渡しを行う重要な役目を担っている。現在では保健所の保健医療従事者が中心となって保健 / 薬草ボランティアの活動の推進を行っているが、この活動は保健医療従事者の能力によるところが多い可能性が高い。今後の保健 / 薬草ボランティア活動の継続性 / 発展性を踏まえ、保健 / 薬草ボランティアをより包括的にサポートしていくメカニズムづくりについて、今後、検討することを勧める。

5 - 1 - 2 県保健事務所の計画 / 運営 / モニタリング機能の強化

将来、プロジェクト活動をケツアルテナンゴ県の他地域に拡大していくには、プロジェクト活動において確立されつつある包括的な乳幼児保健サービス(乳幼児死因分析、人材育成、乳幼児健診、乳幼児フォローアップ、リファラルシステムの改善、健康教育、保健 / 薬草ボランティア活動、正しい薬草の使用方法など)の計画 / 運営 / モニタリング機能を県保健事務所に強化していくことを勧める。

5 - 1 - 3 グ国における包括的乳幼児保健サービスの将来的な拡大

本プロジェクトの特徴である包括的乳幼児保健サービスは、乳幼児保健ケアの質の向上と死亡数の減少に寄与している。さらに、ミレニアム目標のためにも寄与するものと考えている。本プロジェクト活動をグ国全域に活用していくためには、プロジェクトの成果を中央政府の政策に反映させていくことが重要である。これに関し国際協力局を通じた、厚生省内のプログラム関連部局と連携を図っていくための調整メカニズムをつくり、制度化に向けて検討していくことを勧める。

そのためにプロジェクトは活動内容や活動成果を、随時、厚生省に対し情報発信するとともに、同活動成果をグッドプラクティスまたはガイドラインとして文書化することを勧める。

5 - 1 - 4 NGO委託地域の保健サービスの改善

プロジェクト対象地域でのNGO委託地域においては、乳幼児への保健サービス内容が異なっている。これらの地域で死亡率を削減していくためには、これらの地域の情報を分析し対応を図っていくことが必要である。

5 - 2 教訓

5 - 2 - 1 包括的なアプローチ

本プロジェクトにおいては、子供の健康を改善するために多角的な取り組みが行われている。保健医療スタッフに対し診断・治療の技術のみならず、患者への対応を改善するためのコミュニケーション・スキルやモチベーション向上に向けての研修を行い、乳幼児のための保健医療サービスの質の向上を図っている。また、コミュニティ・レベルでは保健 / 薬草ボ

ランティア育成を通じて、子供の栄養改善や保健医療施設へのアクセス改善を図っている。このような包括的な取り組みの結果、保健医療スタッフと母親との間に信頼関係が醸成され、リスクの高い乳幼児への対応が改善されるものと考えられる。本プロジェクトに類似した地域環境で包括的小児保健サービスを展開するには、これらの取り組み方法は有用である。

5 - 2 - 2 自立発展性を見越した活動

本プロジェクトでは、低予算でありながらローカル・リソースを最大限活用することによって、自立発展性を高めようとしている。本プロジェクトの中心柱である乳幼児ケアの活動は、「5つの基礎ケア」の概念の導入／実施や薬草の活用を通じた、健康に対する意識強化を行っている。これを通じ保健スタッフの意識改革／行動変容のほか、コミュニティにおいても母親の意識の改善が図られており、定着しつつある。同活動はローコストでありながら、乳幼児死亡率の低下に貢献するものと考えられることから、有効性および自立発展性が期待できる案件として類似地域への波及効果も言及し始めている。

第6章 団長所感

6-1 経緯

本プロジェクトは、グ国ケツアルテナンゴ県の6市（カブリカン、ウィタン、パレスチナ・デ・ロス・アルトス、カホラ、サンミゲルシギラ、カンテル）を対象として、2005年10月から4カ年の計画で協力を実施中である。同プロジェクトでは、5歳未満の乳幼児の特にグ国で死亡の原因となっている呼吸器感染症および下痢症に焦点をあて、一次保健医療施設（保健ポスト、保健所）のサービス強化（人材育成強化、乳幼児健診・フォローアップ、リファラル・システム強化等）を行うとともに、保健医療従事者や保健ボランティア、薬草ボランティアが一体となって母親の乳幼児の健康に関する知識やケアの向上（健康教育の実施、保健ボランティアによる乳幼児健診の促進や啓発、薬草ボランティアによる薬草の使用方法など）を図るものである。これにより、乳幼児の呼吸器感染症や下痢症を未然に防ぐとともに、リスクの高い乳幼児に対する処置を強化するものである。

2006年11月には運営指導調査を実施しており、この結果も踏まえ、協力の2年目にあたる2007年10月中間評価を実施した。

6-2 評価結果概略

プロジェクト期間前半においては、特に保健医療施設における活動に重点がおかれ、実施されてきた。保健センターごとに担当地域の乳幼児死亡原因を調査し、地域地図を作成した。戸籍登録が未整備のため担当地域の軒ごとに番号を付した上で、地図上に各家庭の乳幼児の状況をプロット（乳幼児の死亡した家庭、病気の子供を持つ家庭など）し、簡易に地域の状況が把握できるようにした。また、保健医療従事者については診断/診療技術のみならず、コミュニケーション・スキルの向上に関する研修を実施し、乳幼児健診やその後のフォローアップ活動を促進する他、リファラルの向上を図った。

母親の知識向上については保健医療従事者による健康教育（「基礎的な5つのケア」）を実施しているが、保健ボランティアや薬草ボランティアを通じた母親への啓発は、今後の活動での展開が見込まれる状況である。

これらの結果、対象地域における診療件数は増加傾向にあり（2004年と2006年のデータの比較で診療件数は約150%の伸び）、乳幼児死亡数も減少傾向（2004年と2006年の比較で乳児死亡数は約66%に減少）にあることから、効果が発現しつつあるとはいえ、評価結果として、おおむね良好と判断した。また短期間において多数の活動を展開できたのは、日本人専門家の尽力によるものが大きい。

6-3 本プロジェクトの特徴

本プロジェクトでは、保健医療施設に所属する保健医療従事者が中心となって、担当のケツアルテナンゴ県地域の死因分析から、乳幼児健診・フォローアップ、診断、診療、健康教育を実施している。ケツアルテナンゴ県の6市の保健医療従事者からのプレゼンテーションでは、乳幼児の死亡原因の分析を通じ保健医療従事者の意識が高まった点、これらの活動から母親の保健医療施設/従事者への信頼度が高まってきている点について報告が行われた。また、地域で長年使用されている薬草をプロジェクト活動に取り込むことにより、より親しみやすい工夫

を行うなど、地域住民（母親）の立場を踏まえた上で、保健医療施設レベルと地域レベルでの双方から、包括的なアプローチを行っているのが本プロジェクトの特徴といえる。

6 - 4 課題と提言

6 - 4 - 1 保健 / 薬草ボランティアの支援メカニズムの検討

現在の活動では、保健医療施設において、保健ボランティアと薬草ボランティアを募っており、保健ボランティアについては保健医療従事者が、薬草ボランティアについてはNGOの現地専門家2名がそれぞれ研修を実施することとなっている。（保健と薬草のボランティアをあえて二つに分けた理由は、薬草ボランティアについては、代々親から経験的に薬草について知識を習得し、かつ薬草について高い関心を持つものでないと勤まらないため、二つに分けた方がうまくいくとのことであった。）

特に人口の多い地域においては、住民（母親）へのアウトリーチを促進するためにボランティアの役割は重要である。今後、これらのボランティア活動を展開・継続していくためには、保健医療従事者個人の指導のみによるよりも、ボランティアが所属する地域社会（市町村など）からの支援も得て、保健医療従事者と地域が協働していくことが必要ではないかと思われた。他方、中南米についてはアジアなどと比べ、社会的組織が脆弱であるとの指摘もあったため、これについての具体的取り組みについては、今後の活動の中で検討していくこととして、提言を行っている。

6 - 4 - 2 県保健事務所の計画 / 運営 / モニタリング機能の強化

現状では、本プロジェクトの計画・運営は日本人専門家に任されている部分が大きく、プロジェクト終了後の継続性やケツアルテナンゴ県内の他市における事業の拡大を考えた場合、プロジェクトの後半においては県保健事務所における計画、運営、モニタリング機能の強化を図っていくことが必要と判断し、その旨提言を行った。

これに関し、日本人専門家からのヒアリングによれば、県保健事務所における人員不足が課題とのことであるが、県保健事務所の他の通常業務の中の一つとして取り込んでいくことが重要であり、まずは既存の組織構造の中でどのように担当を振り分けるのか、などについて先方と話し合いを行うことから始めることを薦めたい。

また、先方との協議を通して、モニタリングの意義について共通認識を高める必要があるように感じた。モニタリングを通じ、脆弱な部分については適切な対応を図り、また計画に反映させていくことが重要であり、これらの一連のプロセスを県保健事務所の通常業務の一つとして取り込んでいくことが重要と思われた。

6 - 4 - 3 包括的な乳幼児保健サービスの将来的な拡大に向けての努力

本プロジェクトは2に述べたような成果を出しつつあり、また、これらの活動を通じ、対象地域の多くの医療従事者の意識に変化が生じているのを先方のプレゼンテーションから感じ取ることができた。県事務所長の言によれば、既にケツアルテナンゴ県内の他地域も本プロジェクトの活動に関心を寄せているとのことである。今後の成果発現状況にもよるが、現状から判断する限り、将来的にはグ国全土にて活用することも十分可能と思われた。そのため、プロジェクト後半においては、本プロジェクトの成果を保健医療政策に反映していくこ

とも念頭に、厚生省との連携を強化していくことが重要と判断し、その旨提言を行った。これについては、前回の運営指導調査の提言により、既に厚生省の国際協力局を窓口として強化しているが、政策への反映を想定する場合にはプログラムを担当する部局との情報・意見交換が重要である。厚生省には子供の健康を包括的に扱う部署が存在せず、プログラムごとに担当部署が異なるため、従来どおり国際協力局を窓口とした上で、担当部署との調整を図っていくことが必要と思われた。

また、プロジェクトの成果を随時行っていくことに加え、プロジェクトの最終年次には成果をグッド・プラクティス集またはガイドラインとして文書化していくことが必要であり、これについても提言に含めた。

6 - 4 - 4 NGO委託地域の保健サービスの改善

対象地域の6市内に厚生省がNGOと契約を行い、辺境地域などにおける保健医療サービスをNGOに一括委託しているとのことである。県保健事務所長からのヒアリングでは、厚生省とNGOは甲乙関係にあり、厚生省がNGOの活動を3ヵ月ごとに評価を行い監督をしているとともに、NGOの診療所で対処できないものについては、保健センターにリファーするように指導を行っているとのことであった。

他方、日本人専門家からのヒアリングでは、NGOの診療所においては月に1度のみ診察を行っている場合があり、また、保健センター側もNGOに委託した地域への関心が低いとのことであった。これに関し、将来的に公平な保健医療サービスを提供していくことの重要性を厚生省に伝えるとともに、本プロジェクトの活動としては、NGO委託地域における情報を正確にとらえ、対応を図っていく必要性について提言として取りまとめた。

6 - 5 留意事項

6 - 5 - 1 NSチャートについて

NS(「こどもの健康」)チャートは乳幼児の呼吸器感染症および下痢症に関する診断と治療に関し、チェックリストのような形で取りまとめられており、保健医療従事者が迅速に診断・治療ができるように工夫が行われている。この有用性について現場の保健医療従事者のみならず県保健事務所長も高い評価をしている。IMCIとの整合性について県保健事務所長と協議を行ったところ、IMCI(Integrated Management of Childhood Illness: 小児疾患統合管理)のチャートも使用しながら、迅速な対応が必要な場合はNSチャートを使用するなど、双方は並存する関係のものであり、IMCIとの整合性も確保していることから、厚生省からもそのような理解を得ているとの説明であった。

これらの情報も踏まえ、現段階でNSチャートのみを取り上げて国内での位置づけや制度化について厚生本省と議論することは必ずしも適切でないと判断し、包括的な乳幼児保健サービスのアプローチの一環として、NSチャートの内容も十分レビューした上で、プロジェクト活動の後半において厚生省と情報・意見交換を進めることが適当であると判断した。

6 - 5 - 2 パレスチナ・デ・ロス・アルトス市の対応について

他の市に比べ、パレスチナ・デ・ロス・アルトス市においては保健センター所長の乳幼児保健サービス強化に関する認識が低く、これまでプロジェクトより再三にわたり協力を求め

てきたものの同市においてはいまだに協力が得られないことから、日本人専門家より内々にプロジェクト対象地区からはずしていくことも検討が必要ではないかとの相談があった。これについて、今後本プロジェクトの成果をプロジェクト終了後に他地域に拡大していった際には、同様の問題は生じうることであり、その観点からも、今後の参考のために同地域の状況を引き続き把握していくことは必要と判断し、その旨説明を行った。

また、プロジェクトが同市に特別に注力を注ぐ結果、他市での活動が停滞することは避けるべきであることから、同市については可能な範囲での対応とし、それにより当初の成果が見込まれなくともやむを得ないと判断し、その旨、日本人専門家に説明を行った。

6 - 5 - 3 青年海外協力隊（JOCV）との連携について

本プロジェクトと青年海外協力隊事業（JOCV）との連携について、プロジェクト専門家およびJOCV 3名（カンテル保健センターの片岡氏、パレスチナ保健センターの三浦氏、カブリカン保健センターの本間氏）と個別にヒアリングを行った。JOCVはプロジェクトの月例会議に参加し情報の交換を行うほか、プロジェクトにより作成された教材を活用している様子が伺われた。また、プロジェクト専門家も相談役としてJOCVに対し適宜アドバイスを行っており、双方のメリットを生かす形で進行しているようであり、連携は既に順調に進みつつあるように見受けられた。

今後の連携の方向性については関係者間の協議により進めるべきであるが、以下の点を検討していくことも考えられる。

（1）本プロジェクト実施中における連携について

今後、プロジェクトにおいて保健／薬草ボランティア活動を推進する際に、JOCVがボランティア性を生かしながらどのような活動を行うか、プロジェクトとJOCVにて検討を行う。

（2）プロジェクト終了後も見据えたJOCVの派遣について

「西部高原地域農村生活改善プログラム」の中で、本プロジェクトの成果を第1段階としてケツアルナンゴ県の全域に普及させ、その後、他県に普及させていくことを念頭にJOCVの派遣計画を検討する。

（3）政権交代について

2007年11月の大統領選挙により政権が交代した場合には、厚生省や県保健事務所の要職ポストは全面的に人員が入れ替わる予定とのことである。これに関し、厚生省では今回初めての取り組みとして、政権交代後も事業実施に支障が生じないよう「引き継ぎプログラム」（事業ごとの引継書の作成）を準備しているとのことである。本プロジェクトについては、政権交代前に、この引き継ぎプログラムに本プロジェクトの概要や成果が含まれていることを、あらかじめ確認しておくことが重要であり、また政権交代後に厚生本省に対し本プロジェクトについて十分説明を行っておくことが必要である。

6 - 6 PDMの変更

今回の中間評価を通し、R/D締結時に作成されたPDM（ゼロ・バージョン）について、主に2つの変更を加えた。ひとつは、プロジェクト上位目標/目標の指標に関し、当初、乳幼児死亡率を50%減少させるとしていたが、これについて県保健事務所から乳児死亡数を25%減少に変更したいとの申し入れがあり、これを承認し、変更することとした。R/D締結時に野心的な目標を掲げることが重要との主張から乳児死亡率（IMR）50%の減少とした由であるが、これまでの死亡数減少の推移なども踏まえると乳児死亡数25%減少が適切であるとの理由であり、妥当と判断した。（なお、プロジェクト目標の指標に関し、当初、「呼吸器感染症や下痢症を原因とする乳児死亡率」としていたが、特定疾患による乳児の死亡について統計からデータ抽出するのが困難であることと、対象地域における人口規模が比較的小規模で、かつ海外への出稼ぎによる人口の流出・入による変動が大きいことから人口の総数から割り出す死亡率ではなく絶対値の死亡数を指標とする方が妥当とのことであり、「乳児死亡数」とした。）もう一方は、上記4の（2）に基づき、県保健事務所の計画・運営・モニタリング評価を「成果3」として加筆することとした。これらを踏まえPDM（1バージョン）として評価報告書に添付した。なお、今回の変更はプロジェクト目標、成果レベルのものであり、今後この方向性に沿い活動内容を整理し、保健省との間で合意を形成していくことが必要であり、その旨ミニッツに記載した。

6 - 7 今後について（所感にかえて）

プロジェクト開始時より、丸2年の間に多数の活動が行われ、教材などの成果品が既に完成しているほか、保健医療施設の利用数の増加や死亡数の減少などの成果が発現しており、特に日本人専門家の果たした役割は重要であったと認識した。今後は上記の提言に関し、特に県保健事務所における機能強化と厚生省との政策レベルでの連携を強化していくことが必要である。特に後者については、JICAグ駐在員事務所とも連絡を密に行い、必要に応じ事務所からも支援を行っていくことも重要と考えられる。PDMについては、今後活動レベルでの修正を行うことが必要とされる。プロジェクトから変更の提案をいただいたが、活動内容が網羅的で第三者から見たときには、それぞれの活動の位置づけが把握しにくく感ぜられた。むしろ、PDMにおける活動内容はある程度包括的な表現にしておき、より詳細な活動項目についてはPDMの範囲内のものとして、別途活動チェックリストのような形で共有した方が整理しやすいと思われる。プロジェクトからの提案をベースに、PDMの活動案も調査団にて作成したので、今後活動案作成において参考とされたい。なお、PDMの活動の整理については、今後JICA事務所を通じJICAグ駐在員本部と調整を図ることとしたい。

付 属 資 料

- 1．ミニッツならびに中間評価報告書（写）
- 2．PDM 0 バージョン
- 3．PDM 1 バージョン（中間評価調査時の変更案）
- 4．評価グリッドと回答
- 5．JICA 専門家の派遣実績
- 6．供与機材リスト
- 7．カウンターパートの配置
- 8．投入実績
- 9．成果品リスト
- 10．青年海外協力隊チーム派遣実績
- 11．活動報告プレゼンテーション資料
- 12．PDM 0 バージョン和訳訂正案（中間評価団案）

1. ミニッツならびに中間評価報告書（写）

**MINUTA DE DISCUSIONES
ENTRE
LA MISION JAPONESA PARA LA EVALUACION INTERMEDIA
Y
EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DE
LA REPUBLICA DE GUATEMALA
SOBRE
LA COOPERACION TECNICA JAPONESA
PARA EL PROYECTO DE SALUD DE LA NIÑEZ EN EL DEPARTAMENTO DE
QUETZALTENANGO**

La Misión Japonesa para la Evaluación Intermedia (en adelante se denominará "la Misión"), organizada por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante se denominará "JICA") y encabezada por el Sr. KOBAYASHI Naoyuki, visitó la República de Guatemala, desde el 7 hasta el 16 de octubre de 2007, con motivo de evaluar a la mitad del período las actividades realizadas y considerar el lineamiento para los dos próximos años del Proyecto de Salud de la Niñez en el Departamento de Quetzaltenango (en adelante se denominará "el Proyecto")

Durante su estadía, la Misión intercambió sus puntos de vista, sosteniendo una serie de discusiones con las autoridades competentes guatemaltecas y los expertos japoneses y realizó una evaluación integral sobre las actividades del Proyecto.

Como consecuencia de las discusiones, la Misión y las autoridades competentes guatemaltecas acordaron los puntos referidos en el documento adjunto.

Guatemala, 12 de octubre, 2007

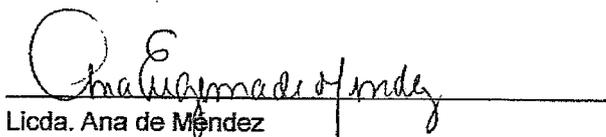


KOBAYASHI Naoyuki
Jefe,
Misión de La Evaluación Intermedia
Agencia de Cooperación Internacional del Japón
Documento Adjunto



Dra. Maria Amelja Flores Gonzalez
Vice-Ministra,
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
República de Guatemala

Testigo de honor



Licda. Ana de Mendez
Subsecretaría de Cooperación internacional,
SEGEPLAN
República de Guatemala

1. La Reunión del Comité de Coordinación Conjunta para el Proyecto fue celebrada el 12 de octubre de 2007, y el avance y logro de las actividades del Proyecto fueron confirmados.
2. El Informe de Evaluación Conjunta elaborado por el Proyecto y la Misión fue propuesto y aprobado en el Comité de Coordinación Conjunta. El informe elaborado por los evaluadores guatemaltecos se señala como el Informe de Evaluación Conjunta que se adjunta al presente.
3. En la reunión del Comité Conjunto de Coordinación (JCC) se aprobó la Versión 1 del PDM en lo que respecta al indicador de la Meta del Proyecto y así mismo se agregó el resultado 3. Así mismo el Proyecto y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reorganizarán las actividades del proyecto de acuerdo al PDM Versión 1.



**RESUMEN DEL INFORME DEL ESTUDIO DE
EVALUACION INTERMEDIA
SOBRE
EL PROYECTO DE SALUD DE LA NIÑEZ EN EL
DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO**

12 de Octubre del 2007

[Handwritten signature]

ady

M. U

INDICE

1. Resumen del Proyecto
2. Metodología de la Evaluación
 - 2-1. Etapas y Criterios de la Evaluación
 - 2-2. Método de Recopilación
3. Logros del Proyecto
 - 3-1. Logros de Insumo
 - 3-2. Logros en las Actividades
 - 3-3. Nivel de Cumplimiento de los Resultados
4. Resultados de la Evaluación
 - 4-1. Resultados de la Evaluación a Través de los Cinco Criterios
 - 4-2. Conclusión
5. Recomendaciones y Lecciones Aprendidas
 - 5-1. Recomendaciones
 - 5-2. Lecciones Aprendidas

DOCUMENTOS ADJUNTOS

- Anexo 1. PDM (Versión 0 – 1)
- Anexo 2. Lista de entrevistados
- Anexo 3. Personal de contraparte asignado
- Anexo 4. Expertos enviados por la parte japonesa
- Anexo 5. Becarios capacitados
- Anexo 6. Lista de equipos suministrados
- Anexo 7. Inversión de costo local por la parte japonesa
- Anexo 8. Insumo de la parte guatemalteca
- Anexo 9. Lista de productos



1. Resumen del Proyecto

(1) Gran Meta

Disminución de mortalidad en niños menores de 5 años en municipalidades prioritarias en el Área de Salud de Quetzaltenango.

(2) Meta del Proyecto

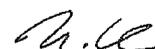
Los niños menores de 1 año no desarrollarán condición crítica por infecciones Respiratorias y Diarreicas.

(3) Resultados

- 1) Los proveedores de salud brindarán una atención en calidad y calidez a los niños menores de 1 año de edad antes de presentar una condición crítica provocada por Enfermedades Respiratorias y Diarreicas.
- 2) Mejorar conocimientos y prácticas de padres de familia en el cuidado de sus niños con Enfermedades Respiratorias y Diarreicas.

(4) Actividad

- 1-1. Analizar los casos y factores de las muertes infantiles cada mes, con el propósito de mejorar los servicios para los niños menores de un año.
 - 1-1-1. Conducir taller para los Trabajadores de Salud Rural (TSR), para desarrollar un plan de censo y mapas.
 - 1-1-2. Conducir capacitación a los voluntarios en censo y mapas.
 - 1-1-3. Implementar los Censos y mapas.
 - 1-1-4. Implementar mensualmente encuestas y análisis de las muertes infantiles.
 - 1-1-5. El personal de salud comunitario establece un plan de mejoramiento del cuidado infantil.
 - 1-1-6. Conducir capacitaciones para el personal de salud en habilidades de administración y monitoreo.
 - 1-1-7. Desarrollar un plan de monitoreo para el área de Quetzaltenango.
 - 1-1-8. Promover la utilización de los servicios de salud por los padres con sus niños.
 - 1-1-9. Mejorar el sistema de información y estadísticas para las muertes infantiles a nivel de distrito.
- 1-2. Mejorar conocimientos y prácticas de educación en salud sobre enfermedades respiratorias y diarreicas en los proveedores de salud.
 - 1-2-1. Análisis del material educativo en Salud existente.
 - 1-2-2. Desarrollar materiales educativos por personal de salud en cada distrito.
 - 1-2-3. Conducir talleres de intercambio sobre materiales educativos de salud desarrollados en



cada distrito con el propósito de mejorarlos.

- 1-2-4. Modificar los materiales educativos en salud e impresión.
- 1-2-5. Distribución de los materiales educativos en salud a los centros, puestos y voluntarios de salud.
- 1-2-6. Promover la educación en salud en los centros y puestos de salud.
- 1-2-7. Monitoreo del estado de implementación de la educación en salud sobre las infecciones respiratorias y diarreicas en los centros y puestos de salud.

- 1-3. Priorizar de los niños en los puestos y centros de salud.
 - 1-3-1. Implementación de pre-examen para identificar signos de peligro o riesgo en los pacientes infantiles.
 - 1-3-2. Desarrollar un sistema para proveer un cuidado continuo para los niños con alto riesgo.

- 1-4. Detectar riesgos y signos peligrosos antes de tener condiciones críticas.
 - 1-4-1. Conducir capacitación de personal de salud: Examen, Tratamiento y Comunicación
 - 1-4-2. Proveer a las madres una adecuada explicación acerca de la condición infantil y cuidados necesarios..

- 1-5. Mejorar la función de sistema de referencia entre los centros y puestos de salud.
 - 1-5-1. Conducir talleres para personal de salud en problema de sistema de referencia.
 - 1-5-2. Implementación de un nuevo sistema de referencia.
 - 1-5-3. Activar el sistema de referencia comunitario y las instituciones de salud.
 - 1-5-4. Monitoreo y supervisión del sistema de referencia.

- 1-6. Reforzar el programa de visita de control de niño sano.
 - 1-6-1. Conducir talleres para el personal de salud comunitario y mejorar el programa de visita de control de niño sano.
 - 1-6-2. Establecer colaboración entre el personal de salud y los voluntarios de salud para fortalecer la visita de control de niño sano.
 - 1-6-3. Promover en el personal de salud el programa de visita de control de niño sano.
 - 1-6-4. Monitoreo del estado de implementación de la visita de control de niño sano.

- 2-1. Los Trabajadores de Salud Rural (TSR) , Enfermeras graduadas y Enfermeras Auxiliares brindarán educación en salud relacionadas con infecciones respiratorias y diarreicas a la comunidad.
 - 2-1-1. Proveer educación en salud en la visita de control de niño sano.
 - 2-1-2. Establecer grupo de voluntarios en salud, "Amigos de los niños".
- 2-2. Organización y fortalecimiento de los voluntarios de salud.
 - 2-2-1. Conducir talleres para los Trabajadores de Salud Rural (TSR) para organizar grupo de

voluntarios.

- 2-2-2. Establecer grupo de voluntarios, "Amigos de los niños".
- 2-2-3. Conducir capacitaciones de los voluntarios en salud en las visitas de control de niño sano.
- 2-2-4. Monitoreo de las actividades del grupo de voluntarios de Salud, "Amigos de los niños".

- 2-3. Promover la educación en salud sobre el uso apropiado de la medicina tradicional.
- 2-3-1. Conducir encuestas sobre las hierbas existentes en las comunidades.
- 2-3-2. Desarrollar material educativo en hierbas medicinales.
- 2-3-3. Conducir entrenamiento para el personal de salud y personal de ONGs en medicina tradicional.
- 2-3-4. Seleccionar los líderes comunitarios en Medicina Tradicional y entrenarlos para la promoción y educación sobre medicina tradicional.
- 2-3-5. Educación de los padres en el apropiado uso y manejo de medicina tradicional y el caso preferente del uso de los servicios de salud.
- 2-3-6. Promover el cultivo de jardines de hierbas en casa.
- 2-3-7. Monitorear el estado de uso y manejo de la medicina tradicional.

2. Metodología de la Evaluación

2-1. Etapas y Criterios de la Evaluación

La evaluación de la JICA tiene tres etapas: 1) valoración de los resultados y condiciones de un proyecto; 2) emisión de un juicio de valor sobre el proyecto utilizando los Cinco Criterios de Evaluación; y 3) realizar recomendaciones, atención a las lecciones aprendidas y retroalimentarlas en la siguiente etapa. Para realizar una evaluación, JICA adopta los Cinco Criterios de Evaluación siguientes:

(1) Pertinencia

Un criterio para considerar la validez y necesidad de un proyecto en cuanto a si los efectos esperados del proyecto (o el objetivo del proyecto y el objetivo general) satisfacen las necesidades de los beneficiarios objetivos; si la intervención de un proyecto es adecuada como una solución a los problemas en cuestión; si el contenido de un proyecto es consistente con las políticas; si las estrategias y enfoques del proyecto son relevantes, y si se justifica implementar el proyecto con fondos públicos de la AOD.

(2) Efectividad

Un criterio para considerar si la implementación de un proyecto beneficia (o beneficiará) a los beneficiarios a quienes está dirigido o sociedad objetiva.



(3) Eficiencia

Un criterio para considerar cómo se convierten los recursos económicos/insumos en resultados. Se concentra principalmente en la relación entre el costo del proyecto y los efectos.

(4) Impacto

Un criterio para considerar los efectos del proyecto con atención a los efectos de largo plazo, incluyendo los directos o indirectos, positivos o negativos, intencionales o involuntarios.

(5) Sustentabilidad

Un criterio para considerar si los efectos producidos continúan una vez que se termina la asistencia.

2-2. Método de Evaluación

(1) Método de Estudio para Evaluación

Se realizará una evaluación tomando los pasos siguientes. Elaborarán un informe de evaluación y lo verificarán mutuamente. Recopilarán los aspectos acordados como minuta de discusiones para firmar.

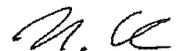
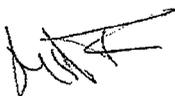
1. Confirmación del objetivo de la evaluación
2. Confirmación del programa general del proyecto objeto
3. Uso de PDM, el marco lógico para reconocer la descripción del proyecto
4. Comprensión de la Situación de Implementación de actividades
5. Promoción del consenso relativo al diseño de evaluación
6. Recopilación y análisis de datos
7. Creación de un consenso fundamental relativo a los resultados de la evaluación
8. Elaboración de las minutas

(2) Utilización de Estudio de la Evaluación Intermedia

En base a los resultados de la evaluación intermedia, el proyecto y la división implementaria de JICA , los principales receptores de la retroalimentación, trabajarán en una revisión del proyecto, incluyendo una revisión del marco lógico.

3. Logros del Proyecto

Desde el inicio del Proyecto en octubre de 2005 hasta octubre de 2007, la parte japonesa y la guatemalteca aportaron los insumos como sigue: (con más detalle, véase los anexos)



3-1. Logros de Insumo

(1) Insumo de la parte japonesa

- Envío de expertos (Asesora Jefa/ Salud infantil, Atención Primaria, Consejería, Comunicaciones, Coordinador)
- Fondo para actividades del Proyecto (Transporte, reuniones, elaboración de los materiales didácticos, remuneraciones en los seminarios, etc.)
- Fondo de capacitación (Capacitación de enfermeras y administrativos en Japón y en terceros países)
- Equipos relacionados a las actividades del Proyecto (Equipos de oficina, equipos de los centros/puestos de salud, motos para la educación ambulatoria entre los centros/puestos de salud)

(2) Insumo de la parte guatemalteca

- Asignación del personal de contraparte (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Área de Salud de Quetzaltenango)
- Oficina del Proyecto y condiciones apropiadas para el trabajo (Oficina de los expertos)
- Contratación de los trabajadores de la oficina del Proyecto (Coordinador, instructores, conductor)
- Medidas presupuestarias del costo local (Mantenimiento de los vehículos, etc. combustible, gastos de las actividades, etc.)
- Incremento y asignación de los trabajadores en salud en los centros/puestos de salud del área del Proyecto

3-2. Logros en las Actividades

- (1) Logros en las actividades relacionadas al Resultado 1: "Los proveedores de salud brindarán una atención de calidad y calidez a los niños menores de 1 año, antes de presentar una condición crítica provocada por enfermedades respiratorias y diarreicas."

Actividad 1-1: Analizar los casos y factores de las muertes infantiles cada mes, con el propósito de mejorar los servicios para los niños menores de un año.

Actividad	Nivel de logro alcanzado hasta octubre de 2007	Nivel de alcance
1-1-1. Conducir Taller para los trabajadores de salud rural (TSR), para desarrollar un plan de censo y mapas.	Realizó un taller en octubre de 2005.	100%
1-1-2. Conducir capacitación a voluntarios	Realizó la capacitación entre el octubre al	100%

en Censos y Mapas.	noviembre de 2005.	
1-1-3. Implementar los Censos y Mapas.	Realizó un censo y mapeo en toda la zona con aplicación de la boleta de censo estandarizado en todos los municipios en Quetzaltenango. Hubo problemas en algunos distritos (En Palestina, la municipalidad monopolizó los datos y en Cantel, el registro de datos fue incompleta). En Cajola y Cabricán, aprendieron la operación de GIS mediante la capacitación impartida por un voluntario superior de JOCV.	85%
1-1-4. Implementar mensualmente encuestas y análisis de las muertes infantiles.	Se ha realizado mensualmente el análisis de los casos de muerte infantil y se ha examinado cuál fue necesario.	40%
1-1-5. El personal de salud comunitario establece un plan de mejoramiento del Cuidado infantil.	Se ha realizado a partir de enero de 2007.	30%
1-1-6. Conducir capacitaciones para el personal de salud en habilidades de administración y monitoreo.	No se logró realizar la capacitación sobre habilidades de administración y monitoreo, debido a un problema del envío de experto. Se planifica su realización con desfase de tiempo.	0%
1-1-7. Desarrollar un plan de Monitoreo para el Area de Quetzaltenango.	Se ha discutido este tema en las reuniones mensuales a partir de octubre de 2006. Está previsto a continuarlo.	50%
1-1-8. Promover la utilización de los servicios de salud por los padres con sus niños(as).	Se han comprobado explícitamente cambios en las costumbres de los habitantes. (ej. Las madres de los niños compran y toman medicamentos, etc.)	30%
1-1-9. Mejorar el sistema de información y estadísticas para las muertes infantiles a nivel de distrito.	Los problemas y las medidas de mejoramiento analizados se han utilizado en la elaboración del PDM, a partir de mayo de 2007.	10%

Actividad 1-2: Mejorar conocimientos y prácticas de educación en salud sobre enfermedades respiratorias y diarreicas en los proveedores de salud.

Actividad	Nivel de logro alcanzado hasta octubre de 2007	Nivel de alcence
1-2-1. Análisis del material educativo en Salud existente.	Se ha evaluado los materiales educativos existentes en cada distrito.	100%
1-2-2. Desarrollar materiales educativos por personal de salud en cada distrito.	En octubre de 2005, estudiaron juntos y compartieron la elaboración de los "Cinco	100%

	Cuidados Básicos" en el trabajo en grupo con la participación de 4 distritos.	
1-2-3. Conducir Talleres de Intercambio sobre materiales educativos de salud desarrollados en cada distrito con el propósito de mejorarlos.	Se elaboraron una serie de rotafolios (<i>flip chart</i>) educativos y un manual para los trabajadores de salud entre octubre hasta diciembre de 2005.	100%
1-2-4. Modificar los materiales educativos en salud e impresión.	Los materiales educativos fueron imprimidos hasta septiembre de 2007.	100%
1-2-5. Distribución de los materiales educativos de salud.	Los materiales educativos fueron distribuidos entre las instituciones de salud hasta septiembre de 2007.	100%
1-2-6. Promoción de la educación en salud en infecciones respiratorias y diarreicas.	Se realizó la capacitación sobre la educación en salud. Los proveedores de salud han hecho la educación en salud a las madres en los centros y puestos de salud a partir de 2006, aunque no se puede confirmar todas las actividades en la sala de consulta.	40%
1-2-7. Monitoreo del estado de implementación de la educación de salud sobre las infecciones respiratorias y diarrea.	El manual elaborado está en uso. Se requiere un monitoreo continuo.	40%

Actividad 1-3: Priorizar de los niños en los puestos y centros de salud.

Actividad	Nivel de logro alcanzado hasta octubre de 2007	Nivel de alcance
1-3-1. Implementación de pre-examen para identificar signos de peligro o riesgo en los pacientes infantiles.	En algunos centros o puestos de salud detectan y dan seguimiento a los niños con riesgo en el programa de visita de control de niño sano.	50%
1-3-2. Desarrollar un sistema para proveer un cuidado continuo para los niños-as- con alto riesgo.	Existen, al menos, plan para atender con prioridad.	50%

Actividad 1-4: Detectar riesgos y signos peligrosos antes de tener condiciones críticas.

Actividad	Nivel de logro alcanzado hasta octubre de 2007	Nivel de alcance
1-4-1. Conducir Capacitación de Personal de salud: Examen, tratamiento y Comunicación	Se han mejorado las técnicas de examen, tratamiento y evaluación apropiada, debido a las capacitaciones en técnicas de examen y tratamiento (método de evaluación simplificado de estado de	50%

	niños enfermos, uso de estetoscopio y de hoja de Niños Sanos) y en comunicaciones impartidas por expertos a corto plazo. Se ha concientizado sobre la importancia de comunicación y el personal goza de buena fama por la mejora en su actitud entre los visitantes de la consulta externa.	
1-4-2. Proveer a las madres una adecuada explicación acerca de la condición infantil y cuidados necesarios.	Se han realizado educación continua a los trabajadores en salud y capacitación clínica (teoría y práctica sobre los órganos respiratorios, diarrea, enfermedades dermatológicas, sutura, etc.) y mejoró sus conocimientos. Los trabajadores en salud se aprecian positivamente por sus técnica de diagnóstico y tratamiento y van ganando la confianza en sí, después de someterse a la capacitación clínica individual impartida por un médico voluntario norteamericano.	45%

Actividad 1-5: Mejorar la función de sistema de referencia entre los centros y puestos de salud

Actividad	Nivel de logro alcanzado hasta octubre de 2007	Nivel de alcance
1-5-1. Conducir Talleres para personal de salud en problema de sistema de referencia	Como consecuencia del taller, se ha esclarecido que lo fundamental no es la referencia entre las Centro de Salud/Puesto de salud sino entre el Centro de Salud y el Puesto de Salud y el hospital.	100%
1-5-2. Implementación de un nuevo sistema de referencia	Se ha elaborado un formato de referencia y envía pacientes a hospital con la hoja de referencia.	100%
1-5-3. Activar el sistema de la referencia comunitario y las instituciones de salud	Las comunidades hacen referencia por medio de comadronas tradicionales(TBA). Sin embargo, dado que se encuentran pacientes graves, existe alta demanda de referencia al hospital, por lo cual se ha desarrollado una hoja de referencia al hospital y se ha sostenido la reunión mensual con el pediatra del hospital, a partir de junio de 2006. Se ha incrementado el número de madres quienes aceptan la referencia al	40%

adu

U. C.

[Handwritten signature]

	hospital, debido al mejoramiento de comunicación con el personal de salud. Por otra parte, en algunos casos, el hospital no recibe la hoja de referencia o no la retorna para contra referencia. El hospital muestra poco interés y atiende a los pacientes sin cordialidad. En 2007, un médico de la Dirección de Area de Salud ha explicado la hoja de referencia en la capacitación a los estudiantes.	
1-5-4. Monitoreo y supervisión del sistema de referencia	Está realizando el monitoreo.	50%

Actividad 1-6: Reforzar el programa de visita de control de niño sano.

Actividad	Nivel de logro alcanzado hasta octubre de 2007	Nivel de alcance
1-6-1. Conducir talleres para el personal de salud comunitario y mejorar el programa de visita de control de niño sano.	Pese a que, antes, el programa de visita de control niño sano solo hacía la vacunación, se ha realizado capacitación bajo la iniciativa de los capacitados en Paraguay o en Japón y la Dirección de Area de Salud de Quetzaltenango, y actualmente están realizando el chequeo de crecimiento y desarrollo.	50%
1-6-2. Establecer colaboración entre el personal de salud y los voluntarios de salud para fortalecer el programa de visita de control de niño sano.	Se realizó la capacitación a los voluntarios de salud para llevar a cabo el programa de visita de control niño sano en las comunidades.	50%
1-6-3. Promover en el personal de salud la visita de control de niño sano.	Después de la capacitación, se ha realizado el programa de visita de control de niño sano en la sala exclusiva creada en cada institución bajo su propia iniciativa. El centro de salud de Cajolá realiza y mejora el programa sistemáticamente, y algunos centros y puestos detectan niños con riesgo y les dan seguimiento.	50%
1-6-4. Monitoreo del estado de implementación de la visita de control de niño sano.	Está realizando el monitoreo.	50%

(2) Logros en las actividades relacionadas al Resultado 2: "Mejorar conocimientos y prácticas de padres de familia en el cuidado de sus niños con Enfermedades Respiratorias y Diarréicas.

Actividad 2-1: Los Trabajadores de Salud Rural, Enfermeras graduadas y Enfermeras Auxiliares brindarán educación en salud relacionadas con infecciones respiratorias y diarreicas en la comunidad.

Actividad	Nivel de logro alcanzado hasta octubre de 2007	Nivel de alcance
2-1-1. Promover educación en salud en la visita de control de niño sano	Se realizó la educación en salud en la visita de control de niño sano, a pesar de que antes no lo había ejercido. La educación a las escuelas, madres, comadronas, está realizando, pese a que aun hay diferencia de intensidad por sitio. Las comunidades donde están voluntarios comenzaron la educación en salud desde agosto.	20%
2-1-2. Monitoreo y supervisión del estado de implementación de la educación en salud en el control de niño sano	Está realizando el monitoreo.	5%

Actividad 2-2: Organización y fortalecimiento de los voluntarios de salud

Actividad	Nivel de logro alcanzado hasta octubre de 2007	Nivel de alcance
2-2-1. Conducir talleres para los Trabajadores de Salud Rural (TSR) para organizar a los grupos de voluntarios.	Compartieron experiencias y conocimientos mediante un taller realizado para los TSR.	100%
2-2-2. Establecer grupo de voluntarios en salud, "Amigos de los niños".	Organizaron los voluntarios en toda la zona de Cajola, dos zonas en Cantel y una villa en Huitán. Los voluntarios capacitados están realizando el control de niño sano y seguimiento de niños enfermos o desnutridos. También, en Huitán y Cabrican, los voluntarios en salud se han organizado y están planificando su capacitación.	40%
2-2-3. Conducir capacitaciones de los voluntarios de salud en las visitas de control de niño sano y la educación salud.	Se realizó la capacitación a los voluntarios en educación en salud, programa de visita de control de niño sano, seguimiento a los niños, etc.	50%
2-2-4. Monitoreo de las actividades del	Está realizando el monitoreo.	50%

grupo de voluntarios de salud, "Amigos de los Niños"		
---	--	--

Actividad 2-3: Promover la educación en salud sobre el uso apropiado de la medicina tradicional.

Actividad	Nivel de logro alcanzado hasta octubre de 2007	Novel de alcance
2-3-1. Conducir encuestas sobre las hierbas existentes en las comunidades	Se realizó un estudio de las hierbas medicinales de la región. Se ha esclarecido que un 45% de la zona del Proyecto utiliza las hierbas medicinales sin conocimiento suficiente.	100%
2-3-2. Desarrollar material educativo en medicina tradicional.	Se elaboró un rotafolio titulado "8 hierbas medicinales para los niños".	100%
2-3-3. Conducir entrenamiento para el personal de salud y personal de ONGs en medicina tradicional.	Los 30 voluntarios de 9 comunidades enseñan sus conocimientos de las hierbas medicinales y los cuidados básicos a los habitantes, tras fortalecer sus conocimientos mediante un curso de capacitación que dura medio día por mes. En junio de 2007, todos los voluntarios se reunieron para llevar a cabo un taller y capacitación sobre uso de material educativo de las hierbas medicinales y los cinco cuidados básicos.	100%
2-3-4. Seleccionar los líderes comunitarios en medicina tradicional y entrenarlos para la promoción y educación sobre medicina tradicional	A partir de junio de 2006, los voluntarios de hierbas medicinales han recibido, mensualmente, la capacitación sobre la forma de uso de 8 plantas en 9 comunidades, y como consecuencia de examen, resultó que la mayoría de los voluntarios sacaron 90 a 100 puntos.	100%
2-3-5. Educación de los padres en el apropiado uso y manejo de medicina tradicional.	Se han planificado anualmente un taller para la participación de todos los voluntarios y han hablado de un sistema de colaboración con el personal de salud, y han impartido "Cinco Cuidados Básicos" y "uso apropiado del material educativo de las hierbas medicinales" para usarlas de manera más correcta y efectiva. Los voluntarios comprendieron más profundamente las condiciones de las muertes infantiles y el objetivo de las actividades.	100%

2-3-6.Promover el cultivo de jardines de hierba en casa.	Preparar jardín botánico de las hierbas medicinales en la casa de voluntarios.	50%
2-3-7.Monitorrear el estado del uso y manejo de la medicina tradicional.	Está realizando el monitoreo.	50%

3-3. Nivel de Cumplimiento de los Resultados

(1) Nivel de cumplimiento del Resultado 1: "Los proveedores de salud brindarán una atención de calidad y calidez a los niños menores de 1 año, antes de presentar una condición crítica provocada por enfermedades respiratorias y diarreicas."

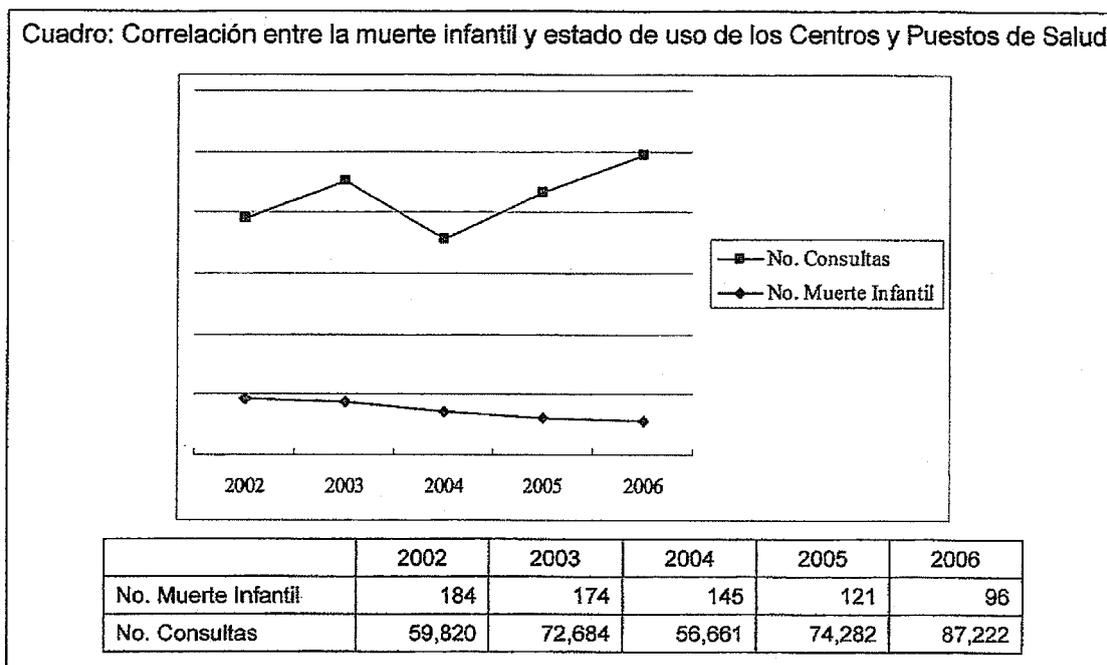
La elaboración del mapa de los 6 municipios está casi terminada, y el catastro básico de los habitantes fue elaborado conforme al formato estandarizado del censo. El número de casa que está en el mapa empieza a servir del registro civil y de la tarjeta de salud (tarjeta de consulta) para acudir a las instituciones de salud. Actualmente, el domicilio, nacimiento y muerte de los niños están reconocidos, con uso del número. En caso de la muerte, sus causas están analizadas, con la hoja de estudio de la muerte infantil, en el monitoreo mensual.

Los materiales educativos sobre los Cinco Cuidados Básicos (nutrición, hidratación, control de temperatura, mantenimiento de higiene, reposo) a las madres, para que los proveedores de salud brinden una atención comprensiva de calidad y calidez (educación en medidas preventivas a las madres, detección precoz en diagnóstico, priorización de los niños con alto riesgo en tratamiento, referencia a hospital de los niños de alto riesgo, programa de visita de control de niño sano) en las instituciones de salud, antes de que los niños menores de un año presenten las condiciones críticas provocadas por enfermedades respiratorias y diarreicas. También, se realizó la capacitación de "las 4 habilidades de comunicaciones (actitud sin uso de palabras, escuchar bien al paciente, emisión de mensajes claros, uso de preguntas abiertas)", instrumento para facilitar la comunicación entre los proveedores de salud y las madres. Estos frutos están reflejados en la atención en los puestos y centros de salud.

Indicador 1-1: 85% de los niños enfermos de las enfermedades infecciosas respiratorias y diarreicas utilizan los servicios de salud.

El indicador 1-1 requiere estimar el número de pacientes que hayan utilizado las instituciones de salud, tras reconocer el número total de los niños menores de un año, enfermos de infecciones respiratorias y diarreicas en la comunidad por monitoreo, y es casi imposible hacerlo. Sin embargo, mediante el incremento de la utilización de las instituciones de salud por parte de los niños menores de un año, enfermos de infecciones respiratorias y diarreicas, se aumentarán, al menos, las oportunidades de dar asesoría a las madres. Por tanto, percibimos que éste puede promover el cumplimiento del objetivo del Proyecto y observamos la evolución de la

utilización de los servicios. A pesar de que solo podemos observar estadísticamente la evolución anual, el número de casos de consulta están incrementando, y al mismo tiempo, el número de muerte muestra la tendencia de disminución, por lo cual juzgamos que el resultado esperado está en proceso de cumplimiento.



Indicador 1-2: Dar educación en salud sobre enfermedades respiratorias y diarreicas al 100% de los pacientes que asisten al puesto o centro de salud.

Con respecto al indicador 1-2, aunque, por el momento, no están realizando la educación en todas las instituciones, se ha dado la instrucción de hacerlo a todas las madres, cuyos niños están enfermos, que acudan a las instituciones. También, en el control de niño sano para los niños menores de 5 años, se lleva a cabo la educación en salud sobre las enfermedades respiratorias y diarreicas, por lo cual se mide el nivel de cumplimiento por la evolución del número del control de niño sano. El sistema de recopilación de datos fue establecido en el año 2007, aunque el programa de visita de control de niño sano había empezado en junio de 2006. Así, se señala el cuadro del número de los niños que se sometieron al control de niño sano en 2007. En los 6 municipios cubiertos por el Proyecto, están 18,115 niños menores de 5 años, entre los cuales 7,571 niños recibieron el control. Pese a que es un número total, dado que se puede interpretar como 42% de las madres fueron educadas sobre las enfermedades respiratorias y diarreicas. Por tanto, juzgamos que este indicador está cumpliendo favorablemente.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Cuadro: Número de niños que han recibido el control de niño sano

Municipio	Institución	Nombre	Ene	Febr	Mar.	Abr.	May	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Total
Cabrican	CS	Centro	31	36	122	145	126	91	125	74	97	847
	PS	Cienaga	5	25	30	9	35	20	34	19	35	212
	PS	Xacana	37	22	28	16	17	18	27	21	28	214
	PS	Chorjale	2	11	7	7	24	11	13	15	17	107
Huitan	CS	Centro	28	60	51	40	40	35	46	49	46	395
	PS	Paxoj	42	51	54	44	45	40	34	42	46	398
	PS	Vixben	30	29	35	20	31	32	34	36	51	298
Palestina	CS	Centro	36	18	26	18	16	27	18	39	152	350
	PS	Carmen	16	42	13	10	100	181	96	57	152	667
	PS	Buena Vista	25	29	12	12	15	28	19	18	23	181
	PS	Gonzalez	26	16	16	12	22	16	16	22	30	176
	PS	Eden	10	15	35	25	20	20	24	23	25	197
Cajola	CS	Centro	64	60	89	60	43	81	132	111	133	773
S.M.Siguila	CS	Centro	56	52	71	39	60	24	34	43	46	425
Cantel	CS	Centro	323	28	178	35	266	165	231	430	175	1,831
	PS	Xecam	46	76	64	56	56	58	35	66	43	500
Total			777	570	831	548	916	847	918	1,065	1,099	7,571

Además de eso, un mecanismo para comprobar la práctica de los contenidos aprendidos por las madres y para dar asesorías y más oportunidad de repasar sus conocimientos está en proceso de establecimiento, mediante la organización y fortalecimiento de los voluntarios en salud. También, en los centros y puestos de salud han repetido frecuentemente la educación en salud a las madres reunidas. Por tanto, se considera que la acumulación de número de casos realizados de la educación en salud es efectiva para cumplir la meta del Proyecto.

Indicador 1-3: Personal de salud incrementa el conocimiento sobre riesgos, cuidados en enfermedades respiratorias y diarreicas.

Entre los cursos de capacitación, el de la atención primaria y el del control de niño sano incluyen la educación sobre el diagnóstico de los signos de peligro. También, en la capacitación mensual, se aprende, junto con el análisis de la causa de muerte, los cuidados de cada síntoma. Desde el inicio del Proyecto hasta la fecha, 51 proveedores de salud, casi la totalidad que se encuentra en el área del Proyecto, participaron 30 veces de capacitación en total., como muestra el cuadro abajo señalado. Por tanto, con respecto al indicador 1-3. juzgamos que los conocimientos sobre los signos de peligro y cuidados de las enfermedades respiratorias y diarreicas están en mejora.

Actualmente, están siendo capaces de realizar consulta estandarizada y con fundamento

(medicina basada en evidencia) mediante el uso de una hoja de diagnóstico desarrollado por un médico voluntario norteamericano. Además, con la capacitación a las madres sobre los signos de peligro, está casi asegurado que los conocimientos echarán raíces por la repetición de repaso de los conocimientos.

Cuadro: Capacitación por tema y frecuencia de capacitación mensual

Sitio de Capacitación	Número de proveedores de salud que participaron	Capacitación sobre la atención primaria	Capacitación sobre el crecimiento y desarrollo de niños	Educación en salud	Capacitación mensual
CS: Cabrican	17	4	1	1	24
CS: Palestina	14	4	1	1	24
CS: Cajola	9	4	1	1	24
CS: Cantel	11	4	1	1	24

(2) Nivel de cumplimiento del Resultado 2: "Mejorar conocimientos y prácticas de padres de familia en el cuidado de sus niños con Enfermedades Respiratorias y Diarreicas.

Indicador 2-1: El 80% de las madres con niños menores de un año conocen sobre el cuidado básico y nutricional del niño, con enfermedades respiratorias y diarreicas.
Indicador 2-2: El 100% de los padres con niños menores de un año tienen conocimiento sobre signos de peligro en enfermedades respiratorias y diarreicas.
Indicador 2-3: El 80% de niños menores de un año reciben atención de control de niño sano.
Indicador 2-4: El 90% de los padres con niños tienen conocimiento adecuado sobre uso de medicina tradicional para niño con enfermedades respiratorias y diarreicas.

El Resultado 2, en contraste con el Resultado 1, busca mejorar el nivel de fondo, mediante la mejora de los cuidados a los niños por los padres. Se ha reconocido el número de madres con niños menores de un año mencionadas en los indicadores 2-1. y 2-2. por área, según el mapa elaborado. Actualmente, tiene como objetivo de que las madres tengan conocimientos por una de las dos alternativas existentes, es decir, someterse a la educación en salud titulada "los Cinco Cuidados Básico" organizada en las instituciones de salud, o tener los conocimientos otorgados por los voluntarios en la comunidad. Además de eso, se espera que, una vez que las madres tengan los conocimientos, acudirán a la visita de control de niño sano con actitud positiva reconociendo su importancia, que se señala en el indicador 2-3, y utilizarán las hierbas medicinales, medicina tradicional, que se señala en el indicador 2-4, sólo cuando los niños menores de un año presenten los primeros síntomas de las enfermedades respiratorias y diarreicas. No obstante, el avance del resultado 2 está atrasado en forma general, debido al atraso de la organización de los voluntarios pese a la voluntad que existía, y el atraso de la

elaboración de un material educativo necesario para la educación sobre las hierbas medicinales, el rotafolio "8 hierbas medicinales para los niños" en los preparativos de las actividades para elevar el nivel de fondo.

Como avance concretado desde junio de 2006 hasta la fecha, el total de voluntarios de hierbas medicinales es de 49 y voluntarios de salud es de 104 fueron seleccionados y están trabajando diariamente en 9 comunidades, contando con la capacitación mensual.

4. Resultados de la Evaluación

4-1. Resultados de la Evaluación por los Cinco Criterios

(1) Pertinencia

1) Pertinencia de la Gran Meta

"Los Lineamientos Básicos y Políticas de Salud 2004-2008", elaborado en 2004 de acuerdo con el "Lineamiento del Gobierno 2004-2008", publica "las Políticas de Salud 2004-2008" que consiste en 8 políticas, en las cuales manifiesta: "Satisfacción de las necesidades de salud de la población guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad, en diferentes niveles de atención.". También, están seleccionados los 17 programas de Salud 2004-2008 entre las cuales la mortalidad materna y la infantil están incluidas como temas que requieren medidas.

Por otra parte, el Papel Estratégico para la Reducción de Pobreza (PERP) da prioridad en la zona rural donde habita la población indígena por su situación grave, porque, en la población indígena, en comparación con la no indígena, contiene más porcentaje de las personas que viven bajo la línea de pobreza entre las cuales se encuentra una proporción muy alta de la gente que está bajo la línea de extrema pobreza. Además de eso, hace hincapié en la reducción de la mortalidad infantil y el mejoramiento del estado de salud materna, de acuerdo con las prioridades propuestas en los Objetivos de Desarrollo en Milenio (ODM) de las Naciones Unidas. Las actividades para reducir la tasa de mortalidad infantil en el Departamento de Quetzaltenango con el alto porcentaje de la población indígena aportarán la materialización de las políticas arriba mencionadas. Por lo tanto, la Gran Meta del Proyecto es pertinente.

2) Pertinencia de la Meta del Proyecto

El área del Proyecto se encuentra en el altiplano cuya altura sobre el nivel del mar es de 2,300 metros o más. El frío de la madrugada y de noche es muy intenso y el aire está muy seca, lo cual causa, frecuentemente, las enfermedades respiratorias. La primera causa de la muerte de los niños menores de 5 años es la pulmonía y bronquitis (6,9% de todas las muertes de los niños



menores de 5 años), la segunda es diarrea que ocupa 2,0% (2005), junto con la influencia de la pobreza y desnutrición. Se considera que es pertinente invertir la energía en las enfermedades respiratorias y diarrea, con miras a la reducción de la mortalidad infantil, como la Meta del Proyecto.

3) Pertinencia del Diseño del Proyecto

Selección de los 6 municipios objeto del Proyecto:

Los estudios realizados por los funcionarios de la Dirección de Área de Salud de Quetzaltenango en 2001, 2003 y 2004 consideraron las áreas en que la tasa de mortalidad materno-infantil, desnutrición, proporción de la población indígena, porcentaje de pobreza y demás indicadores demográficos y de salud eran vulnerables y las ONG's desplegaban sus actividades. Contemplando la posibilidad de sostener una asociación y coordinación moderada y flexible con el equipo de JOCV en las actividades del Proyecto, fueron seleccionados los 6 municipios desde el centro hacia el norte del Departamento, en conformidad con el número de miembros del JOCV. Los municipios seleccionados son: San Miguel Sigüila, Cantel, Cabrican, Huitan, Palestina de los Altos, Cajola. La selección es pertinente y justificable sin ningún obstáculo en término de carácter y número de los municipios.

Establecimiento de indicadores:

Las instituciones de salud de la primera instancia (centros y puestos de salud) no tienen sistema de las 24 horas de operación. La Matriz de Diseño de Proyecto (PDM) fue elaborada como el Plan Maestro del Proyecto, cuando firmaron el R/D al inicio. Las actividades fueron ejecutadas de acuerdo con la PDM hasta la fecha. Sin embargo, en el transcurso del tiempo, surgió la necesidad de manifestar más explícitamente la Meta del Proyecto y los indicadores. Así, la Meta del Proyecto, los indicadores y la lógica fueron reorganizados y sus resultados fueron recopilados en la PDM reformada (PDM1).

4) Demanda del pueblo

La población total de los 6 municipios cubiertos por el Proyecto alcanza a unos 100 mil habitantes, que ocupa 14% de 720,000, la población total del Departamento de Quetzaltenango (2007). La población infantil, los principales beneficiarios del Proyecto es de un poco menos de 20 mil. El número absoluto de los beneficiarios no es grande, pero son la población vulnerable por el hecho de que la muerte infantil ocupa 25% de todas las muertes. Además de eso, para la población indígena, el acceso a los servicios de salud está limitado, debido a la distancia física, el rechazo de consulta por parte de los proveedores de salud, la falta de comunicación por barrera lingüística entre otros, y existe un problema de mal uso doméstico de las hierbas medicinales, parte de la medicina tradicional, lo cual significa que la población indígena es un grupo de alto riesgo. Bajo estas circunstancias, los esfuerzos del Proyecto para educar a las madres de los niños por medio de los proveedores de salud de los centros y puestos y los voluntarios, y cuidar a

los niños en cada etapa de enfermedad mediante la prevención, tratamiento precoz, referencia en caso de estado crítico, es muy pertinente y justificable a los beneficiarios.

(2) Efectividad

La efectividad es la productividad en el proceso de ejecución del Proyecto y que se verifica cuánto refleja el insumo en los resultados. Las clases, el timing, la calidad y cantidad del insumo fueron apropiados, en términos generales, para alcanzar a los resultados. La pertinencia por cada categoría de insumo es como sigue:

1) Efectividad del envío de expertos

Las actividades del Proyecto fueron ejercidas eficientemente debido a que logró enviar los expertos de largo plazo y los de corto plazo desde el inicio del Proyecto como lo había planeado, atendiendo apropiadamente a las circunstancias políticas. También, fueron enviados los recursos humanos calificados con especialidades de enfermero, partera, y nutricionista en el equipo del JOCV, que ha funcionado eficientemente bajo la asociación y coordinación con el equipo de los expertos. Fue un insumo muy eficiente. Mientras el equipo de expertos transfiere las técnicas y tecnología, fundamentalmente, a las autoridades administrativas del sector de salud, el equipo del JOCV contribuye a las actividades locales en los centros y puestos de salud y las comunidades, manteniendo la calidad en una amplia dimensión, lo cual ha generado un gran efecto. Se puede valorar que la efectividad es alta.

2) Efectividad del suministro de equipo

La cantidad y la calidad de los equipos suministrados por el Japón fueron apropiadas. Además, los equipos necesarios en las actividades en el periodo del Proyecto fueron suministrados oportunamente.

3) Efectividad de la aceptación de los becarios

El personal de contraparte fue enviado, oportunamente, a cursos de capacitación (en Japón y en los terceros países) como lo había planeado. En la capacitación en Japón el personal de contraparte ganó la motivación (liderazgo, responsabilidad, etc.) y en los terceros países aprendió ejemplos y método de actividades que se pueden aplicar directamente en su propio trabajo, lo cual servía para mejorar la eficiencia. También, la contratación del personal de contraparte, formado en capacitación de JICA que está fuera del presente Proyecto o en otro proyecto realizado en Honduras, como expertos de terceros países generó un efecto sinérgico con la efectividad en el costo.

4) Efectividad generada por la colaboración con ONG's

La población indígena, que ocupa 80% de los habitantes del Area del Proyecto, tiene la dificultad de comunicación con los proveedores de las instituciones de salud por cuestión de

idioma, y respeta la medicina tradicional. Estas condiciones generan la discriminación por parte de los proveedores de salud y la desconfianza en ellos por parte de los habitantes. Para resolver este problema, el Proyecto intentó realizar las actividades más aceptables y más ligadas a las comunidades, bajo la colaboración con las ONG's que despliegan sus actividades en la localidad y las de promoción de la terapia natural por las hierbas medicinales. Eso ha contribuido a la extensión de zona de las actividades y efectividad en el Proyecto cuyos recursos humanos están limitados.

5) Efectividad de la asignación del personal de contraparte

El número del personal de contraparte ha sido apropiado en el Area del Proyecto. Sin embargo, ha sido difícil coordinar con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la Capital, debido a que el Area del Proyecto está distante. Además, el personal de contraparte en el Ministerio es el Viceministro que está en un alto rango. Estas condiciones ha dificultado la asociación y coordinación en las actividades concretas.

6) Obstáculos

Guatemala es uno de los últimos países en la erradicación de sarampión y rubéola en América Central. Cuando realiza la campaña de vacunación promovida fuertemente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con apoyo de la OPS, se paralizan todas las actividades diarias de los centros y puestos de salud durante más de un mes. En el periodo de la campaña, no se puede hacer ninguna capacitación. El proyecto se veía obligado a postergar capacitación y cambiar la fecha de envío de experto a corto plazo.

(3) Eficiencia

1) Nivel de cumplimiento de la Meta del Proyecto

El número de muertes de los niños menores de un año (salvo los que cumplen 28 días o menos desde nacimiento) en los 6 municipios del Proyecto ha mostrado la tendencia de decrecimiento durante últimos años, aunque es poco. Puesto que la evolución del número de muertes de todo el Departamento de Quetzaltenango señala misma curva, no se puede decir que es un fruto exclusivo del Proyecto. Sin embargo, la tendencia decreciente fue confirmada, mientras se revelaba la población de los niños menores de un año en el área, por el censo y la elaboración de mapa en el Proyecto. Eso significa que los datos estadísticos son confiables y se puede considerar que el rumbo de las actividades para cumplir la Meta del Proyecto es correcto.

2) Nivel de cumplimiento de los resultados con respecto a la Meta del Proyecto

En cuanto a la calidad de trabajo de los proveedores de salud en los centros y puestos, se observa el mejoramiento de la actitud para que los niños no presenten una condición crítica provocada por enfermedades respiratorias y diarreicas. Los proveedores de salud empezaron a

tener voluntad para pensar en las causas de las muertes de los niños menores de un año o iniciativa propia para mejorar planes, estiman el riesgo de niños observando la curva de crecimiento obtenida en la visita de control de niño sano y visitan a los pacientes críticos o de alto riesgo en domicilio para dar el seguimiento.

Pese a que algunos aspectos, como la tasa de ejecución de la educación impartida por los proveedores de salud o el nivel de arraigo de los conocimientos en las madres, son difíciles de expresar con valor numérico por monitoreo, se han observado la tendencia positiva de las actividades de los proveedores de salud en 13 de las 15 instituciones.

Gracias a la capacitación a los voluntarios de salud, algunos voluntarios analfabetos aprendieron llenar la hoja de monitoreo y este hecho genera la fiabilidad en la precisión del monitoreo. También, por el mejoramiento del nivel de fondo de la red de voluntarios organizada, la tasa de asistencia al programa de la visita de control de niño sano muestra la tendencia creciente. Por otra parte, vienen extendiéndose la educación en salud, "los Cinco Cuidados Básicos" y el material educativo, " las 8 hierbas medicinales para niños" entre las madres, por los esfuerzos de los proveedores y voluntarios de salud. Actualmente, 7,571 madres han conseguido los conocimientos que están echando raíces en las comunidades.

Por esta tendencia de mejoramiento en valores numéricos, se puede tomar el juicio de que la calidad de trabajo de los proveedores de salud está elevando y los padres de los niños menores de un año ya comienzan a tener los conocimientos del cuidado en caso de las enfermedades respiratorias y diarreicas, lo cual permite pensar que el cumplimiento de la Meta del Proyecto tiene buenas perspectivas.

3) Factores de aceleración

Pese a un insumo del número y duración limitados de los expertos, el equipo del JOCV ha desarrollado las actividades permanentes formando una red en los centros y puestos de salud, y con la intervención de las ONG's que conocen bien las costumbres de la población indígena en las comunidades, las actividades ligadas a las comunidades han sido fomentadas.

4) Obstáculos

Desde 1999, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realiza un proyecto titulado "Extensión de Cobertura" en que encarga la consulta médica a las ONG's en la zona con escasez de proveedores de salud, con apoyo de otros donantes (USAID, GTZ, UNICEF, OPS, etc.). El Proyecto y el Ministerio han acordado evitar la duplicación de la zona de actividades. Sin embargo, en el proceso de la elaboración del mapa, surgió un problema de confusión entre los habitantes, debido a que una ONG española había puesto una serie de códigos en las familias que se encontraban en su territorio de actividades. Hay posibilidad de que, de ahora en adelante, genere una rivalidad como éste, entre otros donantes y el Proyecto que busca la homogenización de las actividades en todo el área objeto. Será necesario profundizar el entendimiento mutuo y establecer una asociación.

Según la formación de las enfermeras en Guatemala, las enfermeras graduadas son las que sacaron la licenciatura de la carrera universitaria de la duración de 5 años y las enfermeras auxiliares trabajan con el diploma del curso de enfermería auxiliar de un año después de graduarse de la escuela secundaria. En este sistema, naturalmente las enfermeras suelen tomar la gestión y las enfermeras auxiliares, que tienen menos conocimientos, están en una posición desventajosa. Esta relación no igualitaria ha obstaculizado que enfermeras auxiliares capacitadas, como instructoras, transmitieran sus conocimientos obtenidos en cursos a enfermeras graduadas.

(4) Impacto

Los voluntarios de salud están en proceso de organización. En el transcurso de la formación de una red, sus actividades puntuales en las comunidades se fortalecen con estandarización y los apoyos prestados entre uno a otro. Además de eso, surge una asociación con los proveedores de salud en posición igualitaria.

Se ha extendido el programa de visita de control de niño sano y la educación en salud entre los proveedores de salud que están fuera del Area del Proyecto. En otras zonas han empezado algunas actividades. Los estudiantes de la facultad de medicina que participaron en el censo y elaboración de mapa en el Area del Proyecto fueron estimulados por las actividades del Proyecto. Ellos, convertidos en médico, tienen alta conciencia en la muerte infantil y ejercen muy buena consulta, según un informe.

Las comadronas tradicionales desean introducir el Material Educativo de las plantas medicinales que el proyecto ha elaborado.

Actualmente, no se encuentra ningún impacto negativo.

(5) Sustentabilidad

1) Aspecto institucional y organizativo

El régimen ejecutor ya está establecido para continuar las actividades del Proyecto y la asociación y coordinación con la Dirección de Area de Salud de Quetzaltenango se están consolidando. Aunque no ha habido cambio de personal significativo por el cambio de Gobierno entre los médicos y enfermeras en las instituciones de salud de la primera línea. Sin embargo, el personal de contraparte del Ministerio, el viceministro, hubo 3 veces de sustitución desde el inicio del Proyecto, por la influencia del cambio del Gobierno. Por tanto, es necesario contener hasta que pueda el impacto de cambio de Gobierno.

2) Aspecto financiero

Una vez que consigue misma cantidad presupuestaria, las actividades del Proyecto se podrán continuar después de su periodo, dado que está operando sin invertir mucho costo. No

obstante, será necesario planificar el alcance de las actividades para que la entidad contraparte, la Dirección de Área de Salud de Quetzaltenango pueda sufragar, por su propia cuenta, el costo de administración del Proyecto, aunque es de menor cantidad.

3) Aspecto técnico

Hay alta posibilidad de que las técnicas transferidas directamente de los expertos japoneses a los proveedores y voluntarios de salud "echen raíces" en las comunidades, puesto que casi no ha habido fuga de los recursos humanos por cambio de asignación, debido a que la mayoría de las enfermeras auxiliares y técnicos de salud rural, quienes forman la mayor parte de los proveedores de salud, son de los distritos en que están trabajando actualmente. Sin embargo, para establecer las técnicas sólidamente, se requiere las prácticas repetidas y enseñanza continua. Será importante establecer un mecanismo para formar y capacitar los recursos humanos que trabajen con autonomía y para mantener el nivel técnico antes de finalizar el periodo del Proyecto. Actualmente, el monitoreo de la técnica transferida (a los proveedores y voluntarios de salud a la manera directa, y a los padres de los beneficiarios infantiles a la manera indirecta) se realiza por cada 3 meses. Se supone que tardaría tiempo para recopilar los resultados.

También, en muchos casos, los médicos y las enfermeras graduadas no son provenientes de la localidad donde trabajan, existe alta posibilidad de cambiar el sitio de trabajo por su deseo. Pese a que ellos son la minoría en los centros y puestos de salud, tienen gran facultad y poder de influencia en la administración de estas instituciones, por lo cual es necesario desarrollar actividades, tomando la consideración de la posibilidad de rotación de personal.

4-2. Conclusion

Desde el inicio del Proyecto hasta la fecha, la mayoría de las actividades fueron realizadas como lo habían planeados y los resultados esperados están fructificando favorablemente. El mejoramiento de los indicadores lo corrobora, pese a que se aprecia poco por ser la comparación de muy corto plazo. Sin embargo, se ha reconocido fuertemente la necesidad de estandarizar las actividades de los centros y puestos de salud como base y el monitoreo de la Dirección de Área de Salud de Quetzaltenango. Será necesario tomar suficiente consideración y medidas, entre otros, en el fortalecimiento de la relación con las ONG's (como la ONG de las hierbas medicinales), que son indispensables igualmente a la entidad contrapartida. Será posible cumplir la Meta del Proyecto, siempre y cuando las autoridades competentes sigan tomando las medidas necesarias para ejecutar las actividades de manera sistemática, en adelante.

5. Recomendaciones y Lecciones Aprendidas

5-1. Recomendaciones

(1) Búsqueda del mecanismo para apoyar a los voluntarios de salud y los de plantas medicinales

En las actividades del Proyecto, la educación en salud y la referencia de niño enfermo que presenta una condición crítica, que realizan los voluntarios de salud, desempeñan un papel importante para promover las actividades de salud y para mejorar el entendimiento de los habitantes, como puente, sobre el acceso a las instituciones de salud. Actualmente, los proveedores de salud de los centros y puestos de salud promueven las actividades de los voluntarios de salud y los de plantas medicinales. Existe alta posibilidad de que estas actividades estén dependientes de las capacidades de los proveedores de salud. Con miras a la continuidad y desarrollo de las actividades de los voluntarios de salud y de los de plantas medicinales, se recomienda establecer un mecanismo para apoyar o sostener comprensivamente a dichos voluntarios.

(2) Fortalecimiento de las funciones de planificación, administración y monitoreo de la Dirección de Área de Salud de Quetzaltenango

Es recomendable fortalecer las funciones de la Dirección de Área de Salud de Quetzaltenango en planificación, administración y monitoreo de los servicios de salud infantil comprensivos, que están en proceso de establecimiento en las actividades del Proyecto (análisis de causas de muerte infantil, desarrollo de recursos humanos, programa de visita de control de niño sano, seguimiento de los niños, mejora en el sistema de referencia, educación en salud, uso apropiado de las plantas medicinales, etc.), con el fin de extender estas actividades a otros distritos en el Departamento de Quetzaltenango.

(3) Extensión de los servicios de salud infantil comprensivos en el futuro en Guatemala

Los servicios de salud comprensivos, particularidad del Proyecto, contribuyen al mejoramiento de la calidad de atención a los niños y a la disminución de número de muertes infantiles. Además de eso, se considera que aportan al cumplimiento de la Objetivos de Desarrollo de Milenio. Es importante reflejar los logros del Proyecto en las políticas del Gobierno Central, para aprovechar las actividades del Proyecto para todo el nivel nacional. Con respecto a esto, es recomendable establecer un mecanismo de coordinación para asociarse con las secciones/programas en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y buscar su institucionalización.

También, se recomienda la elaboración de documentos para recopilar los logros de las actividades del Proyecto como ejemplos de mejor práctica o guía de trabajo, junto con la emisión frecuente de las informaciones sobre los contenidos y resultados de las actividades del Proyecto al Ministerio.

(4) Mejoramiento de los servicios de salud en las áreas donde contratan a las ONG's

En las áreas en donde las ONG's contratadas por Mspas prestan sus servicios dentro del área del Proyecto, se suministran otro tipo de servicios de salud infantil. Para reducir la tasa de mortalidad en dichas áreas, será necesario analizar las informaciones correspondientes y tomar las medidas apropiadas.

5-2. Lecciones Aprendidas

(1) En el Proyecto se llevan a cabo diversos esfuerzos para mejorar la salud infantil. Busca el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud infantil, realizando una serie de capacitaciones a los prestadores de salud, no solo en las técnicas de diagnóstico y tratamiento sino también en las habilidades de comunicación y la motivación para mejorar las atenciones a los pacientes. También, al nivel comunitario, tratan de mejorar la nutrición y acceso a los servicios de salud de los niños mediante la formación y fortalecimiento de los voluntarios de salud y voluntarios de plantas medicinales. Se considera que, como consecuencia de estos esfuerzos comprensivos, crea la confianza entre los prestadores de salud y las madres, y así mejora las atenciones a los niños de alto riesgo. Su metodología será muy útil en casos de desarrollar los servicios comprensivos de salud infantil en las condiciones locales similares a las del Proyecto.

(2) El Proyecto trata de mantener alta sostenibilidad y autonomía con máximo uso de los recursos locales, a pesar de su menor monto presupuestario. Las actividades de cuidados de los niños, que son los pilares fundamentales del Proyecto, consiste en la concientización de la salud a través de la introducción y ejecución del concepto de los Cinco Cuidados Básicos y uso de las plantas medicinales, mediante lo cual se promueven el cambio de mentalidad y actitud de los prestadores de salud y la mejora y arraigo de la conciencia de las madres en las comunidades. Estas actividades se realizan con menor costo y contribuye a la reducción de la tasa de mortalidad infantil. Se ha mencionado que sirve de modelo de un proyecto que mantiene alta efectividad y sostenibilidad y que extenderá los efectos positivos a otras zonas de condiciones similares.

ANEXO 1-1. PDM (Versión 0)

PROYECTO DE LA SALUD DE LA NIÑEZ EN EL DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO

Area del Proyecto: 6 municipios de Quetzaltenango, Guatemala, Cabrican, Huitan, Cajolá, San Miguel Sigüila (Lengua Mam), Palestina de los Altos (Área Mam) y Cantel (Lengua Kiche)

Grupo Meta: Niños (as) y sus padres en el Área de Objeto, Población del Área Objeto: 105,809 habitantes, Duración: Agosto 2005 – Agosto 2009, Fecha: 27/9/05

Resumen Narrativo	Indicadores Objetivamente Verificables	Medios de verificación	Supuestos Importantes
<p>GRAN META: Disminución de mortalidad en niños menores de 5 años en municipalidades prioritarias en el Área de Salud de Quetzaltenango</p> <p>META DEL PROYECTO: Los niños menores de 1 año no desarrollarán condición crítica por infecciones respiratorias y diarreas.</p>	<p>Reducir un 50% la mortalidad infantil en niños menores de 5 años</p>	<p>Datos de estadística de Área de Salud</p>	<p>Gobierno de Guatemala no cambia políticas de salud en nivel comunitario.</p>
<p>RESULTADO 1: Los proveedores de salud brindarán una atención en calidad y calidez a los niños menores de 1 año de edad antes de presentar una condición crítica provocada por Enfermedades Respiratorias y Diarreas.</p>	<p>Reducir un 50% la mortalidad infantil por diarrea e infección respiratoria (excluyendo muertes en los menores de 27 días) al finalizar el proyecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 85%. De los niños enfermos de Diarreas e IRAS utilizan los servicios de Salud. - Dar educación en salud sobre enfermedades respiratorias y Diarreas al 100% de pacientes que asisten al puesto y centro de salud. - Personal de salud incrementa el conocimiento sobre/ riesgos, cuidados en enfermedades Respiratorias y Diarreas 	<p>Datos de estadística de Área de Salud</p> <p>Encuesta comunitaria.</p> <p>Encuesta de Visitas Domiciliarias en niños con infecciones respiratoria y diarrea de acuerdo a los registros de los centros y puestos de salud.</p> <p>Pre y Post test al personal de salud</p>	<p>El sistema de Salud no cambiara por el Gobierno de Guatemala.</p> <p>No incremento de personal de salud y conservará su presente puesto después de iniciar el proyect</p>
<p>RESULTADO 2: Mejorar conocimientos y prácticas de padres de familia en el cuidado de sus niños con Enfermedades Respiratorias y Diarreas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El 80% de madres con niños menores de un año conocen sobre el cuidado básico y nutricional del niño, con enfermedad respiratoria y diarrea. - 100% De las madres con niños menor de un año tienen conocimiento sobre signos de peligro en enfermedades respiratorias y diarreas. - El 80% de niños <de 1 año reciben atención de control de niño sano. - 90% de las padres con niños tienen conocimiento adecuado sobre uso de medicina tradicional para niño con enfermedades respiratorias y diarreas. 	<p>Encuesta en la comunidad</p> <p>Registro de nacimiento en la oficina municipal y lista de los niños con apropiado cuidado</p>	<p>La migración de población no incrementará.</p>

ACTIVIDAD:	INVERSION:	CONDICIONES PREVIAS:
<p>1-1. Analizar los casos y factores de las muertes infantiles cada mes, con el propósito de mejorar los servicios para los niños menores de un año.</p> <p>1-1-1. Conducir taller para los Trabajadores de Salud Rural (TSR), para desarrollar un plan de censo y mapas.</p> <p>1-1-2. Conducir capacitación a los voluntarios en censo y mapas.</p> <p>1-1-3. Implementar los Censos y mapas.</p> <p>1-1-4. Implementar mensualmente encuestas y análisis de las muertes infantiles.</p> <p>1-1-5. El personal de salud comunitario establece un plan de mejoramiento del cuidado infantil.</p> <p>1-1-6. Conducir capacitaciones para el personal de salud en habilidades de administración y monitoreo.</p> <p>1-1-7. Desarrollar un plan de monitoreo para el área de Quetzaltenango.</p> <p>1-1-8. Promover la utilización de los servicios de salud por los padres con sus niños.</p> <p>1-1-9. Mejorar el sistema de información y estadísticas para las muertes infantiles a nivel de distrito.</p> <p>1-2. Mejorar conocimientos y prácticas de educación en salud sobre enfermedades respiratorias y diarreicas en los proveedores de salud.</p> <p>1-2-1. Análisis del material educativo en Salud existente.</p> <p>1-2-2. Desarrollar materiales educativos por personal de salud en cada distrito.</p> <p>1-2-3. Conducir talleres de intercambio sobre materiales educativos de salud desarrollados en cada distrito con el propósito de mejorarlos.</p> <p>1-2-4. Modificar los materiales educativos en salud e impresión.</p> <p>1-2-5. Distribución de los materiales educativos en salud a los centros, puestos y voluntarios de salud.</p> <p>1-2-6. Promover la educación en salud en los centros y puestos de salud.</p> <p>1-2-7. Monitoreo del estado de implementación de la educación en salud sobre las infecciones respiratorias y diarreicas en los centros y puestos de salud.</p> <p>1-3. Priorizar de los niños en los puestos y centros de salud.</p> <p>1-3-1. Implementación de pre-examen para identificar signos de peligro o riesgo en los pacientes infantiles.</p> <p>1-3-2. Desarrollar un sistema para proveer un cuidado continuo para los niños con alto riesgo.</p> <p>1-4. Detectar riesgos y signos peligrosos antes de tener condiciones críticas.</p> <p>1-4-1. Conducir capacitación de personal de salud: Examen, Tratamiento y Comunicación</p> <p>1-4-2. Proveer a las madres una adecuada explicación acerca de la condición infantil y cuidados necesarios..</p> <p>1-5. Mejorar la función de sistema de referencia entre los centros y puestos de salud.</p> <p>1-5-1. Conducir talleres para personal de salud en problema de sistema de referencia.</p> <p>1-5-2. Implementación de un nuevo sistema de referencia.</p> <p>1-5-3. Activar el sistema de referencia comunitario y las instituciones de salud.</p>	<p>GUATEMALA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disposición de Contra-parte en Ministerio de Salud y Area de Salud de Quetzaltenango - Oficina de proyecto en Area de Salud - Gasolina para vehículo y moto para equipo - Incrementar el personal de salud - Establecer Nuevo Puesto de Salud en Cabricán y en Cajolá <p>JAPON</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expertos: <ul style="list-style-type: none"> Experto de Largo Plazo: <ul style="list-style-type: none"> Jefe Asesor/ Salud del Niño Cordinador Experto de Corto Plazo: <ul style="list-style-type: none"> Atención de Salud Primaria Trabajador social Experto de Tercer Pais: <ul style="list-style-type: none"> Terapista en Psicología - Equipos: <ul style="list-style-type: none"> Vehículo Motocicletas Computadora Equipo medico Equipo laboratorio Material educativo(Educación en Salud, Medicina Natural) 	

<p>1-5-4. Monitoreo y supervisión del sistema de referencia. 1-6. Reforzar el programa de visita de control de niño sano. 1-6-1. Conducir talleres para el personal de salud comunitario y mejorar el programa de visita de control de niño sano. 1-6-2. Establecer colaboración entre el personal de salud y los voluntarios de salud para fortalecer la visita de control de niño sano. 1-6-3. Promover en el personal de salud el programa de visita de control de niño sano. 1-6-4. Monitoreo del estado de implementación de la visita de control de niño sano.</p> <p>2-1. Los Trabajadores de Salud Rural (TSR), Enfermeras graduadas y Enfermeras Auxiliares brindarán educación en salud relacionadas con infecciones respiratorias y diarreicas a la comunidad.</p> <p>2-1-1. Proveer educación en salud en la visita de control de niño sano. 2-1-2. Establecer grupo de voluntarios en salud, "Amigos de los niños". 2-2. Organización y fortalecimiento de los voluntarios de salud. 2-2-1. Conducir talleres para los Trabajadores de Salud Rural (TSR) para organizar grupo de voluntarios. 2-2-2. Establecer grupo de voluntarios, "Amigos de los niños". 2-2-3. Conducir capacitaciones de los voluntarios en salud en las visitas de control de niño sano. 2-2-4. Monitoreo de las actividades del grupo de voluntarios de Salud, "Amigos de los niños". 2-3. Promover la educación en salud sobre el uso apropiado de la medicina tradicional. 2-3-1. Conducir encuestas sobre las hierbas existentes en las comunidades. 2-3-2. Desarrollar material educativo en hierbas medicinales. 2-3-3. Conducir entrenamiento para el personal de salud y personal de ONG en medicina tradicional. 2-3-4. Seleccionar los líderes comunitarios en Medicina Tradicional y entrenarlos para la promoción y educación sobre medicina tradicional. 2-3-5. Educación de los padres en el apropiado uso y manejo de medicina tradicional y el caso preferente del uso de los servicios de salud. 2-3-6. Promover el cultivo de jardines de hierbas en casa. 2-3-7. Monitorear el estado de uso y manejo de la medicina tradicional.</p>		
--	--	--

ANEXO 1-2. PDM (Versión 1)

PROYECTO DE LA SALUD DE LA NIÑEZ EN EL DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO

Área del Proyecto : 6 municipios de Quetzaltenango, Guatemala, Cabrican, Huitan, Cajolá, San Miguel Sigüilla (Lengua Mam), Palestina de los Altos (Área Mam) y Cantel (Lengua K'iche)

Grupo Meta: Niños (as) y sus padres en el Área de Objeto, Población del Área Objeto: 105,809 habitantes, Duración: Agosto 2005 – Agosto 2009, Fecha: 12/10/07

Resumen Narrativo	Indicadores Objetivamente Verificables	Medios de verificación	Supuestos Importantes
<p>GRAN META: Disminución de mortalidad en niños menores de 5 años en municipalidades prioritarias en el Área de Salud de Quetzaltenango</p>	<p>Reducir un 25% del número absoluto de la mortalidad infantil en niños menores de 5 años en los 6 municipios.</p>	<p>Datos de estadísticas de Área de Salud</p>	<p>Gobierno de Guatemala no cambia políticas de salud en nivel comunitario.</p>
<p>META DEL PROYECTO: Los niños menores de un año no desarrollarán condición crítica por infecciones respiratorias y diarreas.</p>	<p>Reducir un 25% del número absoluto de la mortalidad infantil (número total de muertes de los niños que cumplen 28 días hasta menos de 1 año en los 6 municipios) al finalizar el Proyecto.</p>	<p>Datos de estadísticas de Área de Salud</p>	<p>No surge repentinamente ninguna enfermedad infecciosa provocada por penetración de un patógeno desde fuera u otras causas. Las políticas de salud vigentes no sufren de un cambio drástico por cambio de Gobierno u otras causas.</p>
<p>RESULTADO 1: 1. Los proveedores de salud brindarán una atención de calidad y calidez a los niños menores de 1 año de edad antes de presentar una condición crítica provocada por enfermedades respiratorias y diarreas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Número de prestadores de salud capacitados - Mejoramiento de conocimientos de los proveedores de salud sobre los Cinco Cuidados Básicos y la detección de riesgo - Todas las madres que acuden a las instituciones de salud por el tratamiento de enfermedades respiratorias y diarrea de sus niños reciben la educación en salud sobre los Cinco Cuidados Básicos y la detección precoz de riesgo. - Incremento del número de control niño sano de los niños que acuden a las instituciones de salud 	<p>Encuesta por salida del servicio de salud a las madres</p> <p>Pre test y post test al personal de salud</p> <p>Listado de vacuna (SIGSA 5ª y 5c) anexo, y consulta (SIGSA 3-PS, CS)</p>	<p>No incrementa la rotación o cambio de asignación del proveedores de salud a otro centro, saliendo del área del Proyecto</p>

<p>RESULTADO 2:</p> <p>2. Mejorar conocimientos y prácticas de padres de familia en el cuidado de sus niños con enfermedades respiratorias y diarreas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Número de los grupos de voluntarios de salud y voluntarios de plantas medicinales - Número de los voluntarios de salud y los de plantas medicina les capacitados. - Nivel de entendimiento de los voluntarios de salud sobre los Cinco Cuidados Básicos - Las madres que acuden a las instituciones de salud por el tratamiento de las enfermedades respiratorias y diarreas de sus niños entienden los Cinco Cuidados Básicos y la detección precoz de riesgo. - Mejorar los conocimientos de las madres sobre las plantas medicinales tras usarlas para el tratamiento de enfermedades respiratorias diarreas de los niños. 	<p>Pre test y post test al personal de salud</p> <p>Encuesta por salida del Centro de Salud y Puesto de Salud</p> <p>Encuesta al personas recibio tratamiento por receta del voluntaria</p>	<p>No incrementa significativamente emigración de familias al sur.</p>
<p>RESULTADO 3:</p> <p>Fortalecer las funciones de planificación, administración y monitoreo sobre la prestación de alta calidad de servicios de salud y el mejoramiento de conocimientos de las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecutar monitoreo y revisión de cada actividad - Elaboración y definición de versión de los materiales educativos. - Producción de guía o manuales 	<p>Numero de actividad de monitoreo</p> <p>Datos de Proyecto</p> <p>Existencia de documento sobre los ejemplos de mejor práctica o una guía (directriz)</p>	

Nota) Niños: Niños menores de 5 años

Instituciones de salud: los centros y puestos de salud

Proveedores de salud: Basic Health Staff (Trabajadores Básicos de Salud)

En la República de Guatemala, la palabra "neonato (neonatal)" indica los recién nacidos que cumplen menos de 29 días.

ANEXO 2. Lista de entrevistados

No.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	INSTITUCIÓN
1	Licda. Ada Guisela Rodríguez	Coordinadora Cooperación Internacional	MSPAS
2	Dr. Diego Antonio Manrique de León	Director área de Salud	DASQ
3	Dr. Juan Carolos Moir	Epidemiólogo	DASQ
4	Lic. Lizardo Nefthalí López	Gerente	DASQ
5	Sra. Norma Morales	Secretaria	DASQ
6	Dr. Mario Calderón	Salud Reproductiva.	DASQ
7	Dr. Juan Maldonado	Ext. Cobertura	DASQ
8	Lic. Alicia Pérez Gálvez	Jefa Enfermería	DASQ
9	Lic. Carmen Ochoa	Psicóloga	DASQ
10	Sr. Lisandro Misael Cifuentes	Ext. Cobertura	DASQ
11	Sr. Víctor Zabara	ISA	DASQ
12	Sr. Alan Velasco	Estadística	DASQ
13	Sr. Jaime López	Suministro	DASQ
14	Dr. Edilio Jesús Ovalle Soto	Coordinador	CS Palestina
15	Lic. Pedro Anibal Fuentes	EP	CS Palestina
16	Sra. Arely Elizabeth González	Laboratorista	CS Palestina
17	Neptali Rolando Ixmuy Pelico	TSR	C/S Cabricán
18	German Ricardo Zapeta García	Laboratorista	C/S Cantel
19	Ana María Barrios Pérez	E.P	C/S San Carlos Sija
20	Dr. Ramón Boanerges Ovalle S.	Coordinador	CS Cabricán
21	Lic. Noreyra Rabanales	EP	CS Cabricán
22	Sra. Blanca Dubilla Soto Olivar	AE	CS Cabricán
23	Sra. Emiliana Vázquez Ramírez	AE	CS Cabricán
24	Srta. Machito Homma	JOCV	CS Cabricán
25	Dr. Raúl Alejandro Maldonado	Coordinador	CS Cajolá
26	Lic. Gloria Marta Rivera	EP	CS Cajolá
27	Lic. Merita Julissa García	TSR	CS Cajolá
28	Sr. Gregorio Onésimo	ISA	CS Cajolá
29	Dr. Jorge Antulio Valdez	Coordinador	CS Cantel
30	Sra. María Nicolasa Mazariegos	AE	CS Cantel
31	Sr. Joaquín Pablo	TSR	CS Cantel
32	Sra. Esmeralda Georgina	EP	CS Cantel
33	Violeta Isabel Ixtacuy	Salud Reproductiva	DASQ
34	Sra. Ana Isabel	AE	PS Bella Vista
35	Sr. Salvador Raúl Pérez	AE	PS Chorjalé
36	Sra. Sara Maritza Hernández	AE	PS Cienaga
37	Sra. Elsy Morales Cifuentes	AE	PS El Carmen
38	Srta. Aki Miura	JOCV	PS El Carmen
39	Sra. María Sayma Elizabeth	EP	PS Huitán
40	Sr. Carlos Enmanuel	AE	PS Huitán
41	Sra. Roselia Victorina	AE	PS Paxoj
42	Srta. Rie Hawai	JOCV	PS Paxoj
43	Sra. Eva Noemí	AE	PS S.M. Siguilá
44	Sra. Jane Lisbet	AE	PS Vixibén
45	Sra. Gloria Aminta Pérez	AE	PS Xacana
46	Lic. Rogelia Leonor Rivera	EP	PS Xecam
47	Sr. Tetsuya Kataoka	JOCV	PS Xecam
48	Maki Mitsuoka	Coordinadora de Proyecto	JICA Guatemala
49	Fumiko Kudo	Jefa de Proyecto	JICA
50	Mizuno Sadatochi	Coordinador Administrativo	JICA
51	María García Maldonado	Asistente	JICA

ANEXO 3. Personal de contraparte asignado

Asignación de Contraparte

	Nombre	Cargo y Especialidad	Tiempo asignado al Proyecto
1	Dr. Jaime Gomez Son	Vice Ministro (Director del Proyecto)	2005.10.01~2007.02.27
2	Dra. Amelia Flores	Vice Ministra (Directora del Proyecto)	2007.02.28~
3	Dr. Diego Manrique Leon	Director del Area de Salud (Coordinador del Proyecto)	2005.10.01~
4	Dr. Juan Carlos Moir	Epidemiologo del Area de Salud	2005.10.01~
5	Lic. Alicia Perez Galvez	Jefa de Enfermeria del Area de Salud	2005.10.01~
6	Lic. Violeta	Enfermera de Enfermeria del Area de Salud	2005.10.01~2006.12.31
7	Lic. Carmen Ochoa	Psicologa de Salud Mental del Area de Salud	2005.10.01~
8	Sr. Lisandro Misael Cifuentes	Extensión de Cobertura del Area de Salud	2005.10.01~
9	Dr. Raul Alejandro Maldonado	Coordinador del Centro de Salud Cajolá	2005.10.01~
10	Dr. Jorge Antulio Valdez	Coordinador del Centro de Salud Cantel	2005.10.01~
11	Dra. Berta Noemi Gramajo Castro	Coordinador del Centro de Salud Cabricán	2005.10.01~2006.04.30
12	Dr. Ramon Boanerges Ovalle Soto	Coordinador del Centro de Salud Cabricán	2005.05.01~
13	Dr. Max Salvador Soto	Coordinador del Centro de Salud Palestina	2005.10.01~2007.05.31
14	Dr. Jesus Ovalle Soto	Coordinador del Centro de Salud Palestina	2007.06.01~
15	Lic. Merita Julissa Garcia	Tecnica de Salud del Centro de Salud Cajolá	2005.10.01~
16	Lic. Gloria Rivera	Enfermera Profesional del Centro de Salud Cajolá	2005.10.02~
17	Lic. Rogelia Llonor Rivera	Enfermera Profesional del Puesto de Salud Xecam	2005.10.03~
18	Lic. Roselia Victorina Ramoz Ram	Auxiliar de Enfermeria del Puesto de Salud Paxoj	2005.10.04~
19	Sra. Ely Alvert Morales Cifuentes	Auxiliar de Enfermeria del Puesto de Salud Carmen	2005.10.01~

Oficina del Proyecto, Quezaltenango

	Nombre	Especialidad	Tiempo asignado al Proyecto
1	María García Maldonado	Secretaria y coordinadora	2005.05.01~2007.01.31
2	Dalma Lucy Morales	Secretaria y coordinadora	2007.02.01~2007.07.31
3	María García Maldonado	Secretaria y coordinadora	2007.07.01~
4	Rutilia Ramos Roche	Instructora de la Planta Medicinal	2006.05.01~
5	Dora Noemi Tizol Ventura	Instructora de la Planta Medicinal	2006.05.01~
6	Luis Felipe Figueroa	Piloto	2007.02.03~

M.H.

ady

M.C.

ANEXO 4. Expertos enviados por la parte japonesa

Lista de Envío de Expertos Japoneses (el término largo)

Nombre	Especialidad	Tiempo asignado al Proyecto
1 Fumiko KUDO	Jefa Asesora/	2005.02.28~2008.02.27
2 Sadatoshi MIZUNO	Coordinador Administrativo	2006.03.27~2008.03.27

Lista de Envío de Expertos Japoneses (a corto plazo)

Nombre	Especialidad	Tiempo asignado al Proyecto
1 Masahiro MORIKAWA	Atención Primaria	2006.02.01~2006.03.10
		2007.03.10~2007.03.23
2 Hikari MORIKAWA	Trabajo Social y Consejería	2006.02.01~2006.03.10
		2007.02.24~2007.03.23

Lista de Envío de Experto extranjero (a corto plazo)

Nombre	Especialidad	Tiempo asignado al Proyecto
1 Yeny Arelys Moreno	Psicóloga/Comunicaciones	2006.02.11~2006.2.26

M.A.H.

Q.M.

M.C.C.

ANEXO 5. Becarios capacitados

Cursos en Japón

Periodo	Capacitación	Participante	Objetivo y descripción
26 de enero a 18 de febrero de 2006	Capacitación en Japón Okinawa	Dirección de Área de Salud de Quetzaltenango Violeta Ixtacuy B Centro de Salud en Cajola Juissá García	Fue seleccionado un programa del Centro Internacional de Capacitación en Enfermería, a fin de aprender la historia de mejoramiento de la salud comunitaria en Okinawa.
22 a 30 de abril de 2006	Capacitación en Japón	MSPAS Jaime Gomez (Vice-ministro) William Sandoval	Pediatría, historia de salud comunitaria, sistema del servicio de urgencia, banco de sangre
12 de mayo a 11 de junio de 2007	Capacitación en Japón Nagano, Tokio, Kanagawa	Dirección de Área de Salud de Quetzaltenango Diego Manrique (Director) Juan Carlos Moir	Aprender la importancia de las iniciativas de médico y aprovechar en su trabajo, estudiando la historia de la salud rural del Japón y la situación actual del Hospital Saku.

Cursos en terceros países

Periodo	Capacitación	Participante	Objetivo y descripción
27 de noviembre a 23 de diciembre de 2005	Capacitación para zona amplia en Paraguay	Rogelia L Rivera Ana María Barrios (Centro de Salud en San Carlos Xija, fuera del Área del Proyecto)	Curso de reconocimiento médico para los niños y cuidado de parto para capacitar los instructores
23 a 30 de junio de 2007	Intercambio técnico y curso de capacitación en Honduras	Carmen Ochoa Gloria Rivera Salvador Pérez Jane Us Ochoa Arely González Alma Salanic Lucy Morales	Relación entre la consejería y la mejora de la calidad de cuidado, el objetivo es de las técnicas de educación en salud con hondureños, presentación de actividades de proyecto para mejorar los servicios de salud en Guatemala
19 a 29 de octubre de 2005	Capacitación para zona amplia de JOCV en Bolivia	Jorge Valdés Raúl Maldonado Ryoko Hobo Mayumi Kuroyama	Parto natural en la salud reproductiva
3 a 10 de septiembre de 2006	Capacitación para zona amplia de JOCV	Roselia Ramos Sachiko Hirakawa	Conocimientos básicos de la salud materno-infantil

M.A.

adm

M.A.

ANEXO 6 Lista de equipos suministrados

(1/2)

2007 Sept.3

Año Fiscal	No.	Fecha	Mo ne da	Valor	Equipos	Modelo	Marca	No. Serial	Nota	Uso	Manta.	Nota
17	1	05.04.12	Q.	4,504.17	Fotocopiadora de multi funcion	MultiPASS MP730	Canon		Oficina del Proyecto	A	A	
17	2	05.05.30	S	23,026.31	Vehiculo(doble traccion)	Terrano 2005 (Color granate)	NISSAN	No. de Motor TD27287157Y No. de Chasis VSKTVUR20U0562423	Oficina del Proyecto	A	A	
17	3	05.04.19	Q.	21,205.36	Computador (CPU)				Oficina del Proyecto	A	A	
17	3	05.04.19		-	Monitor				Oficina del Proyecto	A	A	
17	3	05.04.19		-	Teclado				Oficina del Proyecto	A	A	
17	3	05.04.19		-	Raton				Oficina del Proyecto	A	A	
17	4	05.12.05	Q.	8,468.75	Computador (CPU)	hp Compaq dx2000MT	hp Compaq	MXD5420HG5 Product Key KKM72-3FV9K-6HRC6-6H66P- PMYK3	Oficina del Proyecto	A	A	
17	4	05.12.05		-	Monitor	HP vs15	hp Compaq		Oficina del Proyecto	A	A	
17	4	05.12.05		-	Teclado	SK1688	hp Compaq	C0509069200	Oficina del Proyecto	A	A	
17	4	05.12.05		-	Raton	MO42KC	hp Compaq	p0509022765	Oficina del Proyecto	A	A	
17	5	05.12.05	Q.	8,468.75	Computador (CPU)	hp Compaq dx2000MT	hp Compaq		C/S Cabrican	A	A	
17	5	05.12.05		-	Monitor	HP vs15	hp Compaq		C/S Cabrican	A	A	
17	5	05.12.05		-	Teclado	SK1688	hp Compaq		C/S Cabrican	A	A	
17	5	05.12.05		-	Raton	MO42KC	hp Compaq		C/S Cabrican	A	A	
17	6	05.12.05	Q.	8,468.75	Computador (CPU)	hp Compaq dx2000MT	hp Compaq		C/S Palestina	A	A	
17	6	05.12.05		-	Monitor	HP vs15	hp Compaq		C/S Palestina	A	A	
17	6	05.12.05		-	Teclado	SK1688	hp Compaq		C/S Palestina	A	A	
17	6	05.12.05		-	Raton	MO42KC	hp Compaq		C/S Palestina	A	A	
17	7	05.12.05	Q.	8,468.75	Computador (CPU)	hp Compaq dx2000MT	hp Compaq		C/S Cajala	A	A	
17	7	05.12.05		-	Monitor	HP vs16	hp Compaq		C/S Cajala	A	A	
17	7	05.12.05		-	Teclado	SK1688	hp Compaq		C/S Cajala	A	A	
17	7	05.12.05		-	Raton	MO42KC	hp Compaq		C/S Cajala	A	A	
17	8	05.12.05	Q.	8,468.75	Computador (CPU)	hp Compaq dx2000MT	hp Compaq		C/S Cantel	A	A	
17	8	05.12.05		-	Monitor	HP vs15	hp Compaq		C/S Cantel	A	A	
17	8	05.12.05		-	Teclado	SK1688	hp Compaq		C/S Cantel	A	A	
17	8	05.12.05		-	Raton	MO42KC	hp Compaq		C/S Cantel	A	A	
17	9	05.12.05	Q.	8,468.75	Computador (CPU)	hp Compaq dx2000MT	hp Compaq		Area de Salud (Extension)	A	A	
17	9	05.12.05		-	Monitor	HP vs15	hp Compaq		Area de Salud (Extension)	A	A	
17	9	05.12.05		-	Teclado	SK1688	hp Compaq		Area de Salud (Extension)	A	A	
17	9	05.12.05		-	Raton	MO42KC	hp Compaq		Area de Salud (Extension)	A	A	
17	10	06.02.07	Q.	19,509	Moto 1	HONDA MX200	HONDA	No. Motor MD28E98200405 No. Chasis 9C2MD28916R200405	CS Cabrican	A	A	
17	11	06.02.07	Q.	19,509	Moto 2	HONDA MX200	HONDA	No. Motor MD28E98200403 No. Chasis 9C2MD28996R200403	PS Chorjale	A	A	
17	12	06.02.07	Q.	19,509	Moto 3	HONDA MX200	HONDA	No. Motor MD28E98200510 No. Chasis 9C2MD28996R200510	PS Huitan	A	A	
17	13	06.02.07	Q.	19,509	Moto 4	HONDA MX200	HONDA	No. Motor MD28E98200389 No. Chasis 9C2MD28976R200389	CS Palestina	A	A	
17	14	06.02.07	Q.	19,509	Moto 5	HONDA MX200	HONDA	No. Motor MD28E98200291 No. Chasis 9C2MD28916R200291	CS Cajala	A	A	
17	15	06.02.07	Q.	19,509	Moto 6	HONDA MX200	HONDA	No. Motor MD28E98200375 No. Chasis 9C2MD28916R200375	CS Cantel	A	A	
17	16	06.02.07	Q.	7,009	Moto 7	HONDA 100	HONDA	No. Motor SDH150FMG-2*55048659 No. Chasis LTMPCGB2765046713	PS Cionaga	A	A	
17	17	06.02.07	Q.	7,009	Moto 8	HONDA 100	HONDA	No. Motor SDH150FMG-2*55042414 No. Chasis LTMPCGB2655042443	CS Cabrican	A	A	
17	18	06.02.07	Q.	7,009	Moto 9	HONDA 100	HONDA	No. Motor SDH150FMG-2*55069588 No. Chasis LTMPCGB255069782	CS Cabrican	A	A	
17	19	06.02.07	Q.	7,009	Moto 10	HONDA 100	HONDA	No. Motor SDH150FMG-2*55042483 No. Chasis LTMPCGB2455042411	PS Xacena	A	A	
17	20	06.02.07	Q.	7,009	Moto 11	HONDA 100	HONDA	No. Motor SDH150FMG-2*55042176 No. Chasis LTMPCGB2X55042378	PS Paxaj	A	A	
17	21	06.02.07	Q.	7,009	Moto 12	HONDA 100	HONDA	No. Motor SDH150FMG-2*55046647 No. Chasis LTMPCGB2455046703	PS Vixban	A	A	
17	22	06.02.07	Q.	7,009	Moto 13	HONDA 100	HONDA	No. Motor SDH150FMG-2*55042421 No. Chasis LTMPCGB2765042421	PS Carmen	A	A	
17	23	06.02.07	Q.	7,009	Moto 14	HONDA 100	HONDA	No. Motor SDH150FMG-2*55046678 No. Chasis LTMPCGB2955046678	PS Gonzales	A	A	

MJA

ADM

AK

Año Fiscal	No.	Fecha	Mo ne da	Valor	Equipos	Modelo	Marca	No. Serial	Nota	Uso	Mante.	Nota
17	24	06.02.07	Q.	7,009	Moto 15	HONDA 100	HONDA	No. Motor SDH150FMG-2*55046736 No. Chasis LTMPCGB255046650	PS El Eden	A	A	
17	25	06.02.07	Q.	7,009	Moto 16	HONDA 100	HONDA	No. Motor SDH150FMG-2*55046737 No. Chasis LTMPCGB2155046688	PS Xetabibi	A	A	
17	26	06.02.07	Q.	7,009	Moto 17	HONDA 100	HONDA	No. Motor SDH150FMG-2*55012434 No. Chasis LTMPCGB2055122143	CS Cantel	A	A	
17	27	06.02.07	Q.	7,009	Moto 18	HONDA 100	HONDA	No. Motor SDH150FMG-2*55046655 No. Chasis LTMPCGB255046682		E	A	No suministrado
17	28	06.02.07	Q.	7,009	Moto 19	HONDA 100	HONDA	No. Motor SDH150FMG-2*55046630 No. Chasis LTMPCGB2355046708	PS Xecam	A	A	
18	1	07.03.03	Q.	6,300	MICROSCOPIO	PREMER MRJ-03	PREMER		Cantel	E	A	No suministrado
18	2	07.03.13	Q.	6,300	MICROSCOPIO	PREMER MRJ-03	PREMER		Cajola	E	A	No suministrado
18	3	07.03.13	Q.	21,850	MICROCENTRIFUGA	HAEMATOKRIT 210	HETTICH	Typ 2104-01 Werk Nr. 9000285-01-00	Paletica	E	A	No suministrado
18	4	07.03.14	S	24,461	CAMION	WU340L-HKMMS3	HIND	No. Chasis: JHFCF43H688000182 No. Motor: W04DU19785	Placa: CO989B JV	B	A	
18	5	07.04.03	S	824	MICROSCOPIO	PREMER MRJ-03	PREMER		Cabrigan	E	A	No suministrado
18	6	07.04.03	S	824	MICROSCOPIO	PREMER MRJ-03	PREMER			E	A	No suministrado
18	7	07.04.03	S	708	CENTRIFUGA	COMPAC 2, Modelo 420225	Clay Adams	No. Serie 4270054	Cantel	E	A	No suministrado
18	8	07.04.13	S	708	CENTRIFUGA	COMPAC 2, Modelo 420225	Clay Adams	No. Serie 4340008	Cajola	E	A	No suministrado
18	9	07.04.03	S	498	CONTADOR DE CELULA	Laboratory Counter	Fisher Scientific		Cantel	E	A	No suministrado
18	10	07.04.03	S	498	CONTADOR DE CELULA	Laboratory Counter	Fisher Scientific		Cajola	E	A	No suministrado
18	11	07.04.03	S	27	GLUCOMETRO	Accu-Chek Advantage	Roche	No. 8531289191	Cantel	E	A	No suministrado
18	12	07.04.03	S	27	GLUCOMETRO	Accu-Chek Advantage	Roche	No. 8531292878	Cajola	E	A	No suministrado
18	13	07.04.13	S	3,512	MICROCENTRIFUGA	Autocrit Ultra 3, Modelo 420575	Clay Adams	No. Serie 4320007	Cantel	E	A	No suministrado
18	14	07.04.13	S	3,512	MICROCENTRIFUGA	Autocrit Ultra 3, Modelo 420575	Clay Adams	No. Serie 4320009	Cajola	E	A	No suministrado
18	15		S	17	CAMARA DE NEUBAUER DOBLE	Nebeuer-improved 0610010	Marienfeld		Cantel	E	A	No suministrado
18	16		S	17	CAMARA DE NEUBAUER DOBLE	Nebeuer-improved 0610010	Marienfeld		Cajola	E	A	No suministrado

Estado de uso

A: Diario
B: Con frecuencia
C: A veces
D: Poco
E: No se usa

Mantenimiento y administracion

A: Muy bueno
B: Bueno
C: Regular
D: Insuficiente

ANEXO 7. Inversión del costo local por la parte japonesa

Inversión realizada del costo local por la parte japonesa
(costo local del Proyecto)

(Unidad: Quetzal)

Partida	Fiscal 2005			Fiscal 2006			Fiscal 2007		
	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
Cooperación Técnica del Tipo Proyecto									
Fortalecimiento de las actividades locales									
- Pasaje aéreo									26,892.80
- Viático	2,535.81	3,381.08	1,690.54	3,381.08	1,054.81	3,702.90	4,310.85	3,702.90	53,274.84
-Contratación (Consultor local)									
-Contratación (ONG's local)									
- Contratación									
- Remuneraciones	15,670.00	16,920.00	26,550.00	159,125.65	21,157.00	50,161.48	39,574.19	50,161.48	27,520.00
- Reuniones	1,345.00	2,343.00	4,744.00	370.65	5,935.90	9,045.65	3,000.59	9,045.65	8,071.57
- Actividades generales	9,848.71	18,600.75	49,816.30	59,672.62	21,009.41	240,337.93	65,382.55	240,337.93	24,798.22
- Devolución				33,035.28					
Total	29,399.52	41,244.83	82,800.84	189,514.72	49,157.12	303,247.96	112,268.18	303,247.96	140,557.43

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

ANEXO 8. Insumo de la parte guatemalteca

(Unidad:US\$)

Conceptos	Total
Gastos Personales (Viáticos y dietas)	19,600
Gastos Servicios (Capacitación y otros)	4,000

ANEXO 9. Lista de productos

Material Educativo	Cinco Cuidados Básicos
	8 hierbas medicinales para los niños
	Manual de Evaluación del Niño Enfermo y Cinco Cuidados Básicos
	Triángulo de Evaluación al Niño
Formulario Monitores	Asistencia de Cada Voluntario en Medicina Natural
	Planificación y Monitoreo de Educación en Salud
	Seguimiento: observación de Destrezas de Comunicación
	Ficha clínica NS
	Cuestionario sobre la ficha NS para la evaluación
	Valorar el desarrollo del niño y la niña
	Análisis de caso de muerte: Guía de trabaja grupo
	Ficha de referencia 1 (terciario a primario) Hospital a CS/ PS

