

ホンジュラス共和国  
オランチョ県  
思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト  
中間レビュー調査報告書

平成 22 年 8 月  
(2010年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

## 序 文

ホンジュラス共和国の母子保健医療指数は乳幼児死亡率27対出生1000（ホンジュラス保健省2008年）、妊産婦死亡率108対出生10万（同2008年）と、近年改善傾向にありますが、思春期の妊産婦死亡率においては12歳から14歳の妊産婦死亡率391対出生10万（2005年）、15歳から19歳の妊産婦死亡率160対出生10万（2005年）であるなど、依然として高い傾向にあります。

かかる背景のもと、ホンジュラス共和国政府は2000年から2005年の間に本プロジェクト対象地域にて行われた「第7保健地域リプロダクティブヘルス（ASRH）向上プロジェクト」で整備された母子保健サービス向上の結果に基づき、新たに思春期保健サービスのケアの改善をめざした技術協力プロジェクトを要請し、JICAは「オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト」を2008年6月から4年間の予定で開始しました。

本報告書は、プロジェクトの中間地点において、プロジェクトの関係者とともに、これまでのプロセスや発現された成果・課題などを確認し、残りの期間におけるプロジェクトの効果的な展開や方向性について協議、合意した結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査にご協力を頂いた内外の関係者の方々に対し、深い謝意を表するとともに、プロジェクトの更なる発展に向けて引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成22年8月

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部長 萱島 信子



# 目 次

序 文

目 次

地 図

略語表

評価調査結果要約表

第1章 中間レビュー調査の概要	1
1-1 調査背景と目的	1
1-2 調査団の構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
1-5 対象プロジェクトの概要	5
第2章 中間レビュー調査の方法	6
2-1 評価方法	6
2-2 調査項目・評価基準	6
2-3 評価に用いたデータ・情報	7
第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス	8
3-1 投入実績	8
3-2 活動実績	9
3-3 成果の達成状況	17
3-4 プロジェクト目標と上位目標	21
3-5 実施プロセス	23
第4章 調査結果	26
4-1 調査結果概要	26
4-2 評価5項目に基づく評価結果	27
第5章 PDM の改訂	31
第6章 結論、提言、団長所感	32
6-1 結論	32
6-2 提言	32
6-3 団長所感	34

付属資料

1. ミニッツ (西文) .....	39
2. PDM (Project Design Matrix) version 3 .....	91
3. PDM (Project Design Matrix) version 2 .....	97
4. PDM 比較表 .....	101

<ホンジュラス>



- ①フティカルパ市、②カタカマス市、③ドウルセ・ノンブレ・デ・クルミ市、  
④パトゥカ市、⑤サラマ市、⑥サン・エステバン市、⑦グアヤペ市



## 略 語 表

	略語	英語 / 西語	日本語
A	AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
	ASRH	Adolescent Sexual and Reproductive Health	思春期の性とリプロダクティブヘルス
	CESAMO	Centro de Salud con Médico (西)	保健所 (医師・歯科医師のいる保健所 : ホンジュラス)
	CESAR	Centro de Salud Rural (西)	保健所 (医師不在の保健所 : ホンジュラス)
C	CMI	Clínica Materno Infantil (西)	母子保健クリニック
	COMVIDA	Programa de Comunicación y Vida	市による青少年プログラム Comunicación (Communication) と Vida (Life) の造語
	C/P	Counterpart	カウンターパート
H	HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
J	JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
	JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
M	M/M	Minitues of Meetings	協議議事録 (ミニッツ)
N	NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
O	ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
P	PAIA	Programa de Atención Integral para la Adolescencia	思春期統合ケアプログラム
	PAHO	Pan American Health Organization/ World Health Organization	汎米保健機構
	PASOS	Proyecto para Adolescentes Olanchanos en Salud	本プロジェクトの愛称
	PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント
	PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
	PO	Plan of Operation	活動計画
	PROSARE7	Proyecto de la Salud Reproductiva en la Region Sanitaria No.7	第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト
R	R/D	Record of Discussion	討議議事録
S	SFH	San Francisco Hospital	サンフランシスコ病院
	SS	Secretaría de Salud	保健省 (ホンジュラス)
	STI	Sexually Transmitted Infection	性感染症
U	UNFPA	United Nation Fund for Population Activities	国連人口基金
W	WHO	World Health Organization	世界保健機構
Y	YFS	Youth Friendly Service	ユースフレンドリーサービス





## 評価調査結果要約表

<b>1. 案件の概要</b>	
国名：ホンジュラス共和国	案件名：オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト
分野：保健医療 / 母子保健・リプロダクティブヘルス	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：	協力金額（2010年3月現在）：約1億9,900万円
協力期間：2008年6月～2012年5月	先方関係機関：保健省（本省、第15保健地域事務所）
	日本側協力機関名：システム科学コンサルタンツ（株）・特定非営利活動法人 HANDS
	他の関連協力：第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト（PROSARE7）（2000年4月～2005年3月）
<b>1-1 協力の背景と概要</b>	
<p>ホンジュラス共和国（以下、「ホンジュラス」と記す）においては、人口の39%を15歳未満が占め（WHO2006年）、全人口における10代の若者の割合が大きい状況のなか、若年妊娠が増加している。これに伴い、保健医療施設における思春期女性の出産件数割合は全出産件数のうち35%を占めており（ホンジュラス統計局2001年）、12歳から14歳の妊産婦死亡率は出生10万対391、15歳から19歳では160と高く<sup>1</sup>、若年妊娠が妊産婦死亡や周産期死亡のリスクを大幅に高めていると考えられている。若年妊娠は、望まない妊娠だけでなく、性感染症（Sexually Transmitted Infection：STI）やヒト免疫不全ウイルス（Human Immunodeficiency Virus：HIV）/後天性免疫不全症候群（Acquired Immunodeficiency Syndrome：AIDS）への感染リスクを高めたり、思春期における自己の確立や就学問題に対し影響を与えるなど、貧困問題とも関連した社会問題となっており、ホンジュラス保健分野における大きな課題のひとつと位置づけられている。</p> <p>このような若年妊娠を含む思春期リプロダクティブヘルスの問題には、若者に提供される、避妊や妊産婦ケアにかかわる保健サービスの低いカバー率やアクセス及びその質の低さが影響を与えており、これらサービスのカバー率やアクセスの改善と同時に、思春期の若者の性行動の変容を支援していく必要がある。JICAは、ホンジュラス政府の要請に基づき、保健省をカウンターパート（Counterpart：C/P）機関とし、思春期妊娠率の低下及び思春期の若者のリプロダクティブヘルスに関する知識と責任ある性行動を確保するため、オランチョ県内7市（フティカルパ市、カタカマス市、ドゥルセ・ノンブレ・デ・クルミ市、パトゥカ市、サラマ市、サン・エステバン市、グアヤペ市）をパイロット市としたオランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクトを2008年6月から2012年5月までの4年間の予定で開始した。</p> <p>本プロジェクト開始に至る背景として、JICAはホンジュラス政府の要請を受け、保健セクターの既存資源を有効活用し保健医療サービスの改善を図るため、1995年1月から1996年8月まで開発調査「全国保健医療総合改善計画調査」を実施した。さらに同調査結果のモデル地域とされた第7保健地域（当時、オランチョ県）において、2000年4月から2005年3月までの間、技術協力プロジェクト「第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト」（PROSARE7）を実施した。このPROSARE7を通じて、オランチョ県における保健医療従事者が提供するリプロダクティブヘルス</p>	

<sup>1</sup> 全体で出生10万対110（UNDP2005年）

ルスサービスの質の向上に貢献した。現行プロジェクトは、PROSARE7の成果を踏まえつつ、思春期の若者に焦点を当て取り組むものである。

## 1-2 協力内容

今次中間レビュー調査時点において最新版であった PDM2 に基づく記載。

### (1) 上位目標

- ① オランチョ県の思春期妊娠率の低下に貢献する。
- ② オランチョ県の思春期の若者がリプロダクティブヘルスの知識をもって責任ある性行動をとる。

### (2) プロジェクト目標：

性とリプロダクティブヘルスの統合ケアを受けるオランチョ県7市の思春期の若者が増加する。

### (3) 成果

- ① 保健医療従事者が思春期統合ケアプログラム（Programa de Atención Integral para la Adolescencia : PAIA）の規定に従い、若者に配慮した思春期の性とリプロダクティブヘルス（Adolescent Sexual and Reproductive Health : ASRH）サービスを提供する。
- ② 若者が利用しやすい ASRH のサービス提供を行う体制が整う。
- ③ 啓発活動によって思春期の若者が ASRH のサービスを受けることに積極的になる。
- ④ 啓発活動を含む ASRH のサービスを提供するための管理運営体制が整う。

## 1-3 投入（2010年3月現在）

日本側：

専門家派遣	9名（32.46人月）
機材供与	約1,221万1,000円
研修員受入	本邦研修 6名（4.6人月） ニカラグア研修 13名（2.17人月）
在外事業強化費	約4,591万7,000円
その他	N/A

ホンジュラス側：

カウンターパート配置	18名（本省6名、第15地域保健事務所9名、サンフランシスコ病院3名）- R/D 上は16名
機材購入	N/A
施設提供	プロジェクト事務所、ピアルーム、保健医療施設内ユースフレンドリースペース等プロジェクト関連施設
ローカルコスト負担	事務所通信・光熱費、交通費、会議室、ピアルーム維持管理費等
その他	N/A

<b>2. 中間レビュー調査団の概要</b>		
調査者	1. 団長/総括：JICA 国際協力専門員 （保健医療分野課題アドバイザー） 花田 恭 2. 協力企画：JICA 人間開発部保健第二グループ保健第四課 小谷 知之 3. 評価分析：グローバルリンクマネジメント（株） 今仁 直美	
調査期間	2010年5月26日～6月14日	評価種類：中間レビュー
<b>3. 評価結果の概要</b>		
<b>3-1 実績</b>		
(1) 各成果の達成度合い		
<b>成果 1:保健医療従事者が PAIA の規定に従い、若者に配慮した ASRH サービスを提供する。</b>		
<p>プロジェクトは PAIA 規範内でユースフレンドリーサービス（Youth Friendly Service : YFS）ガイドを作成し、それに沿った研修を「クオリティ・オブ・ライフ（QoL）」と「YFS」の2部に分けて7市の保健医療施設（CMI・CESAMO・CESAR<sup>2</sup>）の常勤職員とサンフランシスコ病院（San Francisco Hospital : SFH）で思春期の若者に接する率の高い部局の職員に対して行った。現在までに対象職員の92%がこの研修を終えている。本研修の評価は概して高く、多数の職員が思春期の若者のニーズに対する認識を新たにし、若者に接遇するときの態度を改めたことが報告されている。</p> <p>現段階においてプロジェクトは「若者に配慮したサービス提供のための行動計画（成果2参照）を策定しそれを実行していること」を YFS 提供の判定基準として用いているが、プロセスと結果を同一視したこの手法では活動の結果としての成果を測ることができないため、今後 YFS 度を客観的に測るためのツールの開発が望ましい。</p>		
<b>成果 2 : 思春期の若者が利用しやすい ASRH のサービス提供を行う体制が整う。</b>		
<p>プロジェクトは、規模や設備の異なる保健医療施設がそれぞれの状況に応じて自主的に改善を図っていくことを目的として、各保健医療施設が YFS 提供のための「年次行動計画」を策定し、自己及び第三者（各市の看護スーパーバイザー）がモニタリングを行うシステムとツールを開発した。このシステムは2009年度半ばから開始されたため、本格的な行動計画の開始は2010年度からと位置づけられているが、現在までにはほぼすべての施設にプロジェクト作成の情報・教育・コミュニケーション活動（Information, Education and Communication : IEC）教材などを備えたユースフレンドリーコーナーがつけられ、スペースが許す施設には若者専用の部屋が設立されたほか、若者の待ち時間を短縮するシステムが導入されるといった改善が確認された。</p> <p>指標に関してプロジェクトは、「行動計画を策定・実行している」（プロセス）＝「YFSを提供している」（結果）とみなしているため、成果1と同様に活動の結果としての成果の達成度を客観的に測るツールが早急に開発されることが望ましい。またモニタリングに関しては、看護スーパーバイザーの仕事量の増加により巡回が計画どおりの頻度で行われていない旨報告されており、モニタリングシステムの調整の必要性も示唆されている。</p>		
<b>成果 3 : 保健推進活動によって思春期を含む若者が ASRH のサービスを受けることに積極的になる。</b>		
本来プロジェクトは成果3の下で IEC 教材の作成のほか、(1) ピア活動の推進、(2) 対		

<sup>2</sup> CMI (Clinica Materno Infantil) = 母子保健クリニック、CESAMO (Centro de Salud con Médico) = 医師・歯科医師のいる保健所、CESAR (Centro de Salud Rural) = 医師不在の保健所

象地域にある既存の組織・団体との連携、(3) 学校教育の中で行われている性教育の支援という3本柱を軸に、思春期の若者のみならず地域の大人たちへの啓発を行うことを想定していた。しかし特に(3)については、学校で性教育がほとんど行われていないという現状に加え、2009年に教師のストライキが続き学校が機能していなかった等の理由から、今日まで学校教育に関する組織的な働きかけは十分になされておらず、今後の課題である。

また、上記(1)については、現在プロジェクトはピア活動を保健推進活動の主軸に据えて、7市にそれぞれ①ピアリーダー、②(市の援助で設立される)ピアルーム、③ピアコーディネーター(ピア活動のための渉外を担当する大人)、④ピアサポーター(ピア活動を支援する大人)、⑤ピアトレーナー(ピアリーダー、ピアコーディネーター、ピアサポーターの研修と技術的なバックアップをする大人)から成るピアシステムを設立することをめざしている。本調査時までには設立されたのはピアリーダー33名、ピアコーディネーター10名、ピアルーム2カ所(すべてフティカルパ市)のみであり、成果の発現に資すると思われるピアカウンセリングの利用者も延べ10名(2010年5月25日現在)にとどまっている。

ピアシステムの設立には現在まで多くの時間と労力が費やされているが、ごく一部が設立されたばかりの現段階ではそれが成果3の発現に与える効果は確認できない。指標もまたピアシステムの設立に偏ったものになっているが、保健医療施設の職員の多くが自主的に啓発活動を行っている(成果1参照)ことから、こうした当初想定していなかった活動もプロジェクトに織り込む方向でPDMの改訂を行った。

今後残された期間内に行動変容を出現させるためには、若者のみならずそれを取り巻く大人も対象にした多角的な啓発活動を活発に行っていくことが不可欠と思料されることから、早急に現場の声を取り込んだIEC戦略計画を策定し、そのモニタリング体制を構築することが望まれる。

#### **成果4：啓発活動を含むASRHのサービスを提供するための管理運営体制が整う。**

プロジェクトが10～14歳、15～19歳に特化したサービス統計の集計用紙を開発し全県に普及させたことにより、思春期の若者による保健医療施設利用状況を把握することが可能になった。今後はデータの質の確保のための簡便なマニュアルの作成や更なる研修を通じて、このシステムを強化していくことが望ましい。

サービス提供に関しては、YFS実施のためのシステムが導入されたが、巡回モニタリングなどまだ定着していないコンポーネントもあり、通常業務としての定着のためにより一層の内部化を図っていく必要がある。一方、啓発活動に関しては、今後早急にピア活動以外のIECを包括した立案・モニタリングのシステムを確立することが望まれる。

他の青少年活動プログラムとの連携では、各市とも連携には前向きであるが、市長の意向で各種事業の行方が左右される傾向もあり、よりフォーマルで組織的な連携・管理体制を確立するのが課題である。

#### (2) プロジェクト目標の達成見込み

##### **プロジェクト目標：性とリプロダクティブヘルスの統合ケアを受けるオランチョ県7市の思春期の若者が増加する。**

PDM(Ver.2)に定められたプロジェクト目標の指標は、計算式において推計値も使用せざるを得ないなど必ずしも理想的なものではないが、すべてにおいて改善をみせていることから、指標でみる限りプロジェクト目標は順調に達成されつつある。なかでも「産前検診を少なくとも一度は受診する若者の割合(指標1-2)」と「避妊に関するサービス

を受けた思春期の若者の数（指標3）」は、プロジェクトとしての啓発活動がまだほとんど実行されていないにもかかわらず、ベースライン値比で大きな増加をみせている。

PDM に設定されていた 6 つの指標の中には、目標値設定の際に参考にしたベースライン値が間違っていたものや、プロジェクト目標を測るのに適切でないものもあったため、PDM の改訂の際に見直しを行った。

### 3-2 評価結果の要約

#### (1) 妥当性

本プロジェクトの上位目標及びプロジェクト目標の内容は、以下の項目に照らして再検討した結果、現時点においても妥当であるといえる。

##### 1) ホンジュラス側政策の優先度

ホンジュラスの貧困削減計画（PRSP）には妊産婦死亡率の減少が優先事項のひとつとして挙げられている。人口の約 25% を占める思春期の若者のリプロダクティブヘルスサービスの利用を促進することは、若年妊娠を減らし、産前検診や施設分娩による安全なお産を可能とさせ、妊産婦死亡の低減に資するものである。また YFS の提供を強化し同時に若者の自主性を尊重した啓発活動を行う本プロジェクトは、「国家保健計画 2021」に謳われている「性教育や健全なライフスタイルを推進し、青少年の抱える問題やニーズに即した総合的な保健医療サービス (PAIA) を提供する」という戦略に合致したものである。

##### 2) プロジェクト対象地域におけるニーズ

オランチョ県では 15 ～ 19 歳の女性のうち 26.1% が婚姻またはそれに準ずる関係にある一方で、婚姻関係にある女性の 25.3% が避妊の経験がなく、全国平均がそれぞれ 20.3%、18.5% であることと比較してもそのニーズの高さがうかがえる。また 15 ～ 49 歳の女性の性感染症保有率（全国 15%、オランチョ県 16.6%）やコンドーム使用率（全国 2.9%、オランチョ県 0.5%）、新生児周産期死亡（全国 23、オランチョ県 32）も全国平均より悪いことから、同県におけるリプロダクティブヘルスサービスの利用促進は有意義だと考えられる。

##### 3) 日本の政策に照らしての妥当性

保健医療及び水は JICA が協力を推進する援助重点分野のひとつであり、本プロジェクトは課題となっている保健医療サービスへのアクセスへの向上に直接貢献するものである。

#### (2) 有効性

PDM (Ver.2) 上のプロジェクト目標に関する指標の達成度からは、本プロジェクトの高い有効性がうかがえる。成果 3 の達成が非常に遅れている現時点で、既に目標値を大きく上回った指標があることを踏まえると、指標の定義、目標値の設定、データの質、プロジェクトのロジック等の適切性について議論の余地があると考えられる。その一方で、保健医療サービスを若者にフレンドリーなものへと改革すること（成果 1、2）が、若者のリプロダクティブヘルスサービスへのアクセスを向上させるために非常に大きな比重を占めている可能性が示唆されている。

ピアシステムの有効性はその進捗が遅れているため確認できないが、保健医療従事者が自主的に行っている地元の学校やコミュニティにおける啓発活動は、ASRH 関連の知識の普及のみならず若者と保健医療従事者の距離を縮めるという点で、ピアシステムの遅れを補う以上の効果を発揮しているとも考えられる。



### (3) 効率性

YFS の提供に関しては研修を中心としており、インフラや機材整備についてはごくわずかな投入にとどまっていることから、効率性は高いといえる。啓発活動に関しては、本来その一手段であるピアリーダーが活動するためのシステムの設立に多大な労力と時間がかかっている。最終的な結論はピアシステムが立ち上げられ、その活動の結果としての若者の行動変容の出現で判断されるが、現段階においては4年間というプロジェクト期間に対しピア戦略の効率性の判断は困難であり、今後もプロジェクトの進捗を踏まえ慎重に検討していく必要がある。

### (4) インパクト

上位目標の発現に関しては本調査時にはデータの欠如から十分な評価には至らなかったが、プロジェクト目標の指標である「避妊に関するサービスを受けた若者」が増加していることをかんがみると、上位目標のひとつである「オランチョ県の思春期妊娠率の低下に貢献する」に関しては何らかの正のインパクトをもたらすことが予測される。

YFS に関する研修と行動計画の策定・実施は保健医療従事者のモチベーションを予想以上に高め、保健医療施設を中心とした地域の若者の組織化を自主的に始めている。プロジェクト開始時はそうした動きを想定していなかったため、保健医療施設レベルの啓発活動やそのモニタリングに関してはIEC教材の配布以上のものは計画されておらず、今後早急にプロジェクトの枠組みに取り込むことが望まれる。

そのほか、当初合同調整委員会（Joint Coordinating Committee：JCC）に付属し、プロジェクトに関係する技術的な問題を扱う場として位置づけられていた技術委員会が、ASRHに関心をもつドナー等開発パートナーと保健省の情報共有とコーディネーションの場として活用されるようになったことは、本プロジェクトの認知度が上がるなど正のインパクトとして位置づけることができる。

負のインパクトとしては、プロジェクトの導入によって市レベルの保健省職員（医長、看護スーパーバイザー）の業務が増大し、巡回モニタリング等が計画どおり行えていないことが挙げられる。

### (5) 自立発展性

保健医療従事者及び若者の自主性を尊重し、そのキャパシティを高めることによって行動変容を引き出すという手法から、個人レベルに出現する行動変容がゆるやかに伝播しながら継続する可能性は高いと思われる。組織面においても、地域保健事務所の熱意とオーナーシップは高く、各種技術研修を今後担っていく人材の育成やモニタリングシステムの構築も進んでいる。今後、地域保健事務所の職員及び保健医療従事者のモチベーションを維持するための何らかの方策を考案・実行していくことが望まれる。

一方でホンジュラスの財政基盤は弱く、モニタリングシステムやピアシステムが機能し続けるために必要な交通費や活動費に関しては楽観視できない。またピアシステムは、若者とそれを取りまく大人のボランティア活動に依存しており、彼らのモチベーションの維持を担保する方策とドロップアウトを見越した継続的な新規育成のメカニズムをシステムの一環として構築する必要がある。

## 3-3 効果発現に貢献した要因

地域保健事務所は、地方の保健医療従事者を含め本プロジェクトへの関心が高く、フルタイムのカウンターパートを配置するなど高いオーナーシップをもっている。カウンターパートの多くが2000～2005年に実施されたPROSARE7(第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト)

に従事した経緯から、先方が JICA 事業に精通していたこと、同プロジェクトによってマネジメント、活動の両面で技術力が高められていたことなどが、プロジェクトの効率性を高めたと考えられる。

また第三国専門家を含めてスペイン語に堪能な専門家を多く派遣し、PROSARE7にも従事した英語が堪能な現地スタッフを雇用することで、言語や文化的な摩擦を最小限に抑えカウンターパートと一体となったプロジェクトチームが形成されていることも、プロジェクト運営の効率化に貢献していると思われる。

### 3-4 問題点及び問題を惹起した要因

2009年度は H1N1 インフルエンザや政変の勃発で専門家の渡航や国内での移動が制限されたため、プロジェクトの活動が計画どおり進まなかった経緯がある。また政権交代に伴う人事異動により、一部のカウンターパートや市役所などのパートナー等との関係を再構築する必要が生じ、プロジェクトの効率的な運営に若干の影響を与えた。

### 3-5 結論

YFS の提供に関し、プロジェクトが行った医療従事者向けの研修は、彼らの自主的な意欲を尊重しつつ、施設単位で若者に配慮したサービスを提供するための改善を継続的に行うシステムを策定したことで成果を収めつつある。その一方で若者の行動変容に関しては、日本の経験を基にしたピアシステムを構築することに当初予想された以上の時間がかかっており、行動変容をめざした組織的な IEC 活動に取り組むまでには至っていない。既に IEC 活動を独自に始めている保健医療従事者や若者の意見を取り入れつつ、早急にプロジェクト目標の達成に向けた IEC 計画を策定し、ピア以外のコミュニケーション手段も十分に活用しながら活動の効率化を図ることが望まれる。

今後の自立発展性を強化するために、保健医療従事者やピアシステムにかかわるボランティアたちのモチベーションの維持を助ける何らかの方策をとりつつ、他県への普及を助けるために YFS 研修のようなベストプラクティスのパッケージ化をプロジェクトの活動と平行して行っていくことが望ましい。

### 3-6 提言

以上の結果を踏まえ、中間レビュー調査団は以下の提言を行った。

- 1) プロジェクト関係者は本調査時に調査団と行った PDM の改訂作業を完了し、新 PDM に沿った活動計画 (Plan of Operation : PO) を策定する。
- 2) PDM の指標に関するより質の高いデータを採取するために、プロジェクト関係者はデータの記録・集計方法を改善する。具体的には、①若者に特化したサービス統計の集計用紙にある各アイテムの定義を明確化した上で簡便なマニュアル等を作成し保健医療施設での定着を図る、②「ASRH に関するカウンセリング」数を抽出するためにその定義を明確化し、必要に応じて記録用紙の改訂と記録・集計方法に関して研修を行う、③若者のサービスに対する満足度の変遷を追うために定点調査を行う、などを検討する。
- 3) プロジェクト関係者は、プロジェクトのコンポーネントで全国普及が望まれる YFS 研修などをパッケージ化して DVD などの形にまとめ、本省に提示することでベストプラクティスの他県への普及を促進する。



- 4) プロジェクト関係者はピアシステム構築の効率化を図るとともに、ピア以外の手段として、特に既に自主的に IEC 活動を行っている保健医療従事者をプロジェクトの IEC 戦略に取り込み、早急に地域のニーズに合った IEC 計画を立案・実施する。その際、望まれた若年妊娠(wanted adolescent pregnancy) への対処など、現場のニーズに十分配慮する。
- 5) 大人の価値観や態度は若者の ASRH サービスへのアクセスに大きな影響を及ぼすが、PDM (Ver. 2) ではこれにかかわる指標や活動は設定されていない。今後策定する IEC 計画に大人を対象とした啓発活動を織り込み、その成果は(ベースラインデータがないため) 公開セミナーの参加者数や参加者からのアンケート調査結果を取り続けること等によりモニターする。
- 6) 一般にユースセンターの効果は定点的なため限定的であるとされることから、プロジェクト関係者は①各市につくられるピアルームの利用状況と②ピアリーダーの市外(農村)でのアウトリーチ活動とその効果に関するモニタリングシステムを設立し、ピア活動が市街地及び農村部の若者の行動変容に及ぼす効果を継続的に検証する。同時に保健医療施設内につくられたユースフレンドリースペースの利用状況もモニターし、プロジェクト目標の達成に効果があることが示せれば、特にピア活動へのアクセスが限定的な農村部において、より積極的な支援を検討する。
- 7) コンドームを入手しに来るのは圧倒的に男性であることから、女性がコンドームを入手しやすい環境の構築に努力する。また同時に、妊娠経験のない若者にコンドームを配布することに関する法的規制を明らかにする。

# 第1章 中間レビュー調査の概要

## 1-1 調査背景と目的

ホンジュラスにおいては、人口の39%を15歳未満が占め（WHO2006年）、全人口における10代の若者の割合が大きい状況のなか、若年妊娠が増加している。これに伴い、保健医療施設における思春期女性の出産件数割合は全出産件数のうち35%を占めており（ホンジュラス統計局2001年）、12歳から14歳の妊産婦死亡率は出生10万対391、15歳から19歳では160と高く<sup>3</sup>、若年妊娠が妊産婦死亡や周産期死亡のリスクを大幅に高めていると考えられている。若年妊娠は、望まない妊娠だけでなく、性感染症（Sexually Transmitted Infection：STI）やHIV/AIDSの感染、思春期における自己の確立に対する影響や就学問題を招くなど、貧困問題とも関連した社会問題となっており、ホンジュラスの保健分野における大きな課題のひとつと位置づけられている。

このような若年妊娠を含む思春期リプロダクティブヘルスの問題は、若者に提供される避妊や妊産婦ケアにかかわる保健サービスのカバー率の低さやアクセスの問題及びその質の低さが影響を与えており、これらサービス・アクセスの改善と同時に、思春期の若者の性行動等の行動変容を支援していく必要がある。JICAは、ホンジュラス政府の要請に基づき、保健省をカウンターパート（C/P）機関とし、思春期妊娠率の低下及び思春期の若者のリプロダクティブヘルスに関する知識と責任ある性行動を確保するため、オランチョ県内7市（フティカルパ市、カタカマス市、ドゥルセ・ノンブレ・デ・クルミ市、パトゥカ市、サラマ市、サン・エステバン市、グアヤペ市）をパイロット市としたオランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクトを2008年6月から2012年5月までの4年間の予定で開始した。

本プロジェクト開始に至る背景として、JICAはホンジュラス政府の要請を受け、保健セクターの既存資源を有効活用し保健医療サービスの改善を図るため、1995年1月から1996年8月まで開発調査「全国保健医療総合改善計画調査」を実施した。さらに同調査結果のモデル地域とされた第7保健地域（当時、オランチョ県）において、2000年4月から2005年3月までの間、技術協力プロジェクト「第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト」（PROSARE7）を実施した。このPROSARE7を通じて、オランチョ県における保健医療従事者が提供するリプロダクティブヘルスサービスの質の向上に貢献した。現行プロジェクトは、PROSARE7の成果を踏まえつつ、思春期の若者に焦点を当て取り組むものである。

今般、プロジェクト開始から約2年が経過した時点で、これまでの実績・実施プロセスを確認し、発現された成果や生じた課題に関する貢献・阻害要因を分析するとともに、プロジェクトの残り期間におけるプロジェクト目標や成果の実現可能性を検証し、今後の効果的なプロジェクト運営を図るための改善策の提言及び活動計画の見直しを行うための中間レビュー調査を実施した。

なお、本プロジェクトは、システム科学コンサルタンツ株式会社及び特定非営利法人HANDSの共同企業体による業務実施契約案件である。

<sup>3</sup> 全体で出生10万対110（UNDP2005年）

## 1-2 調査団の構成

担当	氏名	所属	期間
団長 / 総括	花田 恭	JICA 国際協力専門員（保健医療分野課題アドバイザー）	2010年6月8日～6月13日
協力企画	小谷 知之	JICA 人間開発部保健第二グループ保健第四課	2010年6月8日～6月13日
評価分析	今仁 直美	グローバルリンクマネジメント株式会社 研究員	2010年5月26日～6月14日

## 1-3 調査日程

(1) 全体日程：2010年5月26日～6月14日

	日付	行程
1	5月26日 水	日本発→ヒューストン着（評価分析団員）
2	5月27日 木	ヒューストン→テグシガルパ着 JICA ホンジュラス事務所・専門家打合せ、テレビ会議（対処方針会議）
3	5月28日 金	保健省調査（PAIA 課）、保健省副大臣表敬
4	5月29日 土	資料整理
5	5月30日 日	テグシガルパ→オランチョ県
6	5月31日 月	オランチョ県保健事務所表敬及び調査、CESAMO、CESAR 調査
7	6月1日 火	カタカマス市、クルミ市保健医療施設（CMI、CESAMO、CESAR）調査 市役所調査
8	6月2日 水	サラマ市保健医療施設（CMI、CESAMO、CESAR）調査 市役所調査
9	6月3日 木	パトゥカ市保健医療施設（CMI、CESAMO、CESAR）調査 市役所調査
10 11	6月4日 金	評価ワークショップ フティカルパ市サン・フランシスコ病院 / ピアルーム、ピアリーダー確認
11	6月5日 土	資料整理
12	6月6日 日	資料整理
13	6月7日 月	グアヤペ市保健医療施設（CMI、CASAMO、CESAR）調査 市役所調査
14	6月8日 火	マナグア発→テグシガルパ着（団長、協力企画団員） サン・エステバン市保健医療施設（CMI、CASAMO、CESAR）調査 市役所調査 テグシガルパへ移動、団内協議
15	6月9日 水	ミニッツ協議
16	6月10日 木	ミニッツ協議
17	6月11日 金	合同調整委員会（JCC）、ミニッツ署名、JICA ホンジュラス事務所報告
18	6月12日 土	資料整理 テグシガルパ発→ヒューストン着（評価分析団員）

1 - 4 主要面談者

	氏名	職務	所属
1	Mario Nájera	Director de Promoción de la Salud	Secretaria de Salud
2	Elida Aguilar	Asesora de Vice-Ministro de Riesgos Poblacionales	Secretaria de Salud
3	Oscar González	Jefe de PAIA	Secretaria de Salud
4	Norma Medina	PAIA	Secretaria de Salud
5	Mariela Gómez	PAIA	Secretaria de Salud
6	Miguel A. Guerrero Pavón	PAIA	Secretaria de Salud
7	Maribel Navarro	PAIA	Secretaria de Salud
8	Ernesto Calix	Director Regional de Salud	Región de Salud No.15
9	Humberto Flores	Jefe de Provisión de Servicios	Región de Salud No.15
10	Leticia Díaz	Jefe de Planificación	Región de Salud No.15
11	Gladys Cruz	Jefe Regional de PAIA	Región de Salud No.15
12	Jesús Cáceres	Promoción de la Salud	Región de Salud No.15
13	Alejandro Mercado	Jefe Promoción de la Salud	Región de Salud No.15
14	Ana Motiño	Coordinador de Pares	Hospital San Francisco
15	Lesbia Sandoval	Jefe de Clínica del Adolescente	Hospital San Francisco
16	Lenin Banegas	Director de Hospital	Hospital San Francisco
17	Bessy Rivera	Sub-director de Hospital	Hospital San Francisco
18	Lizandro Martínez	Asesor Nacional de Proyecto	Proyecto PASOS
19	Kenia Baca	Jefe Programas	Alcaldía de Juticalpa
20	Marlen Méndez	PMIJ	Alcaldía de Juticalpa
21	Ronald Cerrato	PMIJ	Alcaldía de Juticalpa
22	Héctor García	Médico Municipal	Municipio de Juticalpa
23	Gladys Suazo	Supervisora Municipal	Municipio de Juticalpa
24	Delma Calix	Auxiliar de Enfermería	CESAR Santa Cruz del Potrero
25	Juan José Hernández	Alcalde	Alcaldía de Salamá
26	Yubi Avila	PMIJ Salamá	Alcaldía de Salamá
27	Gerardo Jiménez	Vice- Alcalde	Alcaldía de Salamá
28	Patricia Ramírez	Secretaria Municipal Salamá	Municipio de Salamá
29	Carla Trochez	Supervisora Municipal	Municipio de Salamá
30	Vicenzo Bove	Medico Municipal	Municipio de Salamá
31	Lucia Zelaya	Auxiliar de Enfermería	CESAR Concepción
32	Melvin Nohel Vargas	Alcalde	Alcaldía de Guayape

33	Karla Yolany Barahona	Vice Alcaldesa	Alcaldía de Guayape
34	Carla Carolina Méndez	Coordinadora Red de comunicadores	Alcaldía de Guayape
35	Nancy Saray Matute Reyes	PMIAJ	Alcaldía de Guayape
36	Teresa Guzmán	Supervisora Municipal	Municipio de Guayape
37	Dimas Merlo	Médico Municipal	Municipio de Guayape
38	Teresa Trejo	Auxiliar de Enfermería	CESAMO Guayape
39	Keyli Juárez	PMIAJ	Alcaldía de Culmi
40	Mario Antonio Zavala	Ambiental	Alcaldía de Culmi
41	Carlos Antonio Sánchez	Vice Alcalde	Alcaldía de Culmi
42	Silvio María Juárez	Asesor Municipal	Alcaldía de Culmi
43	Luis Mariano Euceda	Medico Municipal	Municipio de Culmi
44	Wendy Miralda	Supervisora Municipal	Municipio de Culmi
45	Felix Cerrato	Auxiliar de Enfermería	CESAR El Cerro
46	Oscar Canelas	Vice Alcalde	Alcaldía de Catacamas
47	Rubén Sinclair	Jefe Departamento Planificación	Alcaldía de Catacamas
48	Rony Menjivar	Médico Municipal	Municipio de Catacamas
49	Erlinda Gomez	Supervisora Municipal	Municipio de Catacamas
50	Estela Álvarez	Auxiliar de Enfermería	CESAR La Sosa
51	Marlyn Matute	Consejera	CESAMO Catacamas
52	Ada Aguiriano	Supervisora CMI	Municipio de Catacamas
53	Arnaldo Alfonso Navarro	Promotor de educación	Municipio de Catacamas
54	Álvaro Méndez	Médico Municipal	Municipio de San Esteban
55	Rubi Padilla	Supervisora Municipal	Municipio de San Esteban
56	Esteban Uclés	Médico Municipal	Municipio de Patuca
57	山田 章彦	所長	JICA ホンジュラス事務所
58	小原 学	次長	〃
59	渡辺 咲子	所員	〃
60	阿保 宏	プロジェクト専門家	JICA プロジェクト
61	Ernesto Torres	〃	〃
62	大西 真由美	〃	〃
63	西原 三佳	〃	〃
64	田中 真樹	〃	〃
65	Luis Carlos Ramos A.	プロジェクトスタッフ	〃
66	Damalis Carolina García	プロジェクトスタッフ	〃

## 1-5 対象プロジェクトの概要

- (1) 協力期間：2008年6月～2012年5月（4年間）
- (2) 相手国実施機関：ホンジュラス保健省保健推進総局、第15保健地域事務所
- (3) プロジェクト概要（下記プロジェクト概要は、今次中間レビュー調査時点において最新版であったプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM）バージョン2に基づく記載である。なお、調査を踏まえて改訂したPDM3についてはのちに述べることとする。）

### 1) 上位目標

- ① オランチョ県の思春期妊娠率の低下に貢献する。
- ② オランチョ県の思春期の若者がリプロダクティブヘルスの知識をもって責任ある性行動をとる。

### 2) プロジェクト目標

性とリプロダクティブヘルスの統合ケアを受けるオランチョ県7市の思春期の若者が増加する。

### 3) 成果

- ① 保健医療従事者がPAIAの規定に従い若者に配慮した思春期のリプロダクティブヘルス（ASRH）サービスを提供する。
- ② 思春期の若者が利用しやすいASRHサービスの提供体制が整う。
- ③ 保健推進活動によって思春期の若者がASRHサービスを受けることに積極的になる。
- ④ 啓発活動を含むASRHサービスを提供するための管理運営体制が整う。

### 4) 投入（インプット）

#### a) 日本側（事前評価時：総額3億8,000万円）

- ① 短期専門家：年間およそ7名（総括/思春期保健（1）、思春期保健（2）、ヘルスプロモーション、モニタリング・評価・統計、教材作成/IEC、ピア活動普及支援/コミュニティ参加、業務調整/プロジェクト運営管理支援など）
- ② 第三国専門家：年間1名（地域保健）
- ③ 機材供与：車輛2台、オートバイ7台、ピアルーム用資機材（PC、AV機器等）、医療施設環境整備資機材等
- ④ 本邦研修：保健行政マネジメント/思春期保健サービス向上研修（2009年～）
- ⑤ 海外研修：JICA技術協力プロジェクト「ニカラグア国思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト」との技術交流
- ⑥ 在外事業強化費：視聴覚教材作成費、各種研修経費等

#### b) ホンジュラス側

- ① カウンターパート配置
- ② プロジェクト事務所スペース/設備提供

## 第2章 中間レビュー調査の方法

### 2-1 評価方法

本件中間レビュー調査はJICA事業評価ガイドライン（2004年）に従い、以下のステップを経て行われた。

- ① プロジェクトの進捗状況を、西語版PDM<sup>4</sup>（2009年2月12日付）に沿って確認した。「成果」と「プロジェクト目標」の達成状況はそれぞれの指標と照らし合わせて確認し、「投入」と「活動」の実施状況はそれぞれの計画と対比させて確認した。
- ② プロジェクトのデザイン及び実施プロセスの分析を通じ、プロジェクト進捗の貢献要因・阻害要因を抽出した。
- ③ プロジェクトの計画・実施状況、実績について、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から分析した。

### 2-2 評価項目・評価基準

評価5項目の概要は以下のとおりである。

#### (1) 妥当性

プロジェクト目標・上位目標が、対象国・地域・ターゲットグループのニーズに対応しているか。対象国の政策及び、日本の当該国に対する援助政策との整合性があるか。

#### (2) 有効性

プロジェクト目標の達成状況（達成見込み）はどうか。プロジェクト目標は、成果が達成された結果としてもたらされるものかどうか。

#### (3) 効率性

資源が有効に活用されているか。「投入」と「活動」は適切な規模、タイミングで行われ、成果の達成に結びついているか。

#### (4) インパクト

上位目標の達成に向けたプロジェクトの効果がみられるか。またプロジェクトによってもたらされた正負の影響はあるか。

#### (5) 自立発展性

プロジェクトのもたらした効果が、組織的・財政的・技術的側面からみて、プロジェクト終了後も持続する見込みがあるか。

<sup>4</sup> PDMの改定は、ベースライン調査後に指標の見直しを行ったときの一度のみであり、R/D締結時のPDMがバージョン0とされていたことから今回使用したものはバージョン1とされるべきであるが、改訂を承認したJCCの記録にはバージョン2とされているためこれに従うものとする。



以上の分析結果に基づき、プロジェクトに対する提言をまとめた。

### 2-3 評価に用いたデータ・情報

プロジェクトの実績確認及び貢献・阻害要因抽出にあたっては、定量的・定性的データを収集・分析した。データ収集方法は以下のとおりである。

#### (1) 文献調査

討議議事録（Record of Discussions：R/D）、PDM、プロジェクト進捗報告書、プロジェクト年次業務完了報告書、各種会議議事録、成果品等、プロジェクト関係書類のレビュー。

#### (2) 質問票調査

ホンジュラス側・日本側のプロジェクト関係者を対象とし、文献調査の結果を確認するとともに、プロジェクトの進捗状況・問題点、インパクト等に対する見解を引き出す。対象者は次のとおり。

ホンジュラス側：

保健省本省思春期統合的サービスプログラム（PAIA）課職員及びオランチョ県保健事務所カウンターパート。ただし、質問票送付より現地調査開始までが近接していたことから事前の文書による回答は得られず、内容は聞き取り調査によって確認した。

日本人専門家：4名より文書にて回答あり。

#### (3) 聞き取り調査

対象者は次のとおり。

日本人専門家、保健省本省及び県保健事務所カウンターパート、本プロジェクトで養成されたピアリーダー、サンフランシスコ病院職員、カタカマス、クルミ、グアヤペ、サラマ各市の市長、青少年プログラム担当者、保健省職員（市医長と看護スーパーバイザー）、CMI・CESAMO・CESARの職員

#### (4) 現場視察

サンフランシスコ病院、フティカルパ、カタカマス、クルミ、グアヤペ、サラマ各市にあるCMI・CESAMO・CESAR

なお、本件PDMには日本語版と西語版があるが、両者の間に若干の齟齬が認められた。本調査はJCCの承認を得ている西語版を元に行われたため、本報告書におけるPDMの引用にあたっては西語版表記を日本語に仮訳したものを使用し、日本語版PDMとの相違は脚注として記した<sup>5</sup>。

<sup>5</sup> 思春期プロの略語はこれまでARH（Adolescent Reproductive Health）が使われていたが、本文書では西語表記に合わせASRH（Adolescent Sexual and Reproductive Health）に統一した。



## 第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス

### 3-1 投入実績

#### 3-1-1 ホンジュラス側投入

##### (1) カウンターパート

保健省本省においては公衆衛生担当副大臣、保健推進総局長、統合家庭保健課長、国家思春期統合ケアプログラム（PAIA）長、STI/HIV/AIDS 課長、国家精神衛生プログラム長の6名、第15地域（＝オランチョ県）保健事務所レベルでは事務所長、保健推進課長、セクター開発ユニット長、PAIA 長、品質保証ユニット長、保健サービス提供課長、精神衛生プログラム長、女性ケアプログラム長、サンフランシスコ病院長及び同病院思春期クリニック長の10名がカウンターパートとしてリストアップされている。

上記リストには長期病欠等の理由により実際はプロジェクトにほとんど関与していないカウンターパートも数名含まれている。これは2009年の政権交代後に人事異動が行われ、その顔ぶれも約半数が入れ替わったが、中心的役割を果たしていた数名はポストを外れたあとも何らかの形でプロジェクトに参画し続けていることによる。こうした変化を反映するために、今回のPDMの改訂の際にカウンターパートリストの整理を行った。新たなカウンターパートリストに関しては、付属資料2.を参照のこと。

##### (2) そのほかの人材

本プロジェクトで雇用している秘書1名及び運転手2名の基本給を手当てしている（残業手当は日本側の負担）。

##### (3) 施設・設備等

プロジェクト事務所はオランチョ県保健事務所内に、2005年に終了したPROSARE7で使用していたスペースや備品等を引き継ぐ形で設立された。事務機器及び一部の事務用家具を除き、ホンジュラス側が設営・運営費を負担している。

##### (4) ローカルコスト

ホンジュラスは外部の支援によるプロジェクトに関し、その予算総額の10%を負担することを原則としている。しかし10%原則が人件費やロジスティックスを含むものかは定かではなく、また人件費等を金額に換算するシステムもないため、実際の負担額は算出されていない。地域保健事務所は本プロジェクトにかかわる2010年度（ホンジュラス会計年度：1～12月）の業務費として27万レンピラを予算請求したが承認されず、今日までプロジェクトに関連し現地で発生する出費は日本側が負担している<sup>6</sup>。

#### 3-1-2 日本側投入

##### (1) 専門家

2010年5月末までに第三国専門家1名を含む計9名の専門家が派遣され、その累計は

<sup>6</sup> 今回の中間レビュー調査の過程で、地域保健事務所の本プロジェクトにかかわる業務費は2011年度予算請求にも盛り込まれていないことが判明した。県保健事務所はただちに修正予算案の提示によって2011年度の予算確保に努めるとのことである。

32.46人月である。詳細は、合同調査報告書（西語）のAnnex 3を参照のこと。

## (2) 海外研修実績

現在までに6名のカウンターパートが23日間の本邦研修に参加した<sup>7</sup>。右本邦研修に加え、2009年9～10月に13名（日本側プロジェクトチームからの5名を含む）が、ニカラグア共和国（以下、「ニカラグア」と記す）においてJICAの技術協力プロジェクトとして実施されていた「思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト」との技術交流（5日間）に参加した。海外研修の参加者及び概要については合同調査報告書（西語）Annex 4を参照のこと。

## (3) 機材供与

プロジェクトの一環として供与された機材は、2010年3月までで総額約1,221万1,000円となる。詳細は合同調査報告書（西語）にAnnex 5として添付。

## (4) 現地業務費

現地業務費は保健医療施設内にユースフレンドリーコーナーを開設する際の改修費を含め、2010年3月までの累計で約4,591万7,000円相当となっている。内訳は合同調査報告書（西語）のAnnex 7を参照のこと。

## 3-2 活動実績

本プロジェクトの活動の進捗を2009年2月改訂のPDM(Ver. 2)に照らし、PDMのオリジナル(Ver. 0)も参照しつつ確認した。

### 3-2-1 成果1「保健医療従事者がPAIAの規定に従い若者に配慮した思春期の性とリプロダクティブヘルス（ASRH）サービスを提供する<sup>8</sup>」に対応する活動の進捗状況

本プロジェクトでは主に7市の保健医療施設における常勤職員を対象に「若者のニーズ」とそれに応えるための保健医療従事者の価値観や態度に焦点を当てた内容の研修を、日本の「栃木県モデル」に倣い「生活の質（QoL）研修」及び「ユースフレンドリーサービス研修」の2部に分けていった。サンフランシスコ病院は、当初国連人口基金（United Nation Fund for Population Activities：UNFPA）がPAIAに関する研修を行うことになっていたためプロジェクトでは研修対象にしていなかったが、その後UNFPA支援の研修が中止されたため、2年次より若者と多く関与する部局の職員に限り本プロジェクトの研修対象とすることとなった。

PAIAは保健省が全国的に推進しようとしている統合的思春期保健サービスのフレームワークとプロトコルでありASRHに特化したものではないため、本プロジェクトでは重複を避けるためにもあえてPAIAそのものに関する活動は行っていない。QoL、YFS両研修は内容的にPAIAの規範を逸脱するものではなく、むしろその基礎を成すものであるということが出来る。

<sup>7</sup> 2009年11月に誕生した新政権下の人事異動で、本研修参加者のうち2名がカウンターパートを外れたが、両名とも新たにカウンターパートになった者の代理やボランティアとしてプロジェクトに関与し続けていることが確認された。

<sup>8</sup> 日本語版PDMでは「保健医療従事者がPAIAの規定に従い若者に配慮した思春期のリプロダクティブヘルス（ASRH）サービスを提供する」

表－１ 成果１に関する活動計画と実績

活動		実績	
1.1	研修プログラムの開発と実施のための委員会を設置する。	ASRH サービス委員会が①各種研修の計画と実施、② YFS の計画及び実施支援、③プロセス及び成果のモニタリングと評価を目的として設置された。	
1.2	調整責任者を配置する。	ASRH サービス委員会の議長を務める PAIA 課長が調整責任者となっている。	
1.3	必要な研修内容と研修対象者を選定する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本の「栃木県モデル」に倣い「生活の質（Quality of Life: QoL）」及び「YFS」研修を各市の CMI・CESAMO・CESAR の全常勤職員（医師、看護師、准看護師、薬局スタッフ）及びサンフランシスコ病院の関連部局の職員（思春期外来、緊急外来、産婦人科、小児科、受付及び薬局）を対象として行った。2010年5月現在で QoL 研修は 274 名、YFS 研修は 244 名の保健医療従事者が受講（YFS 研修は QoL 研修受講済みを条件としているため、受講者は重複している）しており、これは対象者のおおよそ 90% に相当する。</li> <li>・研修モジュール及び教材は日本で使用されているものを応用し、そのプレテストとして 2008 年度に本省と県保健事務局の関係者を対象に「プレ研修」を実施、そのフィードバックを受けて改訂したものが YFS ガイドとしてまとめられ、本研修のモジュールとして使用されている。</li> <li>・主要なセッションは日本人専門家が講師を務めたが、日本でのカウンターパート研修参加者もリソースパーソンとして活用、徐々に多くのセッションを担当させて講師としての経験を積んでいる。</li> </ul>	
1.4	研修プログラムを作成する。		
1.5	研修教材を整備（収集・作成）する。		
1.6	講師を選定する。		
1.7	必要に応じた講師の訓練を実施する（国内成功事例の視察・日本と第三国での研修を含む）。		
1.8	ASRH 従事職員などの研修プログラムを実施する。		
1.9	PAIA マニュアルなどを強化・配布する。		PAIA は保健省が推進中の事業であるため、プロジェクトとしてはマニュアルの配布を含め直接的な関与はしていない。オランチョ県で PAIA 研修が行われる際は、プロジェクトの取り組みに関するセッションを補完的に入れ込む予定。
1.10	ASRH 従事職員等の定期症例検討会を開催する。		定期症例検討会の目的や必要性、その運営に関する議論はなされているが、会議が開催されるには至っていない。
1.11	受講者の業務実施の変化をモニタリングする。	YFS 研修には各施設の行動計画策定とそのセルフモニタリングが組み込まれており、その進捗状況は毎月各市で看護スーパーバイザーと各施設から准看護師が参加して開かれる定期会議で報告される。そのほか、看護スーパーバイザーは各施設を 2 カ月に一度の頻度で訪問し現地指導を行うことになっているが、業務多忙を理由に必ずしも計画どおりには行われていない。	
1.12	研修システムを改良する。	1.3～1.8 参照。YFS ガイド策定以降の研修システムの変更はない。	

3-2-2 成果2「思春期の若者が利用しやすい質の高いASRHサービスの提供体制が整う<sup>9)</sup>」  
に対応する活動の進捗状況

成果2はYFS提供にあたって施設面を充実させることに主眼を置いており、成果1と対をなすものである。そのため実際の活動内容や対象者は成果1のものと重複しているものが多い。

表-2 成果2に関する活動計画と実績

活動	実績
2.1 サンフランシスコ病院(SFH)のASRHサービス強化計画を策定する(第三国と国内の成功事例の視察を含む)。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・SFHの中で若者と直接的にコンタクトをもつ部局(1.3～1.8参照)はQoL及びYFS研修に参加したあと、部局ごとの行動計画を策定しそれを実施している。</li> <li>・日本におけるカウンターパート研修にはSFH院長(当時)及び思春期外来部長が参加した。</li> </ul>
2.2 SFHにおいてASRHに特化したサービスを提供する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・SFHには思春期クリニックが専用の受付と共に設けられており、PAIAのノームに基づきASRH以外の症例にも広く対応している。</li> <li>・避妊に関するサービスは家族計画クリニック(思春期クリニックに隣接)で一般のクライアントに交じって行われているが、ASRHの訓練を受けたプロバイダーを選ぶことが可能。</li> <li>・本プロジェクトの下でこれまでに行われた改良点は、病院入口から思春期クリニックまでの間に多くの案内板を設置、一般受付に並ぶ若者を思春期クリニックに誘導するシステムの導入など。</li> <li>・思春期クリニックと家族計画クリニックの間には若者が集うことのできる「ピアルーム」が併設され、週に一度ピアリーダーによるカウンセリングがオファーされるようになった(成果3参照)。</li> </ul>
2.3 SFHにおいて、ASRHに特化したサービス提供状況をモニターする。	他の施設同様(1.11参照)セルフモニタリングが行われており、その結果は定期的に地域保健事務所に報告されている。
2.4 SFHにおいてASRHに特化したサービス提供方法を改善する。	2.1～2.2参照
2.5 CMI/CESAMO/CESARにおいてASRHサービス強化計画を策定する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各保健医療施設はYFS研修受講後にYFSガイドに沿って行動計画を策定し実行している。行動計画は「ソフト(人的要素)」と「ハード(設備やロジスティクス)」に分かれており、市医長及び地域事務所のPAIA長の承認を必要とする。</li> <li>・2010年5月現在で7市にある政府直属の医療施設すべてにおいて、行動計画が策定・実施されており、2009年度の行動計画に関しては大多数の施設が完了した旨報告されている。</li> <li>・モニタリングに関しては1.11参照。</li> </ul>
2.6 CMI/CESAMO/CESARにおいてASRHに特化したサービスを提供する。	
2.7 CMI/CESAMO/CESARにおいてASRHに特化したサービス提供状況をモニターする。	

<sup>9)</sup> 日本語版PDMでは「思春期の若者が利用しやすいASRHサービスの供給体制が整う」

2.8	CMI/CESAMO/CESARにおいてASRHに特化したサービス提供方法を改善する。	改善された点は各施設で異なるが、主なものは以下のとおり。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・若者優先制度の導入による待ち時間の短縮</li> <li>・保健医療従事者の若者に対する接遇態度の改善</li> <li>・施設内に若者向けのパンフレットなどを配置したユースフレンドリーコーナーを開設</li> <li>・施設内外で若者対象のASRH教育を実施</li> </ul>
2.9	ASRHサービス提供に関するリファラル基準の確立	ASRHサービスに関するリファラルはまだ導入されていない。既存のリファラルの問題点を改善しつつASRHに関するリファラルを組み込むための協議が行われている。
2.10	ASRHサービスリファラル基準に沿った業務を実施する。	
2.11	ASRHサービスリファラルをモニターする。	
2.12	ASRHサービスリファラル基準を改良する。	
2.13	若者が集まれる場を提供する。	
2.14	若者が Condom を得やすい環境をつくる。	<p>スペースに余裕のある施設では、小部屋や廊下の一角を若者に開放し、壁の塗装など簡単な改装を行った。プロジェクトで作成したIEC教材とそれを入れるラックが設置されている。学校の近くにある施設では、実際に保健関連の宿題などのため生徒が利用していることが確認された。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ほとんどの医療施設では待合室の一角に Condom を入れた箱を設置しているが、人の多い時間帯にアクセスする若者は少ないこと、また利用者はそのほとんどが男子であることが報告されている。保健医療従事者の中には、診療時間外にアプローチされることも多いので自宅に Condom を置いてあるという者も散見された。</li> <li>・少数ながら、妊娠経験のない未成年者に避妊具を提供するのは違法と認識していたり、教会やコミュニティ内での摩擦を避けるために Condom の配布に積極的でなかったりする保健医療従事者もみられる。</li> </ul>

### 3-2-3 成果3「啓発活動によって思春期の若者がASRHサービスを受けることに積極的になる」に対応する活動の進捗状況

元来成果3の活動はIEC教材の作成のほか、①ピア活動の推進、②対象地域にある既存の青少年関連組織・プログラム〔市による青少年プログラム（Programa de Comunicación y Vida : COMVIDA）など〕との連携、③学校教育の中で行われている性教育の支援という三本柱を軸に、思春期の若者のみならず地域の大人たちへの啓発を行うことを想定していた。しかし現実として学校では性教育がほとんど行われていないこと、2009年に教師のストライキが続き学校が機能していなかった等の理由から、今日まで学校教育に関する組織的な働きかけは行われていない。しかし末端の保健医療従事者の中には、地元の学校へ出向いてASRH教育を行っている者も少なからずいることが確認されている。しかし、これはプロジェクトで想定していた活動



ではないため、モニタリングシステムができておらず、その全容は把握されていない。

プロジェクトはピア活動を通じた若者による若者のための啓発活動を成果3達成のための主要手段と位置づけている。本調査時では対象7市に日本の「栃木県モデル」に倣ったピアシステムを構築するための活動が行われており、今後ピアリーダーらが行う啓発活動の内容等の詳細は未定であった。

ピアシステムとは表-3に示される要素から成り立ち、本プロジェクトは対象各市に、それぞれの市の補助（主にピアルームの運営費負担）を取り付けながらこのシステムを設立しようとしている。中間レビュー時においては、フティカルパ市にピアリーダー（通称AJAES）、ピアコーディネーター10名のグループ（通称COPAO）、ピアルーム（2カ所）が設立されているが、ピアサポーター及びピアトレーナーは未育成、その他の市においては、ピアルームの設立に向けて市と協議を重ねつつピアリーダーの募集に向けて準備を進めている段階であった。

PDM（Ver.2）において指標と活動内容の乖離がみられたが、これはPDM（Ver.2）策定の際に、ピアシステムの設立を中心とする現行の活動内容に合わせ指標を改訂した一方でPDM上の活動には変更が加えられなかったためであり、今般のPDM改定の際に修正された。

表-3 ピアシステムの構成要素と設立の進捗状況

ピアシステム構成要素		進捗状況
ピアリーダー	一般公募され一定の基準に沿って選考された若者で、カウンセリングなどの研修を二度にわたって受講する。	フティカルパ市 33 名
ピアコーディネーター	ピアリーダーの活動を主にロジ面でサポートする大人。	フティカルパ市 10 名
ピアサポーター	ピアリーダー達の活動を支援する一般の大人たちで、そのための研修を受ける必要有。	未育成
ピアトレーナー	ピアリーダーによる活動の技術的なサポートをするとともに、ピアリーダー、ピアコーディネーター、ピアサポーターの研修を担当する。	未育成
ピアルーム	一般に開放される小規模なユースセンターであり、ピアリーダーの活動の拠点となる。運営管理費は市が負担することを想定。	フティカルパ市 2 カ所 (SHF 内及び街中心部 - SFH 内のピアルームの 運営管理は SFH が担当)

表-4 成果3に関する活動計画と実績

	活動	実績
3.1	(設立支援を含む) COMVIDA との連携体制を確立する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・フティカルパの COMVIDA の責任者はプロジェクト運営委員会の委員でもあり、各種研修にも参加しているほか、ピアコーディネーターの一人でもある。</li> <li>・フティカルパにおいては COMVIDA と PASOS (Proyecto para Adolescentes Olanchanos en Salud : 本プロジェクトの愛称) の間でそれぞれの役割と連携に関する合意が形成されている。</li> <li>・そのほかの市では、保健省職員が市役所関係者と常にコンタクトを保ちつつ、連携関係を築きつつある。今後ピアルームを設立していく過程で更に関係を強化し正式化していく予定である。</li> </ul>
3.2	ASRH の地域への開発活動実施に関連する組織・団体との連携体制を確立する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本プロジェクトのために各市に ASRH 啓発活動に関係する組織・団体関係者から成る委員会が設立されることになっているが、中間レビュー調査時には実現していない。</li> <li>・フティカルパでは 2010 年 2 月に公開 ASRH セミナーを開催し、学校や教会関係者、一般父兄らの参加を得た。今後同様のセミナーを定期的で開催することにより、関係の強化を図っていく計画である。</li> <li>・他の地域では同様の活動はまだ行われていない。</li> <li>・一方で YFS 研修を受講した保健医療従事者が個別に学校や教会関係者と協力しつつ啓発活動を行っているケースもかなりあるとみられるが、その全容は把握されていない。</li> </ul>
3.3	IEC マテリアルを整備(収集と作成)する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既存の IEC 教材を収集・分析し、本プロジェクトが作成すべきマテリアルを決定。中間レビュー時までにはフリップチャート 1 種、パンフレット 4 種(「思春期とは」「セルフエスティーム」「私達の権利」「私達の未来」)を作成し、7 市のすべての保健医療施設とフティカルパのピアルームに配布済み。</li> <li>・そのほかプロジェクトの宣伝用として、ピアリーダー関連のパンフレット 2 種、ポロシャツや野球帽、医療施設に置く YFS のバナー、プロジェクトソング (DVD と CD)、ノートパッドやメモ用紙、ペン等が作成されている。</li> </ul>
3.4	IEC 活動へ助言する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現段階では IEC 活動は主に保健医療従事者が医療施設やコミュニティの中で独自に行っているが、プロジェクトのモニタリング機能が弱く、特別な支援や助言は行われていない。</li> </ul>
3.5	IEC 活動実施を支援する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・フティカルパにおいてはピアリーダーが設立されているが、これまでのところ IEC 活動は昨年 (2009 年) 12 月の世界エイズデーのキャンペーンにとどまっている。ピアリーダーやピアルームの利用促進のための宣伝活動を始めているが、それに関する助言・支援はピアコーディネーター (その多くはプロジェクトに携わる保健省職員) が行っている。</li> </ul>

3.6	ピアリーダーを育成し、支援する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・フティカルパ市に33名のピアリーダー、10名のピアコーディネーターが養成され、ピアルーム2カ所が設立された。ピアトレーナー、ピアサポーターは未育成。</li> <li>・他の6市ではピアルーム設立の交渉を市役所側と行っている段階であり、ピアリーダー等の育成には至っていない。</li> </ul>
3.7	IEC活動をモニターする。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個々の保健医療従事者が行っているIEC活動をモニターするシステムは未整備である。</li> <li>・フティカルパのピアリーダーによる活動は、ピアコーディネーターによる報告書やピアルームに設置してある登録用紙、また隔週開かれるピアリーダーとピアコーディネーターとのミーティングを通じてモニターされている。</li> </ul>
3.8	IEC活動の改善を提案する。	これまでのところ改善されたIEC活動はない。
3.9	学校・教育機関との連携体制を確立する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県レベルの教育省関係者はASRHサービス委員会のメンバーであるが、ほとんど出席していない。このほか各市に教育関係者も含めたプロジェクトのための調整委員会を設立する計画であるが、現時点では実現していない。</li> <li>・フティカルパ市内の学校からは、ピアリーダーによる活動に関し協力の合意を取り付けている。</li> <li>・プロジェクトの一環としてではないが、地元の学校と独自に連携している保健医療従事者も多数いる模様。</li> </ul>
3.10	ASRH教育実施を支援する。	<p>学校で性教育がほとんど行われていないこと、また2009年から2010年にかけて教職員のストライキが続き、学校が機能していなかったことを理由とし、学校でのASRH教育に関して組織的な支援は行われていない。</p>
3.11	ASRH教育をモニターする。	
3.12	ASRH教育の改善を提案する。	
3.13	IEC活動・ASRH教育関係者のセミナー・協議会を開催する。	<p>特に教育関係者を対象としたセミナーは開かれていない。</p> <p>フティカルパで一度開催された公開思春期セミナーには現職教師も参加した。また学校で生徒とPTAを対象にしたASRHセミナーも一度行っているが、ASRH教育の内容やそのあり方を協議する趣旨ではなかった。</p>

#### 3-2-4 成果4「啓発活動を含むASRHサービスを提供するための管理運営体制が整う」に対応する活動の進捗状況

成果4の活動は主に地域保健事務所におけるキャパシティ・ビルディングに関するものである。その多くは成果1～3の活動を行っていく過程で行われるものであり、その実績も成果1～3の活動の進捗状況と連動している。



表－５ 成果４に関する活動計画と実績

	活動	実績
4.1	保健省（もしくは県保健事務所）内部の ASRH 関連部門の連携体制を確立する。	<p>連携の調整機関として以下の委員会が設立された。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・合同調整委員会（JCC）：中央レベルに設置されプロジェクトの最高位の意思決定機関。2008 年度は 3 回開催されたが 2009 年度は政変の影響で一度も開催されなかった。</li> <li>・技術委員会：JCC の中に設置され、技術的な問題を協議する場とされていたが、JICA が主導する ASRH 分野の保健省と開発パートナーとの意見交換及び調整の場として機能しつつある。3 カ月に一度開催。</li> <li>・プロジェクト運営委員会（県委員会）：県保健事務所の関連部門のほか、SFH や県レベルの教育省や青少年活動の関係者をメンバーとし、プロジェクト実施にかかわる協議を行う。毎月開催が原則だが実際は 3 カ月に一度程度の開催となっている。</li> <li>・ ASRH サービス委員会：医療従事者による ASRH サービス提供にかかわる活動の計画、実施、モニタリング等を担う。県保健事務所関連部局と各市の保健省職員及び SFH の代表から構成され、原則として毎月開催。</li> </ul> <p>ASRH という分野横断的なプロジェクトが導入されたことで、地域保健事務所における部局間のチームワークが強化されたほか、ASRH サービス委員会を通じて地域事務所と市レベルの保健省職員（市医長及び看護スーパーバイザー）の連絡も密になったことが報告されている。</p>
4.2	ASRH サービス提供に関するモニタリング体制を確立する。	<p>1-11 参照。</p> <p>全国的に使用されている保健省のサービス統計では年齢別の報告がなされておらず、思春期の若者によるサービス利用を把握することが不可能であったため、保健医療施設からの定期報告用に新たに 2 つのフォーマットを作成、オランチョ全県の保健医療施設に導入された。これによって 2009 年 5 月より思春期の若者による保健医療施設利用状況が把握できるようになった。</p>
4.3	ASRH 教育に関するモニタリング体制を確立する。	<p>学校をベースとした ASRH 教育への支援はプロジェクトとしては行われておらず、モニタリング体制も構築されていない。</p>
4.4	IEC 活動に関するモニタリング体制を確立する。	<p>フティカルパにおけるピア活動は、ピアルームでのカウンセリングやプロモーション活動においてはモニターされているが、保健医療従事者による活動を含めた IEC 活動全体のモニタリング体制は確立されていない。</p>
4.5	ベースライン調査を実施する。	<p>2008 年 10 月から 12 月にかけて知識・態度と行動（Knowledge, Attitudes and Practices : KAP）、出口調査、全施設調査、ユースフレンドリー施設調査による ASRH ニーズアセスメントと PDM 指標を含む各種指標のベースライン調査を実施した。</p>
4.6	各種モニタリング調査を実施する。	<p>2010 年 2 月にフティカルパ、カタカマスにてミッドポイント調査を実施。サンプル抽出の違い等からベースラインとの単純比較はできず、プロジェクトでは成果の達成度の確認というよりむしろベースライン調査を補足するものとして位置づけている。</p>

4.7	ASRH サービス提供・IEC 活動、ASRH 教育に関する企画立案体制を確立する。	ASRH サービス提供に関しては、ASRH サービス委員会が企画立案を担う。その他の分野に関しては進展なし。
4.8	PAIA をベースに、モデルとなる経験を文書化し、他県へ紹介する。	中間レビュー時において他県へ紹介された事例はない。ただし QoL 及び YFS 研修に関しては保健省本省も他県に紹介することを視野に含めて興味をもっており、今後普及させやすい形にパッケージ化して本省に「売り込む」ことが必要。

### 3-3 成果の達成状況

#### 3-3-1 成果1「保健医療従事者がPAIAの規定に従い若者に配慮した思春期の性と生殖ドクティブヘルス（ASRH）に関する保健サービスを提供する」の達成状況

本調査時のインタビューでは、若者のニーズの理解や若者に対する接遇態度に関して、面談したほぼすべての医療従事者が高い理解度をみせた。しかし指標である「ガイドラインに基づいたASRHサービスを提供しているか否か」を判定する基準が設定されておらず、またそういったアセスメントも行われていないため、本調査時に成果1の達成度を客観的に見極めることは不可能であった。

プロジェクトチームは「保健医療施設がYFS行動計画を策定しそれを実行している」＝（その達成度にかかわらず）「その施設の常勤職員はすべてガイドラインに基づいたASRHサービス提供を行っている」とみなしており<sup>10</sup>、この定義にのっとれば100%が、また地域保健事務所が2010年3月に25の施設を視察した際には「100%ではないが大多数が」ガイドラインに基づいたASRHサービス提供を行っていると判断されている。

今後成果を発現させるためのプロセスと結果を区別し、成果の達成度を客観的に判断するための基準やツールを開発することが望まれる。

表-6 成果1の指標とその達成状況

指標		達成状況
1-1	常勤の保健医療施設職員の90%以上がガイドライン*に基づいたASRHサービスを提供するようになる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>ガイドラインに基づいたASRHサービスを提供していることを客観的に測る基準・ツールが設定されておらず、達成度の判断はできない。</li> <li>現地視察では、高い割合の保健医療従事者が接遇態度などにおいて若者のニーズに配慮したサービス提供を心がけていることが観察された。</li> </ul>

\* ガイドラインとはプロジェクト作成のガイドライン（PAIAの内容を含む）を指す

<sup>10</sup> プロジェクトは客観的アセスメントに基づいた認定方式の導入も検討したが、もともと施設間で規模やリソースの差異があり一元的な認定基準が定めにくいことや、認定されないことによる職員の士気の低下といった弊害が危惧されることから、その導入を見送った経緯がある。

### 3-3-2 成果2「思春期の若者が利用しやすい質の高いASRHサービスの提供体制が整う」の達成状況

成果2の活動として、すべての政府直営の保健医療施設において若者が利用しやすいサービスを提供するための努力が行われていることは確認されたものの、成果1と同様、「YFSを提供している」と判定する基準が確立されておらず、アセスメントも行われていないため、指標2-1の達成度を客観的に算出することはできない。

指標2-2の若者の保健医療サービスに関する満足度に関しては、プロジェクトはベースライン、ミッドポイント調査において出口調査を行ってはいないが、両調査の対象地域やサンプリングの違い等からその結果の単純比較はできない。唯一比較できるであろうと思われるサンフランシスコ病院における出口調査の結果比較を参考として表7にまとめたが、未婚の男女が避妊や性感染症のケアを受ける場合と怪我や予防注射で医療機関にかかる場合では医療従事者の接遇態度やケアに対する若者の満足度や期待度も違う可能性があるため、本プロジェクトにおいて満足度の変遷を測るためには、ASRHサービスを受けた者のみを対象に、それぞれの施設ごとに調査結果を集計・分析することが望ましい<sup>11</sup>。

表7 サンフランシスコ病院における若者の満足度

質問項目	Yesまたは「良い」と答えた者の割合 (%)	
	ベースライン	ミッドポイント
診察時間（開業時間）は適切か	94.2	91.3
待ち時間は適切か*	68.2	28.3
施設は清潔か	52.9	39.1
トイレは清潔か	28.6	6.7
職員の身だしなみは清潔か	70.2	84.8
診療にかけた時間は適切か	79.8	78.3
医師/看護師は適切な診療をしたか	92.3	95.7
医師/看護師は信頼できるか	94.6	89.1
不明な点を質問できたか	68.3	80.4
医師/看護師は適切な説明をしたか	89.1	87.0
説明は分かりやすかったか	92.1	78.6
(当日受けた) 診療の質	83.7	91.3
職員は挨拶をしたか	71.2	63.0
職員に笑顔で迎えられたか	73.1	73.9
職員は親切だったか	77.9	65.2
サービスに満足しているか	80.6	82.6
また利用したいと思うか	95.1	89.1
家族や知り合いに薦めるか	92.2	78.3
*「長い」5.4%→41.3%、「許容範囲」26.4%→30.4%		

<sup>11</sup> ベースライン、ミッドポイント両調査では、回答者が受けたサービスの内容にかかわらず、得られた回答を施設の種類（病院/CMI/CESAMO/CESAR）、または地理的条件（市街地・農村部）や場所（フティカルパ、カタカマス、その他）で集計する手法が使われている

指標2-3のASRHリファラルに関しては、PROSARE7で構築された現行のシステムにおけるカウンターリファラルがうまく機能しておらず、ASRHという新たなコンポーネントを加える前に現行システムを改良すべきだとの認識からその導入が遅れている。しかし、リファラルエージェントとしての役割も期待されているピアリーダーの活動が始まっていることから、ピアリーダー用のリファラル用紙を早急に開発・導入しモニタリングに役立てることが望ましい。

表－8 成果2の指標とその達成状況

指標		達成状況
2-1	90%以上の保健医療施設がYFSを提供するようになる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・YFSを提供しているとみなすための判定基準が設定されておらず、客観的な判断は不可能。</li> <li>・ほぼすべての医療施設（政府直営の医療施設に限れば100%）においてYFS提供のための行動計画が策定されて実行に移されている。</li> </ul>
2-2	思春期の若者の保健医療施設に対する満足度が増加する。	不明
2-3	思春期の若者用のフォーマットを用いたリファラルシステムが導入される。	導入されていない。

### 3-3-3 成果3「啓発活動によって思春期の若者がASRHサービスを受けることに積極的になる」の達成状況

設定されている4つの指標のうち3つまでがその手段であるピアシステムにかかわるものとなっている。これらの指標から成果である「若者の行動変容」の達成状況を測るのは困難なため、指標の再設定が必要と思料される。

指標3-1「トレーニングを受けた医療スタッフやピアリーダーに相談したいと思う思春期の若者の数が増加する」に関して、ピアリーダーを創設して3カ月の時点で行われたミッドポイント調査では、フティカルパの回答者のうちおよそ44%がピアリーダーをASRHの情報源として認識していることが確認された。フティカルパ、カタカマス両市の若者で、保健医療スタッフから情報を得たいと思っている若者は1年3カ月ほどの間に67%から73%への増加をみせている<sup>12</sup>。そのほかの市のデータはないが、中間レビュー時の聞き取り調査の対象となったほとんどの保健医療従事者が、若者と話をする機会が増えたと報告している。

その一方で「若者と話をした」ことをサービス統計の「カウンセリング」として記録しているか否かについては施設間でばらつきがみられたため、サービス統計の質に関する今後の課題として対処されるべきと考える。

<sup>12</sup> ベースライン、ミッドポイント調査比較。

表－9 成果3の指標とその達成状況

指標		達成状況
3-1	トレーニングを受けた医療スタッフやピアリーダーに相談したいと思う思春期の若者の数が増加する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・フティカルパ市においてピアリーダーを ASRH 関連の情報源として認知している若者の割合：43.6%（ミッドポイント調査）</li> <li>・フティカルパ、カタカマス両市で、医療スタッフから ASRH 関連の情報を得たいと思う若者：66.7%（ベースライン）→ 72.6%（ミッドポイント）</li> </ul>
3-2	ASRH サービスの提供を高く評価するピアサポーターの数が増加する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ピアサポーターはまだ育成されていない。</li> <li>・若者の行動変容の指標としては不適當。</li> </ul>
3-3	ピアルームを訪問した思春期の若者の割合が増加する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2010年5月25日時点のピアルーム訪問者総数：77（フティカルパ市の思春期の若者の0.24%、対象7市の同0.09%に相当）</li> <li>・ピアルームの数がゼロから順次増えるのに従ってその利用者が増加するのを「若者が ASRH サービスを受けることに積極的になった」と解釈するのは無理があり、指標としては適當と言い難い。</li> </ul>
3-4	ピア活動を維持するためのサポートシステムが整う*。	7市のうちフティカルパにのみ、ピアルーム2カ所、ピアコーディネーター10名が設立されている。

\* PDM 上には定義されていないが、サポートシステムとは、①ピアルームの設立、②ピアコーディネーター、③ピアサポーター、④ピアトレーナーの4要素を指す。

### 3-3-4 成果4「啓発活動を含むASRHサービスを提供するための管理運営体制が整う」の達成状況

プロジェクトが10～14歳、15～19歳に特化した集計用紙を開発し全県に普及させたことは、思春期の若者による保健医療施設利用状況が把握できるようになったという点で意義が大きい。しかし実際集計するアイテムと集計用紙上の表記に微妙な食い違いがあったり、また定義とは異なった理解に基づく集計をしている職員も散見されたりすることから、今後簡便なマニュアルを作成するなどしてシステムを強化していくことが望ましい。

またサービス提供に関しては、行動計画の策定と実施及びそのモニタリングのシステムが導入されたが、スーパーバイザーによる定期的な巡回はまだ徹底していない。プロジェクトの活動が活発になるにつれて市医長や看護スーパーバイザーの業務が多忙になっていることがその原因として挙げられており、同システムを通常業務として定着させるには、何らかの方法で彼らの負担を分散させることが必要となってくる可能性もある。また成果1,2で述べたように、YFSの提供に関して客観的に判定するためのツールの策定が望まれる。

一方啓発活動に関する計画策定及びモニタリングのシステムについては、成果3に述べたように現時点ではほとんど白紙であるため、今後早い段階で村落レベルの保健医療従事者も巻き込んだIEC戦略計画を策定し、そのモニタリング体制を策定することが必要である。

他の青少年活動プログラムとの連携では、現段階では正式な協力関係の締結に至ったのはフティカルパ市のみであるが、他の6市でも連携のための協議は進められている。各市における青少年活動への関心は一概に高く、本プロジェクトとの連携にも前向きであることが確認されているが、選挙のたびに変わる可能性のある市長の意向で各種事業の行方が左右される傾向も



あり、今後よりフォーマルな組織的な連携・管理体制へと発展させていくのが課題である。

PDM (Ver.2) の2つの指標は共に「通常業務に含まれる」ことがポイントだが、現段階ではASRHサービス利用状況のモニタリング以外は、それが通常業務として行われたのか、プロジェクトに付随する一過性の業務として行われたのかを判断することは困難であり、今後より一層の内部化を測っていくことが望ましい。

表－10 成果4の指標とその達成状況

指標		達成状況
4-1	ASRH活動に関するモニタリングが通常業務に含まれるようになる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通常業務の一環として10～14才、15～19才の若者によるASRHサービスの利用状況右データを把握することが可能になった。</li> <li>・YFSサービス提供をモニターするシステムは導入されたが、これが通常業務として定着するかは今後見極めていく必要がある。</li> <li>・IEC活動に関するモニタリング・システムは未構築。</li> </ul>
4-2	ASRH活動（IEC活動を含む）に関連した組織間の連携・調整が通常業務に含まれるようになる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ASRHに関連する組織間のコーディネーションは地域保健事務所のPAIA長の通常業務の一環として行われている。</li> <li>・保健医療従事者の中には、学校や教会、地域のスポーツクラブなどとコンタクトをとりIEC活動を行っているケースも多く、これは必ずしも組織的ではないが通常業務の一環として行っている連携と認識される。</li> </ul>

### 3-4 プロジェクト目標と上位目標

#### 3-4-1 プロジェクト目標の達成状況

「性とリプロダクティブヘルスのケアをうけるオランチョ県7市の思春期の若者の数が増加する<sup>13)</sup>」

プロジェクト目標の指標は、計算式において推計値も使用せざるを得ないなど必ずしも理想的なものではないが、ほぼすべてにおいて改善をみせており、指標でみる限りプロジェクト目標は順調に達成されつつあるといえる。なかでも指標1-2「産前検診を少なくとも一度は受診する若者の割合」と指標3「避妊に関するサービスを受けた思春期の若者の数」は、成果3の下で計画されている啓発活動がまだほとんど実行されていないにもかかわらず、ベースライン値比で大きな増加をみせている。

PDM (Ver.2) に設定されていた6つの指標の中には、目標値設定の際に参考にしたベースライン値が間違っていたものや、プロジェクト目標を測るのに適切でないものもあったため、PDMの改訂の際に見直しを行った。詳しくは第5章及び付属資料4.を参照のこと。

<sup>13)</sup> 日本語版 PDM では「性とリプロダクティブヘルスの統合ケアを受けるオランチョ県7市の思春期の若者が増加する」

表－11 プロジェクト目標の指標とその達成状況

指標		達成状況
1-1	産前検診を受ける思春期の妊婦の平均受診回数が2.0回に増加する。 注：指標設定時ベースライン値は1.7と算出されていたため目標値を2.0と設定したが、その後エラーを修正したところベースライン値が既に2.7回であったことが判明した。	ベースライン 2.7回 <sup>14</sup> → 3.1回（2009年5月～12月）
1-2	少なくとも1回は産前検診を受診する思春期の妊婦の割合が35%に増加する。	ベースライン 18.3% → 47.9%（2009年5月～12月） <sup>15</sup> 既に目標値を達成
2	思春期の妊婦の施設分娩率（%）が30%に増加する。	ベースライン 22.6% → 27.1%（2009年5月～12月） <sup>16</sup>
3	避妊に関するサービスを受けた思春期の若者の数がベースライン値より80%増加する。	454.4人/月（ベースライン） → 895.3人/月（2009年5月～12月） ＝ 97.0%増加  [参考] ピアルーム訪問者と施設における性とリプロダクティブヘルス（Sexual and Reproductive Health : SRH）以外のカウンセリングを除いた場合 ＝ 80.0%増加 既に目標値を達成
4-1	保健医療施設にて統合的なカウンセリングサービスを受けた思春期の若者の割合が30%に増加する <sup>18</sup> 。	22.1%（ベースライン） → 39.0%（2009年5月～12月） 既に目標値を達成しているように見受けられるが、この数値は保健医療施設利用者＝統合的なカウンセリングサービス受診者と定義したデータから算出。
4-2	ピアルームにて統合的なカウンセリングサービスを受けた思春期の若者の割合が増加する <sup>19</sup> 。	ベースライン時にピアルームは存在しなかったため、ベースラインデータなし。  ピアルームにおけるカウンセリング数：10（2010年5月25日現在）は オランチョ県7市における思春期の若者（8万3,285名）の0.012%に相当する。

<sup>14</sup> [参考] DHS2005におけるオランチョ県の15～19歳の妊婦の産前検診平均受診回数は5.0回であった。

<sup>15</sup> 思春期の妊婦総数は統計に表れないため、ここでは1歳児の人口とリプロダクティブ年齢にある女性に占める10～19歳の割合から算出した推計値を使用している。指標の計算式において分母となる同推計値はオランチョ県全体のものであるが、分子となる「少なくとも1回は産前検診を受診した妊婦の数」はプロジェクトの対象7市のものが使われている。

<sup>16</sup> 指標の計算式において、分母はオランチョ県全体における思春期の妊産婦の推計値（指標1－2と同じ）であるが、分子は「7市の保健医療施設で出産した産婦の数」が用いられている。

<sup>17</sup> 「避妊に関するサービス」とは経口避妊薬、コンドーム、ホルモン注射、子宮内避妊具（Intra-uterine Device : IUD）の提供、医療施設で受けるすべてのカウンセリング及びピアルームへの来訪を指す。

<sup>18</sup> 「統合的なカウンセリングサービス」にはSRH以外のカウンセリングも含まれるため「性とリプロダクティブヘルスのケアを受けた者」の指標としては不適當。

<sup>19</sup> 同上



### 3-4-2 上位目標の達成見込み

本プロジェクトには上位目標として以下の2項が設定されている。

- 1) オランチョ県の思春期妊娠率の低下に貢献する（指標：思春期妊娠者率）。
- 2) オランチョ県の思春期の若者がリプロダクティブヘルスの知識をもって責任ある性行動をとる（指標：責任ある性行動をとる若者が増加する）。

上位目標の指標に関するデータは本調査時には入手できていないが、プロジェクト目標の指標である「避妊に関するサービスを受けた若者」が増加していることから、上位目標1「オランチョ県の思春期妊娠率の低下に貢献する」に関しては正のインパクトをもたらしていることが推測される。

上位目標2に関しては、プロジェクト目標との間に適切な因果関係がないこと、また指標にある「責任ある性行動」が意味するところの「性交時におけるコンドームの使用」がホンジュラス側の世論上、公文書に明確に記述することが困難であるとの理由から、今般のPDM改定の際に削除することとなった。

## 3-5 実施プロセス

### 3-5-1 技術移転

YFSの導入にあたってプロジェクトが採用した「保健医療従事者自身による計画策定・実施」は、これまでホンジュラスの保健行政ではみられなかった新しい手法である。YFS研修のモジュールの中に計画の立て方やモニタリングの方法の指導が組み込まれており、これまで244名が研修を受けている。本邦研修に参加したカウンターパートがアクションプランニングを含めたYFS研修の講師を務められるようOJTのTOTが進められている。同様の技術移転は、ピアシステムの構築に関してピアリーダーやそれを取り巻く大人の各種研修にあたって進む計画である。

### 3-5-2 ホンジュラス側のオーナーシップとコミットメント

思春期妊娠率の低減と思春期の妊婦に対する十分なケアの提供は、妊産婦死亡率減少のための重要戦略として認識されているためホンジュラス側の本プロジェクトに対する熱意は高い。カウンターパートのみならず、保健医療施設に配属されているスタッフも一様に高い熱意と意欲をみせており、これは彼らが常日頃から業務上遭遇する若年妊娠に何らかの対策の必要性を感じていたこと、本プロジェクトが導入したツールが実践的かつ彼らの主体性を重んじるものであったことが影響していると思われる。

表-12は、各市の市医長と看護スーパーバイザーがそれぞれの市（又は市長）の本プロジェクトに対する協力度を1から5のスケール（5が最良）で査定したものであるが、多少の差はあるものの総じて本プロジェクトに対する関心は高いといえる。

表－12 対象各市のPASOSへの協力度

	フティカルパ	カタカマス	グアヤペ	クルミ	サラマ	サン・エステバン	パトゥカ
プロジェクトに対する市(又は市長)の協力度	3	4	4	5	2	4	4
プロジェクトが思春期の若者にコンドームを配布することに賛同度	5	5	5	5	3	4	5

(1=最低～5=最良)

### 3-5-3 関連組織との連携

本プロジェクトでは特に成果3の啓発活動において、各市にある青少年活動・グループとの連携を重要視しており、フティカルパにおいてはCOMVIDA及び国連機関による「人間の安全保障プロジェクト」と協力関係を築いている。これは活動の重複を防ぎ資源の効率的利用を図るためである。各市は国から交付される予算の最低1%を青少年育成のために割り当てることを義務づけられており、自立発展性の観点からもプロジェクトが設立しようとしているピアルームの運営費は市の予算から捻出すべく交渉を続けている。

当初よりフティカルパ市とカタカマス市ではCOMVIDAが発進していたが、その後今日までにCOMVIDAが残りの5市にも導入されるに至った。COMVIDAは青少年の健全な育成をめざし、若者を組織しながらスポーツや娯楽を含めたさまざまな活動を行うが、本プロジェクトはCOMVIDAの組織した青少年ボランティアとは別にピアリーダーのグループを設立し、活動レベルで連携を図ることによってCOMVIDAの青少年活動にASRHの要素を付加するというアプローチを採用した。実際には両方のグループに所属する若者も数名いる。

### 3-5-4 効果発現に貢献した要因

保健省は特に地域保健事務所と保健医療施設レベルで本プロジェクトへの関心とオーナーシップが高く、フルタイムのカウンターパートを配置するなど高いコミットメントを示している。地域保健事務所では2000～2005年に実施されたPROSARE7に関与したスタッフも多く残っており、先方がJICA事業に精通していたこと、同プロジェクトによってマネジメント、活動の両面で技術力が高められていたことなども、プロジェクトの効率性を高めたと考えられる。

そのほか、地域事務所レベルの主要カウンターパート2名がプロジェクト事務所内にデスクを置いておりコミュニケーションがとりやすいこと、日本側が第三国専門家(エクアドル人)を含めてスペイン語に堪能な専門家を多く派遣し、同時にPROSARE7にも従事した英語が堪能な現地スタッフを雇用することで、言語や文化的な摩擦を最小限に抑えカウンターパートと一体となったプロジェクトチームを形成するのに成功していることも、プロジェクト運営の効率化に貢献していると思われる。

### 3-5-5 問題点及び問題を惹起した要因

2009年度に起きたH1N1インフルエンザや政変によって専門家の渡航や国内での移動が制限され、プロジェクトの活動の進捗に影響した。また政権交代に伴う人事異動により、一部のカウンターパートや大多数の市長の顔ぶれが変わり、市役所などを含めたパートナー等との関係

を再構築する必要が生じたことは、プロジェクトの効率的な運営に若干の影響を与えている。

プロジェクト活動が進むにしたがって、各市における活動の監督責任を負っている市医長と看護スーパーバイザーの業務量が増加している。彼らは通常業務として臨床も担っているが、今後ピア活動が各市で進められていくにあたり業務量は更に増大することが予想される。今後プロジェクトの進捗の障害としないためにも、負担分散のための何らかの措置を講じる必要となってくる可能性も高い。

## 第4章 調査結果

### 4-1 調査結果概要

- (1) プロジェクト開始以降、新型インフルエンザやクーデターにより活動の遅延がみられるが、本省、県レベルともカウンターパートの取り組み意識も高く、実施体制は良好に構築されている。
- (2) プロジェクトの展開戦略である①ASRHサービスの体制整備、②同サービスの受益者の増加、③同サービスに係る管理運営体制整備、に関し、これまで①を中心に活動が展開。各①～③における主な進捗状況は以下のとおり。
  - ① ASRHサービス提供体制の整備
    - ・ 対象7市の医療施設(サン・フランシスコ病院及びCMI/CESAMO/CESAR)従事者に対し、ユースフレンドリーサービス(YFS)研修、Quality of Life(QoL)研修を実施。全医療施設においてアクションプランに基づくYFSが提供されている。
    - ・ 同サービスの質を客観的に評価するモニタリング体制は未整備。
  - ② ASRHサービスの受益者増加
    - ・ 各市におけるピアリーダーの育成とピアルームの開設に取り組み、現在のところフティカルパ市のみでピアリーダー育成(33名)及び2ピアルームを開設。
    - ・ 既存のIEC教材を調査し、追加的に必要なIEC教材を作成。
  - ③ ASRHサービス管理運営体制整備
    - ・ 各医療施設レベルではYFSアクションプランの進捗モニタリングを実施。
    - ・ ARHサービスモニタリングのための月例報告様式を作成。しかし県レベルでの効果的な活用には至っていない。
- (3) 5項目評価結果はおおむね良好。ただし、有効性に関し、プロジェクトがとる「ピアリーダー等の育成～ピアルームの開設」を通じた若者に対するASRHサービス提供体制の整備と継続的運営には時間・予算・労力を要し、残り2年間のプロジェクト期間で残り6市で展開を行うためには早急な取り組みが必要。
- (4) 自立発展性に関し、本省及び県事務所の積極的な活動参画がある点は評価できるものの、研修やピアルーム等の継続的運営に要する資金面の確保についてプロジェクト及びホンジュラス側で十分検討する必要がある。
- (5) なお、プロジェクトが導入する研修教材や研修マニュアルのパッケージ化を図ることにより、当該活動が保健省を通じて他県に波及することが期待されるところ、プロジェクトを通じた本省レベルでの普及展開が望まれる。
- (6) プロジェクト目標「性とリプロダクティブヘルスの統合ケアを受けるオランチョ県7市の思春期の若者が増加する」の達成状況に関し、関連6指標のうち既に4指標が達成済。しかし、これら指標達成の鍵となるIECが本格的に展開されていないなかで達成されており、プ

プロジェクトと指標達成の因果関係は不明。

- (7) プロジェクトの進捗状況と調査結果を踏まえ、PDMを修正。大きな変更点としては、前PDMで2つにまたがっていた「ASRHサービス提供体制の整備」に係る成果を1つにまとめ、「ASRHサービスの受益者増加」については「ピアシステムの構築」にかかわるものと「若者の行動変容」とに分離し、活動を整理した。

## 4-2 評価5項目に基づく評価結果

### 4-2-1 妥当性

本プロジェクトの上位目標及びプロジェクト目標の内容は、以下の項目に照らして再検討した結果、現時点においても妥当であるといえる。

#### (1) ホンジュラス側政策の優先度

ホンジュラスの貧困削減計画（PRSP）には妊産婦死亡率の減少が優先事項のひとつとして挙げられている。ホンジュラスの妊産婦死亡は全体で110であるが15～19歳では160、10～14歳に限ると391となっており、本プロジェクトの目標である10～19歳がリプロダクティブヘルスケアの利用促進は、若年妊娠の減少と安全なお産の増加という側面から妊産婦死亡の低減に資するものである。またYFSの提供を強化し同時に若者の自主性を尊重した啓発活動を行う本プロジェクトは、「国家保健計画2021」に謳われている「性教育や健全なライフスタイルを推進し、青少年の抱える問題やニーズに即した総合的な保健医療サービス（PAIA）を提供する」という戦略に合致したものでもある。

#### (2) プロジェクト対象地域におけるニーズ

オランチョ県では15～19歳の女性のうち26.1%が婚姻またはそれに準ずる関係にある一方で、婚姻関係にある女性の25.3%が避妊の経験がなく、全国平均がそれぞれ20.3%、18.5%であることと比較してもそのニーズの高さがうかがえる。また性感染症状保有率（全国15%、オランチョ県16.6%）や新生児周産期死亡（全国23、オランチョ県32）も全国平均を上回っていることから、同県におけるリプロダクティブヘルスサービスの利用促進は有意義だと考えられる。

#### (3) 日本の援助政策

保健医療及び水はJICAが協力を推進する援助重点分野のひとつであり、本プロジェクトは課題となっている保健医療サービスへのアクセスへの向上に直接貢献するものである。

### 4-2-2 有効性

プロジェクト目標の達成度の項で考察されたように、PDM（Ver.2）上のプロジェクト目標に関するほぼすべての指標が改善をみせており、本プロジェクトの高い有効性がうかがえる。

成果3に関する現時点での達成度が低いにもかかわらず、プロジェクト目標において既に目標値を大きく上回った指標があることは、指標の定義、目標値の設定、データの質等が適切で



はなかった可能性も否定できないながら、保健医療サービスを若者にフレンドリーなものへと改革すること（成果1、2）が、若者のリプロダクティブヘルスサービスへのアクセスを向上させるために非常に効果的である可能性を示唆している。また、プロジェクトの活動としては明記されていないながらも、保健医療施設のスタッフが自主的に行っている地元の学校やコミュニティにおける啓発活動は、成果3の遅れを補いながら、若者がサービスにアクセスしやすい環境を整える一助となっていると考えることができる。

一方で、プロジェクトが若者の行動変容を喚起する手段として採用しているピアシステムに関しては、①養成されるピアリーダーが市街地在住者であり、そのほとんどが学生であること、②ピアルームの利用者もそのほとんどが市街地在住者であろうことをかんがみると、この手法のみでは農村部在住、低学歴、低収入といった、一般に若年妊娠のリスクが高いといわれる若者の行動変容には限界があると思われる。ピアルームの利用状況及び今後予定されているピアリーダーによる農村部へのアウトリーチ活動の効果をモニターし、プロジェクト終了時にはその有効性に関して何らかの評価ができる体制を整えていくと同時に、ピアシステムへのアクセスが限定される農村部においては保健医療従事者が始めている啓発活動は特に有意義であると思われるため、今後その体系化と強化を図ることが望まれる。

#### 4-2-3 効率性

本調査では、プロジェクトの投入が成果の出現に貢献していないという事例は認められなかった。YFSの提供に関しては、研修を中心としたインターベンションを行い、大規模なインフラや機材整備は行っていない。QoLを含めたYFSの研修は、保健医療従事者が若者に接遇するときの態度の改善に関して非常に効率的であったことが調査時の面談においてうかがえた。保健医療施設に提供された機材も最小限度のものであり、PROSARE7で供与された機材等も引き続き本プロジェクトのために活用されている。なかには「テレビは供与されたがDVDやビデオの教材もプレーヤーもない」という施設もあるが、寄付を募るなど地元のリソースを活用するという自助努力を喚起するきっかけにもなっている。またホンジュラス政府は公用車両の使用に関し厳しい規定を設けており、これが供与された車両の適切な管理につながっている。そのほか以下のようなリソースの有効活用の事例がみられた。

- 専門家派遣に関して、ベースライン調査の医療技術は既に確保されているという結論を受け、予定されていた助産師の派遣をとりやめて他の分野の技術移転に役立てた。
- 文化的に似ている点も多い隣国ニカラグアへの技術交換研修は、より少ないコストでより多い人材を派遣することができ、効率的であった。
- 本邦研修に参加したカウンターパートは、業務時間外でもピアコーディネーターとしてボランティアながらプロジェクト運営に携わっているほか、将来的には各種研修の講師として教えることができるよう、実地練習を行っている。
- 重複を避けるためにIEC教材作成の際には既存教材の収集及び分析を行った。

事前評価において効率性の一要因として位置づけられていたUNFPA支援によるサンフランシスコ病院のASRH提供体制整備は実現していないが、同病院の関連部局職員に対してもプロジェクトのYFS研修を施すことで大きなコスト増もなく対応されている。

その一方で啓発活動に関しては、本来その一手段であるピアリーダーが活動するためのシステムの設立に多大な労力と時間がかかっている。最終的な結論はピアシステムが立ち上げら



れ、その活動の結果としての若者の行動変容の出現で判断されるが、現段階の進捗状況から判断する限りにおいては、4年間というプロジェクト期間に対するピア戦略のアプローチに関して効率性は決して高いものではないように思われる。

#### 4-2-4 インパクト

上位目標の達成見込みの項(3-4-2)で述べられているように、思春期妊娠の低下につながる正のインパクトは出現しつつあると思われる。

サービス供給に関するインターベンションは、保健医療従事者のモチベーションを予想以上に高め、彼らは自主的に保健医療施設を中心とした地域の若者の組織化を始めているが、これは当初想定されていなかったものである。そのため保健医療施設レベルの啓発活動やそのモニタリングに関してはIEC教材の配布以上のものは計画されておらず、今後早急にプロジェクトの枠組みに取り込むことが望まれる。

そのほか、本プロジェクトとの相乗効果への期待から、フティカルパ、カタカマス以外の5市にもCOMVIDAが導入されることになったこと、また当初JCCに付属しプロジェクトに関係する技術的な問題を扱う場として位置づけられていた技術委員会が、保健省とUNFPA、UNICEFといったASRHに関心をもつ開発パートナーとの情報共有とコーディネーションの場として活用されるようになったことは、本プロジェクトの認知度が上がったことに伴う正のインパクトとして位置づけることができる。

負のインパクトとしては、保健省職員、特に市レベルの管理職(市医長、看護スーパーバイザー)の業務量が増大し、施設の巡回指導などが計画どおりに行えない状況となっていることが挙げられた。

#### 4-2-5 自立発展性

保健医療従事者及び若者の自主性を尊重し、そのキャパシティを高めることによって行動変容を引き出すという手法から、個人レベルに出現する行動変容がゆるやかに伝播しながら継続する可能性は高いと思われる。

地域保健事務所の熱意とオーナーシップは高く、各種技術研修や調査手法のノウハウも蓄積されつつある。自発性を尊重した方法で導入したYFSが有効に働き、現時点における保健医療サービス従事者の熱意も高いが、今後そのモチベーションを維持していくための何らかの方策を地域保健事務所が立てて実行していくことが望まれる。

サービス提供に関する限り運営管理のシステムは整いつつあるが、そのシステムが機能するためには交通費や会議費が継続的に手当てされることが必要である。ホンジュラスの財政基盤は弱く、現時点で通常予算で賄われている人件費や運営費以外にプロジェクト予算が実現していないこと、2009年の政変に伴ってドナーからの援助が一部凍結されていることなどから、楽観視することはできない。

ピア活動は多大な投資は必要としないものの、市内在住のピアリーダー達が農村部の若者に対しても働きかけを行うというモデルが若者の行動変容という効果を出現させるためには、交通費を含めた現地活動費が十分に確保されることが大前提である。各市に設立されるピアルームの運営費は市の協力により賄われる展望であるが、そのほかにも継続的な活動にかかる経費を誰がどのように手当てするのか、更なる協議が必要である。そのほかドロップアウトする

ピアリーダーや大人のボランティアの補充のための定期的な新規採用と研修、ピアリーダーによる正確な情報伝達を担保するためのリフレッシュ研修や配布教材の追加作成も不可欠であるほか、ボランティア活動であるがためにモチベーション維持のための方策も重要であり、自立発展性の確保にはこうしたニーズを包括した「出口戦略」を立てることが求められる。

## 第5章 PDMの改訂

今次調査を通じて実施したワークショップ及び調査結果を踏まえ、現行のPDM2を現状に即してPDM3として改訂した。主要な変更点は以下のとおり。今回の改訂に係る前バージョン(PDM2)との比較表は付属資料4.のとおりである。

- ① 上位目標の2をプロジェクト目標と適切な因果関係にないことから削除した。
- ② 指標の目標値を訂正されたベースライン値及びミッドポイント値に照らして修正した。
- ③ プロジェクト目標の指標をよりASRHに特化したものに改訂した。
- ④ 成果1と2を「YFSの提供にかかわる成果」として統合し、活動を整理した。
- ⑤ 成果3をピアシステムの構築にかかわるものと若者の行動変容とに分離し、活動を整理した。

## 第6章 結論、提言、団長所感

### 6-1 結論

本プロジェクトは保健省が進めているPAIAを直接支援するものではないが、その枠組みの中でASRHケアの供給と需要を強化することに特化しつつ、保健医療従事者が若者のニーズに配慮したサービスが提供できるよう能力強化を図ることで、保健省と本プロジェクトが相互補完的な役割を果たしているということができる。プロジェクトは若者のニーズ、政府（保健省）の政策と保健医療スタッフのニーズ、日本の援助政策、そのすべてに合致しており、ホンジュラス側の高い熱意とオーナーシップをもって進められている。

設定された指標をみる限りプロジェクトは順調に成果を実現しつつある。特にYFSの供給に関しては現場のスタッフが主体性をもって推進しており、若者が保健医療機関やスタッフをより身近なものとして認識しつつあることがうかがえる。今後、提供されるサービスの「ユースフレンドリー度」を測るツールの策定や有効な出口調査等を行うことによって、その成果が更に明確になることが期待される。また他県への波及を含め本プロジェクトの効果の持続と拡大を図るために、QoLとYFS研修に使われているモジュールや教材を整理し、これまで撮り貯めた研修現場のビデオ等も織り込んだ「研修パッケージ」を作成することが望まれる。

ASRHケアに対する需要喚起に関しては、現時点では日本で成功しているというピアシステムの再構築に焦点が当てられており、本来計画されていた啓発活動はほとんど行われていないようにみえる。全7市にピアシステムを構築し、更にそれが想定された効果を醸成するためにはある程度の時間が必要であることから、システムの簡素化も視野に入れた効率化が求められている。同時にプロジェクト終了後の自立発展性の確保のために、早い時点でピアシステムが長期的に機能するために必要とされるリソースを洗い出し、その確保のための手段を講じておくことが望まれる。

プロジェクトが構築しようとしているピアシステムは、学生を中心として人口の集中する市街地における若者を主なターゲットとしている。このモデルは多くの人口をカバーできる一方で、ASRHに関する情報がより不足している農村部の若者や、若年妊娠のリスクがより高いとされる低学歴の若者に対する効果は限定的と思われるため、プロジェクトはピア活動に特化せず、より多角的なIEC戦略を進めることが望ましい。現在、既に保健医療スタッフがサービス提供の一環として地域の学校や住民と連携して啓発活動を活発化させており、今後はこうした自然発生的に行われている活動にも焦点を当て、若者のASRHケアのアクセスに大きな影響を与えている大人をターゲットとした啓発活動や、少なくないと思われる「望まれた若年妊娠」を減らすための支援を展開していくことで、プロジェクトとしての効果がより深化すると思われる。

### 6-2 提言

今次調査結果を踏まえ、プロジェクト及びホンジュラス関係者との協議を行い、以下の提言を残すことが必要である点を確認し、ミニッツで合意を行った。

- (1) 思春期リプロダクティブヘルスサービスに関するデータの定義の明確化（プロジェクトに対する提言）

リプロダクティブヘルスサービスに係るデータ収集を行うにあたり、サービス統計の各ア

アイテムの定義を明確にすること。また、各研修（YFS、モニタリング等）においても同定義を紹介すること。

- (2) QOL研修及びYFS研修のファシリテーターマニュアルの作成及び普及（プロジェクト、保健省に対する提言）

プロジェクトで導入された上記研修を幅広く普及させるため、ファシリテーター用研修マニュアルを作成し普及を行うこと。また、プロジェクトの自立発展性を確保するため、保健省は同マニュアルの他県への普及を図ること。

- (3) ホンジュラス側による研修予算の確保（保健省及びプロジェクトに対する提言）

プロジェクトの自立発展性を確保するため、保健省及び地域事務所はプロジェクトが導入した研修に係る予算の確保を行うこと。日本人専門家は、プロジェクト終了後における活動継続のためのアドバイスを行うこと。

- (4) 成人層に対する理解促進強化（プロジェクトに対する提言）

成人層に対し、思春期リプロダクティブヘルスサービスの必要性に係る理解促進強化を図り、若者が性に関する正しい知識を有し意思決定が行えるためのサポート環境を整えること。

- (5) 若年妊娠の危険性に関するIEC教材の作成（プロジェクトに対する提言）

若年妊娠には、望む妊娠も多くの場合あり、若年妊娠における危険性に焦点を当てたIEC教材を作成すること。

- (6) フレンドリースペースのモニタリングシステムの制度化（保健省及びプロジェクトに対する提言）

フレンドリースペースは、維持に必要なリソースの割に若者のアクセスが限定的であることが多い。保健省及びプロジェクトは、同スペースの使用状況をモニタリングするシステムを構築し、オランチョ県において同スペースが若者の思春期リプロダクティブヘルスサービスへのアクセス向上に貢献するか否かを評価すること。

- (7) フレンドリースペース及び若者グループに対する支援（プロジェクトに対する提言）

フレンドリースペースや研修を受講した若者グループは、特にアクセスの困難な農村地域の若者への対応や啓発に重要な役割を果たし得るところ、プロジェクトは彼らの活動をモニタリングすること。

- (8) 各保健所におけるユーザー満足度調査の実施（プロジェクトに対する提言）

これまで行われていない各保健所におけるユーザーの満足度調査を実施すること。

(9) 思春期リプロダクティブヘルスサービスに関する権利の周知（保健省及びプロジェクトに対する提言）

若者を含む住民が、性とリプロダクティブヘルスに関する権利を知り、行使できるよう方策を検討すること。

上記のうち、(1) 及び (9) の提言に関しては、より詳細な取り組み事項としては以下のとおりである。

- PDMの指標に関するより質の高いデータを採取するために、プロジェクト関係者はデータの記録・集計方法を再検討する。具体的には以下のことに留意する。
  - ① 若者の保健医療施設利用状況に関するサービス統計におけるアイテム（「ASRHに関するカウンセリング」等）の定義を明確化し、必要に応じて集計用紙の改訂を行うと同時に、簡便なマニュアルの作成、研修などを通じ、その徹底を図る。
  - ② 保健医療施設やスタッフがYFSを提供していると認定するための基準を設定し、アセスメントのシステムを開発する。
  - ③ 出口調査は施設ごとに行い、それぞれの施設における若者の満足度の推移が分かる形にする。

### 6-3 団長所感

本プロジェクトは中米広域保健協力のひとつであり、ニカラグアの同種のプロジェクトに続くものである。ニカラグアのプロジェクト終了前に、ホンジュラスからのスタディ・ツアーにより技術交換を実施し、本プロジェクトの開始時の推進力となっている。ニカラグアではこの分野でのローカルNGOの活動が盛んであるが、ホンジュラスではそうではないなど、取り巻く環境に相違があるので、ニカラグアの教訓がすべて生かされるわけではないが、広域協力としてニカラグアの経験が生かされようとしている。また、保健の広域協力は中米統合機構のJICA専門家と連携して、中米保健大臣会合で発表討議されていることを申し添える。ホンジュラスに続く中米国は今のところない状況ではあるが、南米ではSSCが受託しているペルー共和国（以下、「ペルー」と記す）の通称トラウマ対策プロジェクトフェーズⅠ及びフェーズⅡは、DV対策から始まったものではあるが、内戦後時間を経過したので思春期リプロダクティブヘルスと重なる部分が大きくなっており、ノウハウや情報の共有を図りたい。コロンビア共和国（以下、「コロンビア」と記す）でもペルーにならったプロジェクトが実施中である。

調査日程から残念ながら官団員は現場を視察することができなかったが、評価コンサルタントはリプロダクティブヘルスの専門家であり、適正な評価ができたと思料する。

本職はプロジェクト開始時に、インセプション・レポート案に対し2つのコメントをした。1つは、多くの分野の短期専門家が必要なのは理解するものの、マンマンズの振り分けが細かすぎることで、より少ない専門家に集約していくべきことである。これについては、2年次以降に改善がみられている。また、エクアドル共和国（以下、「エクアドル」と記す）から優秀な第三国専門家を派遣していることは高く評価される。もう1つは、フティカルパ市から始めて、その経験から手法を改善して、その後、他市に広げていくという方針に対してである。JICAプロジェクトは行政ベースに沿った協力であるので、7市一斉に開始して、相互に経験を共有しあいながら、



同時に改善していく方が望ましい。昨年(2009年)のメキシコ発の新型インフルエンザやホンジュラスの政変で、プロジェクト活動が大幅に遅延したことは理解するものの、他市のカウンターパートの意欲も高まっており、他6市でのピアルーム設置、ピア活動の促進が望まれる。

中間レビューであり評価指標による数量的レビューをするものではないが、ベースライン調査や業務上統計データの収集に弱さがみられる。これは本プロジェクトに限らず、ホンジュラス保健省全体に当てはまることなのではあるが、終了時評価に向けてカウンターパートの統計能力の強化も図られたい。

ミニッツ案の協議ではこれまでになく活発な意見があった。ミニッツの署名は保健大臣がされるが多忙で持ち回り署名となったが、JCC及びミニッツ署名式に副大臣が終始出席された。新政権になってからのプロジェクトの重視の姿勢の現われと受け取れた。プロジェクトにおいても、本省との関係を一層強化されたい。



## 付 属 資 料

1. ミニッツ（西文）
2. PDM（Project Design Matrix） version3
3. PDM（Project Design Matrix） version2
4. PDM 比較表



MINUTA DE REUNIONES  
ENTRE  
LA MISIÓN JAPONESA DE REVISIÓN INTERMEDIA Y  
LA SECRETARÍA DE SALUD  
DE  
LA REPÚBLICA DE HONDURAS  
SOBRE  
EL PROYECTO DE COOPERACIÓN TÉCNICA DEL JAPÓN  
EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS  
ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE OLANCHO EN HONDURAS

La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante se denominará "JICA") envió la Misión de Revisión Intermedia (en adelante se denominará "la Misión"), encabezada por el Dr. Kyo HANADA a la República de Honduras del 26 de mayo al 13 de junio de 2010, con el objetivo de realizar revisión intermedia conjunta sobre el Proyecto para el Fortalecimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes en el Departamento de Olancho en Honduras (en adelante se denominará "el Proyecto").

La Misión realizó la revisión de una forma conjunta con miembros de la Secretaría de Salud de la República de Honduras y preparó recomendaciones necesarias hacia sus respectivos gobiernos.

Después de estudio y análisis sobre actividades y logros del Proyecto, la Misión elaboró el Informe de Revisión Intermedia (en adelante se denominará "el Informe") y lo presentó al Comité de Coordinación Conjunta.

El Comité de Coordinación Conjunta, luego de deliberar los principales puntos indicados en el Informe, se acordó recomendar a sus respectivos gobiernos los puntos referidos en el Informe como medidas necesarias para tener buena y exitosa implementación del Proyecto.

Tegucigalpa,  
11 de junio de 2010

  
Dr. Kyo HANADA  
Jefe de la Misión  
Agencia de Cooperación Internacional del  
Japón

  
Dr. ARTURO BENDANA  
Secretario de Estado en el Despacho de Salud  
República de Honduras





Como resultado de la Revisión Intermedia del Proyecto, la Misión junto con los miembros de la Secretaría de Salud preparó las siguientes recomendaciones. Asimismo la Matriz de Diseño del Proyecto (PDM) fue revisada y consensuada como PDM 3 en el Comité de Coordinación Conjunta celebrado el 11 de junio de 2010, por los expertos japoneses y las contrapartes hondureñas, la cual está anexada en el Informe de la Revisión Intermedia del Proyecto.

### Recomendaciones

#### **(1) Afinar las definiciones de las estadísticas de servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (SSRA) - Recomendación para el Proyecto -**

Se debe desarrollar una lista de definiciones correspondientes para que sirvan de una referencia fácil para los que colectan y compilan los datos. También debe integrarse una sesión de orientación en los módulos pertinentes de capacitación (por ejemplo, Servicios Amigables para Adolescentes (SAA) básicos y avanzado, Monitoreo, etc.)

#### **(2) Desarrollar y divulgar un Manual de Facilitador para Calidad de Vida (CdV) y Servicios Amigables para Adolescentes -Recomendación para el Proyecto y la Secretaría de Salud-**

Desarrollar un Manual de Facilitador para CdV y Servicios Amigables para Adolescentes con el fin de que las capacitaciones se divulguen de manera más fácil. Hay que considerar el manual en formato de DVD con video clips de las actuales sesiones de capacitación (los cuales están ya disponibles en el Proyecto) para hacer más fácil la replicación. Asimismo, es necesario que la Secretaría de Salud divulgue dicho manual a otros departamentos como una herramienta para SSRA con el fin de dotar a los resultados del Proyecto de sostenibilidad.

#### **(3) Asegurar el presupuesto necesario del lado hondureño para realizar capacitaciones**

##### **- Recomendación para la Secretaría de Salud y el Proyecto -**

Todas las actividades de capacitación deben continuarse permanentemente aun después de la terminación del Proyecto, en vista de que los proveedores de servicios, líderes de pares y otras poblaciones beneficiarias se relevan por cambio de generación y otros factores. Por lo anterior y por la importancia de obtener la sostenibilidad del Proyecto, es necesario que la Secretaría de Salud y la Oficina Regional durante el período del Proyecto vayan asegurando por sus propios esfuerzos el presupuesto necesario para la realización de capacitaciones. Asimismo, los expertos japoneses les deben asesorar para hacer que sean sostenibles las actividades del Proyecto después de la finalización del Proyecto.

#### **(4) Intensificar la sensibilización de la población adulta - Recomendación para el Proyecto-**

Intensificar la sensibilización de la población adulta sobre las necesidades de SSRA de los adolescentes y así crear un ambiente de apoyo para que los jóvenes tomen decisiones informadas con respecto a su salud sexual y reproductiva.

#### **(5) Producción de herramientas de Información, Educación y Comunicación (IEC) sobre los riesgos de embarazos a temprana edad - Recomendación para el Proyecto-**

En vista que una buena parte de embarazos en adolescentes parecen ser “deseados” y no deseados, se deben producir herramientas IEC que enfoquen específicamente en los riesgos de embarazos a temprana edad

#### **(6) Institucionalizar un sistema para monitorear el uso de los Espacios Amigables**

##### **- Recomendación para la Secretaría de Salud y el Proyecto-**

Las experiencias en todo el mundo muestran que a pesar de la cantidad de recursos que se requiere para el



## MTE Report – PASOS (draft)

sostenimiento, los Espacios Amigables tienen un alcance limitado en cuanto a su acceso físico así como por las barreras psicológicas causadas por el dominio de ciertos grupos de jóvenes. En este sentido, se debe institucionalizar un sistema para monitorear el uso de los Espacios Amigables (por categoría de adolescentes y los servicios/rubros utilizados, por ejemplo) con el fin de evaluar si es o no un instrumento efectivo para aumentar el acceso de los adolescentes a los servicios de SSRA en el contexto de Olancho, no olvidando la diversidad de los adolescentes (urbanos, rurales, en / fuera de la escuela, varones, mujeres, grupos etarios, etc.) así como los recursos que están disponibles para su sostenimiento.

### **(7) Apoyo a los Espacios Amigables y los grupos de jóvenes**

#### **- Recomendación para el Proyecto-**

Los Espacios Amigables y los grupos de jóvenes que voluntariamente fueron capacitados por los proveedores de servicios capacitados en sus propias unidades de salud pueden llegar a jugar un rol crucial al apoyar las necesidades de los adolescentes y en educar a las comunidades, especialmente en las áreas rurales que no tienen un buen acceso a los Espacios Amigables (que serán) establecidos en este Proyecto. El Proyecto debe darles todo el apoyo posible aun cuando no sean parte del plan inicial del Proyecto, y debe monitorear de cerca su desempeño.

### **(8) Evaluación individual de la satisfacción del usuario en cada Unidad de Salud (US) - Recomendación para el Proyecto-**

La satisfacción del usuario se debe evaluar individualmente en cada una de las US.

### **(9) Buscar medidas más convenientes para que se conozcan los derechos de SSRA - Recomendación para la Secretaría de Salud y el Proyecto -**

Se necesita buscar algunas medidas para que la población en general, incluyendo a los y las adolescentes, conozca y ejerza sus derechos sexuales y reproductivos.



**DOCUMENTO ADJUNTO**

**INFORME DE LA REVISIÓN INTERMEDIA  
DEL PROYECTO**

**EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN EL  
DEPARTAMENTO DE OLANCHO EN HONDURAS**

**Tegucigalpa**

**11 de junio del 2010**

**LA MISIÓN DE REVISIÓN INTERMEDIA CON  
LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS**



1. Antecedentes del Proyecto

La tasa de mortalidad materna y perinatal causada por embarazo en adolescentes es notablemente alta en la República de Honduras, lo cual es reconocido como uno de los problemas importantes del sector de salud pública nacional. Las relaciones sexuales a la edad temprana sin recibir información adecuada sobre la salud sexual y reproductiva causan no solamente el embarazo no deseado, sino también la transmisión de ITS, VIH/SIDA y generan problemas sobre el establecimiento de identidad, la continuidad de sus estudios en los diferentes niveles y otros problemas en la adolescencia. En la República de Honduras, aún existe problema de miseria por gran diferencia que se encuentra entre ricos y pobres, pese a que el país goza de 1,190 dólares americanos del PIB per cápita, que está convirtiendo Honduras de ingreso bajo en un país de ingreso medio. Bajo estas circunstancias, los problemas relacionados a la mortalidad materna, perinatal y el abandono de estudio por esta causa en la adolescencia, el cual ocupa un 25% de la población total, afectan fuertemente en la actualidad y en el futuro la estructura social lo cual dificultará aun más salir de la pobreza.

Para mejorar la situación en torno a estos problemas de la mortalidad materna y perinatal causada por el embarazo en adolescentes, ITS, violencia, y otros problemas propios de su edad, es importante establecer los servicios de salud de buena calidad y disponer personal capacitado, espacio y condiciones aceptables por parte de los y las adolescentes. También, para ayudar al cambio de comportamiento de los y las adolescentes, incluso sus conductas sexuales, será necesario que ellos mismos reconozcan, y acepten como un asunto importante para sí mismo; además de los conocimientos ofrecidos por los proveedores de salud. Se necesitará establecer mejores relaciones interpersonales para impulsar la solidaridad y promover el entendimiento entre los y las adolescentes y otros actores sociales de la comunidad.

Por lo anterior, el Gobierno de la República de Honduras solicitó ante el Gobierno de Japón la ejecución de un proyecto de cooperación técnica, cuyo objetivo es estimular el comportamiento apropiado de los y las adolescentes con los conocimientos idóneos en cuanto a la Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes (SSRA) y el uso de los servicios de salud de calidad, a través de mejoramiento de los servicios en SSRA, promover la divulgación y concientización y fortalecer el mecanismo de administración, para mejorar la salud sexual y reproductiva con el fin de reducir la mortalidad materna y perinatal causada por embarazo en adolescentes. A fin de corresponder a la solicitud formulada por Honduras, JICA inició el Proyecto desde Junio de 2008 por un período de 4 años. El presente informe narra los resultados de la evaluación intermedia realizada en mayo y junio de 2010, cuando el Proyecto se encuentra a la mitad del período de su implementación.

1.1. Equipo conjunto de Revisión

(1) Equipo japonés de revisión

	Cargo	Nombre	Cargo/Organización
1	Líder	Kyo Hanada	Asesor Senior de Salud JICA, Japón
2	Planificación de Cooperación	Tomoyuki Odani	Director Asistente División 4, Dpto. Desarrollo Humano JICA, Japón



3	Análisis de Evaluación	Naomi Imani	Investigadora Global Link Management, Inc.
---	------------------------	-------------	---

(2) Equipo hondureño de revisión

	Cargo	Nombre	Organización
1	Técnico PAIA	Miguel Guerrero	Secretaría de Salud, PAIA
2	Especialista de Proyectos	Lizandro Martínez	Región Departamental No.15
3	Jefe de Programa de Adolescentes	Gladys Cruz	Región Departamental No.15

**1.2. Metodología de Evaluación**

La revisión intermedia fue conducida de acuerdo a la “Guía de JICA para la Evaluación de Proyectos (2004)”, con los siguientes pasos;

(1) Los resultados del Proyecto fueron evaluados con base en la Matriz de Diseño del Proyecto (PDM) revisado y acordado en febrero de 2009. Los logros de los Resultados y del Objetivo del Proyecto han sido analizados con relación a los indicadores. Los Insumos y las Actividades han sido evaluados en comparación con el Plan y los Resultados.

(2) Los factores contribuyentes y limitantes para el logro de Objetivo del Proyecto fueron analizados por medio de la revisión de diseño del Proyecto y del proceso de la implementación.

(3) El diseño, el proceso de la implementación y los resultados del Proyecto han sido analizados desde el punto de vista de los cinco criterios de evaluación, lo cuales son, Relevancia, Efectividad, Eficiencia, Impacto y Sustentabilidad.

(4) Fueron formuladas las recomendaciones para el Proyecto para el periodo restante.

Los datos tanto cuantitativos como cualitativos fueron recolectados y utilizados para la evaluación y análisis. La metodología de recolección de datos que el Equipo ha utilizado es lo siguiente.

- Revisión documentos
- Estudio por medio de cuestionarios a los contrapartes, personas beneficiarias, expertos japoneses
- Entrevistas a las personas clave
- Observaciones hechas a través de la visita a las áreas objetivo del Proyecto

Los cinco criterios de evaluación se resumen de manera siguiente.

(1) Relevancia

La relevancia es revisada por la validez del Objetivo y el Objetivo Superior en correlación a las políticas del Gobierno de la República de Honduras y las necesidades del país, así como la política de cooperación de Japón hacia la República de Honduras.

(2) Efectividad

La efectividad se evalúa a través de examinar el grado de logro que el Proyecto ha alcanzado con respecto al Objetivo del Proyecto, esclareciendo de qué manera los Resultados han contribuido a dicho grado de logro.

(3) Eficiencia

La eficiencia del Proyecto es analizada observando de qué modo los Insumos y las Actividades han contribuido a la

producción de los Resultados, analizando la calidad, cantidad y el tiempo.

(4) Impacto

El Impacto del Proyecto es evaluado analizando las influencias tanto positivas como negativas del Proyecto.

(5) Sostenibilidad

La sostenibilidad del Proyecto es evaluada en términos de aspectos organizacional, financiero y técnico, examinando a qué grado de alcance debería sostenerse los resultados del Proyecto en dichos aspectos después de la terminación del Proyecto.

## 2. Logros y el Proceso de Implementación

### 2.1. Logro

#### 2.1.1. Insumos Insumos

(1) Insumos por parte del lado Japonés

Desde el inicio del Proyecto (Julio 2008) hasta la fecha de la evaluación de medio término (Mayo-Junio 2010) los siguientes insumos fueron proporcionados por JICA:

(a) Personal

Se ha asignado un total de 9 expertos, incluyendo un experto de un tercer país (Ecuador) a las áreas de SSRA, salud comunitaria, IEC y el desarrollo de materiales de capacitación, Monitoreo y Evaluación (M&E), promoción de salud, etc., con plazos de diferentes duraciones. El Proyecto además emplea 5 personal local para facilitar las operaciones diarias. El lado Hondureño comparte el costo de los salarios básico de 3 de ellos. Los detalles del personal y su participación se detallan en el Anexo 3

(b) Capacitación de la contraparte

A la fecha, seis miembros de la contraparte Hondureña han recibido el curso de capacitación en Japón. El perfil del programa de capacitación se detalla en el Anexo 4

Adicionalmente, viajó a Nicaragua un equipo de personal Hondureño y Japonés del Proyecto, incluyendo a proveedores de servicios de las 7 ciudades para participar en un intercambio técnico de 6 días con el Proyecto SakuRa, el cual inicio a través de la cooperación técnica entre JICA y el gobierno de Nicaragua. El Anexo 4 ofrece un listado del personal que participó en las capacitaciones fuera de Honduras.

(c) Provisión de equipo

La lista de provisión de equipos se encuentra en el Anexo 5.

(d) Gastos operativos locales cubiertos por el lado Japonés

La cantidad total de gastos operativos cubiertos por el lado Japonés es de 58,128,000 Lempiras, moneda local. Los gastos del año son.

(Unidad: Lempira)	JFY2008	JFY2009	JPY 2010 (a partir de Mayo 10)	Total
Gastos operativos locales, incluyendo el costo de la	25,228,000	32,900,000	25,058,000	83,186,000



renovación				
------------	--	--	--	--

(l) Insumos cubiertos por el lado Hondureño

(a) Asignación de personal contraparte

Hay un total de 19 miembros del personal detallados como contraparte del Proyecto y cuyo involucramiento en el Proyecto varía en su profundidad. A partir de Mayo del 2010 hay una persona en la Oficina Regional asignada a tiempo completo al Proyecto como Especialista de Proyectos de la Región Sanitaria No. 15.

(b) Provisión de la oficina del Proyecto y equipo

La Oficina del Proyecto se estableció en la Oficina de la Región Sanitaria. El espacio de oficina y el mobiliario de oficina básico, junto con servicios como la electricidad y líneas telefónicas son provistos por el lado Hondureño.

(c) La asignación del Presupuesto (o gastos cubiertos) por el lado Hondureño se detalla a continuación.

Hasta el momento el proyecto no ha podido contar con una asignación presupuestaria, la gestiones correspondientes fueron realizadas en el año 2009 y planificadas dentro del POA-presupuesto, el cual no fue aprobado por la Secretaría de Finanzas.

Es necesario que la Sub-secretaría de Riesgos Poblacionales y el Director de la Región Sanitaria Departamental No.15 presenten un ADENDUM al POA-Presupuesto para el año 2011, a la Secretaría de Finanzas.

2.1.2. Actividades y Resultados

(1) Logro del Resultado 1 y de sus actividades: “Los proveedores de salud prestarán los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes (SSRA) en consideración a los y las adolescentes de acuerdo con las normas de Programa Atención Integral a la Adolescencia (PAIA).”

(a) Actividades realizadas para el Resultado 1

El Resultado 1 trata sobre aspectos relacionados con el personal en la provisión de Servicios Amigables para Adolescentes - SAA - que serán abordados a través de la capacitación. Después de estudiar PAIA, que es una iniciativa que se realiza por el nivel Central y que enfoca más en los aspectos técnicos de las clínicas para atender a los usuarios adolescentes, el Proyecto enfoca más en entender las necesidades de los adolescentes y tratarlos con el debido respeto, dejando a un lado los juicios. Los módulos de capacitación fueron tomados del Modelo Tochigi de Japón y se adaptaron a las necesidades locales mediante la “pre-capacitación” (= pre-prueba) seguido por las consultas entre los expertos Japoneses y personal de la contraparte Hondureña. Todos el personal regular de las Unidades de Salud (US) fueron invitados a participar en la capacitación de dos fases consistente en “Calidad de Vida (CdV)” y “Servicios Amigables para Adolescentes” y cada uno de los proveedores de salud entrevistados en la evaluación de medio término mencionó cuán efectiva fue esta capacitación para hacerles darse cuenta y adaptarse a las necesidades especiales de los adolescentes.

Actividades planificadas	Logros
--------------------------	--------



MTE Report – PASOS (draft)

1-1	Establecimiento de un comité para el desarrollo y ejecución del programa de capacitación	El Comité de SSRA se estableció con el mandato de (1) planificar y ejecutar las actividades de capacitación, (2) apoyar la planificación e implementación de SAA, y (3) monitorear y evaluar los procesos y resultados. Los miembros regulares del comité son representantes de las unidades relacionadas de la Oficina Regional (PAIA, Promoción de Salud, Estadística, Desarrollo Sectorial), Médicos Municipales y Enfermeras Supervisoras de las 7 municipalidades y un representante de HRSF.
1-2	Asignación de responsable de coordinación	El comité de servicios SSRA es liderado por el Jefe del Programa de Adolescentes. El Asesor Nacional de Proyecto (ポスト名確認), Jefe de la Unidad de Desarrollo Sectorial y el anterior Jefe del Dpto. De Promoción le asisten en la Oficina Regional. Los médicos municipales y enfermeras supervisoras tiene la responsabilidad de coordinar las capacitaciones y otras actividades a nivel del municipio.
1-3	Identificación de los contenidos necesarios y de posibles participantes de la capacitación 研修内容と研修対象者の特定	Capacitación de Calidad de Vida (CdV) como la base para la provisión de SAA: para todo el personal regular (médicos, enfermeras, enfermeras auxiliares, técnicas y administrativos) como prerrequisito para recibir la capacitación SAA. Los módulos, materiales y capacitador principal fueron proporcionados por el equipo Japonés. Las personas para impartir algunas sesiones fueron seleccionadas de la SS y de la Oficina Regional. A la fecha se ha capacitado a 274 miembros del personal.
1-4	Elaboración de programa de capacitación 研修プログラムの策定	
1-5	Consolidación de materiales didácticos de la capacitación (Recolección y elaboración) 教材の作成	Pre-capacitación de SAA: 35 funcionarios del Nivel Nacional y de la Oficina Regional participaron en esta capacitación, la cual fue una prueba previa de los módulos y materiales SAA existentes de Japón. En base a la retroalimentación de esta capacitación, se hicieron los ajustes en los materiales de capacitación SAA para satisfacer las necesidades locales.
1-6	Selección de instructores 講師の選定	
1-7	Capacitación de los instructores según la necesidad (Observación de los casos exitosos en Honduras, capacitación en Japón y otros países) TOT, (国内・海外研修を含む)	
1-8	Ejecución del programa de capacitación para los proveedores de SSRA プロバイダー研修の実施	Capacitación SAA: Se han impartido 11 sesiones de SAA a un total de 244 personal permanente de los CMI/CESAMO/CESAR en las 7 municipalidades y el Hospital Regional San Francisco (ver la capacitación CdV para mayores detalles). Similar a las Capacitaciones de CdV, la SS apoyo con recursos humanos para algunas sesiones.
1-9	Consolidación y distribución del manual de PAIA y otros	Ningún progreso a la fecha. El Proyecto no promueve directamente PAIA, y por lo tanto el gerente del Proyecto considera que esta actividad no se ajusta muy bien a este proyecto.
1-10	Convocatoria de conferencia periódica para análisis de los casos clínicos entre los proveedores de	A la fecha no se ha convocado a ninguna conferencia. Algunas discusiones sobre el propósito, modalidad y logística de estas



MTE Report – PASOS (draft)

	SSRA y otros	conferencias están en proceso. Puesto que la provisión de SSRA no involucra únicamente casos clínicos esta actividad podría ser cambiada a foros donde los proveedores de salud compartan sus experiencias en SSRA incluyendo consejería y promoción de SSRA.
1-11	Ejecución de monitoreo de cambio en el lugar del trabajo por los participantes	La capacitación de SAA capacitó a los participantes para el auto-monitoreo del progreso de un plan de acción, y los informes de este monitoreo se presentan a las Enfermeras Supervisoras en la reunión mensual. La Enfermeras Supervisoras también visitan cada unidad de salud por lo menos cada dos meses pero esto no siempre se puede realizar. Un equipo de la Oficina Regional hizo visitas de monitoreo a 25 US (CMI/CESAMO/CESAR) para evaluar los cambios logrados después de las capacitaciones y los planes de acción.
1-12	Mejora del sistema metodológico de capacitación	Los módulos y materiales de capacitación de Japón fueron adaptados a las necesidades locales. La Guía de SAA fue modificada después de recibir la retroalimentación de los participantes antes de su impresión

**(b) Logro del Resultado 1:**

Es difícil evaluar objetivamente si el personal en las US está brindando servicios de SSRA según la norma dado que no hay un sistema o herramienta para hacerlo, incluyendo un conjunto de indicadores para evaluar. Por el momento, el personal es juzgado de manera positiva por el Proyecto si es que él o ella están implementando y progresando en los Planes de Acción establecidos para la unidad de salud en la cual laboran, mismo que es verificado por la presentación de informes de auto-monitoreo y visitas de observación por parte de las Enfermeras Supervisoras.

	Indicadores verificables	Logros
1-1	Más del 90% de los trabajadores de salud permanentes proveen servicios de SSRA de acuerdo a las normas. (Normas = las normas de PAIA y las desarrolladas por PASOS)	No se dispone de información apropiada para hacer una evaluación objetiva de esto.  Usando los criterios usados por el Proyecto según se menciona arriba, todas las unidades de salud están brindando servicios amigables para adolescentes y se tiene la opinión que los proveedores de servicios también brindan servicios amigables para adolescentes.

**(2) Logro del Resultado 2 y de sus actividades:** “Un sistema para prestar servicios de SSRA con calidad que faciliten uso de los y las adolescentes, será establecido.”

**(a) Actividades realizadas para el Resultado 2**

El Resultado 2 se refiere a aspectos relacionados con las unidades de salud para la provisión de Servicios Amigables



MTE Report – PASOS (draft)

para Adolescentes. Esto es muy parecido al Resultado 1, con solo un poco más de enfoque en los sistemas. Se incorporó un entrenamiento relacionado en la capacitación de los Espacios Amigables a través del cual cada uno de las US produjo un plan de acción y una hoja de monitoreo.

El Proyecto ha comenzado a discutir el establecimiento de una referencia efectiva para los SSRA basado en el actual sistema de referencia pero el sistema actual no es suficientemente efectivo como para usarlo de base para edificar otro componente sobre el mismo. Aun no se ha alcanzado un logro claro en este sentido.

	Actividades planificadas	Logros
2-1	Elaboración de plan de fortalecimiento de los servicios de SSRA en el Hospital San Francisco (que incluye observación de los casos exitosos en Honduras y otros países) HRSF の SSRA サービス強化計画を策定する	Varios departamentos del Hospital Regional San Francisco que tienen contacto con los adolescentes (por ejemplo el registro, salud de adolescentes y jóvenes, farmacia, emergencia, etc.) han desarrollado planes de acción para mejorar la amigabilidad hacia los adolescentes en sus respectivos puestos de trabajo.
2-2	Ejecución de los servicios diferenciados de SSRA en el Hospital Regional San Francisco HRSF での SSRA サービスの実施	El Hospital Regional San Francisco está implementando sus planes de acción SSRA incluyendo el establecimiento de un lugar para que los adolescentes se reúnan para realizar actividades, e introduciendo y fortaleciendo un sistema para minimizar el tiempo de espera de usuarios.
2-3	Monitoreo de la situación en torno a la prestación de servicios diferenciados de SSRA en el Hospital Regional San Francisco	Está en marcha el auto-monitoreo dentro del HRSF. No hay un monitoreo directo del Hospital Regional San Francisco (HSF) por parte de la Oficina Regional por estar éste bajo la jurisdicción de la SS.
2-4	Mejoramiento de metodología de los servicios diferenciados de SSRA en el Hospital Regional San Francisco	Algunos cambios en el HSF incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualmente se le da prioridad a los adolescentes para acortar el tiempo que esperan ser atendidos.</li> <li>• Hay señalización clara hacia el espacio donde se brinda el Servicio Amigable para Adolescentes en el hospital.</li> </ul>
2-5	Elaboración de plan de fortalecimiento de los servicios de SSRA en las CMI/CESAMO/CESAR における SSRA サービス強化計画を策定する	Después de la capacitación de SAA, todos los CMI/CESAMO/CESAR han establecido sus propios planes de acción para instituir / mejorar los SAA. Los planes se establecen anualmente según sus necesidades, mismas que son identificadas por los mismos proveedores de servicios con referencia a la guía de SAA producida bajo este Proyecto y sujeta a ser aprobada por los Médicos Municipales y la Dirección del PAIA en la Oficina Regional. Un Plan consiste de dos partes: elementos suaves que se refieren a los factores relacionados con el personal individual como ser la actitud y comunicación interpersonal; y aspectos duros que son la infraestructura y



MTE Report – PASOS (draft)

		sistemas de gestión.
2-6	Ejecución de los servicios diferenciados de SSRA en las CMI/CESAMO/CESAR	Todos los CMI/CESAMO/CESAR han implementado sus planes de acción SAA para el 2009, la mayoría cumplieron con sus metas.
2-7	Monitoreo de la situación en torno a la prestación de los servicios diferenciados en las CMI/CESAMO/CESAR	Además de lo mencionado en 1-11, cada US es visitada regularmente por la enfermera supervisora. Las visitas serian cada dos meses; no obstante este no ha sido siempre el caso por la carga de trabajo que tienen las supervisoras.
2-8	Mejoramiento de la metodología de la prestación de los servicios diferenciados en las CMI/CESAMO/CESAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le brinda prioridad a los adolescentes que buscan proveedores de servicios de salud.</li> <li>• Los proveedores reportan haber mejorado su comunicación interpersonal con los usuarios adolescentes con el fin de generar su confianza y atendéndolos de manera diferenciada para que se sientan bienvenidos en las US.</li> <li>• Los proveedores están en contacto con las escuelas locales y, en algunos casos, con los grupos de Iglesias para entregar sesiones IEC a los adolescentes y, en cierto grado, a la población adulta en la comunidad.</li> </ul>
2-9	Establecimiento de criterio de referencia relacionado con los servicios de SSRA (incluyendo clínicas privadas/ONGs?) SSRA リファラル基準の確立	Se está discutiendo cuál sería la mejor manera para mejorar el actual sistema de referencia que no funciona muy bien, con el propósito de introducir un sistema de referencia y contra referencia SSRA que sea funcional.
2-10	Ejecución de actividades de acuerdo con el criterio de referencia relacionado con los servicios de SSRA 基準に沿ったリファラルの実施	
2-11	Monitoreo de la referencia relacionada con los servicios de SSRA リファラルのモニター	
2-12	Mejoramiento del criterio de referencia relacionado con los servicios de SSRA リファラル基準の改善	
2-13	Establecer un espacio donde los y las adolescentes puedan reunirse libremente 若者が集まれる場所を提供する	Muchas US incluyendo HRSF han establecido una habitación/salón pequeño (a veces es únicamente un Rincón del pasillo) para que sea usado por los adolescentes locales, dándoles la oportunidad que ellos mismos decoren el espacio con el propósito de romper las barreras (principalmente mentales) para acceder a las US/personal de salud. Los estudiantes locales usan el espacio para hacer las tareas o asignaciones que se relacionan con aspectos de salud

2-14	Establecer condiciones que les permitan conseguir fácilmente el preservativo a los y las adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muchos de las US visitadas tienen una cesta de condones afuera del salón de consulta para que estén a la libre disposición de quienes los necesitan sin tener que solicitarlos. Quizás sea difícil que los adolescentes los perciban como un espacio de espera abierto. Se reporta que son pocas las adolescentes mujeres que los visitan</li> <li>• Algunos proveedores mantienen condones en sus hogares para dárselos a los adolescentes ya que ellos frecuentemente se les acercan para pedirlos.</li> <li>• Sin embargo, algunos proveedores creen que es contra de regulaciones oficiales darles anticonceptivos a los adolescentes a no ser que previamente hayan estado embarazadas y por tanto no les dan libre acceso a los condones.</li> <li>• Se deben buscar maneras para que les sea más fácil a las muchachas obtener los condones.</li> </ul>
------	---	---

**(b) Logro del Resultado 2**

Similar al Resultado 1, y es difícil evaluar objetivamente si una US se encuentra actualmente brindando los servicios de SSRA según la norma ya que no hay una herramienta para hacerlo, incluyendo un conjunto de indicadores para la evaluación. El Proyecto juzga que una unidad de salud provee SAA cuando la misma está implementando el plan de acción SAA que fue aprobado por la OR. Esto se verifica mediante los informes de auto-monitoreo y la supervisión ocasional por parte de las Enfermeras Supervisoras

	Indicadores verificables	Logros
2-1	Un Servicio Amigable para Adolescentes (SAA) que provea servicios de SSRA se ha establecido en más del 90% de unidades de salud	<p>No se dispone de información objetiva para evaluar con objetividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de las unidades de salud gubernamentales en las 7 municipalidades participantes están brindando SAA según los criterios del Proyecto mencionados arriba.</li> </ul>
2-2	La tasa de satisfacción de los usuarios de SSRA se ha incrementado	<p>No se dispone de datos.</p> <p>El nivel de satisfacción entre los usuarios adolescentes fue evaluado tanto por las encuestas de la línea base como de la evaluación de medio término; no obstante, dadas las diferencias en la muestra, al comparar la información se podrían malinterpretar los resultados.</p>
2-3	Un sistema de referencia para adolescentes, utilizando un formulario es implantado.	<p>Aún no se introduce.</p>

**(3) Logro del Resultado 3 y de sus actividades:** “Los adolescentes, tomaran una actitud positiva en recibir los servicios de SSRA por medio de la concientización.”

Se encontró una clara desigualdad entre las actividades detalladas y los indicadores de resultados. Inicialmente, el



MTE Report – PASOS (draft)

Proyecto visualizaba el logro de este resultado a través de actividades IEC/cambio de actitud y comunicación (BCC) realizadas por sus propios educadores de pares así como con el apoyo a colegios y otros programas y organizaciones relacionadas con adolescentes para la realización de sesiones educativas pertinentes. Sin embargo, durante el curso de la implementación se tomó la decisión de cambiar la estrategia para emplear líderes de pares como el principal instrumento para entregar este resultado. Subsecuentemente, se cambiaron los indicadores del resultado, sin cambiar la lista de actividades, resultando en la disparidad que se ha visto en el PDM2.

Al momento de la evaluación del medio término, el Proyecto está fuertemente orientado hacia el establecimiento de un grupo de consejeros pares (denominados “Líderes de Pares”) y de un espacio amigable en cada una de las municipalidades participantes. En Juticalpa se establecieron dos Espacios Amigables y un grupo de pares, faltando aún el desarrollo completo de un sistema de apoyo. El Proyecto pretende establecer 6 conjuntos más de grupos de pares y Espacio Amigable con un sistema de apoyo plenamente desarrollado y conducir actividades de IEC/Cambio de Comportamiento para mejorar la conducta de adolescentes en su búsqueda de servicios de salud, en colaboración con actores locales como Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud y los colegios, durante el periodo que aún le queda al Proyecto.

No obstante que a la fecha aún no se han implementado muchas actividades de IEC en esta estrategia modificada, se pudo observar que los proveedores de salud capacitados (Resultado 1) han tomado iniciativas para iniciar sus propias actividades IEC para los adolescentes en sus unidades de salud y colegios locales y, en algunos casos, con las iglesias. Sin embargo, estas actividades locales de IEC no están captadas adecuadamente en el actual sistema de monitoreo, especialmente las que se realizan fuera de las poblaciones más grandes de las municipalidades.

(a) Actividades realizadas para el Resultado 3

Actividades planificadas		Logros
3-1	Establecimiento de sistema de coordinación interinstitucional para la creación y apoyo de COMVIDA (un programa municipal para adolescentes) 設立支援を含むCOMVIDAとの連携体制を確立する	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En Juticalpa existe un acuerdo de cooperación entre COMVIDA y PASOS. El coordinador de COMVIDA es un miembro regular del Comité de Región y ha recibido capacitaciones de Coordinadores de Pares.</li> <li>• En otras municipalidades, el personal de salud (Médicos Municipales y Enfermeras Supervisoras) están en contacto con buenas relaciones de colaboración aún cuando no han establecido mecanismos formales de coordinación. El Proyecto planea establecer mecanismos formales de colaboración durante el proceso de establecer un Espacio Amigable en cada una de las municipalidades. En el caso de Juticalpa, se llegó a un acuerdo formal con la municipalidad la cual ahora cubre los costos de operación (alquiler, servicios públicos) del Espacio Amigable localizado en el centro de la ciudad.</li> </ul>
3-2	Establecimiento de sistema de coordinación con los organismos relacionados con	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los proveedores de servicios tienen una cooperación individual establecida con las escuelas e Iglesias en las</li> </ul>



MTE Report – PASOS (draft)

	las actividades de concientización sobre SSRA en las comunidades	<p>comunidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En Juticalpa se organizarán seminarios abiertos de SSRA periódicos como actividad del Proyecto con los múltiples actores como los representantes del sector educativo, docentes, Iglesias, padres de familia y los adolescentes mismos.</li> </ul>
3-3	<p>Consolidación de los materiales de IEC (Recolección y elaboración) IEC マテリアルを整備 (収集と作成) する</p>	<p>Se recabaron y examinaron los materiales IEC existentes para poder determinar los materiales que debe producir PASOS sin que haya duplicaciones. Los siguientes materiales se han producido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un rotafolio de SSRA, distribuido a todas las US de las 7 municipalidades y los espacios amigables.</li> <li>• 4 folletos para adolescentes relacionados con “adolescencia”, “Auto Estima”, “Nuestros Derechos” y “Nuestro futuro”</li> </ul> <p>Además de estos materiales promocionales, también se ha producido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 tipos de trífolios promocionales y una hoja volante acerca de los “Líderes Pares” y “Espacios Amigables”</li> <li>• Camisetas Polo y gomas</li> <li>• Rótulos para los dos Espacios Amigables en Juticalpa</li> <li>• Banners de Servicios Amigables para las US</li> <li>• Fólderes para documentos, libretas de apuntes, cuadernos para diarios, stickers, bolígrafos, canciones alusivas al Proyecto en Dvd y CD</li> <li>• Boletín (1 edición)</li> </ul>
	<p>Asesoría en las actividades de IEC IEC 活動へ助言する (誰が誰の?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las actividades IEC las realizan principalmente los proveedores de servicios en las US y/o las comunidades incluyendo los colegios e iglesias.</li> <li>• Por el momento, los líderes de pares participan principalmente en la promoción de los espacios amigables y consejería de pares y no han realizado mucho en cuanto a las actividades de IEC, a parte de la Campaña del Día Internacional contra el SIDA en el 2009.</li> </ul>
3-5	<p>Apoyo a la ejecución de las actividades de IEC IEC 活動実施を支援する (誰が誰の?)</p>	

<p>3-6</p>	<p>Formación, desarrollo de líder de consejería de adolescente a adolescente (Líderes de Pares/Peer Leader) y prestación de apoyo al líder ピアリーダーを育成し支援する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por el momento esto únicamente se ha implementado en Juticalpa.</li> <li>• 33 Líderes Pares (llamados Adolescentes y Jóvenes Apoyándose entre Si (“AJAES”) se han reclutado y recibido la primera capacitación en Juticalpa, turnándose para atender los dos Espacios Amigables. En un centro de la ciudad se dispone tres días a la semana para dar consejería de pares y una vez por semana en el HSF.</li> </ul> <p>El Proyecto concibe el siguiente sistema de apoyo para los Líderes de Pares:</p> <p>(1) “Coordinadores de Pares” son quienes facilitan las actividades de los Líderes de Pares mediante la provisión de asesoría profesional según sea necesario y en coordinar las actividades con los programas de otras organizaciones. A la fecha se han formado 10 Coordinadores de Pares en Juticalpa, la mayoría de los cuales son personal de la contraparte Hondureña. El grupo se auto denominó Coordinadores de Pares Olanchanos (COPAO)</p> <p>(2) “Facilitadores de Pares” son adultos cercanos a los Líderes de Pares y quienes se identifican y apoyan el concept del proyecto y prestan cualquier tipo de apoyo. También se espera que estos sensibilicen y eduquen a los demás adultos en sus entornos. Se debe recibir la capacitación para Facilitadores de Pares para ser un Facilitador. A la fecha no se ha organizado una capacitación con este fin pero en Juticalpa se organizó un taller abierto de SSRA, invitando al público en general e incluyendo a los padres y madres de los Líderes de Pares con el propósito de socializar el Proyecto y obtener apoyo.</p> <p>(3) “Capacitadores de Pares” son adultos formados que brindan capacitación a los Líderes de Pares, Coordinadores de Pares y Facilitadores de Pares y brindan orientación a los Líderes de Pares en cualquier momento que sea necesario. Aún no se producen los Capacitadores de Pares. El apoyo y orientación que reciben los Líderes de Pares en la actualidad es brindado por los Coordinadores de Pares.</p> <p>(4) Se establecerá un Espacio Amigable en la cabecera municipal de cada uno de los municipios participantes y será un lugar para que los adolescentes puedan llegar a recibir consejería de pares, obtener información de SSRA de los Líderes de Pares o simplemente reunirse con otros con propósito apropiados. El Espacio también sirve de base para los Líderes de Pares. Por el momento se estableció uno en el centro de Juticalpa y otro dentro del Hospital Regional San Francisco, adjunto a la unidad de salud para adolescentes</p>
------------	---	---

*hm*

*u*



MTE Report – PASOS (draft)

3-7	Monitoreo de las actividades de IEC IEC 活動のモニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El desarrollo de los Líderes de Pares y sus actividades se monitorean de manera cercana a través de los reportes de los Coordinadores de Pares y en las reuniones quincenales de AJAES con los Coordinadores de Pares.</li> <li>• Aún no se desarrolla un sistema para monitorear las actividades de IEC que podrían captar las actividades del nivel más rural fuera de Juticalpa.</li> </ul>
3-8	Propuesta de mejoramiento de las actividades de IEC IEC 活動の改善を提案する	No se han hecho modificaciones significativas a la fecha.
3-9	Establecimiento de sistema de coordinación con las escuelas/instituciones educativas 学校・教育機関との連携体制を確立する	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Departamental de la Secretaría de Educación es miembro del Comité de Servicios de SSRA pero rara vez tienen representación.</li> <li>• Se ha socializado PASOS en los colegios de Juticalpa y estos les dan el espacio a los Líderes Pares para que promocionen las actividades.</li> <li>• A nivel local, muchos de los proveedores de servicios están en contacto con los colegios en sus localidades para divulgar actividades de IEC dentro y fuera de los centros educativos.</li> </ul>
3-10	Apoyo a la ejecución de la educación de SSRA SSRA 教育実施を支援する (誰が誰の?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individualmente, los proveedores de servicios brindan sesiones informativas dentro y fuera de los centros educativos. No se le brinda ningún apoyo a los proveedores. Aparte de los materiales de IEC, no se les brinda ningún apoyo a los proveedores.</li> <li>• El Proyecto no brinda ningún apoyo directo a los docentes para que impartan educación sexual y reproductiva en los centros educativos.</li> <li>• A la fecha hubo una ocasión en Juticalpa en donde personal de la Oficina Regional impartió una sesión de SSRA en un colegio, orientado a los estudiantes y padres de familia.</li> </ul>
3-11	Monitoreo de la educación de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es difícil obtener un panorama completo de las actividades IEC en los</li> </ul>

MTE Report – PASOS (draft)

	SSRA (誰の?) SSRA 教育をモニターする	centros educativos dado que son en base ad hoc y por tanto no se ha establecido un sistema para recabar esta información en la OR.
3-12	Propuesta de mejoramiento de la educación de SSRA SSRA 教育の改善を提案する	El involucramiento organizado del Proyecto en la educación sexual en los colegios has sido mínimo dado que son pocos los colegios que actualmente brindan educación sexual.
3-13	Actividades de IEC/Seminario entre las autoridades de la educación de SSRA/Creación de un consejo IEC 活動・SSRA 教育関係者のセミナー・協議会を開催する	No se ha organizado un seminario específicamente orientado para personal del sector educativo. No obstante, docentes participaron en el seminario abierto de SSR impartido en Juticalpa.

(b) Logro del Resultado 3

	Indicadores verificables	Logros
3-1	トレーニングを受けた医療スタッフやピアリーダーに相談したいと思う思春期の若者の数が増加する。 El número de adolescentes que quieren hablar sobre servicios de SSRA con el personal de salud capacitado en SSRA, o líderes adolescentes se ha incrementado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las entrevistas con los proveedores indican que actualmente es mayor el número de adolescentes que los busca con el fin de obtener consulta/consejería/suministros pero no siempre se registran.</li> <li>Los servicios amigables y líderes de pares an no son muy conocidos lo cual indica la necesidad de su divulgación.</li> </ul>
3-2	El número de facilitadores de pares (padres de adolescentes, maestros, y personas de la comunidad) que aprecian la provisión de servicios de SAA se ha incrementado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay datos de la línea base.</li> <li>Dado que el proyecto ha organizado unos pocos seminarios/campañas/capacitaciones para los adultos quizás el número haya aumentado no obstante no se pudo evaluar de cuanto fue el aumento.</li> </ul>
3-3	Porcentaje de adolescentes que visitan los Espacios Amigables para Adolescentes.	El número de adolescentes que han visitado cualquiera de los dos Espacios amigables en Juticalpa hasta el 25 de mayo del 2010 es 77. Esto representa 0.24% del total de la población de adolescentes de las 7 municipalidades combinadas
3-4	Un sistema de apoyo para el mantenimiento de las actividades de pares se ha establecido	“Establecimiento del sistema de apoyo para pares” se define por parte del Equipo del Proyecto como el establecimiento de (1) Espacios Amigables, (2) Coordinadores de Pares, (3) Facilitadores de Pares, y (4) Capacitadores de Líderes de Pares. En este sentido los primeros dos componentes han sido establecidos en Juticalpa. En las otras municipalidades discusiones preparatorias se han llevado a cabo pero todavía no



	se han establecido.
--	---------------------

- (4) Logro del Resultado 4 y de sus actividades: "Un sistema de administración y operación de la Secretaría de Salud para prestar los servicios de SSRA, que incluyen concientización, será establecido."

(a) Actividades realizadas para el Resultado 4

El Resultado 4 se relaciona con la capacidad de gestión del Ministerio de Salud (entendiendo que se trata principalmente como la Oficina Regional) a través de la institucionalización de varios sistemas así como con la capacitación formal e informal de su personal. Se deben mejorar los indicadores de resultados para que esto se refleje apropiadamente ya que los actuales se concierne únicamente con que se integre el monitoreo y coordinación en el trabajo de rutina

Actividades planificadas		Logros
4-1	Establecimiento de sistema de coordinación entre las secciones relacionadas a SSRA dentro de la Región Sanitaria No.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité Conjunto de coordinación (CCC): establecido en el nivel central con los actores pertinentes. Se convocó a tres sesiones en el año fiscal Japonés (JFY) 2008 (hasta Marzo 2009) y a ninguna otra después dado los cambios en la administración que acompañaron la situación política.</li> <li>• Comité Técnico: Originalmente se planificó como foro asesor y de toma de decisiones para los aspectos técnicos del Proyecto – bajo CCC. No obstante, actualmente sirve como foro de intercambio de información y de coordinación para la SS y de los socios que se desarrollan en el campo de la SSRA.</li> <li>• Comité Regional: establecido como entidad para la toma de decisiones a nivel Departamental, involucrando a personal clave de la Oficina Regional, para funcionarios a cargo de salud, educación y desarrollo de jóvenes en las siete municipalidades y el equipo del Proyecto. Se convoca a una reunión aproximadamente cada tres meses. No obstante, algunas de las unidades dentro de la Oficina Regional no envían un representante a las reuniones</li> <li>• Comité de Servicio SSRA: (ver 1-1)</li> </ul> <p>Inicialmente se visualizaba que dentro de la Oficina Regional existían varias unidades que estarían involucradas en el Proyecto pero se observa que desempeñan roles mínimos, diferente al panorama original en el cual tendrían una más amplia participación.</p>
4-2	Establecimiento de sistema de monitoreo de la prestación de servicios de SSRA SSRA サ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Proyecto desarrolló e introdujo un formato adicional para la recaudación de estadísticas específicas de servicios para</li> </ul>

*h*

*h*

MTE Report – PASOS (draft)

	サービス提供に関するモニタリング体制を確立する	adolescentes (PASOS 1 y 2). La Oficina Regional adoptó los formatos y actualmente recibe datos de manera rutinaria por parte de todas las unidades de salud en el Departamento. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ha instituido un sistema para planificar y monitorear el progreso de los planes de acción de los SAA en las US, incluyendo la provisión de retroalimentación. La implementación de los Planes de Acción es auto-monitoreada por los proveedores de servicio</li> </ul>
4-3	Establecimiento de sistema de monitoreo de las actividades de IEC ICE 活動に関するモニタリング体制を確立する	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualmente no hay un sistema comprensible para recabar información de las actividades de IEC realizadas por los proveedores individuales en cada municipalidad.</li> <li>• Las actividades de IEC realizadas por los Líderes de Pares en Juticalpa se monitorean estrechamente por los Coordinadores de Pares.</li> </ul>
4-4	Establecimiento de sistema de monitoreo de la educación sexual en el sector educativo SSRA 教育に関するモニタリング体制を確立する	Sin progreso a la fecha.
4-5	Ejecución del estudio de línea de base y al final del proyecto ベースライン調査を実施する	Se realizó la encuesta de línea base mediante la combinación de (1) evaluar las necesidades de los y las adolescentes, (2) el estado actual de los servicios SSRA proporcionados por las US oficiales, y (3) la línea base para los indicadores
4-6	Ejecución de estudio de diferentes monitoreos 各種モニタリング調査を実施する	Se levantó una encuesta de medio término para recabar datos básicos para agregar a los datos de la encuesta de línea base.
4-7	Establecimiento de sistema de planificación de la prestación de servicios de SSRA/ Actividades de IEC/la educación sexual en el sector educativo SSRA サービス提供、IEC 活動、SSRA 教育に関する企画立案体制を確立する	El comité de SSRA es el encargado de la planificación de cualquier actividad relacionada con la provisión de servicios.  No ha habido progreso para IEC y SSRA en el área de educación.
4-8	Documentación de experiencias exitosas del proyecto como modelo tomando en consideración el concepto de PAIA e introducción a otros departamentos PAIA をベースにモデルとなる経験を文書化し他県へ紹介する	Aun no hay casos en otros departamentos.

(b) Logro del Resultado 4



Indicadores verificables		Logros
4-1	El monitoreo de las actividades de SSRA está integrado al trabajo rutinario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las estadísticas de los servicios a adolescentes están incorporados en la recaudación de datos regulares de la Oficina Regional. Los datos están compilados pero quizás no sean utilizados de manera adecuada.</li> <li>Las actividades IEC fuera de Juticalpa no se monitorean de la mejor manera</li> </ul>
4-2	La coordinación entre organizaciones relacionadas a actividades de SSRA (incluyendo actividades de IEC) está integrada al trabajo rutinario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La jefatura del PAIA de la Oficina Regional realiza la tarea de coordinación como parte de sus responsabilidades regulares, dado que este cargo conlleva la supervisión de actividades relacionadas con la adolescencia.</li> <li>Muchos proveedores de servicios (no se conoce el número o proporción), especialmente en las áreas rurales, están en contacto constante con los centros educativos y/o iglesias locales para la organización de actividades IEC</li> </ul>

(5) Otras actividades

Las siguientes actividades no contribuyen a un resultado específico.

<p>Se organizaron talleres de lanzamiento en las 7 municipalidades antes de levantar la encuesta de línea base, con el propósito de introducir el proyecto y sensibilizar y solicitar apoyo de las autoridades locales. Se tuvo la asistencia de aproximadamente 1200 personas en los talleres.</p>
<p>6 personal claves del Proyecto, 2 de la SS, 2 de la Oficina Regional y otros 2 del HSF participaron en la capacitación de la contraparte organizada en Japón para aprender de su experiencia.</p> <p>6 personas claves del proyecto, dos de la SS, dos de la oficina regional y dos del Hospital Regional San Francisco participaron en la Capacitación de contrapartes organizada en Japón para conocer la experiencia japonesa.</p>
<p>Se organizó una gira de intercambio a Nicaragua para compartir la experiencia del Proyecto SakuRa. Participaron 13 personas del lado Hondureño (incluyendo personal del nivel municipalidad) y del Japonés.</p> <p>Un grupo de estudio visito Nicaragua fue organizada para intercambiar experiencias con el Proyecto SakuRa. 13 participantes de la contraparte hondureña (incluyendo personal del nivel municipal) y participantes de la contraparte Japonesa.</p>
<p>En Juticalpa, la celebración del día Mundial contra el VIH/SIDA del 2009 fue organizado en conjunto con la red Interinstitucional.</p>

2.1.3. Objetivo del Proyecto y Objetivo Superior

(I) Objetivo del Proyecto: "Incrementar el número de los y las adolescentes que reciben la atención de la

Salud Sexual y Reproductiva en los 7 municipios del Departamento de Olancho<sup>7</sup>

La evaluación encontró alguna confusión acerca de la redacción y definiciones de los indicadores entre los PDMs en Japonés y en Español (versión 2). Los indicadores presentados en el presente están de acuerdo al PDM en Español (versión 2) aprobada por el CCC y las discrepancias – al haberlas – se comentan en las notas al pie de página.

Adicionalmente, quizás se debe revisar cuan apropiado es el Indicador 1.3 que incluye “consejería sobre cualquier tema” como servicio para evitar embarazos, en vista de la necesidad de establecer el indicador más propicio con el fin de evaluar los logros del objetivo que se pretende lograr en este Proyecto.

En su punto intermedio, el Proyecto ha logrado la meta de haber cumplido con 4 de los 6 indicadores, aun cuando la mayoría de sus componentes IEC no se han implementado.

Indicadores verificables		Logros <sup>(1)</sup>
1.1	El promedio del número de controles prenatales (CPN) recibidos por adolescentes embarazadas se ha incrementado a 2.0 CPN/adolescente.	2.7 (línea base) → 3.1  c.f. El número promedio de visitas de CPN de muchachas entre los 15 a 19 años de edad en Olancho es de 5.0 (DHS2005)
1.2	El porcentaje de embarazadas adolescentes que reviven CPN al menos una vez se ha incrementado al 35%.	18.3% (línea base) → 47.9%
2	思春期の妊婦の施設分娩割合(%)が30%に増加する。  El porcentaje de adolescentes cuyos partos son institucionales se ha incrementado al 30%.	22.6% (línea base) → 27.1%  c.f. 54.6% de muchachas entre los 15 a 19 años de edad en Olancho fue atendido en su parto por parte de un profesional de la salud (DHS 2005)
3 (2)(3)	El porcentaje de adolescentes que reciben servicios de prevención de embarazo se ha incrementado en 80%.	454.4 personas/mes (línea base) → 895.3 personas/mes = 97.0% aumento  En caso que se excluyan las “visitas a los Espacios Amigables” y “consejerías no relacionada con SSR en las unidades de salud”: = 80%
4-1 <sup>(4)</sup>	El porcentaje de adolescentes que reciben servicios de consejería integral por las unidades de salud se ha incrementado a 30%.	22.1% (línea base) → 39.0%  (Los datos usados para computar este resultado suponen que todos los adolescentes que visitaron las unidades de salud recibieron consejería de SSRA).
4-2 <sup>(5)</sup>	El porcentaje de adolescentes que reciben	(no hay datos de línea base data por no haber



MTE Report – PASOS (draft)

	servicios de consejería integral por los Espacios Amigables para Adolescentes (EAA) se ha incrementado.	Espacios Amigables en ese tiempo) → El número total de adolescentes que visitaron el Espacio Amigable: 77 (hasta el 25 de mayo, 2010) → El número de adolescentes que recibieron consejería sobre cualquier tema en el Espacio Saludable: 10 (igual)
<p>(1) Los Logros están computados utilizando las estadísticas de servicio para el periodo de 8 meses (Mayo – Dic, 2009) con los ajustes necesarios para hacerlos comparativos con los datos de la línea base, a no ser que se establezca lo contrario.</p> <p>(2) En el PDM Japonés, este indicador se lee así: “El número de adolescentes que reciben servicios relacionados con la planificación familiar aumenta en un 80% a partir de datos de la línea base” y el logro citado aquí se computa de acuerdo al mismo.</p> <p>(3) Los “servicios de prevención de embarazo” incluyen (a) 4 métodos de planificación familiar (oral, condón, inyección y DIUs), (b) consejería sobre cualquier tema, y (c) el uso de los Espacios Amigables (únicamente 2 establecidos en Juticalpa)</p> <p>(4) Durante el transcurso de la implementación se cambió este indicador para que se leyera así: “El número de adolescentes que reciben cualquier clase de servicios en las unidades de salud por primera vez”. No obstante, esto no se reflejó en las versiones PDM en Japonés y Español (versión 2) y por ende, el Logro “anterior” fue presentado al equipo de evaluación de medio término.</p> <p>(5) Este indicador se cambió para que expresara “el número de adolescentes que visitaron los Espacios Amigables” cuando se revisó el PDM (ver.1) fue revisado pero por algún motivo no se reflejó el cambio en el PDM (version 2).</p> <p>* La meta de 2.0 se estableció usando un cómputo equivocado de los datos de la línea de base de 1.7 en lugar de 2.7</p>		

(2) Objetivo Superior:

(a) Contribuir a la disminución del porcentaje de embarazos en adolescentes en el Departamento de Olancho

(b) Los y las adolescentes del Departamento de Olancho optarán por conductas sexuales responsables con conocimientos correctos de Salud sexual y Reproductiva<sup>1</sup>

Al momento de la evaluación del medio término no se dispone de datos para evaluar los logros en estas metas.

Mientras tanto, la revisión de medio término detectó la necesidad de revisar el enunciado del Objetivo Superior (b) y su indicador por los siguientes motivos:

- El indicador es muy ambiguo y requiere de otro conjunto de indicadores para evaluar los logros.
- La relación lógica entre el Objetivo Superior (b) y el objetivo del Proyecto no es una de causa-resultado, mientras que de efecto/causa mientras que entre el Objetivo Superior (b) y el objetivo del Proyecto no lo es.

	Indicadores verificables	Logro
A	思春期妊娠者率が低下する Disminuir la proporción de embarazos en adolescentes	No se dispone de datos.

<sup>1</sup> Este enunciado de objetivo no tiene una relación de causa-efecto con el Propósito del Proyecto y por tanto no es apropiado como Objetivo Superior.



B	責任ある性行動をとる若者が増加する Aumentar la proporción de los y las adolescentes que optan por las conductas sexuales responsables.	No se dispone de datos. Se encontró que este indicador es muy ambiguo.
---	--	---

## 2.2. Proceso de Implementación

### 2.2.1. Método de Transferencia Técnica

Todas las actividades de capacitación tienen el propósito de transferir los conocimientos al lado Hondureño. Además de aumentar las capacidades de los proveedores de servicios y Líderes de Pares, el Proyecto también busca intencionalmente desarrollar la capacidades de la contraparte Hondureña a nivel de la Oficina Regional a través de la capacitación formal (como ser la capacitación sobre monitoreo) así como de involucrarlos en sesiones selectas de capacitación para capacitadores y así puedan planificar, implementar, monitorear y evaluar otras actividades similares en el futuro sin asistencia externa. La Guía de Servicios Amigables para Adolescentes, que incluye un plan de capacitación y presentaciones visuales usadas durante la capacitación, fue desarrollada con esta consideración en mente.

### 2.2.2. Compromiso por el lado Hondureño

La reducción de embarazos en adolescentes y la provisión de cuidados necesarios para las adolescentes embarazadas son temas de alta prioridad del gobierno de Honduras. En este sentido, este proyecto ha recibido un apoyo generoso particularmente en términos de recursos humanos a nivel regional. Los proveedores de servicios capacitados por el proyecto también exhibieron unánimemente un nivel altísimo de compromiso y dedicación con la prestación de servicios amigables para los y las adolescentes.

En general, el nivel de compromiso de las municipalidades participantes parece ser alto, según lo expresado por los Medico Municipales y Enfermeras supervisoras, aun cuando hay algunas variaciones entre las distintas municipalidades. La contraparte Hondureña y el equipo Japonés en la Oficina Regional trabajan juntos con los Médicos Municipales y Enfermeras Supervisoras con el fin de cultivar un compromiso más sólido y un sentido de apropiación dentro de las municipalidades

### 2.2.3. Cooperación con las contrapartes pertinentes

La gerencia del Proyecto mantiene un estrecho contacto con los coordinadores municipales de COMVIDA y, en el caso de Juticalpa, también con el Programa de Seguridad Humana. En principio, las municipalidades han expresado su voluntad para colaborar con PASOS en cualquier asunto relacionado con la adolescencia no obstante que únicamente se ha desarrollado una colaboración solido en Juticalpa por medio del establecimiento de los Espacios Amigables para Adolescentes. En las demás municipalidades, el trabajo comenzó muy recientemente.

Es alentador observar que se desarrollan relaciones de cooperación entre los proveedores de servicios de salud y los colegios o iglesias locales, especialmente en el área rural. Este tipo de colaboraciones no siempre se reportan pero deben promoverse activamente de manera



intencional.

A nivel central, vale la pena mencionar que el Comité Técnico, visualizado como el ala técnica del CCC para este Proyecto, ha evolucionado hasta convertirse en un foro de SSRA para la SS y las contrapartes de desarrollo que promueven la coordinación y colaboración entre los actores interesados en SSRA.

Factores que promueven e inhiben el progreso del Proyecto

(1) Factores que promueven el progreso del Proyecto

Personal dedicado de la contraparte: Dos miembros claves del personal en la Oficina Regional - el anterior Director de la OR (actualmente un asesor especial del Proyecto) y el Director del PAIA - trabajan en la oficina del Proyecto, dedicándole casi todo su tiempo a este Proyecto. Los 6 miembros del personal que recibieron la capacitación de la contraparte en Japón en el 2009 también dedican su tiempo libre para servir como Coordinadores de Pares.

Las experiencias previas de la contraparte con JICA: La Oficina Regional y mucho del su personal estuvo involucrado en PROSARE 7 y estaban ya familiarizados con la filosofía y modalidad de JICA.

**El interés general hacia los adolescentes:** Se ha generado un gran interés en varios sectores acerca del crecimiento saludable de los adolescentes. Esto hace que sea más fácil que el proyecto colabore con otros actores fuera del campo específico de la salud.

El asunto de embarazos en adolescentes es algo con que todos los adultos se pueden relacionar fácilmente por ser tan común.

(2) Factores que inhiben el progreso del Proyecto

**Brote de la Influenza H1N1** – temporalmente detuvo la implementación de actividades. De manera similar, la situación política del 2009 detuvo muchas actividades, incluyendo CCC.

**Situación política y cambios en la administración en el 2009-2010**

El CCC no se pudo convocar a causa de la situación política en el 2009. No obstante, la gerencia del Proyecto sostuvo varias reuniones con la SS para mantenerla informada del progreso logrado por el Proyecto. Las restricciones de viaje que fueron impuestas durante la situación política también afectaron el calendario de implementación. Los docentes estuvieron en huelga, imposibilitando que se les abordara para realizar actividades conjuntas.

Una de las estrategias de campo empleada por el Proyecto es la de alentar que las municipalidades participantes compartan el costo de establecer y administrar los Espacios Amigables. Esto requiere de un número de consultas antes de lograr los respectivos acuerdos. Los cambios drásticos en las administraciones municipales después de la situación política retrasaron el Proyecto. 6 de las 7 municipalidades ahora tienen nuevos alcaldes, con quienes el Proyecto debe establecer relaciones de confianza mutua y de colaboración.

Es algo limitado el número absoluto del personal que está suficientemente capacitado para liderar la

capacitación y otras actividades. En consecuencia, los que están en el comité de servicios SSRA, especialmente las Enfermeras Supervisoras, están con una sobrecarga de trabajo para que manejen e implementen este proyecto.

### 3. Evaluación con Cinco Criterios

#### 3.1. Relevancia

El Proyecto es altamente relevante por las siguientes razones:

##### (1) Políticas/estrategias nacionales

- La reducción de la mortalidad materna está claramente definida como una de las prioridades del Documento de la Estrategia de Reducción de Pobreza (PRSP) de Honduras. Aun cuando el país ha reducido la tasa de mortalidad materna a 110 (2005), las tasas para los grupos entre los 12 a 14 años y 15 a 19 años aun están altas, alcanzando 391 y 160 respectivamente.
- El Plan Nacional de Salud del 2021 menciona específicamente que las prioridades que se atenderán a través de la promoción de educación sexual y los estilos de vida saludables en adolescentes son los embarazos en adolescentes y la violencia entre jóvenes. Basados en este marco, la SS ha estado implementado el PAIA en todo el país y es a través de PAIA que se abordan los temas de SSRA, y el Proyecto complementa estos esfuerzos.

##### (2) Necesidades de Olancho

Las necesidades que tiene Olancho de intervenir para reducir los embarazos en adolescentes se indican en las siguientes estadísticas del DHS 2005:

- 24% de las muchachas entre los 15 y 19 años son sexualmente activas (segundo lugar más alto, el promedio nacional es de 18.4%);
- 26.1% de esta misma población están casadas o en unión libre (segundo lugar más alto, el promedio nacional es de 20.3%);
- 25.3% de las muchachas casadas nunca usaron ningún método de planificación familiar (cuarto lugar más alto, el promedio nacional es de 18.5%).


##### (3) Políticas de ayuda extranjera de Japón

- El plan de asistencia de JICA para Honduras identifica Salud junto con Agua como una de las áreas prioritaria de cooperación, la cual ha sido trabajada a mejorar acceso al servicio de Salud
- Las unidades de salud y capacidades mejoradas de los proveedores de salud a través de apoyo JICA ha servido como base sólida para este Proyecto, el cual se enfoca específicamente en las necesidades de SSR de la adolescencia.

#### 3.2. Efectividad

El Proyecto busca aumentar el número de adolescentes que usan servicios integrados de SSR mediante el derribo de las barreras psicológicas hacia las unidades de salud. Esto se logrará al crear un ambiente acogedor y con alentar a los adolescentes a que adopten comportamientos positivos de salud a través de información y educación con el componente integral de auto estima.

En esta etapa no es posible verificar la efectividad del Proyecto de manera general dado que se encontró que los indicadores para medir el logro de propósito del Proyecto son problemáticos en cuanto a las definiciones, fuentes de





## MTE Report – PASOS (draft)

datos y/o cómputos. Se deben revisar los indicadores y las cifras correspondientes que se busca alcanzar para facilitar las futuras actividades de evaluación.

El La capacitación de SAA (incluye la capacitación de CdV) parece haber sido muy efectivo al cambiar la perspectiva de, y la actitud hacia, los adolescentes, juzgando por las observaciones y entrevistas sostenidas por el equipo evaluador con los proveedores de servicios. El proyecto no tiene las herramientas para medir esta mejora de manera objetiva pero la evaluación pre y pos capacitación produjo resultados positivos.

Por otro lado, la efectividad de la estrategia de pares utilizada por el Proyecto para inducir a jóvenes a que tengan comportamientos positivos y activos en su búsqueda de su salud sexual y reproductiva no se puede establecer por el momento. Se observa que el establecimiento de un “sistema de pares” consistente en Líderes de Pares capacitados, adultos quienes los apoyan capacitados (por ejemplo, Capacitadores de Pares, Coordinadores de Pares y Facilitadores de Pares) y los Espacios Amigables, con su mecanismo para compartir costos con las municipalidades consume mucho tiempo. Por el momento únicamente una de las 7 municipalidades ha establecido el grupo de pares y el Espacio Amigable. Además, dado que todos los Espacios Amigables están (y serán) ubicados en la cabecera municipalidad de cada municipio y que los Líderes de Pares reclutados serán principalmente de los colegios en la vecindad, quizás sea limitado su beneficio a ciertas poblaciones, especialmente las rurales.

### 3.3. Eficiencia

La evaluación intermedia no detectó indicadores de desperdicio en cuanto a la gestión de recursos por alguna de las partes. Los recursos que quedaron del proyecto anterior (PROSARE 7) como ser muebles de oficina también se utilizan eficazmente en este proyecto. El gobierno de Honduras también ha implementado medidas estrictas con el fin de evitar el abuso de utilización de los vehículos. EL antecedente de PROSARE7 benefició la estructuración del Proyecto para recibir la asistencia de JICA.

Otros aspectos en este proyecto que garantizan el uso eficiente de los recursos son:

- Los expertos japoneses fueron asignados a las áreas adonde hay poca experiencia disponible en Honduras. La asignación planificada de un experto japonés en el área de parteras se canceló después de que la encuesta de línea base encontrase que ya existían suficientes habilidades técnicas entre las/los proveedores de servicios.
- La gira de estudio a Nicaragua fue costo-eficiente ya que permitió la participación de un mayor número de miembros del personal, incluyendo a aquellos que trabajan en las municipalidades meta, para aprender de las experiencias de un país con una cultura similar.
- El personal que se benefició de la capacitación de contrapartes en Japón no sólo está participando de lleno en el proyecto en su capacidad oficial, sino que también contribuye al proyecto como recursos prácticos en su tiempo propio como Coordinadores de Pares. Esto también ha contribuido enormemente a la ubicación de los módulos de capacitación y materiales japoneses con el fin de que sean más eficientes en el contexto de Olancho.
- Se realizó una revisión y recolección de los materiales IEC existentes con propósito de evitar duplicaciones.
- El contacto cercano entre el proyecto y las oficinas municipales (COMVIDA, Programa de Seguridad Humana, sector de educación, etc.) facilita el uso eficiente de los recursos.
- Aparte del transporte, sólo se ha provisto equipo básico. Se reporta que el consumo de combustible de las cuadrimotos de doble tracción provistas a cada una de las municipalidades es eficiente.



### 3.4. Impacto

Durante el corto período desde el inicio del proyecto, pareciera haberse creado un grupo considerable de proveedores de servicios quienes están muy conscientes de las necesidades de SSRA de los adolescentes y quienes están genuinamente interesados en apoyarlos. Han tomado pasos proactivos para derribar las barreras psicológicas entre los adolescentes y los servicios de salud y se ha empezado a organizar grupos de jóvenes en sus comunidades a un ritmo mucho mayor al esperado. Actualmente, el proyecto requiere acción rápida de apoyo antes que se debilite el interés y el momento.

Algunos de los otros efectos creados por el proyecto son:

- Las capacitaciones CdV y SAA aparentemente han sido un gran éxito en cuanto a cambiar la actitud de los proveedores de servicios. El Ministerio de Salud expresó su interés en la posibilidad de tratar de introducir esto a otros departamentos. Una vez empaquetado en una forma fácil de réplica, tiene el potencial de crear un impacto al nivel de todo el país.
- El Comité Técnico, que inicialmente se pensó sería un ala técnica del JCC para este proyecto, evolucionó y se convirtió en un foro de coordinación con el Ministerio de Salud y las contrapartes de desarrollo para SSRA. Esto incrementa no solamente las oportunidades de colaboraciones positivas, sino también la visibilidad del proyecto y el rol que desempeña JICA en este sector.
- Se adoptó la decisión que COMVIDA, un programa municipal para el desarrollo de la niñez y la juventud debería introducirse en las mismas municipalidades donde se introdujo PASOS, aunque al principio solamente estuvo presente en Juticalpa y Catacamas. Esto incrementa aún más las oportunidades de colaboración y por consiguiente la sostenibilidad de PASOS.
- El nuevo formulario de recolección de datos elaborado bajo este proyecto permite a la OR recabar información y monitorear la utilización del servicio por los jóvenes de 10 a 19 años. Puesto que el formulario se introdujo no solamente en las 7 municipalidades, si no en las 23 municipalidades de Olancho, la OR puede actualmente lograr obtener una visión más exacta de la situación en relación a los adolescentes y a la utilización de los servicios de SRH.
- El establecimiento del grupo de Líderes de Pares ha tenido un impacto en la vida de 6 adolescentes, quienes no estaban en la escuela al momento del reclutamiento. Inspirados por los nuevos amigos que conocieron a través de PASOS, todos han regresado al colegio a estudiar nuevamente.
- Se creó en la oficina regional una cultura de coordinación y colaboración entre las distintas secciones donde hasta entonces no la hubo.
- Se activaron las actividades relacionadas a PAIA a raíz de que el Proyecto motivara al Programa de Atención Integral al Adolescente (PAIA) de la Secretaría de Salud a nivel nacional.

### 3.5. Sostenibilidad

La sostenibilidad es un aspecto con el cual el Proyecto ha sido muy cauteloso, y el gerente del proyecto ha abordado este tema principalmente de las dos siguientes formas:

#### (1) Capacitación de la contraparte hondureña

- Además de la capacitación formal y las giras de estudio, se incitó a que desempeñaran el papel de facilitadores en varias capacitaciones realizadas, tomando un número cada vez mayor de sesiones con el fin de adquirir práctica y desarrollar las habilidades de facilitadores.



## MTE Report – PASOS (draft)

- La planificación y el monitoreo de SAA se diseñó para desarrollar sus habilidades en gestión de proyectos mediante la práctica de la planificación y el monitoreo.
- Algunos componentes de la línea base y las encuestas intermedias se realizan por la organización en vez de subcontratar, para que las habilidades de investigación se transmitan también al personal hondureño.

### (2) Involucramiento de la administración municipal en el establecimiento y operación de los Espacios Amigables

- Se han celebrado, en varias ocasiones, reuniones con los alcaldes y otros funcionarios pertinentes de las municipalidades para solicitar su apoyo para el mantenimiento de estas salas que serán establecidas. La Municipalidades deberán asignar el 1% de su presupuesto total (que reciben del gobierno central) a las actividades relacionadas con la niñez y la juventud.

Las posibilidades de la sostenibilidad del efecto de las intervenciones realizadas por PASOS son muy buenas, ya que es razonable esperar que los Líderes de Pares (y los Facilitadores de Pares una vez que se hayan producido) quienes han sido empoderados a través de este proyecto, continuarán educando a las personas que los rodean, como abogadores del cambio, aunque su número podría ser muy reducido para esperar un impacto verdaderamente visible en un futuro cercano. Los proveedores de servicios capacitados también podrían continuar con su actitud amistosa hacia la juventud. El proyecto o la Oficina Regional en el largo plazo deberá darles el apoyo moral y/o materiales en cosas pequeñas para evitar que los mismos se desmotiven.

Sin embargo, el enfoque de Pares utilizado por el Proyecto requiere de insumos constante para sostener actividades tales como recapacitación de los existentes Pares a mantener al corriente su conocimiento y habilidad, así como capacitación (y los materiales) de nuevos Líderes Pares y adultos en función de cubrir la vacancia causada por deserción inevitable, etc. En este sentido el gobierno hondureño necesita ser capaz de asignar recursos financieros regulares para este fin una vez terminada la asistencia de JICA. Sin embargo la base en términos financieros se encuentra débil y la misma ha sido agravada por la suspensión de muchas de las asistencias extranjeras después de la crisis política en 2009.

## 4. Conclusiones

### ➤ **Provisión de Servicios –**

El Proyecto no está promoviendo PAIA (según la insinuación del PDM) sino que apoya la implementación de PAIA mediante la creación de un nivel de conciencia y compromiso entre los proveedores para que estos sirvan a los usuarios o clientes adolescentes de mejor manera. Las capacitaciones realizadas de CdV y SAA parecen ser extremadamente efectivas para cultivar la empatía hacia los adolescentes, factor que es una base crucial para la provisión de servicios amigables. El compromiso, entusiasmo y empatía que se observa entre los proveedores de servicios es simplemente impresionante. En este sentido podemos decir con seguridad que el Proyecto está bien encaminado y hace buen progreso.

Por otro lado, el Proyecto no examina de cerca los aspectos técnicos. Posteriormente a la encuesta de la línea base se llegó a la conclusión que los proveedores tienen un nivel suficiente de capacidad técnica. Se espera que la SS, que dentro de poco iniciará su capacitación regular de PAIA en Olancho, se haga cargo de estos aspectos.



Por el momento no hay herramientas para evaluar las características de un servicio amigable y conocer objetivamente cuán amigable es. Cuando la SS capacite sobre las normas de PAIA en un futuro cercano, se podría desarrollar algún tipo de lista de verificación que combine aspectos cruciales de actitud y habilidades clínicas y de consejería de los proveedores, así como el alcance y funciones de las unidades de salud.

➤ **Creación de Demanda para el SSRA de los adolescentes –**

No ha habido muchas actividades en esta área ya que la provisión de servicios fue la prioridad necesaria en la primera etapa del Proyecto. Los proveedores capacitados han tomado iniciativas para educar a los adolescentes, y en algún nivel, también a las comunidades, acerca de las necesidades de SSRA de los adolescentes, las cuales, sin embargo, no se monitorean debidamente por el momento.

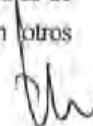
Establecer el sistema de Pares, incluyendo los Espacios Amigables, es un arduo proceso. En vista de que este únicamente se ha establecido a medias en Juticalpa y no en ningún otro lugar, aun no se siente la efectividad de este abordaje para alcanzar a varios grupos de jóvenes y para aumentar el uso de servicios SSRA, aun cuando los indicadores para el propósito del Proyecto han mostrado alguna mejora. El Proyecto debe monitorear de cerca el desempeño de esto y compararlo con el resultado pretendido y propósito del Proyecto dado que el Espacio Amigable y el abordaje de pares podría consumir muchos recursos y aún así que sólo tenga un efecto limitado a no ser que se adecúe bien al entorno local y a las necesidades de los adolescentes meta.

El actual diseño del abordaje de pares tiene una orientación marcada hacia estudiantes de áreas urbanas. Si consideramos el tamaño de la población en Juticalpa y Catacamas, teóricamente esto puede cubrir una proporción muy grande de los adolescentes. Sin embargo, en vista de los factores comunes de riesgo (por ejemplo, poco logro académico, pocos ingresos, entorno rural, etc.) asociados con los resultados desfavorables de salud reproductiva, así como de las encuestas de Línea Base y de la Evaluación de Medio Término que indican un reducido acceso a información SSRA entre los adolescentes rurales que no asisten a la escuela, quizás se requiera de estrategias alternativas para acelerar los componentes de IEC para alcanzar a los que son más vulnerables.

Los adultos que están alrededor de los adolescentes juegan un rol de mucho peso en el control del acceso de jóvenes a información y servicios SSRA. En este sentido, la concientización y educación de las comunidades, especialmente los responsables de los adolescentes, merecen más atención. Los proveedores de servicios y gerencia del Proyecto han expresado la necesidad de contar con este tipo de intervenciones y por tanto deberían reflejarse en el PDM revisado.

➤ **Capacitación institucional:**

- El Proyecto ha estado consciente acerca de la capacitación de la contraparte local y ha instituido medidas para la transferencia de conocimientos y habilidades a través de capacitación en el extranjero (Japón y Nicaragua), capacitación específica y entrenamiento en el puesto de trabajo.
- Dado que la adolescencia es una población en evolución, habrá una constante necesidad de capacitarlos, lo cual requiere de un buen número de capacitadores entrenados. No cabe la menor duda que aquellas personas capacitadas intensivamente en este Proyecto serán recursos valiosos cuando concluya la asistencia Japonesa pero el Proyecto podría hacer aún más al sistematizar las varias capacitaciones con materiales de apoyo para facilitar las cosas para la contraparte Hondureña en Olanchito y posiblemente en otros





departamentos para replicar la capacitación.

## 5. Recomendaciones

### **(1) Afinar las definiciones de las estadísticas de servicios SSRA. - Recomendación para el Proyecto -**

Se debe desarrollar una lista de definiciones correspondientes para que sirvan de una referencia fácil para los que coleccionan y compilan los datos. También debe integrarse una sesión de orientación en los módulos pertinentes de capacitación (por ejemplo, SAA básicos y avanzado, Monitoreo, etc.)

### **(2) Desarrollar y divulgar un Manual de Facilitador para CdV y Servicios Amigables para Adolescentes -Recomendación para el Proyecto y la Secretaría de Salud-**

Desarrollar un Manual de Facilitador para CdV y Servicios Amigables para Adolescentes con el fin de que las capacitaciones se divulguen de manera más fácil. Hay que considerar el manual en formato de DVD con video clips de las actuales sesiones de capacitación (los cuales están ya disponibles en el Proyecto) para hacer más fácil la replicación. Asimismo, es necesario que la Secretaría de Salud divulgue dicho manual a otros departamentos como una herramienta para SSRA con el fin de dotar a los resultados del Proyecto de sostenibilidad.

### **(3) Asegurar el presupuesto necesario del lado hondureño para realizar capacitaciones**

#### **- Recomendación para la Secretaría de Salud y el Proyecto -**

Todas las actividades de capacitación deben continuarse permanentemente aun después de la terminación del Proyecto, en vista de que los proveedores de servicios, líderes de pares y otras poblaciones beneficiarias se relevan por cambio de generación y otros factores. Por lo anterior y por la importancia de obtener la sostenibilidad del Proyecto, es necesario que la Secretaría de Salud y la Oficina Regional durante el período del Proyecto vayan asegurando por sus propios esfuerzos el presupuesto necesario para la realización de capacitaciones. Asimismo, los expertos japoneses deben asesorarlos para hacer que sean sostenibles las actividades del Proyecto después de la finalización del Proyecto.

### **(4) Intensificar la sensibilización de la población adulta - Recomendación para el Proyecto-**

Intensificar la sensibilización de la población adulta sobre las necesidades de SSRA y así crear un ambiente de apoyo para que los jóvenes tomen decisiones informadas con respecto a su salud sexual y reproductiva.

### **(5) Producción de herramientas IEC sobre los riesgos de embarazos a temprana edad**

#### **- Recomendación para el Proyecto-**

En vista que una buena parte de embarazos en adolescentes parecen ser “deseados” y no deseados, se deben producir herramientas IEC que enfoquen específicamente en los riesgos de embarazos a temprana edad.

### **(6) Institucionalizar un sistema de monitoreo del uso de los Espacios Amigables**

#### **- Recomendación para la Secretaría de Salud y el Proyecto-**

Las experiencias en todo el mundo muestran que a pesar de la cantidad de recursos que se requiere para el sostenimiento, los Espacios Amigables tienen un alcance limitado por su acceso físico así como por las barreras psicológicas causadas por el dominio de ciertos grupos de jóvenes. En este sentido, se debe institucionalizar un sistema para monitorear el uso de los Espacios Amigables (por categoría de adolescentes y los servicios/nubros utilizados, por ejemplo) con el fin de evaluar si es o no un instrumento efectivo para aumentar el acceso de los adolescentes a los servicios de SSRA en el contexto de Olancho, no olvidando la diversidad de los adolescentes (urbanos, rurales, en /

MTE Report – PASOS (draft)

fuera de la escuela, varones, mujeres, grupos etarios, etc.) así como los recursos que están disponibles para su sostenimiento.

**(7) Apoyo a los Espacios Amigables y los grupos de jóvenes**

*- Recomendación para el Proyecto-*

Los Espacios Amigables y los grupos de jóvenes que voluntariamente fueron capacitados por los proveedores de servicios capacitados en sus propias unidades de salud pueden llegar a jugar un rol crucial al apoyar las necesidades de los adolescentes y en educar a las comunidades, especialmente en las áreas rurales que no tienen un buen acceso a los Espacios Amigables (que serán) establecidos en este Proyecto. El Proyecto debe darles todo el apoyo posible aun cuando no sean parte del plan inicial del Proyecto, y debe monitorear de cerca su desempeño.

**(8) Evaluación individual de la satisfacción del usuario en cada US - Recomendación para el Proyecto -**

La satisfacción del usuario se debe evaluar individualmente en cada una de las US.

**(9) Buscar medidas más convenientes para que se conozcan los derechos de SSRA - Recomendación para la Secretaría de Salud y el Proyecto -**

Se necesita buscar algunas medidas para que la población en general, incluyendo a los y las adolescentes, conozca y ejerza sus derechos sexuales y reproductivos.

Anexo 1: Matriz de Diseño del Proyecto (PDM ) 3

Anexo 2: Lista de personas entrevistadas

Anexo 3: Lista de expertos asignados

Anexo 4: Capacitación en el extranjero y participantes

Anexo 5: Lista de provisión de Equipo

Anexo 6: Lista de contraparte asignado

Anexo 7: Insumo financiero para la operación por JICA

Anexo 8: Contribución del lado hondureño

Anexo 9: Temas principales de las capacitaciones

Anexo 10: Lista de materiales

h

h



**Matriz de Diseño del Proyecto (PDM3)**  
**Proyecto para el Fortalecimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes**  
**En el Departamento de Olancho en la República de Honduras**

Aprobado el 11 de Junio de 2010

Período del Proyecto: de Junio de 2008 a Mayo de 2012  
 Grupo meta: los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad de 7 municipios del Departamento de Olancho (Juicopalpa, Catacamas, Dulce Nombre de Calmí, Panuca, Salamá, San Esteban, Guayape)

RESUMEN DEL PROYECTO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	CONDICIONES EXTERNAS
<p><b>Objetivo Superior</b></p> <p>1. Contribuir a la disminución del número de embarazos entre los adolescentes del Departamento de Olancho.</p>	<p>1. Disminución del número de embarazos entre los adolescentes.</p>	<p>1. Estadísticas de las unidades de salud.</p>	<p>Se mantiene la importancia de la política nacional de SSRA</p>
<p><b>Objetivos del proyecto</b></p> <p>Incrementar el número de los y las adolescentes que reciben la atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los 7 municipios del Departamento de Olancho.</p>	<p>1.1. El porcentaje de embarazadas adolescentes que reciben controles prenatales (CPN) al menos una vez se ha incrementado al 60%.</p> <p>1.2. El promedio del número de CPN recibidos por adolescentes embarazadas se ha incrementado a 4.0 CPN por adolescente.</p>	<p>1.1. Estadísticas de las unidades de salud sexual y reproductiva para adolescentes (SSRA).</p> <p>1.2. Estadísticas de las unidades de salud de SSRA.</p>	<p>El proyecto no se altera por desastres naturales.</p>
	<p>2. El porcentaje de adolescentes cuyos partos son institucionales se ha incrementado al 30%.</p>	<p>2. Estadísticas de las unidades de salud de SSRA.</p>	
	<p>3. El número total de adolescentes que reciben servicios de prevención de embarazo (4 métodos: preservativos, DIU, Depo- Provera., píldoras) se ha incrementado en 80% de la línea base.</p>	<p>3. Estadísticas de las unidades de salud de SSRA.</p>	



	<p>4. El número de adolescentes que reciben servicios de consejería sobre SSRA por las unidades de salud se ha incrementado.</p>	<p>4. Estadísticas de las unidades de salud de SSRA.</p>	
<p><b>Resultado del proyecto</b></p> <p>1. Establecer un sistema para prestar los servicios de SSRA con calidad que faciliten el acceso de los y las adolescentes.</p>	<p>1-1. Existencia de los componentes básicos de las estructura de los servicios amigables para adolescentes.</p> <p>1-2. Más del 90% de los trabajadores de salud permanentes se ha capacitado sobre servicios de SSRA de acuerdo al programa<sup>1)</sup> propuesto por el proyecto.</p> <p>1-3. El 90% de las unidades de salud se han certificado como servicios amigables para adolescentes en base a la estructura de los servicios amigables para adolescentes, por la Secretaría de Salud con el proyecto PASOS.</p> <p>1-4. Un sistema de referencia, que utilice un formulario específico para adolescentes se ha implantado y mantenido.</p> <p>1-5. La tasa de satisfacción de los usuarios de SSRA se ha incrementado.</p> <p>1-6. El número de adolescentes que quieren consultar sobre SSRA con el personal de salud capacitado en SSRA ha aumentado de acuerdo al estudio de línea base. (Es igual al indicador 3-1.)</p>	<p>1-1. Guía sobre la estructura de los servicios amigables para adolescentes.</p> <p>1-2. Informes de capacitaciones, planes de acción desarrollados por el personal de salud.</p> <p>1-3. Certificación como servicios amigables.</p> <p>1-4. Hoja de referencia y contra-referencia.</p> <p>1-5. Los resultados del estudio de línea base y del final del proyecto.</p> <p>1-6. Los resultados del estudio de línea base y del final del proyecto.</p>	<p>Que no se reduzca significativamente la importancia de la SSRA en las políticas de salud.</p> <p>Que no surjan movimientos de gran envergadura en contra de la SSRA por parte de los ciudadanos y/o organizaciones.</p>
<p>2. Establecer un sistema de pares para facilitar el acceso de los y las adolescentes a los servicios.</p>	<p>2-1. El número de líderes de pares.</p> <p>2-2. El número de capacitadores de pares.</p> <p>2-3. El número de coordinadores de pares.</p> <p>2-4. El número de facilitadores (padres de adolescentes, maestros, y personas de la comunidad) de pares.</p> <p>2-5. 1,000 adolescentes por año visitan los espacios</p>	<p>2-1. La lista de participantes en la capacitación de líderes de pares.</p> <p>2-2. La lista de participantes en la capacitación de</p>	

	<p>amigables para adolescentes.</p> <p>2-6. El número total de los casos referidos de los líderes de pares al personal de salud.</p> <p>2-7. Un sistema<sup>29</sup> para el mantenimiento de las actividades de pares se ha establecido.</p>	<p>capacitadores de pares.</p> <p>2-3. La lista de participantes en la capacitación de coordinadores de pares.</p> <p>2-4. La lista de participantes en la capacitación de facilitadores de pares.</p> <p>2.5. Registro de usuarios de los EAA.</p> <p>2.6. Informe de las referencias de los líderes de pares a los servicios de salud.</p> <p>2.7. Informe de capacitaciones de líderes de pares, informe de actividades de EAA y monitoreo.</p>	
<p>3. Desarrollar una actitud positiva para recibir los servicios de SSRA entre los y las adolescentes.</p>	<p>3-1. El número de adolescentes que quieren consultar sobre SSRA con el personal de salud capacitado en SSRA ha aumentado de acuerdo al estudio de línea base. (Es igual al indicador 1-6)</p> <p>3-2. El número de adolescentes que quieren consultar sobre SSRA con los líderes de pares ha aumentado de acuerdo al estudio de medio-término del proyecto.</p> <p>3-3. El porcentaje de adolescentes que ha utilizado preservativos en su última relación sexual se ha incrementado.</p> <p>3-4. El número total de participantes en actividades</p>	<p>3-1. Los resultados del estudio de línea base y del final del proyecto.</p> <p>3-2. Los resultados del estudio de línea base y del final del proyecto (encuesta de CAP).</p> <p>3-3. Los resultados de estudio de línea base y del final del</p>	

	<p>realizadas por líderes de pares (incluyendo escuelas y colegios, la comunidad, etc.)</p>	<p>proyecto (encuesta de CAP). 3-4. Informe de actividades por líderes de pares.</p>	
<p>4. Establecer un sistema de gestión y operación para prestar los servicios de SSRA.</p>	<p>4-1. El comité de SSRA se ha reunido mensualmente. 4-2. El monitoreo periódico de las actividades de SSRA se ha institucionado. 4-3. La coordinación entre organizaciones relacionadas a actividades de SSRA se ha establecido y mantenido.</p>	<p>4-1. Informe del comité de SSRA. 4-2. Informe de monitoreo por la enfermera supervisora u hoja de autoevaluación. 4-3. Informe de actividades con el grupo municipal de trabajo o informe del comité de SSRA.</p>	
<p><b>Actividades</b></p> <p>1-1. Definir las características de los servicios de SSRA de acuerdo al concepto de PAIA en el Departamento de Olancho. 1-2. Desarrollar la guía para que el personal de salud preste los servicios amigables para adolescentes. 1-3. Identificar los contenidos necesarios y posibles participantes de la capacitación. 1-4. Elaborar el programa de capacitación. 1-5. Desarrollar los materiales didácticos de la capacitación. 1-6. Seleccionar a los capacitadores. 1-7. Capacitar los capacitadores según se</p>	<p><b>Resumen</b> (Parte japonesa)</p> <p>1. Expertos: 1) Líder/ SSRA 2) IEC (Información, Educación y Comunicación) 3) Especialista en salud comunitaria 4) Especialista en promoción de salud 5) Otros</p> <p>2. Equipos y materiales : 1) Vehículo 2) Equipo de IEC 3) Equipo de oficina 4) Otros</p> <p>3. Gastos locales</p> <p>4. Capacitación del personal de contraparte en Japón</p> <p>5. Capacitación del personal de contraparte en un tercer país</p>		<p>La política nacional de SSRA se mantiene.</p>



<p>referencia relacionada con los servicios de SSRA.</p> <p>1-18. Monitorear la referencia y contra-referencia relacionada con los servicios de SSRA.</p> <p>1-19. Establecer condiciones que permitan obtener fácilmente preservativos a los y las adolescentes.</p> <p>2-1. Formar y mantener líderes de pares (consejería de adolescente a adolescente).</p> <p>2-2. Monitorear las actividades de líderes de pares.</p> <p>2-3. Establecer un espacio amigable donde los y las adolescentes puedan reunirse libremente en cada municipio.</p> <p>2-4. Formar coordinadores de pares.</p> <p>2-5. Formar capacitadores de pares.</p> <p>2-6. Formar facilitadores (padres de adolescentes, maestros, y personas de la comunidad) de pares.</p> <p>3-1. Identificar de las necesidades de información, educación y comunicación (IEC) de acuerdo a las necesidades del personal de salud y los y las adolescentes por el comité de SSRA.</p> <p>3-2. Elaborar el plan de IEC de acuerdo a las necesidades de personal de salud y los y las adolescentes por el comité de SSRA.</p> <p>3-3. Implementar el plan de IEC por las unidades de salud de cada municipio</p> <p>3-4. Implementar el plan de IEC por los</p>		
--	--	--

<p>requiera (emulación de los casos exitosos en Honduras, capacitación en Japón y otros países).</p> <p>1-8. Ejecutar el programa de capacitación para los proveedores de SSRA.</p> <p>1-9. Elaborar y distribuir la guía para los servicios amigables para adolescentes y otros materiales del proyecto.</p> <p>1-10. Mantener una reunión trimestral para intercambio de opiniones entre los proveedores de SSRA y otros.</p> <p>1-11. Monitorear el mejoramiento del desempeño de los participantes de las capacitaciones para mejorar el programa de capacitación por el comité de SSRA.</p> <p>1-12. Retroalimentación del sistema de capacitación para mejorar el programa de capacitación por el comité de SSRA.</p> <p>1-13. Elaboración de plan de fortalecimiento de los servicios de SSRA en los unidades de salud (Hospital San Francisco, CMI, CESAMO, CESAR)</p> <p>1-14. Implantar los servicios diferenciados de SSRA en las unidades de salud.</p> <p>1-15. Monitorear la situación en torno a la prestación de servicios diferenciados de SSRA en las unidades de salud por el comité de SSRA.</p> <p>1-16. Mejorar la metodología de los servicios diferenciados de SSRA en las unidades de salud.</p> <p>1-17. Mejorar la referencia y contra-</p>	<p>(Parte hondureña)</p> <p>1. Contraparte Nivel nacional</p> <p>(1) El Sub-secretario de Riesgos Poblacionales</p> <p>(2) Director General de Promoción de Salud</p> <p>(3) Jefe del Departamento de Salud Integral a la Familia</p> <p>(4) Jefe del Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia</p> <p>Nivel regional</p> <p>(5) Director de la Región Sanitaria Departamental No.15</p> <p>(6) Especialista de proyectos de la Región Sanitaria No. 15</p> <p>(7) Jefe del Departamento de Promoción de Salud</p> <p>(8) Jefe de la Unidad de Desarrollo Sectorial</p> <p>(9) Jefe del Programa de Adolescentes</p> <p>(10) Jefe del Departamento de Provisión de Servicios de Salud</p> <p>(11) Jefe del Departamento de Estadística</p> <p>(12) Director del Hospital Regional San Francisco</p> <p>(13) Jefe de Clínica de los Adolescentes del Hospital San Francisco</p> <p>2. Infraestructura, instalaciones, etc</p> <p>1) Oficina para los expertos de JICA (con teléfono, facsimil, suministro de energía eléctrica y demás instalaciones apropiadas), muebles y equipos de oficina</p> <p>2) Infraestructura e instalaciones para el Proyecto</p> <p>3. Gastos locales</p> <p>1) Costo de operación, gastos corrientes y costo de mantenimiento</p>	
--	---	--

<p>líderes de pares conjuntamente con los coordinadores de pares.</p> <p>3-5. Implementar el plan de IEC a la población general adulta de la comunidad para divulgación y motivación sobre SSRA.</p> <p>3-6. Monitorear las actividades de IEC por el comité de SSRA.</p> <p>4-1. Ejecutar estudios de línea base, medio-término, y del final de proyecto.</p> <p>4-2. Establecer un comité para el desarrollo y ejecución de SSRA.</p> <p>4-3. Establecer un sistema de coordinación interinstitucional con el programa municipal<sup>3)</sup> para adolescentes.</p> <p>4-4. Establecer un sistema de monitoreo de la prestación de servicios de SSRA, las actividades de líderes de pares y las actividades de IEC.</p> <p>4-5. Establecer un sistema integral municipal de coordinación con los organismos relacionados con las actividades de SSRA en las comunidades.</p> <p>4-6. Realizar actividades de SSRA con el personal del sector educativo y otras organizaciones relacionadas.</p> <p>4-7. Sistematizar<sup>4)</sup> la experiencia del proyecto PASOS.</p>	
---	--

Nota 1) "El programa propuesto por el proyecto" incluye servicios de SSRA basándose en la guía sobre la estructura de los servicios amigables para adolescentes que se ha definido de acuerdo a PAIA, y también al plan de acción y el monitoreo.

Nota 2) "Un sistema de mantenimiento" incluye las funciones de coordinadores de pares, capacitadores de pares, facilitadores de pares, población general adulta de la comunidad que valoran la provisión de servicios de SSRA y colaboraciones con las organizaciones relacionadas como la municipalidad, sector educativo, y otros.



Nota 3) Cada municipio cuenta con el Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud.

Nota 4) Sistematizar: Análisis de la experiencia para identificar sus logros, sus problemas y las lecciones aprendidas, mediante un proceso de revisión documental, consultas con los involucrados, etc., y finalmente su divulgación en un taller y reproducción del documento final. De esta forma se conservará la memoria histórica del proyecto.

**Personas Entrevistadas**

Nombre del Proyecto: PASOS  
 Periodo Evaluado Julio 2008 - Mayo 2010,

#	Nombre	Cargo	Institución
1	Mario Nájera	Director de Promoción de la Salud	Secretaría de Salud
2	Elida Aguilar	Asesora de Vice-Ministro de Riesgos Poblacionales	Secretaría de Salud
3	Oscar González	Jefe de PAIA	Secretaría de Salud
4	Norma Medina	PAIA	Secretaría de Salud
5	Mariela Gómez	PAIA	Secretaría de Salud
6	Miguel A. Guerrero Pavón	PAIA	Secretaría de Salud
7	Maribel Navarro	PAIA	Secretaría de Salud
8	Ernesto Calix	Director Regional de Salud	Región de Salud No.15
9	Humberto Flores	Jefe de Provisión de Servicios	Región de Salud No.15
10	Leticia Díaz	Jefe de Planificación	Región de Salud No.15
11	Gladys Cruz	Jefe Regional de PAIA	Región de Salud No.15
12	Jesús Cáceres	Promoción de la Salud	Región de Salud No.15
13	Alejandro Mercado	Jefe Promoción de la Salud	Región de Salud No.15
14	Ana Motiño	Coordinador de Pares	Hospital San Francisco
15	Lesbia Sandoval	Jefe de Clínica del Adolescente	Hospital San Francisco
16	Lenín Banegas	Director de Hospital	Hospital San Francisco
17	Bessy Rivera	Sub-director de Hospital	Hospital San Francisco
18	Lizandro Martínez	Asesor Nacional de Proyecto	Proyecto PASOS
19	Kenia Baca	Jefe Programas	Alcaldía de Juticalpa
20	Marlen Méndez	PMIJ	Alcaldía de Juticalpa
21	Ronald Cerrato	PMIJ	Alcaldía de Juticalpa
22	Héctor García	Médico Municipal	Municipio de Juticalpa
23	Gladys Suazo	Supervisora Municipal	Municipio de Juticalpa
24	Delma Calix	Auxiliar de Enfermería	CESAR Santa Cruz del Potrero
25	Juan José Hernández	Alcalde	Alcaldía de Salamá
26	Yubi Avila	PMIJ Salamá	Alcaldía de Salamá
27	Gerardo Jiménez	Vice- Alcalde	Alcaldía de Salamá
28	Patricia Ramírez	Secretaría Municipal Salamá	Municipio de Salamá
29	Carla Trochez	Supervisora Municipal	Municipio de Salamá
30	Vicenzo Bove	Medico Municipal	Municipio de Salamá
31	Lucía Zelaya	Auxiliar de Enfermería	CESAR Concepción
32	Melvin Nohel Vargas	Alcalde	Alcaldía de Guayape
33	Karla Yolany Barahona	Vice Alcaldesa	Alcaldía de Guayape
34	Carla Carolina Méndez	Coordinadora Red de comunicadores	Alcaldía de Guayape
35	Nancy Saray Matute Reyes	PMIAJ	Alcaldía de Guayape
36	Teresa Guzmán	Supervisora Municipal	Municipio de Guayape
37	Dimas Merlo	Médico Municipal	Municipio de Guayape
38	Teresa Trejo	Auxiliar de Enfermería	CESAMO Guayape
39	Keyli Juárez	PMIAJ	Alcaldía de Culmi
40	Mario Antonio Zavala	Ambiental	Alcaldía de Culmi
41	Carlos Antonio Sánchez	Vice Alcalde	Alcaldía de Culmi

h



## Anexo 2

42	Silvio María Juárez	Asesor Municipal	Alcaldía de Culmi
43	Luis Mariano Euceda	Médico Municipal	Municipio de Culmi
44	Wendy Miralda	Supervisora Municipal	Municipio de Culmi
45	Felix Cerrato	Auxiliar de Enfermería	CESAR El Cerro
46	Oscar Canelas	Vice Alcalde	Alcaldía de Catacamas
47	Rubén Sinclair	Jefe Departamento Planificación	Alcaldía de Catacamas
48	Rony Menjivar	Médico Municipal	Municipio de Catacamas
49	Erlinda Gomez	Supervisora Municipal	Municipio de Catacamas
50	Estela Álvarez	Auxiliar de Enfermería	CESAR La Sosa
51	Marlyn Matute	Consejera	CESAMO Catacamas
52	Ada Aguiriano	Supervisora CMI	Municipio de Catacamas
53	Arnaldo Alfonso Navarro	Promotor de educación	Municipio de Catacamas
54	Álvaro Méndez	Médico Municipal	Municipio de San Esteban
55	Rubi Padilla	Supervisora Municipal	Municipio de San Esteban
56	Esteban Uclés	Médico Municipal	Municipio de Patuca
57	Regina Hernández	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
58	Luisa María Aguilar	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
59	Brayan Pavón	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
60	Keila Figueroa	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
61	Banessa Gutiérrez	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
62	Alba Dávila	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
63	Laura Pagoada	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
64	Fernando García	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
65	Amalia Madrid	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
66	Raquel Romero	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
67	Jocelyn Pérez	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
68	Lesly Hernández	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
69	Brenda Aguilar	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
70	Carlos Ruiz	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
71	Carlos Guifarro	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
72	Vivian Escobar	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
73	Francisco Rosales	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
74	Kenia Baca	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
75	Kathy Turcios	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
76	Bessy Pagoada	Estudiante	Líder de Pares (Juticalpa)
77	Gessler Alessandro Mencia	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape
78	Josias Enoc Agurecia Martínez	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape
79	Jorge Daniel Breve	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape
80	Alinzon Vargas	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape
81	Vivian Matute	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape
82	Rachel Orellana	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape
83	Vivian Alcántara	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape
84	María Matamoros	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape
85	Yoel	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape
86	Hopdy	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape
87	Yosmery 1	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape
88	Yosmery 2	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape
89	María Elisa Fúnez	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape



90	Ivania Chávez	Estudiante	Red de Comunicadores Guayape
91	Akihiro Yamada	Director	JICA Honduras
92	Sakiko Watanabe	Oficial de Programa de Salud	JICA Honduras
93	Hiroshi Abo	Jefe de Proyecto	Proyecto PASOS
94	Ernesto Torres	Experto de Salud Comunitaria	Proyecto PASOS
95	Mayumi Ohnishi	Experta en Promoción de la Salud	Proyecto PASOS
96	Mika Nishihara	Experta de IEC	Proyecto PASOS
97	Maki Tanaka	Experta de Monitoria	Proyecto PASOS
98	Mari Ishida	Voluntaria Japonesa	JICA Honduras (Salamá)
99	Yasuha Kaneyama	Voluntaria Japonesa	JICA Honduras (Catacamas)

### Unidades de Salud Visitadas

#	Unidad de Salud	Ciudad	
1	Hospital Regional San José	Juticalpa, Olancho	
2	Clinica Materno Infantil	Salamá, Olancho	
3	CESAR Concepción	Guayape, Olancho	
4	Clinica Materno Infantil	Guayape, Olancho	
5	CESAMO Santa Cruz de Guayape	Guayape, Olancho	
6	CESAR El Cerro	Culmi, Olancho	
7	CESAMO de Dulce Nombre de Culmi	Culmi, Olancho	
8	CESAR La Sosa, Catacamas	La Sosa, Olancho	
9	CESAMO Catacamas	Catacamas, Olancho	
10	CESAR Santa Cruz del Potrero	Juticalpa, Olancho	

h

h

**Lista de Expertos Asignados**

Nombre del Proyecto: PASOS  
 Período Evaluado Julio 2008 - Mayo 2010.

No.	Nombre	Cargo/ Experto	tiempo Asignado (# de días)			Re.
			PA 2008 (Jul 08-Mar 09)	PA 2009 (Abr 09-Mar 10)	PA 2010 (Abr-May 31, 2010)	
<b>A. Expertos Japoneses</b>						
1	Sr. Hiroshi Abo	Jefe del Equipo/SSRA(1)	131	217	14	
2	Dra. Hisako Takamura	SSRA(2)	52	77		
3	Srita. Mika Nishimura	IEC/Desarrollo de material de capacitación	60	151	14	
4	Sra. Kazue Takahashi	IEC	120			
5	Sra. Ayako Matsubara	M&E, Estadística (1)	57	62		
6	Dra. Mayumi Onishi	Promoción de Salud	30	51	1	
7	Sra. Junko Kato	Parto	27			
8	Sra. Satoko Okamoto	M&E, Estadística (2)		17		
9	Sra. Maki Tanaka	M&E, Estadística (3)			3	
<b>B. Experto de un Tercer País</b>						
1	Dr. Ernesto Torres	Salud Comunitaria/ Servicios de SSRA	114	135	14	
<b>C. Personal Local</b>						
1	Sr. Luis Carlos Ramos A.	Coordinador	232	335	17	
2	Srita. Damalis Carolina García	Traductora	211	335	17	
3	Srita. Ana Beatriz Romero *	Secretaria (1)	211	335		
4	Srita. Saira Carolina Zelaya *	Secretaria (2)			17	
5	Sr. Miguel Rafael Murello *	Motorista (1)	232	335	17	
6	Sr. Tomas Rigoberto R. *	Motorista (2)	90	335	17	
<b>Expertos Japoneses (9):</b>			<b>Asignación Total</b>	<b>311</b>	<b>368</b>	<b>32</b>
<b>Experto de Tercer País (1)</b>			<b>Asignación Total</b>	<b>114</b>	<b>135</b>	<b>14</b>
<b>Personal Local (3)</b>			<b>Asignación Total</b>	<b>976</b>	<b>1,675</b>	<b>85</b>
* Basic salaries of these personnel are borne by the Regional Office while the project pays their overtime.						



**Capacitación en el Extranjero y Participantes**

Nombre del Proyecto: PASOS

Período Evaluado: Julio 2008 - Mayo 2010.

No.	Nombre del Capacitado	Cargo (durante el Período de Capacitación)	Áreas de Capacitación	Instituciones Capacitadoras	Cargo Actual (si a cambiado)
<b>Capacitación en Gerencia de Políticas de Salud / Servicios de SSRA (2-24 Agosto 2009 — 23 días)</b>					
1	Lic. Maribel Navarro	PAIA, Secretaría de Salud	Experiencia Japonesa en Salud Pública y MCH, Iniciativas Gubernamentales de SSRA, Provisión de Servicios de SSRA DRH para Provisión de Servicios de SSRA, Entorno General en relación a la Salud de Adolescentes.	MCH Dept. Ministerio de Salud y Trabajo, Comité de Educación y División de Política de Salud del Niño y Dept de Bienestar Social, Prefectura Gub de Tochigi, Sociedad de Salud del Adolescente de Tochigi Ciudad de Oyama (Oficina Municipal, Comité Educativo, Instituto Kuwayama), Universidad Médica de Jichi Asociación de Planificación Familiar de Japón, JOICFP, etc.	
2	Lic. Miguel Guerrero	PAIA, secretaria de Salud			
3	Lic. Jesús Cáceres	Jefe de Promoción de Salud, Región Sanitaria Departamental No. 15			Promoción de Salud, Región Sanitaria Departamental No. 15
4	Lic. Gladys Cruz	Jefe del Programa de Adolescentes, Región Sanitaria Departamental No. 15			
5	Dra. Ana Molino	Director del Hospital Regional San Francisco			Médico de Emergencias
6	Dra. Lesbia Sandoval	Jefe de Clínica de los Adolescentes del Hospital San Francisco			
<b>Visita de Estudio al Proyecto SakuRa en Nicaragua (28 Sep. - 2 Oct 2009)</b>					
1	Lic. Leticia Díaz	Jefe de la Unidad de Desarrollo Sectorial	Perfil General del Proyecto SakuRa, Manejo Institucional de Provisión de servicios de SSRA del gobierno local y oficina distrital de Salud, Provisión de Servicios de SSRA, SAILAS incluir gerencia y participación juvenil, organización de los clubes jóvenes, colaboración entre el club de jóvenes, comunidad y unidades de salud	Proyecto SakuRa	
2	Dr. Esteban Liles	Médico Municipal de Patuca			
3	Dr. Mariano Euceda	Médico Municipal de Culmi			
4	Lic. Jovany Estrada	Coordinador de Pares Juticalpa			
5	Dra. Carlina Leiva	Médico Municipal de Guayape			Médico en Santa Cruz de Guayape
6	Lic. Dufec Guardado	Supervisora de Enfermería, Catacamas			
7	Lic. Rubi Padilla	Supervisora de Enfermería, San Esteban			
8	Lic. Carla Trochez	Supervisora de Enfermería, Salama			
9	Mr. Hiroshi Abo	Jefe del Equipo			
10	Dr. Hisaku Takamura	Experta en SSRA			
11	Ms. Mika Nishihara	Experta en IEC/Desarrollo de Material de Capacitación			
12	Dr. Ernest Torres	Experto en Salud Comunitaria			
13	Mr. Luis Carlos Ramos	Coordinador del Proyecto			



**Lista de Provisión de Equipo**

Nombre del Proyecto: PASOS

Periodo Evaluado Julio 2008 - Mayo 2010.

Para Año 2008			
S/N	Descripción/ Nombre del Equipo/ Artículos	Cant.	Ubicación/Usuario
1	Mini-Bus , NISSAN URVAN	1	Oficina Regional/Personal del Proyecto
2	NISSAN PATROL 4X4	1	como arriba
3	Fotocopiadora	1	como arriba
4	Sillas de conferencias	8	como arriba
5	Escritorios	4	como arriba
6	Sillas de Escritorio	4	como arriba
7	Plotter impresora	1	como arriba
8	Impresora Laser	1	como arriba
9	Mesa de computadora	1	como arriba
10	Computadora portátil	2	como arriba
11	Mesa de Computadora	1	como arriba
12	Scanner	1	como arriba
13	Camara de Video	1	como arriba
14	Camara Fotografica	1	como arriba
15	Proyector de Multimedia	1	como arriba
16	Sistema de Audio	1	como arriba
17	Microfono inalambrica	3	como arriba
18	Telefono inalámbrico	1	como arriba
19	Balanza	1	como arriba
20	Oasis de agua	1	como arriba
21	Armario	1	como arriba
22	Mesa para impresora	2	como arriba
23	Modem de internet	5	como arriba
24	Aire Acondicionado	1	como arriba



39	Mesa de computadora	2	como arriba
40	Sillas secretariales	2	como arriba
41	Archivo	1	como arriba
42	Aire Acondicionado	2	como arriba
43	Librero	1	como arriba
44	Mesa	3	como arriba
45	Silla de conferencia	6	como arriba
46	Oasis	1	como arriba
47	DVD	1	como arriba
48	Pizarra	1	como arriba
49	Impresora	1	como arriba
50	Basurero	1	como arriba





Lista de Contraparte

Nombre del Proyecto: PASOS  
 Periodo Evaluado Julio 2008 - Mayo 2010.

No.	Nombre	Cargo y Organización	Designación en el Proyecto	Periodo de Asignación		Observaciones
				De	Hasta	
<b>Secretaría de Salud - Nivel de Secretaría de Salud</b>						
	Lic. Miriam Paz	Sub-secretaria de Riesgos Poblacionales	Director del Proyecto	May-10	Presente	
	Dr. Ernesto Calix	Director de la Región Sanitaria Departamental No. 15	Director Ejecutivo	May-10	Presente	
	Dr. Lizandro Martinez	Asesor Nacional de Proyecto	Asesor Nacional	May-10	Presente	Director Regional Anterior (-05/10)
<b>Nivel Central</b>						
	Dr. Mario Najera	Director General de Promoción de la Salud		May-10	Presente	
	Dr. Ivo Flores	Departamento de Salud Integral a la Familia		May-10	Presente	
	Dr. Oscar Gonzalez	Jefe de PAIA		May-10	Presente	
	Dr. Hector Galindo	Jefe del Departamento ITS/VIH/SIDA		May-10	Presente	
	Dra. Francisca Acosta	Jefa del Programa Nacional de Salud Mental		May-10	Presente	
<b>Nivel de la Región Sanitaria Departamental No. 15</b>						
	Lic. Alejandro Mercado	Jefe del Departamento de Promoción de la Salud		May-10	Presente	
	Lic. Jesus Caceres	Departamento de Promoción de la Salud		May-10	Presente	Former Jefe del Dpto. de Promocion (-05/10)
	Lic. Leticia Diaz	Jefe de la Unidad de Desarrollo Sectorial		May-10	Presente	
	Lic. Gladys Cruz	Jefe del Programa de Adolescentes		May-10	Presente	
	Lic. Dania Velasquez	Jefe de la Unidad de Garantía de la Calidad		May-10	Presente	
	Dr. Jose Humberto Flores	Jefe del Departamento de Provisión de Servicios de Salud		May-10	Presente	
	Lic. Thelma Garcia	Jefe del Programa de Salud Mental		May-10	Presente	
	Lic. Aida Figueroa	Jefe del Programa Atención a la Mujer		May-10	Presente	
	Dr. Lenin Banegas	Director del Hospital Regional San Francisco		May-10	Presente	
	Dra. Ana Motiño	Hospital Regional San Francisco		May-10	Presente	Directora del Hosp. Regional Anterior (-05/10)
	Dra. Lesbia Sandoval	Jefe de Clínica de los Adolescentes del Hospital San Francisco		May-10	Presente	



## Anexo Costos Operativos

**Insumo Financiero para la operación por JICA**

Proyecto: PASOS

Periodo Evaluado Julio 2008 - Mayo 2010.

## 1. Costos Operativos

	Primer Año	Segundo Año	Tercer Año (Planificado)
1. Costo General	12,747,480	23,467,060	16,862,200
1) Costo del Personal	2,873,230	6,739,400	7,413,370
2) Costo de Mantenimiento del Equipo	59,420	380,000	120,100
3) Consumibles	937,650	4,201,460	2,918,580
4) Costos de Traslado	108,230	211,200	111,530
5) Costos de Servicios de Comunicación	80,000	250,000	374,600
6) Desarrollo de Material IEC de Capacitación	3,358,730	5,425,000	2,880,460
7) Costo de Renta de Local (Capacitación, Seminario)	2,067,410	3,000,000	1,245,170
8) Costos de Mantenimiento de las US	425,210	280,000	110,000
9) Costos de Capacitación	2,608,500	2,300,000	1,464,650
10) Miscelaneos	229,100	680,000	223,740
2. Contrato con Consultora Local	3,144,090	1,654,000	0
3. Costos de Remodelación	0	1,000,000	1,622,000
4. Capacitación en Japón	0	1,700,000	2,191,000
5. Capacitación en un Tercer País	0	412,800	
6. Visita de Estudio	0	86,000	99,300
Total	15,891,570	28,319,860	20,774,500
Cantidad menor de \1,000	15,892,000	28,320,000	20,775,000

## 2. Costos del Equipo

	Primer Año	Segundo Año	Tercer Año (Planificado)
Costo de Equipo Obtenidos	5,730,000	2,650,000	0
Otros Costos de Equipo	3,181,430	650,000	2,551,000
Total	8,911,430	3,300,000	2,551,000
Cantidad menor de \1,000	8,911,000	3,300,000	2,551,000

## 3. Costos de Construcción

	Primer Año	Segundo Año	Tercer Año (Planificado)
Costos de Renovación/Mejoramiento en las US (para Oficina del Proyecto, Espacio Amigable)	425,200	1,280,000	1,732,000
Total	425,200	1,280,000	1,732,000
Cantidad menor de \1,000	425,000	1,280,000	1,732,000

**Contribución del lado hondureño**

Nombre del Proyecto: PASOS

Periodo Evaluado Julio 2008 - Mayo 2010.

La contraparte hondureña a nivel regional ha proporcionado los técnicos, espacio para oficinas, uso del salón de conferencia, suministros de oficina, sueldo parcial del personal local, uso de vehículos para visitas de campo, local para el Espacio Amigable, y suministros para esos espacios.



### Temas Principales de las Capacitaciones

Nombre del Proyecto: PASOS  
Período Evaluado Julio 2008 - Mayo 2010.

Fecha de Capacitación	# Participantes ¿Quiénes eran?	Objetivo	Tema	Lugar
CdV 26-27 Jan 08 29-30 Jan 08 2-3 Feb 08 5-6 Feb 08 22-23 Jun 09 1-2 Feb 10	274 Proveedores de Servicio Regular (médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería) de las CMI, CESMO, CESAR y Hosp. SF, coordinadores de promotores de salud, directores de educación de los 7 municipios.	Dotar a los proveedores de servicio de conocimientos y habilidades de empoderamiento, que servirá de base para el fortalecimiento de los SAA a través del empoderamiento de los adolescentes. Con orientación a "Apoyo de Consejería de Pares"	Empoderamiento, auto-eficacia, auto-estima, mejorando su propia calidad de vida, desarrollo de un plan de acción. Empoderamiento de los adolescentes, Consejería de Pares como empoderarse	Juticalpa San Esteban Patauca Guayape Salama Catacamas/Culmi
"Pre-Capacitación" en SSRA	22	Examinar/pre-test de los temas de capacitación de SAA para proveedores y finalizar la "estructura" (= modelo).	Estructura de los SAA, Juego de Roles, selección/modificación/producción de material de capacitación	Juticalpa
Para año 2008	Miembros del Comité de Servicio de SSRA			
Seminario sobre Adolescentes	68	Pedir apoyo de ellos, infundir el sentido de pertenencia a aquellos relacionados con la SSRA y/o la educación en los 7 municipios a través del entendimiento y concepto de PASOS	Empoderamiento de los adolescentes a través de Consejería de Pares	Juticalpa
11 Feb 09	Médicos y Supervisoras de enfermería de los 7 municipios, Directores de Colegios de Juticalpa, Padres de los Líderes de Pares, jóvenes de programas municipales relacionados a la juventud			
SAA	214	Inducir cambios de conducta entre proveedores de servicio para poder brindar un servicio más amigable y confortable a los usuarios adolescentes.	Mejoramiento de (1) actitud de los proveedores y (2) entorno del servicio (tiempo, espacio y otros recursos). Establecimiento de un plan de acción para el mejoramiento de los servicios amigables en las unidades de salud.	Juticalpa San Esteban Patauca Guayape Salama Catacamas/Culmi
17-19 Jun 09 24-26 Jun 09 3-4 Sep 09 7-8 Sep 09 10-11 Sep 09 17-18 Sep 09 21 Sep 09 16-18 Feb 10 22-24 Feb 10	Proveedores de Servicio Regular (médicos y enfermeras) de las CMI, CESMO, CESAR en los 7 municipios y Hosp. SF			
Monitoria	28	Finalizar y explicar el uso de los formatos de estadística de PASOS 1 Y PASOS 2, y monitoreo de Plan de Acción por las Supervisoras de Enfermería municipales.	Discusión del formato de PASOS 1 y PASOS 2 y hoja de monitoria del plan de Acción.	Juticalpa
14 Sep 09	Personal de Estadística de la Región, enlaces, Hosp. San Francisco, médicos y supervisoras de enfermería de los 7 municipios			



### Lista de Materiales

Nombre del Proyecto: PASOS

Periodo Evaluado Julio 2008 - Mayo 2010.

#### 1. Fortalecimiento de los SAA y Promoción de las Actividades de Pares.

Descripción	Cantidad	Propósito
Trifolios para adolescentes (4 temas ; Adolescencia, Autoestima, Derechos de la sexualidad, Tu futuro es importante).	7,000 cada uno ×4 (Total 28,000)	Distribución en todas las unidades de salud (101) Proporcionar información a los adolescentes.
Rotafolios (SSRA)	200 set	Distribución en todas las unidades de salud (101) Proporcionar información a los adolescentes.
Stand	110 unidades	Distribución en todas las unidades de salud y los Espacios Amigables para proporcionar informació n a los adolescentes.
Banner de Servicio Amigable para Adolescentes	101 unidades	Distribución a las unidades de salud que recibieron capacitación de SAA para fortalecer sus actividades de SAA. (101)
Camisas	500 unidades	Distribución para el personal de salud que recibieron la capacitación de SAA para identificar y fortalecer las actividades de SSA.
Gafete	300 unidades	Distribución para el personal de salud que recibieron la capacitación de SAA para identificar y fortalecer las actividades de SSA.
Trifolios para la apertura del Espacio Amigable	2,000 unidades	Promoción de las actividades de los Líderes de Pares.
Volantes de los Líderes de Pares y apertura del Espacio Amigable.	5,000 unidades	Promoción de las actividades de los Líderes de Pares.
Letreros de señalización del Espacio Amigable (Centro y Hospital).	1 cada uno (Total 2)	Identificación del Espacio Amigable.
Banner de Líderes de Pares	2 unidades	Promoción de las actividades de los Líderes de Pares
Camisas	33 unidades	Promoción de las actividades de los Líderes de Pares
Tarjeta de identificación de los líderes de pares	33 unidades	Identificación del líderes de pares para apoyar sus actividades.

#### 2. Promoción del Proyecto PASOS

Descripción	Cantidad	Descripción	Cantidad
Carpetas	4,000 unidades	DVD (Canción del Proyecto)	200 unidades
Cuaderno con agenda	2,000 unidades	CD (Canción del Proyecto)	300 unidades
Libretas	500 unidades	Publicación en el periódico	1 vez
Lápiz tinta (3 tipos)	1,000 cada uno (Total 3,000)	Boletín del Proyecto	1,000 unidades
Banner	2 unidades	Calendario	1500 unidades
Trifolios (2tipos)	5,000 cada uno ×2 (Total 10,000 unidades)	Gorra	400 unidades
		Sticker	5,000 unidades

プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM) 3  
 オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト (和訳暫定版)  
 2010年6月11日

プロジェクト期間：2008年6月から2012年5月31日  
 ターゲットグループ：オランチョ県7市（フテイカルパ、カタカマス、ドゥルセ・ノンブレ・デ・クルミ、パトゥカ、サラマ、サン・エステバン、グアヤペ）の10～19歳の若者

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部要因
<p><u>上位目標</u>                      オランチョ県の思春期妊娠数の低下に貢献する。</p>	<p>思春期妊娠数の低下</p>	<p>保健省統計</p>	<p>思春期リプロダクティブヘルスの政策上の重要性が保たれる。</p>
<p><u>プロジェクト目標</u>                      性とリプロダクティブヘルス(SRH)の総合ケアを受けるオランチョ県7市の思春期の若者の数が増加する。</p>	<p>1.1. 少なくとも1回は産前検診を受診する思春期の妊婦の割合が60%に増加する（ベースライン：18.3%）。                      1.2. 産前検診を受ける思春期の妊婦の平均受診回数が増加する（ベースライン：2.7回）。                      2. 思春期の妊婦の施設分娩率が30%に増加する（ベースライン：22.6%）。                      3. 避妊に関するサービス（コンドーム、IUD、注射、経口避妊薬）を受けた思春期の若者の数がベースライン値よりも80%増加する。                      4. 保健医療施設でASRHに関するカウンセリングを受けた若者の数が増加する。</p>	<p>1.1. 保健医療施設の ASRH 統計                      1.2. 保健医療施設の ASRH 統計                      2. 保健医療施設の ASRH 統計                      3. 保健医療施設の ASRH 統計                      4. 保健医療施設の ASRH 統計</p>	<p>プロジェクトが自然災害の影響を受けない。</p>
<p><u>成果</u>                      1. 思春期の若者がアクセスしやすい質の高いASRHサービス提供システムを構築する。</p>	<p>1-1. ユースフレンドリーサービス（YFS）を構成する基本要素が存在する。                      1-2. 90%以上の常勤保健医療従事者がプロジェクトの研修を受講するASRHサービスプログラムの研修を受講する。</p>	<p>1-1. YFS ガイド                      1-2. 研修報告書、保健医療従事者が策定する行動計画</p>	<p>保健政策におけるASRHの位置づけが大きく低下しない。</p>

<p>1-3. 90%以上の保健医療施設が保健省とプロジェクトによって YFS 提供施設と認定される。</p> <p>1-4. 思春期の若者用のフォームを用いたリアルタイムシステムが導入、活用される。</p> <p>1-5. ASRH サービス利用者の満足度が増加する。</p> <p>1-6. 研修を受けた保健医療従事者に対し ASRH の相談をしたいと思います若者の数がベースライン比で増加する (指標 3-1 と同)。</p>	<p>1-3. YFS 認定証</p> <p>1-4. リファラルフォーム、カウンセラーレファラルフォーム</p> <p>1-5. ベースライン及びびエンドライン調査</p> <p>1-6. ベースライン及びびエンドライン調査</p>	<p>ASRH に対する住民及び/もしくは団体組織の大規模な反対運動が起きない。</p>
<p>2. 思春期の若者が ASRH サービスへアクセスしやすいピアシステムを構築する</p>	<p>2-1. ピアリーダー研修参加者リスト</p> <p>2-2. ピアトレーナー研修参加者リスト</p> <p>2-3. ピアコーディネーター研修参加者リスト</p> <p>2-4. ピアサポーター研修参加者リスト</p> <p>2-5. ピアルーム利用者記録</p> <p>2-6. ピアリーダーから保健医療施設へのリファラル記録</p> <p>2-7. ピアリーダー研修記録、ピアルームの活動記録とモニタリング</p>	<p>2-1. ピアリーダー研修参加者リスト</p> <p>2-2. ピアトレーナー研修参加者リスト</p> <p>2-3. ピアコーディネーター研修参加者リスト</p> <p>2-4. ピアサポーター研修参加者リスト</p> <p>2-5. ピアルーム利用者記録</p> <p>2-6. ピアリーダーから保健医療施設へのリファラル記録</p> <p>2-7. ピアリーダー研修記録、ピアルームの活動記録とモニタリング</p>
<p>3. 思春期の若者が ASRH サービスを利用することに積極的になる。</p>	<p>3-1. ベースライン及びびエンドライン調査</p> <p>3-2. ベースライン及びびエンドライン調査 (KAP 調査)</p> <p>3-3. ベースライン及びびエンドライン調査 (KAP 調査)</p>	<p>3-1. 研修を受けた保健医療従事者に対し ASRH の相談をしたいと思います若者の数がベースライン比で増加する (指標 1-6 と同)。</p> <p>3-2. ピアリーダーに ASRH の相談をしたいと思います若者の数がミットポイント調査比で増加する。</p> <p>3-3. 最も最近の性交時にコンドームを使用した思春期の若者の割合が増加する。</p>



<p>4. ASRH サービス提供のための管理・運営システムを構築する。</p>	<p>3-4. ピアリーダーによる（学校やコミュニティを含む）活動に参加した者の数</p>	<p>3-4. ピアリーダー活動記録</p>	
<p>4-1. ASRH サービス提供のための管理・運営システムを構築する。</p> <p>4-2. ASRH 活動の定期的なモニタリングが制度化される。</p> <p>4-3. ASRH 関連機関間の連携が構築、維持される。</p>	<p>4-1. ASRH 委員会が毎日開催される。</p> <p>4-2. ASRH 活動の定期的なモニタリングが制度化される。</p> <p>4-3. ASRH 関連機関間の連携が構築、維持される。</p>	<p>4-1. ASRH 委員会議事録</p> <p>4-2. 看護スーパーバイザーのモニタリング記録又は事故評価表</p> <p>4-3. 市のワーキンググループによる活動記録、又は ASRH 委員会議事録</p>	<p>国家 ASRH 政策が維持される</p>
<p><u>活動</u></p> <p>1-1. PAIA の規範に基づいてオンラインチャットにおける ASRH サービスを定義する。</p> <p>1-2. 保健医療従事者向けに YFS の提供のためのガイドを策定する。</p> <p>1-3. 研修の内容と参加者を決定する。</p> <p>1-4. 研修プログラムを策定する。</p> <p>1-5. 研修教材を作成する。</p> <p>1-6. 講師を選定する。</p> <p>1-7. 講師の研修を行う（ホンジュラスにおける経験の共有や日本または第三国研修）。</p> <p>1-8. ASRH サービス提供者を対象に研修を行う。</p> <p>1-9. YFS ガイド等を策定し配布する。</p> <p>1-10. ASRH サービス等の従事者間で四半期に一度のコンサルテーション会議を開催する。</p>	<p>投入 （日本側）</p> <p>1. 専門家：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 総括 /ASRH</li> <li>2) IEC</li> <li>3) 地域保健</li> <li>4) ヘルスプロモーション</li> <li>5) その他</li> </ol> <p>2. 資機材：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 車両</li> <li>2) IEC 教材</li> <li>3) 事務機器</li> <li>4) その他</li> </ol> <p>3. 現地業務費</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. 本邦研修</li> <li>5. 第三国研修</li> </ol>		

<p>1-11. ASRH 委員会が研修プログラムの改善のため研修参加者のパフォーマンスの向上状況をモニターする。</p> <p>1-12. ASRH 委員会が研修プログラム改善のため研修システムへのフィードバックを行う。</p> <p>1-13. 保健医療施設 (SFH、CMI、CESAMO、CESAR) における ASRH サービス強化計画を策定する。</p> <p>1-14. 保健医療施設において ASRH サービスを提供する。</p> <p>1-15. ASRH 委員会が保健医療施設における ASRH サービス提供状況をモニターする。</p> <p>1-16. 保健医療施設における ASRH サービスの提供方法を改善する。</p> <p>1-17. ASRH サービスに関するリアルタイム及びカウンターリアルタイムシステムを改善する。</p> <p>1-18. ASRH サービスに関するリアルタイム及びカウンターリアルタイムをモニターする。</p> <p>1-19. 思春期の若者がコンドームを容易に入手できる状況を創出する。</p>	<p>(ホンジュラス側)</p> <p>1. カウンターパート 中央レベル</p> <p>(1) 公衆衛生副大臣 (2) 保健推進総局長 (3) 家族統合保健課長 (4) 国家思春期統合ケアプログラム長 県レベル</p> <p>(5) 第 15 地域保健事務所長 (6) 第 15 地域保健事務所プロジェクト専門家 (7) 保健推進課長 (8) セクター開発ユニット長 (9) 思春期プログラム長 (10) 保健サービス提供課長 (11) 統計課長 (12) サンフランシスコ病院長 (13) サンフランシスコ病院思春期クリニック長</p> <p>2. 施設・設備等</p> <p>1) JICA 専門家チーム用事務所 (含電話・ファクシミリ・電気等の適切な設備)、オフィス家具、事務用機器</p> <p>2) プロジェクト用施設・設備</p> <p>3. 現地費用</p> <p>1) 運営・経常費用並びに維持管理費</p>
--	---

	<p>2-1. ピアリーダーを育成し、維持する（ピアカウンセリング）。</p> <p>2-2. ピアリーダーの活動をモニターする。</p> <p>2-3. 思春期の若者が自由に利用できるピアルームを7市に創設する。</p> <p>2-4. ピアコーディネータを育成する。</p> <p>2-5. ピアトレナーを育成する。</p> <p>2-6. ピアサポーター（思春期の若者の親、教師、コミュニティの一般の人々）を育成する。</p> <p>3-1. ASRH 委員会が保健医療従事者や思春期の若者からのインプットを受けて IEC のニーズを特定する。</p> <p>3-2. ASRH 委員会が保健医療従事者や思春期の若者からのインプットを基に IEC 計画を策定する。</p> <p>3-3. 各市の保健医療施設が IEC 計画を実行する。</p> <p>3-4. ピアリーダーがピアコーディネーターと共に IEC 計画を実行する。</p> <p>3-5. コミュニティの一般の大人を対象にした ASRH への理解促進と支援強化を目的とした IEC 活動を行う。</p>
--	--



<p>3-6. ASRH 委員会が IE0 活動をモニターする。</p> <p>4-1. ベースライン、ミッドポイント、エンドライン調査を行う。</p> <p>4-2. ASRH の開発と実行のための委員会を設立する。</p> <p>4-3. 市の青少年プログラム<sup>3)</sup>との組織的な調整メカニズムを設立する。</p> <p>4-4. ASRH サービスの提供、ピア活動及びIEC活動をモニターするシステムを設立する。</p> <p>4-5. コミュニティにおけるASRH関連の活動を行っている団体・組織と包括的な調整システムを各市に設立する。</p> <p>4-6. 教育セクターや関連する組織と共同してASRHの活動を行う。</p> <p>4-7. プロジェクトの経験を体系化する。<sup>4)</sup></p>	
---	--

- 1) 「プロジェクトの提案する ASRH サービスプログラム」とは、PAIA や行動・モニタリング計画に基づき制定された YFS サービスガイドに定義されている ASRH サービスを意味する。(要確認)
- 2) 「継続のためのシステム」とは ASRH サービスの提供に賛同するピアコーディネーター、ピアトレーナー、ピアサポーター及び一般の大人と市や教育セクターといった関連組織との連携を指す。
- 3) 各市にはそれぞれ独自の「子どもと若者のためのプログラム」が策定されている。
- 4) 「経験の体系化」とは、各種報告書のレビューや関連組織・個人との協議を通じて成果、問題点、教訓などを洗い出し、ワークショップ等を通じて結果を共有し最終的に報告書としてまとめることを意味する。この活動によってプロジェクトの経験が記録として残される。

3. PDM (Project Design Matrix) version2

プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM) 2  
 オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト

プロジェクト期間：2008年4月以降から2012年3月31日

ターゲットグループ：オランチョ県7市（フティカルバ、カタカマス、ドウルセ・ノンブレ・デ・グルミ、パトゥカ、サラマ、サン・エステバン、グアヤベ）の10～19歳の思春期若者

作成：2009年2月12日

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
<p><u>上位目標</u></p> <p>1. オランチョ県の思春期妊娠率の低下に貢献する。</p> <p>2. オランチョ県の思春期の若者がリプロダクティブヘルスの知識をもって責任ある性行動をとる。</p>	<p>1. 思春期妊娠率が低下する。</p> <p>2. 責任ある性行動をとる若者が増加する。</p>	<p>1. 保健省資料</p> <p>2. 若者の性行動調査</p>	
<p><u>プロジェクト目標</u></p> <p>性とリプロダクティブヘルスの統合ケアを受けるオランチョ県7市の思春期の若者が増加する。</p>	<p>1-1. 産前検診を受ける思春期の妊婦の平均受診回数が2.0回に増加する。</p> <p>1-2. 少なくとも1回は産前検診を受診する思春期の妊婦の割合（%）が35%に増加する。</p> <p>2. 思春期の妊婦の施設分娩割合（%）が30%に増加する。</p> <p>3. 避妊に関するサービスを受けた<sup>1</sup>思春期の若者の数がベースライン値よりも80%増加する。</p> <p>4-1. 保健医療施設にて統合的なカウンセリングがサービスを受けた思春期の若者の割合が30%に増加する。</p> <p>4-2. ピアルームにて統合的なカウンセリングがサービスを受けた思春期の若者の割合が増加する。</p>	<p>保健医療施設の統計</p> <p>保健医療施設の統計</p> <p>保健医療施設の統計</p> <p>保健医療施設の統計、ピアルーム訪問者記録</p> <p>保健医療施設の統計</p> <p>ピアルーム訪問者記録</p>	

<p>成果</p> <p>1. 保健医療従事者がPAIAの規定に従い若者に配慮した思春期のリプロダクティブヘルス(ARH)サービスを提供する。</p>	<p>1.1 常勤の保険医療施設職員の90%以上がガイドライン<sup>2</sup>に基づいたARHサービスを提供できるようになる。</p>	<p>プロジェクトの実施する研修の報告書、研修参加者の作成するアクションプラン</p>	<p>保健政策におけるARHの位置づけが大きく低下しない。</p>
<p>2. 思春期の若者が利用しやすいARHサービスの提供体制が整う。</p>	<p>2.1 90%以上の保険医療施設がユースフレンドリーサービス(YFS)を提供できるようになる。</p> <p>2.2 思春期の若者の保険医療施設に対する満足度が増加する。</p> <p>2.3 思春期の若者用のフォームを用いたリファラルシステムが導入される。</p>	<p>YFS モニタリングシート</p> <p>EXIT 調査 (再委託)</p> <p>リファラルシート</p>	<p>ARH に対する住民及び/もしくは団体組織の大規模な反対運動が起きない。</p>
<p>3. 保健推進活動によって思春期の若者がARHサービスを受けることに積極的になる。</p>	<p>3.1 トレーニングを受けた医療スタッフやピアリーダーに相談したいと思う思春期の若者の数が増加する。</p> <p>3.2 ARH サービスの提供を高く評価するピアサポーター〔ピア活動を支える大人の集団(親、教師、地域のリーダー、教会、社会教育関係者等)〕の数が増加する。</p> <p>3.3 ピアルームを訪問した思春期の若者の割合が増加する。</p> <p>3.4 ピア活動を維持するためのサポーターシステムが整う。</p>	<p>KAP 調査 (再委託)</p> <p>ピアサポーター研修報告書</p> <p>ピアルーム訪問者記録</p> <p>ピアリーダー研修報告書、ピアルーム活動・モニタリング報告書</p>	
<p>4. 啓発活動を含むARH サービスを提供するための管理運営体制が整う。</p>	<p>4.1 ARH 活動に関するモニタリングが通常業務に含まれるようになる。</p> <p>4.2 ARH 活動(IEC 活動を含む)に関連した組織間の連携・調整が通常業務に含まれるようになる。</p>	<p>スーパーバイズナースによるモニタリング報告書、自己モニタリングシート、事例検討会議事録</p> <p>市のワーキンググループ議事録、ARH サービス委員会議事録、スタディスター報告書、IEC 活動報告書</p>	



活動	投入 (日本側)	前提条件
1.1	研修プログラムの開発と実施のための委員会を設置する	
1.2	調整責任者を配置する	
1.3	必要な研修内容と研修対象者を選定する	
1.4	研修プログラムを作成する	
1.5	研修教材を整備(収集・作成)する	
1.6	講師を選定する	
1.7	必要に応じた講師の訓練を実施する (国内成功事例の視察・日本と第三国での研修を含む)	
1.8	ARH 従事職員等の研修プログラムを実施する	
1.9	PAIA マニュアル等を強化・配布する	
1.10	ARH 従事職員等の定期症例検討会を開催する	
1.11	受講者の業務実施の変化をモニタリングする	
1.12	研修シナテムを改良する	
2.1	サンフランシスコ病院の ARH サービス強化計画を策定する (第三国と国内の成功事例の視察を含む)	
2.2	サンフランシスコ病院において ARH に特化したサービスを実施する	
2.3	サンフランシスコ病院において ARH に特化したサービス提供状況をモニタリングする	
2.4	サンフランシスコ病院において ARH に特化したサービス提供方法を改善する	
2.5	CMI/CESAMO/CESAR において ARH サービス強化計画を策定する(第三国と国内の成功事例の視察を含む)	
2.6	CMI/CESAMO/CESAR において ARH に特化したサービスを実施する	
2.7	CMI/CESAMO/CESAR において ARH に特化したサービス提供状況をモニタリングする	
2.8	CMI/CESAMO/CESAR において ARH に特化したサービス提供方法を改善する	
2.9	ARH サービス提供に関するリファラル基準の確立	
2.10	ARH サービスリファラル基準に沿った業務を実施する	
2.11	ARH サービスリファラル業務をモニタリングする	

<p>2.12 ARH サービスリアフレア基準を改良する</p> <p>2.13 若者が集まれる場を提供する</p> <p>2.14 若者がコンドームを得やすい環境を整備する</p> <p>3.1 (設立支援を含む) COMVIDA との連携体制を確立する</p> <p>3.2 ARH の地域への啓発活動実施に関連する組織 / 団体との連携体制を確立する</p> <p>3.3 IEC マテリアルを整備 (収集と作成) する</p> <p>3.4 IEC 活動へ助言する</p> <p>3.5 IEC 活動実施を支援する</p> <p>3.6 ピアリーダーを育成し、支援する</p> <p>3.7 IEC 活動をモニタリングする</p> <p>3.8 IEC 活動の改善を提案する</p> <p>3.9 学校 / 教育機関との連携体制を確立する</p> <p>3.10 ARH 教育実施を支援する</p> <p>3.11 ARH 教育をモニタリングする</p> <p>3.12 ARH 教育の改善を提案する</p> <p>3.13 IEC 活動 / ARH 教育関係者のセミナー / 協議会を開催する</p> <p>4.1 保健省 (もしくは県保健事務所) 内部の ARH 関連部門の連携体制を確立する</p> <p>4.2 ARH サービス提供に関するモニタリング体制を確立する</p> <p>4.3 IEC 活動に関するモニタリング体制を確立する</p> <p>4.4 ARH 教育に関するモニタリング体制を確立する</p> <p>4.5 ベースライン調査を実施する</p> <p>4.6 各種モニタリング調査を実施する</p> <p>4.7 ARH サービス提供 / IEC 活動 / ARH 教育に関する企画立案体制を確立する</p> <p>4.8 PAIA をベースに、モデルとなる経験を文書化し、他県へ紹介する</p>	<p>12) 保健サービス提供課長</p> <p>13) 精神保健プログラム長</p> <p>14) 女性ケアプログラム長</p> <p>15) サンフランシスコ病院院長</p> <p>16) サンフランシスコ病院思春期クリニック長</p> <p>2. 施設・設備等</p> <p>1) JICA 専門家チーム用事務所 (含電話・ファクシミリ・電気等の適切な設備)、事務用家具・事務用品</p> <p>2) プロジェクト用施設・設備</p> <p>3 現地費用</p> <p>1) 運営・経常費用並びに維持管理費</p>	
--	--	--

1 「避妊に関するサービスを受けた」とは、4 種類の避妊法 (コンドーム・ピル・注射・IUD) の入手・利用、カウンセリングの受診、ピアルームへの来訪を指す。

2 「ガイドライン」とは、プロジェクト作成のガイドライン (PAIA 内容を含む) を指す。

#### 4. PDM 比較表

**PDM3への改訂に係る PDM2との比較表（プロジェクト専門家作成の比較表をもとに加工）**

改訂版 (PDM3)	改訂前(PDM2)	改訂理由
<p><b>上位目標</b></p> <p>1. Contribuir a la disminución del número de embarazos entre los adolescentes del Departamento de Olancho.</p>	<p><b>上位目標</b></p> <p>1 Contribuir a la disminución del porcentaje de embarazos en adolescentes en el Departamento de Olancho</p> <p>2 Los y las adolescentes del Departamento de Olancho optarán por las conductas sexuales responsables con conocimientos correctos de la Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p>プロジェクト目標との因果関係を考慮し、PDM2の上位目標1のみを残し、“思春期妊娠率の低下”から“思春期妊娠数の低下”に改訂した。PDM2の上位目標2は、PDM3のアウトプット3に含まれる内容として改訂。</p>
<p>&lt;Indicadores&gt;</p> <p>1. Disminución del número de embarazos entre los adolescentes.</p>	<p>&lt;Indicadores&gt;</p> <p>1. Disminuir la proporción de embarazo en adolescentes.</p> <p>2. Aumentar la proporción de los y las adolescentes que optan por las conductas sexuales responsables.</p>	<p>上位目標の改訂に伴い、指標を改訂。</p>
<p>&lt;Medios de verificación&gt;</p> <p>1. Estadísticas de las unidades de salud.</p>	<p>&lt;Medios de verificación&gt;</p> <p>1. Datos de la SS (Secretaría de Salud)</p> <p>2. Estudio de las conductas sexuales de los y las adolescentes</p>	<p>上位目標の改訂に伴い、指標データの入手手段を改訂。</p>
<p><b>Objetivos del proyecto</b></p> <p>&lt; Indicadores&gt;</p> <p>1-1. El porcentaje de embarazadas adolescentes que reciben controles prenatales (CPN) al menos una vez se ha incrementado al 60%.</p> <p>1-2. El promedio del número de CPN recibidos por adolescentes embarazadas se ha incrementado a 4.0 CPN por adolescente.</p>	<p><b>Objetivos del proyecto</b></p> <p>&lt; Indicadores&gt;</p> <p>1-1. El promedio del número de controles prenatales (CPN) recibidos por adolescentes embarazadas se ha incrementado a 2.0 CPN/adolescente.</p> <p>1-2. El porcentaje de embarazadas adolescentes que reciben CPN al menos una vez se ha incrementado al 35%.</p>	<p>PDM2のプロジェクト目標に対する指標1-1, 1-2を事象が発生する時系列に整理。</p> <p>“少なくとも1回は産前健診を受診する思春期の妊婦の割合”は、中間評価時点で既に47%であることから、目標値を60%に改訂。</p> <p>“産前健診を受ける思春期の妊婦の平均受診回数”は、適切な計算方法で算出しないおしたところ、ベースライン時で既に2.7回、中間評価時で3.1回であることから、目標値を4.0回に改訂。</p>
<p>3. El número total de adolescentes que reciben servicios de prevención de embarazo (4 métodos: preservativos, DIU, Depo- Provera., píldoras) se ha incrementado en 80% de la</p>	<p>3.El porcentaje de adolescentes que reciben servicios de prevención de embarazo se ha incrementado en 80%.</p>	<p>“避妊に関するサービス”を、思春期の若者向け避妊法として供給されている4種類のサービスのサービスを受けた者と明確化。</p>



línea base.		
4. El número de adolescentes que reciben servicios de consejería sobre SSRA por las unidades de salud se ha incrementado.	4-1. El porcentaje de adolescentes que reciben servicios de consejería integral por las unidades de salud se ha incrementado a 30%. 4-2. El porcentaje de adolescentes que reciben servicios de consejería integral por los Espacios Amigables para Adolescentes (EAA) se ha incrementado.	PDM2のプロジェクト目標に対する指標4-1, 4-2のうち、4-2はピア活動の一部であることから、PDM3のアウトプット2の指標2-5として改訂。PDM3のプロジェクト目標に対する指標4-1のみを残し、文言を整理。
<Medios de verificación> 3. Estadísticas de las unidades de salud de SSRA.	<Medios de verificación> 3. Estadísticas de SSRA, registros de usuarios de Espacios Amigables para Adolescentes	“避妊に関するサービス”にピアルーム訪問者数を含めないことから、指標データ入手手段から削除。
<b>Resultado del proyecto</b> 1. Establecer un sistema para prestar los servicios de SSRA con calidad que faciliten el acceso de los y las adolescentes.	<b>Resultado del proyecto</b> 1. Los proveedores de salud prestarán, de acuerdo con las normas de Programa Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), los servicios de la Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes (SSRA) por consideración a los y las adolescentes. 2. Un sistema para prestar los servicios de SSRA con calidad que faciliten uso de los y las adolescentes, será establecido.	PDM2のアウトプット1、2を思春期保健サービス供給に関するアウトプットとして1つにまとめ、文言を整理。
2. Establecer un sistema de pares para facilitar al acceso de los adolescentes a los servicios.		思春期保健サービス供給を促進するためのピア活動に関するアウトプットを加筆。
3. Desarrollar una actitud positiva para recibir los servicios de SSRA entre los y las adolescentes.	3. Los adolescentes, tomarán una actitud positiva en recibir los servicios de SSRA por medio de concientización.	思春期の若者の思春期保健サービスに関する姿勢・態度に係るアウトプットとして、文言を整理。
4. Establecer un sistema de gestión y operación para prestar los servicios de SSRA.	4. Un sistema de administración y operación de la Secretaría de Salud para prestar los servicios de SSRA, que incluyen concientización, será establecido.	アウトプット1-3に係るマネージメントならびに実施体制の構築として文言を整理。
< Indicadores > 1-1. Existencia de los componentes básicos de las estructura de los servicios amigables para adolescentes.	< Indicadores > 1.2. *Normas = Las normas de PAIA y las desarrolladas por PASOS	本プロジェクトで PAIA そのものを推進・展開することが目的ではないことから、PAIA のコンセプトを基に、プロジェクト

		によって開発されたユースフレンドリーサービスのガイドラインが存在していることを指標のひとつとして追記。
1-2. Más del 90% de los trabajadores de salud permanentes se ha capacitado sobre servicios de SSRA de acuerdo al programa propuesto por el proyecto.	1.1. Más de 90% de los trabajadores de salud permanentes proveen SSRA de acuerdo a las normas.	保健省管轄の保健施設に勤務する常勤保健スタッフに対する研修であることを明確化。
1-3. El 90% de las unidades de salud se han certificado como servicios amigables para adolescentes en base a la estructura de los servicios amigables para adolescentes, por la Secretaría de Salud con el proyecto PASOS.	2.1 Un Servicio Amigable para Adolescentes (SAA) que provee servicios de SSRA se ha establecido en más del 90% de unidades de salud	ユースフレンドリーサービスを実践している保健施設であることを、証明書発行によって明確化。
1-4. Un sistema de referencia, que utilice un formulario específico para adolescentes se ha implantado y mantenido.	2.3. Un sistema de referencia para adolescentes, utilizando un formulario es implantado.	既存のレファラルシステム（保健サービス全体用）を基に、思春期保健サービスに特化したレファラルシステムの改善であることを明確化。
1-5. La tasa de satisfacción de los usuarios de SSRA se ha incrementado.	2.2. La tasa de satisfacción de los usuarios de SSRA se ha incrementado.	内容は同じだが、順番を整理。
1-6. El número de adolescentes que quieren consultar sobre SSRA con el personal de salud capacitado en SSRA ha aumentado de acuerdo al estudio de línea base.	3.1 El número de adolescentes que quieren hablar sobre servicios de SSRA con el personal de salud capacitado en SSRA, o líderes adolescentes se ha incrementado.	内容は同じであるが、アウトプットの整理により、指標の順番を入れ替え、ベースライン時のデータからの変化を評価するように明確化。
2-1. El número de líderes de pares. 2-2. El número de capacitadores de pares. 2-3. El número de coordendores de pares.		アウトプットの加筆・修正により、新たに指標を加筆。
2-4. El número de facilitadores (padres de adolescentes, maestros, y personas de la comunidad) de pares.	3.2 El número de facilitadores de pares (padres de adolescentes, maestros, y personas de la comunidad) que aprecian la provisión de servicios de SSRA se ha incrementado.	アウトプットの加筆・修正により、指標の順番を入れ替え、文言を整理。
2.5. 1,000 adolescentes por año que visitan los espacios amigables para adolescentes. 2.6. El número total de los casos referidos de los líderes de	3.3 Porcentaje de adolescentes que visitan los Espacios Amigables para Adolescentes.	PDM2の“ピアルーム訪問率”を、PDM3では“利用目的にかかわらず訪問した若者数”と、“ピアリーダーによるカウンセリングにより保健スタッフヘリファ

pares al personal de salud.		一された数”に分けて指標を整理。
2.7. Un sistema para el mantenimiento de las actividades de pares se ha establecido.	3.4 Un sistema de apoyo para el mantenimiento de las actividades de pares se ha establecido.	アウトプットの加筆・修正により、指標の順番を入れ替え、文言を整理。
3.1. El número de adolescentes que quieren consultar sobre SSRA con los líderes de pares ha aumentado de acuerdo al estudio de medio-término del proyecto. 3.2. El porcentaje de adolescentes que ha utilizado preservativos en su última relación sexual se ha incrementado. 3.3. El número total de participantes en actividades realizadas por líderes de pares (incluyendo escuelas y colegios, la comunidad, etc.). 3.4. El número de población general adulta de la comunidad que valoran la provisión de servicios de SSRA se ha incrementado.		アウトプット3の整理に伴い、それに対応する指標を加筆。
4-1. El comité de SSRA se ha reunido mensualmente. 4-2. El monitoreo periódico de las actividades de SSRA se ha institucionado. 4-3. La coordinación entre organizaciones relacionadas a actividades de SSRA se ha establecido y mantenido.	4.1 El monitoreo de las actividades de SSRA está integrado al trabajo rutinario. 4.2 La coordinación entre organizaciones relacionadas a actividades de SSRA (incluyendo actividades de IEC) está integrada al trabajo rutinario.	アウトプット4の改訂に伴い、指標を改訂。
<Medios de verificación> 1.1. Guía sobre la estructura de los servicios amigables para adolescentes. 1.2. Informes de capacitaciones, planes de acción desarrollados por el personal de salud. 1.3. Certificación como servicios amigables. 1.4. Hoja de referencia y contra-referencia. 1.5. Los resultados del estudio de línea base y del final del proyecto. 1.6. Los resultados del estudio de	<Medios de verificación> 1.1 Informes de capacitaciones, plan de acción desarrollado por los participantes. 2.1 Hoja de monitoreo de SAA. 2.2 Encuesta de salida. 2.3 Hoja de referencia.	アウトプット1とそれに対応する指標の改訂に伴い、指標データの入手手段を改訂。



línea base y del final del proyecto.		
<p>2-1. La lista de participantes en la capacitación de líderes de pares.</p> <p>2-2. La lista de participantes en la capacitación de capacitadores de pares.</p> <p>2-3. La lista de participantes en la capacitación de coordinadores de pares.</p> <p>2-4. La lista de participantes en la capacitación de facilitadores de pares.</p> <p>2.5. Registro de usuarios de los EAA.</p> <p>2.6. Informe de las referencias de los líderes de pares a los servicios de salud.</p> <p>2.7. Informe de capacitaciones de líderes de pares, informe de actividades de EAA y monitoreo.</p>	<p>3.1 Encuesta de CAP.</p> <p>3.2 Informe de capacitaciones de los facilitadores de pares.</p> <p>3.3 Registro de usuarios de EAA.</p> <p>3.4 Informes de capacitaciones de líderes de pares, informes de actividades de EAA y monitoreo.</p>	<p>アウトプット2とそれに対応する指標の改訂に伴い、指標データの入手手段を改訂。</p>
<p>3-1. Los resultados del estudio de línea base y del final del proyecto (encuesta de CAP).</p> <p>3-2. Los resultados de estudio de línea base y del final del proyecto (encuesta de CAP).</p> <p>3-3. Informe de actividades por líderes de pares.</p> <p>3-4. Informe de actividades (seminario, capacitación, etc.) para la población en la comunidad.</p>		<p>アウトプット3とそれに対応する指標の改訂に伴い、指標データの入手手段を改訂。</p>
<p>4-1. Informe del comité de SSRA.</p> <p>4-2. Informe de monitoreo por la enfermera supervisora u hoja de autoevaluación.</p> <p>4-3. Informe de actividades con el grupo municipal de trabajo o informe del comité de SSRA.</p>	<p>4.1 Informes de monitoreo por enfermera supervisora u hoja de autoevaluación. Registro de estudios de caso.</p> <p>4.2 Informes de actividades por el grupo municipal de trabajo, informe del Comité de SSRA, informe de visitas de estudio, informe de IEC</p>	<p>アウトプット4とそれに対応する指標の改訂に伴い、指標データの入手手段を改訂。</p>
<p><b>Actividades</b></p> <p>1-1. Definir las características de los servicios de SSRA de acuerdo al concepto de PAIA en el Departamento de Olancho.</p>	<p><b>Actividades</b></p> <p>1-1 Establecimiento de un comité para el desarrollo y ejecución del programa de capacitación.</p>	<p>研修開発のために委員会を作るのではなく、既存の ARH 委員会を活用。</p>

1-2. Desarrollar la guía para que el personal de salud preste los servicios amigables para adolescentes.	1-2. Asignación de responsable de coordinación.	ユースフレンドリーサービスのためのガイドを作成。
1-3. Identificar los contenidos necesarios y posibles participantes de la capacitación.	1-3 Identificación de los contenidos necesarios y posibles participantes de la capacitación.	動詞不定形に改訂。
1-4. Elaborar el programa de capacitación.	1-4 Elaboración de programa de capacitación.	動詞不定形に改訂。
1-5. Desarrollar los materiales didácticos de la capacitación.	1-5 Consolidación de materiales didácticos de la capacitación (Recolección y elaboración).	既存の教材ではなく研修教材を新たに作成。
1-6. Seleccionar a los capacitadores.	1-6 Selección de instructores.	よりの確な表現に整理。
1-7. Capacitar los capacitadores según se requiera (emulación de los casos exitosos en Honduras, capacitación en Japón y otros países).	1-7 Capacitación de los instructores según la necesidad (Observación de los casos exitosos en Honduras, capacitación en Japón y otros países).	よりの確な表現に整理。
1-8. Ejecutar el programa de capacitación para los proveedores de SSRA.	1-8 Ejecución del programa de capacitación para los proveedores de SSRA.	動詞不定形に改訂。
1-9. Elaborar y distribuir la guía para los servicios amigables para adolescentes y otros materiales del proyecto.	1-9 Consolidación y distribución del manual de PAIA y otros.	プロジェクトとしてPAIAを配布するのではなく、PAIAの概念を基にプロジェクトで作成したYFSガイドラインやその他教材を配布。
1-10. Mantener una reunión trimestral para intercambio de opiniones entre los proveedores de SSRA y otros.	1-10 Convocatoria de conferencia periódica para análisis de los casos clínicos entre los proveedores de SSRA y otros.	既存の市の会議を利用と内容の広義化。
1-11. Monitorear el mejoramiento del desempeño de los participantes de las capacitaciones para mejorar el programa de capacitación por el comité de SSRA.	1-11 Ejecución de monitoreo de cambio en el lugar del trabajo por los participantes.	記述の明確化。
1-12. Retroalimentación del sistema de capacitación para mejorar el programa de capacitación por el comité de SSRA.	1-12 Mejora del sistema metodológico de capacitación.	よりの確な表現に整理。
1-13. Elaboración de plan de fortalecimiento de los servicios de SSRA en las unidades de salud (Hospital San Francisco, CMI, CESAMO, CESAR).	2-1 Elaboración de plan de fortalecimiento de los servicios de SSRA en el Hospital San Francisco (que incluye observación de los casos exitosos en Honduras y otros)	サンフランシスコ病院とCMI/CESAMO/CESARを合わせて保健施設と表現。

	países). 2-5 Elaboración de plan de fortalecimiento de los servicios de SSRA en las CMI/CESAMO/CESAR.	
1-14. Implantar los servicios diferenciados de SSRA en las unidades de salud.	2-2 Ejecución de los servicios diferenciados de SSRA en el Hospital San Francisco. 2-6 Ejecución de los servicios diferenciados de SSRA en las CMI/CESAMO/ CESAR.	サンフランシスコ病院とCMI/CESAMO/CASAR を合わせて保健施設と表現。
1-15. Monitorear la situación en torno a la prestación de servicios diferenciados de SSRA en las unidades de salud por el comité de SSRA.	2-3 Monitoreo de la situación en torno a la prestación de servicios diferenciados de SSRA en el Hospital San Francisco. 2-7 Monitoreo de la situación en torno a la prestación de los servicios diferenciados en las CMI/CESAMO/ CESAR.	サンフランシスコ病院とCMI/CESAMO/CASAR を合わせて保健施設と表現。
1-16. Mejorar la metodología de los servicios diferenciados de SSRA en las unidades de salud.	2-4 Mejoramiento de metodología de los servicios diferenciados de SSRA en el Hospital San Francisco. 2-8 Mejoramiento de la metodología de la prestación de los servicios diferenciados en las CMI/CESAMO/ CESAR.	サンフランシスコ病院とCMI/CESAMO/CASAR を合わせて保健施設と表現。
1-17. Mejorar la referencia y contra-referencia relacionada con los servicios de SSRA.	2-12 Mejoramiento del criterio de referencia relacionado con los servicios de SSRA.	既存のリファラルシステムの活用。
1-18. Monitorear la referencia y contra-referencia relacionada con los servicios de SSRA.	2-11 Monitoreo de la referencia relacionada con los servicios de SSRA.	よりの確な表現に整理。
1-19. Establecer condiciones que permitan obtener fácilmente preservativos a los y las adolescentes.	2-14 Establecer condiciones que les permitan conseguir fácilmente el preservativo a los y las adolescentes.	よりの確な表現に整理。
2-1. Formar y mantener líderes de pares (consejería de adolescente a adolescente).	3-6 Formación, desarrollo de líder de consejería de adolescente a adolescente (peer líder) y prestación de apoyo al líder.	よりの確な表現に整理。
2-2. Monitorear las actividades de líderes de pares.	--	記述の明確化。
2-3. Establecer un espacio amigable donde los y las adolescentes puedan reunirse	2-13 Establecer un espacio donde los y las adolescentes puedan reunirse libremente.	6市に拡大していく事を明記。



libremente en cada municipio.		
2-4. Formar coordinadores de pares.	3-6 Formación, desarrollo de líder de consejería de adolescente a adolescente (peer líder) y prestación de apoyo al líder.	ピアコーディネーターを明記。
2-5. Formar capacitadores de pares.	3-6 Formación, desarrollo de líder de consejería de adolescente a adolescente (peer líder) y prestación de apoyo al líder.	よりの確な表現に整理。
2-6. Formar facilitadores (padres de adolescentes, maestros, y personas de la comunidad) de pares.	3-6 Formación, desarrollo de líder de consejería de adolescente a adolescente (peer líder) y prestación de apoyo al líder.	よりの確な表現に整理。
3-1. Identificar de las necesidades de información, educación y comunicación (IEC) de acuerdo a las necesidades del personal de salud y los y las adolescentes por el comité de SSRA.	3-3 Consolidación de los materiales de IEC (Recolección y elaboración).	ARH 委員会が中心となって IEC 活動を実施することを明記。
3-2. Elaborar el plan de IEC de acuerdo a las necesidades de personal de salud y los y las adolescentes por el comité de SSRA.	3-3 Consolidación de los materiales de IEC (Recolección y elaboración).	記述の明確化。
3-3. Implementar el plan de IEC por las unidades de salud de cada municipio.	3-4 Asesoría en las actividades de IEC. 3-5 Apoyo a la ejecución de las actividades de IEC. 3-10 Apoyo a la ejecución de la educación de SSRA.	重複を避け、1つの活動に整理。
3-4. Implementar el plan de IEC por los líderes de pares conjuntamente con los coordinadores de pares.	3-4 Asesoría en las actividades de IEC. 3-5 Apoyo a la ejecución de las actividades de IEC. 3-10 Apoyo a la ejecución de la educación de SSRA.	重複を避け、1つの活動に整理。ピアリーダーによる IEC 活動を明記。
3-5. Implementar el plan de IEC a la población general adulta de la comunidad para divulgación y motivación sobre SSRA.	3-4 Asesoría en las actividades de IEC. 3-5 Apoyo a la ejecución de las actividades de IEC.	重複を避け、1つの活動に整理。
3-6. Monitorear las actividades de IEC por el comité de SSRA.	3-7 Monitoreo de las actividades de IEC. 3-8 Propuesta de mejoramiento de las actividades de IEC. 3-11 Monitoreo de la educación de SSRA. 3-12 Propuesta de mejoramiento de la educación de SSRA.	重複を避け、1つの活動に整理。

4-1. Ejecutar estudios de línea base, medio-termino, y del final de proyecto.	4-5 Ejecución del estudio de línea de base y al final del proyecto.	中間評価について加筆。
4-2. Establecer un comité para el desarrollo y ejecución de SSRA.	4-1 Establecimiento de sistema de coordinación entre las secciones relacionadas a SSRA dentro de la Región Sanitaria No.15.	重複を避け、1つの活動に整理。
4-3. Establecer un sistema de coordinación interinstitucional para la creación y mantenimiento del programa municipal para adolescentes.	3-1 Establecimiento de sistema de coordinación interinstitucional para la creación y apoyo de COMVIDA(un programa municipal para adolescentes). 3-2 Establecimiento de sistema de coordinación con los organismos relacionados con las actividades de concientización sobre SSRA en las comunidades.	従来の COMVIDA、その他のプログラムが、Programa municipalとして包括されたため、関係機関との連携構築に関する記述の重複を避け、一つの活動に整理。
4-4. Establecer un sistema de monitoreo de la prestación de servicios de SSRA, las actividades de líderes de pares y las actividades de IEC.	3-7 Monitoreo de las actividades de IEC. 3-11 Monitoreo de la educación de SSRA. 4-2 Establecimiento de sistema de monitoreo de la prestación de servicios de SSRA. 4-3 Establecimiento de sistema de monitoreo de las actividades de IEC. 4-4 Establecimiento de sistema de monitoreo de la educación sexual en el sector educativo. 4-5 Ejecución del estudio de línea de base y al final del proyecto. 4-6 Ejecución de estudio de diferentes monitoreos.	重複を避け、一つの活動に整理。
4-5. Establecer un sistema integral municipal de coordinación con los organismos relacionados con las actividades de SSRA en las comunidades.	3-1 Establecimiento de sistema de coordinación interinstitucional para la creación y apoyo de COMVIDA (un programa municipal para adolescentes). 3-2 Establecimiento de sistema de coordinación con los organismos relacionados con las actividades de concientización sobre SSRA en las comunidades. 3-9 Establecimiento de sistema de coordinación con las escuelas/instituciones educativas.	思春期リプロダクティブ・ヘルス・サービス活動に関する市の連携システム構築に係る記述の重複を避け、一つの活動に整理。

4-6. Realizar actividades de SSRA con el personal del sector educativo y otras organizaciones relacionadas.	3-13 Actividades de IEC/ Seminario entre las autoridades de la educación de SSRA/Creación de un consejo. 4-7 Establecimiento de sistema de planificación de la prestación de servicios de SSRA / Actividades de IEC / la educación sexual en el sector educativo.	思春期リプロダクティブ・ヘルス・サービス活動に関する教育機関ならびにその他の関係機関との記述の重複を避け、一つの活動に整理。
4-7. Sistematizar la experiencia del proyecto PASOS.	4-8 Documentación de experiencias exitosas del Proyecto como modelo tomando en consideración el concepto de PAIA e introducción a otros departamentos.	PDM の Nota 4)を参照。
<b>Condiciones externas</b> <Objetivo Superior> Se mantiene la importancia de la política nacional de SSRA	No mencionó	外部条件を設定。
<Objetivos del proyecto> El proyecto no se altera por desastres naturales.	No mencionó	外部条件を設定。
<Resultado del proyecto> Que no se reduzca significativamente la importancia de la SSRA en las políticas de salud.  Que no surjan movimientos de gran envergadura en contra de la SSRA por parte de los ciudadanos y/o organizaciones.	No reducir significativamente la importancia de SSRA en las políticas de salud  No surgir movimiento de gran envergadura en contra de SSRA por parte de los ciudadanos y/o organizaciones	表現の明確化  表現の明確化
<Suposición> La política nacional de SSRA se mantiene.	No mencionó	前提条件を設定。
<Insumo> (Parte japonesa) 1. Expertos: 2) IEC (Información, Educación y Comunicación)	(Parte japonesa) 1. Expertos: 2) IEC (Información, Educación y Comunicación)/ Coordinador	コーディネーターはその他要員の中で別途投入。
(Parte hondureña) 1. Contraparte <u>Nivel nacional</u> (1) El Sub-secretario de Riesgos Poblaciones (2) Director General de Promoción de Salud (3) Jefe del Departamento de Salud	1. Contraparte <u>Nivel nacional</u> (1) El Sub-secretario de Riesgos Poblaciones (2) Director General de Promoción de Salud (3) Jefe del Departamento de Salud	実際のプロジェクト活動に即した C/P の配置。



<p>Integral a la Familia (4) Jefe del Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia</p> <p><u>Nivel regional</u> (5) Director de la Región Sanitaria Departamental No.15 (6) Especialista de proyectos de la Región Sanitaria No. 15 (7) Jefe del Departamento de Promoción de Salud (8) Jefe de la Unidad de Desarrollo Sectorial (9) Jefe del Programa de Adolescentes (10) Jefe del Departamento de Provisión de Servicios de Salud (11) Jefe del Departamento de Estadística (12) Director del Hospital Regional San Francisco (13) Jefe de Clínica de los Adolescentes del Hospital Regional San Francisco</p>	<p>Integral a la Familia (4) Jefe del Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia (5) Jefe del Departamento de ITS/VIH/SIDA (6) Jefe del Programa Nacional de Salud mental</p> <p><u>Nivel regional</u> (7) Director de la Región Sanitaria Departamental No.15 (8) Jefe del Departamento de Promoción de Salud (9) Jefe de la Unidad de Desarrollo Sectorial (10) Jefe del Programa de Adolescentes (11) Jefe de la Unidad de Garantía de Calidad (12) Jefe del Departamento de Provisión de Servicios de Salud (13) Jefe del Programa de Salud Mental (14) Jefe del Programa Atención a la Mujer (15) Director del Hospital San Francisco (16) Jefe de Clínica de los Adolescentes del Hospital San Francisco</p>	
--	--	--

