

**中米カリブ地域  
看護基礎・継続教育強化プロジェクト  
終了時評価調査報告書**

平成 22 年 12 月  
(2010年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

人間
JR
10-060

**中米カリブ地域  
看護基礎・継続教育強化プロジェクト  
終了時評価調査報告書**

平成 22 年 12 月  
(2010年)

**独立行政法人国際協力機構  
人間開発部**

## 序 文

中米カリブ地域において、保健医療サービスの向上は大きな課題であり、特にサービスの担い手である看護師の基礎教育の質の向上、臨地現場における継続教育の実施や雇用の確保は、当地域における大きな課題となっています。エルサルバドル共和国においては、1979年から1992年まで続いた内戦の後、政府が社会経済復興に取り組むなか、JICAは1997年から2002年にかけて、看護人材の養成システムの見直しと質の向上を図るための技術協力プロジェクト「看護教育強化プロジェクト」を実施し、看護教員に対する教育の改善、看護教育の標準化、看護教育と臨床の連携等の成果を上げました。このプロジェクトの成果は、2002年から2006年の間、第三国研修「看護教育」として、周辺国のグアテマラ共和国、コスタリカ共和国、ドミニカ共和国、ニカラグア共和国、パナマ共和国、ホンジュラス共和国との広域研修という地域的展開が行われました。

本報告書で取り扱う「中米カリブ地域看護基礎・継続教育強化プロジェクト」は、上記エルサルバドル共和国「看護教育強化プロジェクト」、及び第三国研修「看護教育」の成果や育成された現地人材と協働し、エルサルバドル共和国、グアテマラ共和国、ドミニカ共和国、ニカラグア共和国、ホンジュラス共和国を対象に看護基礎教育指導者の能力向上のため広域的な取り組みを行うとともに、同時にエルサルバドル共和国を対象に看護職に対する助産分野の継続教育の質の向上に取り組むという「広域協力」と「二国間協力」の2つのアプローチを有するプロジェクトで、2007年8月から3年間の協力期間として開始されました。

今回の終了時評価調査は、協力予定期間終了に先立ち、これら5カ国における活動実績の確認や目標達成度の評価を行い、協力予定期間終了後の対応方針について協議することを目的として、2010年5月から6月に実施しました。本報告書は、同調査団の協議内容と調査結果を取りまとめたものです。ここに、本調査にご協力を賜りました関係各位に対し、深甚なる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12月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

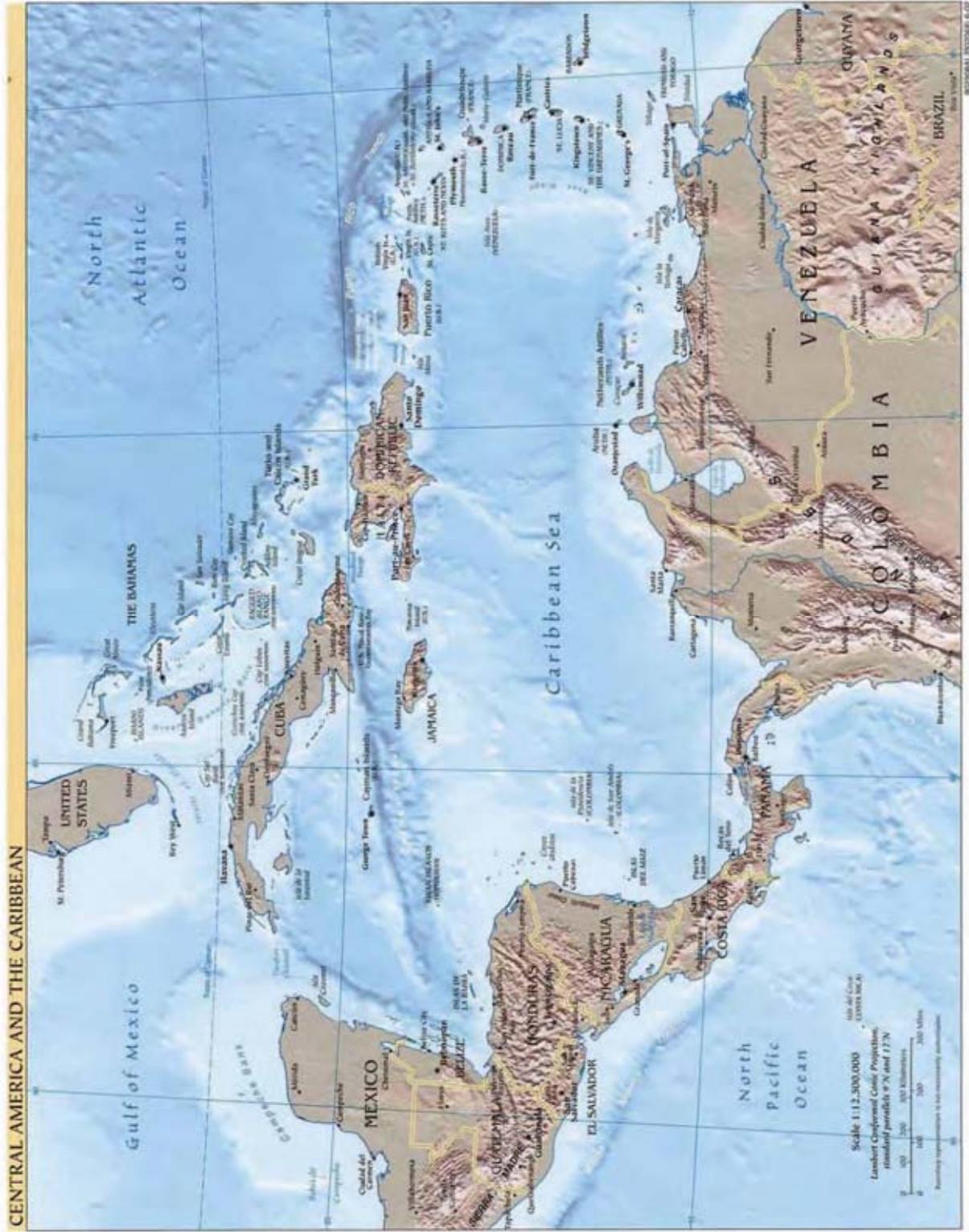
# 目 次

序 文  
目 次  
地 図  
写 真  
略語表  
評価調査結果要約表

第1章 終了時評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯	1
1-2 調査団派遣の目的	1
1-3 調査団構成	2
1-4 調査日程	2
1-5 主要面談者	5
第2章 評価プロセス	9
2-1 合同評価	9
2-2 評価手順	9
2-3 評価5項目	9
2-4 PDMの確認	10
第3章 調査結果概要	11
3-1 広域協力	11
3-2 二国間協力	12
3-3 プロジェクト延長期間における協力方針	12
第4章 実績と実施プロセスの確認	14
4-1 本報告書で使用する語句の確認	14
4-2 投入実績（広域協力）	17
4-3 活動実績（広域協力）	22
4-4 上位目標の達成見込み（広域協力）	29
4-5 プロジェクト目標の達成状況（広域協力）	30
4-6 アウトプットの達成状況（広域協力）	30
4-7 プロジェクトの実施プロセスに関する特記事項（広域協力）	36
4-8 投入実績（二国間協力）	38
4-9 活動実績（二国間協力）	40
4-10 上位目標の達成見込み（二国間協力）	43
4-11 プロジェクト目標の達成状況（二国間協力）	45
4-12 アウトプットの達成状況（二国間協力）	46

4-13	プロジェクトの実施プロセスに関する特記事項（二国間協力）	49
第5章	評価5項目による評価結果	51
5-1	広域協力	51
5-2	二国間協力	55
第6章	結論、提言と教訓及びプロジェクトの成功要因に係る考察	61
6-1	結論	61
6-2	提言と教訓	62
6-3	プロジェクトの成功要因に係る考察	67
第7章	団長所感	71
付属資料		
1.	ミニッツ・合同評価報告書（西語）	75
2.	PDM（日本語）	183
3.	供与機材 維持管理/使用状況表（日本語）	185

広域協力対象国（エルサルバドル、ニカラグア、グアテマラ、ホンジュラス、ドミニカ共和国）



二国間協力対象国（エルサルバドル）





ドミニカ共和国。教育・臨地連携委員会中央委員及び地方委員による活動実績・成果報告。報告に基づくフォーカスグループディスカッションの様子。



グアテマラ。5カ国合同月例ビデオ会議の様子（写真はリプロダクティブヘルス委員会）。パラグアイからは第三国専門家が参加している。



ニカラグア。レオン地方事務所視察。地域看護委員会中央委員及び地方委員へのインタビュー及び評価協議を実施。



ホンジュラス。国立心肺センター病棟におけるインタビューの様子。看護過程委員による看護過程を導入した看護ケアの実施状況及び成果を確認。



エルサルバドルにおける二国間協力。サンタ・アナ県ファシリテーターによる西部地域における他2県へのファシリテーター養成研修の様子。



エルサルバドルにおける二国間協力。サンタ・アナ県研修センターにて、研修に先立ってファシリテーターが実習用機材を準備し、スムーズな研修運営に努めている。



各国で作成された教材・マニュアル等。写真はエルサルバドルのもの。



エルサルバドル二国間協力に関する評価協議。



広域協力5カ国合同評価協議（エルサルバドルにて）。



調査ミニッツ署名式。右から、ロドリゲス保健大臣、コンスエロ プロジェクトテクニカルマネージャー、花田 団長。

## 略 語 表

略語	正式名称（英文、西文）	和文
C/P	Counterpart (英)	カウンターパート
CCIE	Centro de Capacitación e Investigación de Enfermería (西)	看護研究研修センター（ホンジュラス）
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (西)	中米保健大臣会合
FUDEN	Fundación para Desarrollo de la Enfermería (西)	看護開発基金（スペイン NGO）
JCC	Joint Coordinating Committee (英)	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency (英)	国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers (英)	青年海外協力隊
M/M	Minutes of Meeting (英)	協議議事録（ミニッツ）
MDGs	Millennium Development Goals (英)	ミレニアム開発目標
NGO	Non Governmental Organization (英)	非政府組織
ODA	Official Development Assistance (英)	政府開発援助
PAHO	Pan American Health Organization (英)	汎米保健機関
PD	Project Director (英)	プロジェクトディレクター
PDM	Project Design Matrix (英)	プロジェクトデザインマトリックス
PM	Project Manager (英)	プロジェクトマネージャー
PO	Plan of Operation (英)	活動計画
POLISAL	Instituto Politécnico de la Salud (西)	保健医療大学（ニカラグア）
PTM	Project Technical Manager (英)	プロジェクトテクニカルマネージャー
R/D	Record of Discussions (英)	討議議事録
SICA	Sistema de Integración Centroamericana (西)	中米統合機構
UASD	Universidad Autónoma de Santo Domingo (西)	サントドミンゴ自治大学（ドミニカ共和国）
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras (西)	国立ホンジュラス自治大学（ホンジュラス）
UNAN	Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (西)	国立ニカラグア自治大学（ニカラグア）

## 評価調査結果要約表

<b>1 案件の概要</b>	
国名：中米カリブ地域（エルサルバドル共和国、グアテマラ共和国、ホンジュラス共和国、ニカラグア共和国、ドミニカ共和国）	案件名：看護基礎・継続教育強化プロジェクト
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部	協力金額（2010年6月現在）：2億9,900万円
協力期間 2007年8月28日～2010年8月26日 (R/D)	先方関係機関： 各国保健省看護課、各国看護協会、各国看護教育機関
	協力期間：3年間
	日本側協力機関： なし
	他の関連協力：青年海外協力隊（JOCV）派遣
<b>1-1 協力の背景と概要</b> <p>                     中米カリブ地域において、保健医療サービスの向上は大きな課題であり、特に保健医療サービスを担う看護師の基礎教育（養成）の質向上、臨地現場における継続教育の実施及び雇用の確保はこの地域では喫緊の課題である。看護基礎教育に関しては標準カリキュラムが作成されていないため、各教育機関の教育の質を保証するメカニズムがない国が多い。また、基礎教育で学習する内容と臨地現場で必要とされる技術の隔たりも報告されている。                 </p> <p>                     かかる状況下、エルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国の5カ国から看護分野の協力要請をわが国は受け、5カ国の要請に対し効果的・効率的に対応すべく、エルサルバドルを拠点とする看護分野の広域協力として本案件を実施することとなった。具体的には、看護師に対する教育の質の向上のため、①上記5カ国を対象とする看護基礎教育分野の協力（広域協力）、②エルサルバドルを対象とする看護継続教育分野の協力（通常の二国間協力）の2つのコンポーネントを実施している。                 </p> <p>                     ①の活動については、過去にわが国がエルサルバドルに対して実施してきた協力（技術協力プロジェクト「看護教育強化」、第三国研修「看護教育」等）の看護基礎教育の改善の成果を活用して実施している。②については、エルサルバドルでは看護基礎教育の改善はされたものの、基礎教育を受けた看護師らが臨地現場に出た際に技術や知識を維持・向上させる体制が確立されておらず、また、妊産婦死亡率がいまだ高いことから、リプロダクティブヘルス分野（特に助産分野）の看護サービスに従事する人材の質の向上のために、活動を実施している。                 </p>	
<b>1-2 協力内容</b> <p>                     &lt;広域協力&gt;                 </p> <p>                     (1) 上位目標：中米カリブ地域における看護教育の質が向上する。                 </p> <p>                     (2) プロジェクト目標：エルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国における看護基礎教育指導者の能力が向上する。                 </p> <p>                     (3) 成果：                 </p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 看護基礎教育指導者に対する教育が改善される。</li> <li>2) 看護教育の標準化に向けた活動が計画・実施される。</li> <li>3) 看護に関する教育と臨地の連携が強化される。</li> </ol>	

4) 自立発展のための活動が推進される。

<二国間協力>

- (1) 上位目標：サンタ・アナ県、ソンソナテ県、アウアチャパン県における看護職による助産分野の看護サービスが向上する。
- (2) プロジェクト目標：サンタ・アナ県における看護職に対する助産分野の継続教育の研修の質が向上する。
- (3) 成果：
  - 1) サンタ・アナ県において、看護職に対する助産分野の継続教育研修プロセスが確立・実施される。
  - 2) サンタ・アナ県において、看護職に対する助産分野の継続教育研修のモニタリング・評価方法が確立・実施される。
  - 3) サンタ・アナ県において、看護職に対する助産分野の継続教育研修の運営・管理体制が改善される。
- 4) 自立発展のための活動が推進される。

(4) 投入（評価時点）

本案件では、エルサルバドルを拠点として実施しており、同国にプロジェクト本部を設置している。

<広域協力>

(1) 日本

長期専門家派遣	3名 <sup>1</sup>	機材供与	24万7,186.77USドル
第三国専門家	1名 <sup>2</sup>	ローカルコスト負担	128万8,561.06USドル

(2) エルサルバドル

人員配置 27名<sup>3</sup> プロジェクト事務所、カウンターパート（C/P）研修開催

(3) 他4カ国

人員配置

グアテマラ：	128名	ホンジュラス：	46名
ニカラグア：	81名	ドミニカ共和国：	186名

プロジェクト事務所（エルサルバドルにおいては二国間協力と兼用）、地方事務所（ドミニカ共和国は除く）、スタッフの人件費、グループ活動費、研修開催関連費が負担されている。

<二国間協力>

(1) 日本

長期専門家派遣	3名 <sup>4</sup>	機材供与	19万7,936.07USドル
短期専門家派遣	1名	ローカルコスト負担	29万1,907.25USドル
第三国専門家	9名 <sup>5</sup>		

<sup>1</sup> うちチーフアドバイザーと業務調整の2名は二国間協力と兼任。

<sup>2</sup> メキシコ人1名を在外事業強化費にて雇用。

<sup>3</sup> うちプロジェクトマネージャー（PM）は二国間協力と兼任。広域プロジェクトテクニカルマネージャー（PTM）は二国間協力への支援も行っている。

<sup>4</sup> うちチーフアドバイザーと業務調整の2名は広域協力と兼任。

<sup>5</sup> パラグアイ人8名とメキシコ人1名を在外事業強化費にて雇用。

(2) エルサルバドル 人員配置 39名 <sup>6</sup> ローカルコスト負担 65万5,215.00USドル <sup>7</sup> プロジェクト事務所(広域協力と兼用)、ファシリテーター研修開催費が負担されている。	
<b>2 評価調査団の概要</b>	
評価者	団長/総括 花田 恭 JICA人間開発部 国際協力専門員(保健医療分野課題アドバイザー) 協力計画 小谷 知之 JICA人間開発部 保健第二グループ 保健第四課 職員 評価分析 藤本美智子 株式会社フジタプランニング 海外調査部 主任研究員
調査期間	2010年5月15日～2010年6月21日
評価種類：終了時評価	
<b>3 評価結果の概要</b>	
<b>3-1 実績の確認</b>	
本調査において、各成果に設定された指標をもとに成果とプロジェクト目標達成状況、上位目標達成見込みが以下のとおり確認された。	
＜広域協力＞	
(1) 成果1	
<p>成果1「看護基礎教育指導者に対する教育が改善される」は達成された。カスケード式の研修方式において、中央委員会のレベルまでは「看護過程」「地域看護」のコンポーネントにおいて看護基礎教育指導者に対する教育が改善されていると判断できる。看護師は今までは医師の指示による診療の介助、治療や投薬が看護師の仕事であると認識していた。病院や地域において、看護師たちは「看護過程」という理論については知っていたものの、部分的な実践にとどまっていた。しかし、本プロジェクトで「看護過程」と「地域看護」理論を学んだうえ、自己学習の過程を加えて指導者自らが実習を行ったことにより、看護師たちは看護過程にのっとった看護ケアを体得することができた。その結果、病院の臨床であればゴードンの看護診断<sup>8</sup>、地域の臨地であればオレムのセルフケア論<sup>9</sup>を用いて患者を全人的に把握・分析したうえで、患者のケアを計画・実施することが看護師の仕事であると改めて認識するようになった。この経験を通して、患者の生理的・病的な分析を行うことでより科学的な知識を身につけなくてはならないことが明らかになり、看護師はより文献を用いて学習するようになった。また、心理的・社会的側面を分析することにより、患者のおかれている状況について、看護師自らが患者にアプローチして状況を把握しようとし、看護ケアでの問題解決を試みるようになっていく。「看護過程」「地域看護」のコンポーネントにより、各国の看護教育指導者はみな、患者のニーズに即した質の高い看護ケアを提供するツールを適用しており、自己学習や伝達講習といった活動によって、それを確実に他の看護師へ伝えられる技術も身につけている。</p>	

<sup>6</sup> うち PM は広域協力と兼任。二国間 PTM は広域協力への支援も行っている。

<sup>7</sup> 人件費、燃料代、電気代、水道代等が負担されている。事務所、スタッフに関しては、二国間・広域協力ともに関与しているので、両協力に係る金額である。

<sup>8</sup> 「ゴードンの看護診断」：健康管理パターン、栄養パターン、排泄パターン、ストレス耐性パターン等の「11の機能面からみた健康パターン」別に患者情報を収集・整理し、アセスメントした結果をもとに、看護診断（医師の診断とは別に看護する立場から取り扱う問題を明確化して診断名を命名する）を導く。

<sup>9</sup> 「オレムのセルフケア論」：オレムのセルフケア論では、セルフケアとは「個人が生命、健康、安寧を維持するうえで、自分自身で開始し、遂行する諸活動の実践である」と定義している。この理論を用いて、患者情報を分析し、患者がセルフケアを実践するために、看護者はどのような支援ができるかという観点から、看護ケアの具体的方法を導く。

## (2) 成果2

成果2はプロジェクト終了までの達成が困難であり、達成のためにさらなる時間を要する。グアテマラでは、自国で統一されていないカリキュラムの標準化作業に入る前段階で、異なるカリキュラム概念を取り入れようとしたことにより委員会内での活動方針の統一が図れず、実質的なカリキュラムの作成作業が遅れていた。よって、グアテマラのナショナルプロジェクトマネージャー（NPM）、ナショナルプロジェクトテクニカルマネージャー（NPTM）、諮問委員により、カウンターパート（Counterpart：C/P）の交代が提案され、プロジェクト本部との協議の結果、新たに3名のC/Pを選出し、新委員会としての活動を開始した。カリキュラム作成のためには、現行のカリキュラムを分析することが主要な活動となるが、ニカラグアではカリキュラムの収集作業が遅れているため、カリキュラム分析が開始できない状況である。今後は、収集されたカリキュラムを分析し、その結果に基づきカリキュラムを作成することと、カリキュラムの最終版を保健省及び教育省高等審議会（グアテマラ）と国家大学審議会（ニカラグア）に提出することが計画されている。両国において、カリキュラム（案）の第1案は7月までに作成するよう計画されている。この第1案から最終案までの修正工程には半年ほどの時間を要し、その後保健省及び教育高等審議会にカリキュラム（案）を提出することになっているので、本プロジェクトで計画された活動による成果を得るためには、約1年の時間を要すると推定される。

## (3) 成果3

成果3はプロジェクト終了までに達成される見込みは高い。4カ国とも進捗に差はあるものの、教育・臨地連携モデル書（案）の作成は終了しており、公式化される段階に入っている。本成果は教育と臨地の連携が強化されることが設定されており、中央委員会のレベルでは既に教育と臨地連携強化の枠組みは構築されつつある。今後モデルが普及されれば、臨地現場と看護教育の連携がなされ、計画された実習スケジュールにのっとり、指導者に対して適切な看護学生数（基本的には8名前後）で、看護実習が行われることが見込まれる。ドミニカ共和国の一部の中央委員会では、モデル書（案）の保健省による承認プロセスと並行して既に教育・臨地連携モデルが普及され始め、実習の改善、臨床の看護指導者の看護ケアの改善がみられている。4カ国において本成果が達成されるためには、モデル公式化の後、全国の看護師養成校と実習施設にモデルが確実に普及されることが必要である。

## (4) 成果4

4カ国とも各テーマにおける中央委員会での活動を定期的に（週1回～2回）実施し、地方委員会の発足段階に来ている。しかし、看護継続教育研修システムの最終段階である、地方委員による看護基礎教育指導者に対する研修は今後実施される予定であるため、モニタリング・評価の実施は一部にとどまっている。研修に必要な経費を確保するために、自立発展に向けた活動がより強化される必要がある。

## (5) プロジェクト目標

プロジェクトは国内での研修実施に際して、中央委員会によるカスケード方式による研修方式を構築した。この枠組みにおいて、基礎看護教育の改善が図られ、看護過程や教育臨地連携のコンポーネントにおいて、既に最終裨益者である学生に対しての基礎看護教育指導者の能力の改善も実施されている。一方で、面的な広がりは今後の課題であり、現時点では学生による基礎看護教育の評価が実施されていないため、早急な実施が必要である。よって、この最終的な評価・モニタリングが実施され、研修管理サイクルが完成すれば、プロジェクト目標は達成される。

## (6) 上位目標の達成見込み

プロジェクトの枠組みとして5カ国のネットワーク構築がコンポーネントとして含まれていたため、既に5カ国においてはネットワークができており、各国の成果がお互いの看護

教育の改善のために共有され、生かされている。また、5カ国以外の広がりに関しては、プロジェクトの枠組み外で実施されている中米カリブ地域の中米保健大臣会合（Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica：COMISCA）や看護学会等の機会を利用して、プロジェクトの成果が発表され、プロジェクト対象国外からの関心を集めている。また、中米カリブ地域には既に看護師の学会・グループ（例：中米カリブ看護専門家グループ/中米カリブ地域9カ国の保健省看護課長・看護協会長・看護教育代表者からなるグループ）があり、ここで本プロジェクトの成果を発表することにより、中米カリブ地域の看護教育の質が改善されることが期待される。

#### <二国間協力>

##### (1) アウトプット1

「研修プログラム」「研修実施計画」が作成され、14名のファシリテーターが研修指導者として養成された。これらファシリテーターが、サンタ・アナ県の妊娠期ケアを担当する一次保健医療機関の看護師・准看護師に対して、計6回（看護師：4回、准看護師：2回）のリプロダクティブヘルス研修を実施し、研修対象看護師のうち100%、准看護師のうち93.9%<sup>10</sup>が研修を受講した。よって、助産分野の継続教育研修プロセスが確立・実施され、成果1は達成された。

##### (2) アウトプット2

成果2はプロジェクト終了までには成果が達成される予定である。助産分野の継続教育研修のモニタリング・評価方法が確立・実施されたが、モニタリングは研修受講者数の所属する約6割の施設に対して実施されている。プロジェクト終了までにはすべての施設においてもモニタリングが終了される見込みであり、成果2は達成される見込みである。

##### (3) アウトプット3

西部地域保健事務所看護課による研修の実施はすべてが終了し、研修の評価・モニタリングは計画の6割が実施された。新型インフルエンザやデング熱の流行、保健省の再編等の外部要因により、計画に対して遅延があるものの、西部地域保健事務所看護課は助産分野の継続教育研修の運営が実施できるようになっている。

##### (4) アウトプット4

継続教育運営委員会は断続的な運営となったが、保健省看護課が中心となり継続教育運営を支援している。プロジェクトの自立発展性を考えた場合には、西部地域保健事務所が研修管理サイクルを運営し、助産分野に係る研修を管理していくことは可能である。また、西部地域保健事務所を中心に、自主的に継続教育運営委員会が西部地域に発足し、今後の研修に対して看護師の所属する機関が継続教育を支援するような体制づくりが行われている。また、ソンソナテ県、アウアチャパン県の研修ファシリテーターが育成され、西部地域で研修を拡大していくための基盤は整えられた。

##### (5) プロジェクト目標

プロジェクト目標は既に達成されている。ファシリテーターは研修受講者から研修運営、教授技術において高い評価を受け、実際に研修を受けた看護師は、臨床現場において研修で習得した知識・技術を使用して妊婦健診を実施している。モニタリングの結果、研修受講者が所属する同僚からも高く評価されている。「研修プログラム」「研修実施計画」「研修モニタリング基準」は、既に保健省によりモデルとして承認され、研修管理サイクルにのっとった研修運営体制が構築された。7回の研修コースの運営を通して、助産分野の継続教

<sup>10</sup> 准看護師 49 名の対象者のうち、病気により 3 名が参加できず、退職間際である 1 名は研修対象から外されたため、実質的にはすべての准看護師の研修対象者に研修が実施されたと判断できる。

育の研修の質が確実に改善されてきている。このような状況から判断して、プロジェクト目標は達成されているといえる。

(6) 上位目標の達成見込み

サンタ・アナ県においては、看護職による助産分野の看護サービスの向上がみられている。また、既に研修に参加した看護師・准看護師から妊婦ケアサービスを受けた妊婦からは、サービスの改善に対する評価がなされるようになってきている。よって、プロジェクトで育成されたソンソナテ県、アウアチャパン県のファシリテーターが確実に研修を実施できれば、西部地域として助産分野の看護サービスが改善する見込みはある。

### 3-2 評価結果の要約

#### <広域協力>

(1) 妥当性：高い

5カ国の保健政策や計画は、人材育成と医療サービスの改善の必要性を明確にしており、看護サービスの向上をめざす看護基礎・継続教育強化のための本プロジェクトの方向性と整合している。また、本プロジェクトは、中米統合機構（Sistema de Integración Centroamericana：SICA）の政策で「中米・ドミニカ共和国2010～2015年保健計画」の目標の1つの「保健人材開発強化」に一致している。また、プロジェクトは中南米諸国に対して複数国の利益となる社会開発政策を支援する日本のODA政策とも整合している。JICAは長期間にわたって中南米での看護教育プロジェクトの経験を有しており、C/Pはプロジェクトを通して専門分野の研究能力を深め、第三国専門家としての能力をもつまでに至っている。これらのリソースを利用する面から日本がプロジェクトを実施する優位性も高い。

(2) 有効性：やや低い

プロジェクトが取り組んだ「看護過程」「地域看護」「教育・臨地連携」「リプロダクティブヘルス」の各要素が調和し、また、伝達講習会、自己学習、現状調査といった活動プロセスも効果的に働き、看護教育指導者が臨床のニーズに即した看護知識・技術を身につけたことから、今後の看護教育への反映が期待される。現時点では、中央委員会から地方委員会までの研修は実施されているが、地方委員による研修はいくつか行われたのみである。プロジェクト目標の達成を客観的データから判断するためには、看護学生に対してよりよい看護教育が実施されたかを確認する必要がある。よって、本プロジェクトの有効性は認められるが、今後の委員会によるモニタリングが必要な状況であり、モニタリングにより研修サイクルを管理させるべきである。また、成果4において、地方委員養成研修等の研修開催経費を確保するように設定されていたが、資金の獲得はいまだ十分ではない。看護基礎教育指導者の能力の向上を全国的に拡大するためには、地方委員養成研修や基礎看護教育指導者研修をさらに実施していくことが必要であるが、研修実施は資金獲得状況によるところが大きく、プロジェクト効果の全国への波及という面的な広がりには更なる努力を要する。

看護基礎教育カリキュラムがまだ完成していないため、教育現場での基礎教育内容の標準化には至っていない。また、本プロジェクトでは「看護師」のカリキュラム作成のみが対象とされているため、今後「学士看護師」「准看護師」の2課程のカリキュラムも作成される必要がある。

よってプロジェクトの有効性を高めるためには、成果の1つであるカリキュラムの完成を急ぐことと上記のモニタリング・評価を実施することが必要である。

(3) 効率性：やや高い

以下の点がプロジェクトの効率性を高めた。

#### 1) 実施プロセスに関して

- カスケード方式の委員会活動を導入することによって、中央に地方の看護基礎教育指導者を集める経費等を抑えることが可能となった。
- 自己学習というプロセスが加わったことにより、研修受講者自身がコンポーネントに対する理解を深め、実践可能な知識・技術を身につけた。その結果、看護教育の質の向上に直接的に貢献した。

#### 2) 運営費用に関して

- 5カ国間のコミュニケーション手段としてビデオ会議やスカイプを利用したことによって、出張旅費等の経費削減が図られた。
- 1名のチーフアドバイザー（日本人専門家）が5カ国のプロジェクト運営を総括したことにより、適時の投入が可能となった。
- 過去のJICAプロジェクトによるリソース（エルサルバドル・パラグアイの第三国専門家等）の活用。
- 近隣諸国における第三国専門家（メキシコ専門家）の活用。

#### 3) プロジェクトの実施体制に関して

- プロジェクトの人員配置にNPM及び諮問委員（保健省看護課・看護協会長・看護教育代表者）を配置したことによるプロジェクトのスムーズな運営への貢献。
- 5カ国に対してチーフアドバイザー1名による一元的なプロジェクト管理。
- 広域協力の下に、5カ国のネットワークが強化され、他国の経験や改善のプロセスの共有を可能とし、自国への適用を容易にした。
- ネットワークを通して5カ国が進捗を共有することにより、ポジティブな競争意識が働き、プロジェクト活動の促進に貢献。

効率性を低下させた事項は次のとおり。C/Pの活動プロセスにおける現状把握のための調査に多くの時間を要したことにより、中央委員会の発足が遅延した。また、各国におけるさまざまな外部要因（新型インフルエンザやデング熱の流行、新政権に伴う保健省再編、クーデター発生による非常事態宣言、勤務時間の制限、ハイチ地震に対する支援協力）によって、活動が遅延したことにより、効率性の低下につながった。

#### (4) インパクト

##### 1) 上位目標の達成見込み

プロジェクト対象国では、プロジェクトでの研修の実施後、いくつかのコンポーネントにおいて研修受講者の看護ケアが改善している。これは、看護教育が実践に即したもので、看護教育の質が向上した結果と判断される。現時点で、プロジェクト対象国以外を含む中米カリブ地域の学会や専門家グループのなかで、本プロジェクトの成果が発表される機会もあり、プロジェクト対象国以外からの関心も寄せられている。現在の活動を継続し、実際にプロジェクトが発信した成果が他の国に取り込まれるようになることも期待され、本プロジェクトの上位目標の達成見込みは高いと判断される。

##### 2) 正のインパクト

- 本プロジェクトの成果はCOMISCAにおいて取り上げられている。SICAの「中米保健計画2005-2015」において、本プロジェクトの進捗が報告された。また、2010年6月に実施されたCOMISCAにおいては、プロジェクトの活動の成果が報告され、中米各国の保健大臣の関心を集めている。
- プロジェクトディレクターとして保健大臣（グアテマラのみ副大臣）を配置したことにより、合同調整委員会への参加が義務づけられ、政治的にもプロジェクトへの関心を集めている。

- グアテマラとニカラグアにおいて実施されているカリキュラム作成に係る活動が、5カ国のネットワークにおいて共有されたことにより、ドミニカ共和国ではカリキュラムの標準化に関する活動が独自で行われている。
- 看護過程理論の導入により、看護師がより多くの情報を患者から収集し、医師の診断への情報提供を行えるようになった。このことから、医師が看護師をチーム医療の一員として認めるようになった。

(5) 自立発展性：やや高い

技術面での自立発展性は高く見込まれる。各国の中央委員会は研修計画・実施能力を身につけており、テーマ別の学習についても委員会活動として自主的に進められていたため、プロジェクト終了後も同様に活動を進めることが可能である。しかし、最終裨益者である学生による評価の実施が遅れており、研修モニタリングを的確に実施していくことが求められる。また、保健省の人員がNPTMとして配置され、各国におけるプロジェクトの運営管理の中心的役割を担ったことにより、プロジェクト終了後も継続して活動が実施できる能力を身につけている。

制度面に関しても自立発展性は高く見込まれる。C/Pがプロジェクト終了後も継続して活動できる委員会制度が導入されており、かつ委員会活動が保健省看護課の活動として位置づけられている。あわせて、看護協会長と看護教育代表者がプロジェクトに配置されたことにより、プロジェクト終了後の自立発展性を高めている。また、5カ国協働してプロジェクトを実施したことにより、エルサルバドルから4カ国へ、もしくは、4カ国同士が横のつながりで支援しあう体制がより強化された。この体制を維持するためにはコミュニケーションツールの整備が必須となり、スペインNGOの看護開発基金（Fundación para Desarrollo de la Enfermería：FUDEN）の協力によりビデオ会議一式が整備されるなど、プロジェクト内外のリソースを使用して通信体制が整備される予定であり、自立発展性を高めている。ホンジュラスにおいては、プロジェクト実施体制の中心が保健省ではなくホンジュラス自治大学看護学科にあり、今後プロジェクトの自立発展性を高めるためには、保健省看護課の協力が不可欠である。

財政面の自立発展性はおおむね必ずしも高くない。プロジェクトデザインのなかで自立発展性を高める成果が含まれており、各国NPM、NPTM、諮問委員は予算獲得のために保健省や他ドナーと交渉を行ってきているが、実際の予算獲得は難しい状況である。しかし、リプロダクティブヘルス分野においては、FUDENが本プロジェクトの協力対象国5カ国においてプロジェクトを実施しており、グアテマラのリプロダクティブヘルス委員会は、すでにFUDENの研修費用でJICAプロジェクトの研修プログラムを実施し、プロジェクトで育成された人材が活用されている。今後自立発展性を高めるためには、保健省や汎米保健機構（Pan American Health Organization：PAHO）、FUDEN等の他ドナーに本プロジェクトの成果を具体的に示し、資金調達をしていくことが必要である。

<二国間協力>

(1) 妥当性：高い

エルサルバドルでは2009年6月の政権交代に伴い、新たな保健指針が発表された。指針「希望を築く・戦略と推奨2009～2014年」の戦略項目に、妊娠前、出産前、周産期等の各時期におけるリプロダクティブヘルス分野での異常発見とケアが優先項目として挙げられている。これら政策は本プロジェクトのプロジェクト目標と上位目標と合致している。また、プロジェクト実施前には継続教育はシステム化されていない状況であったが、本プロジェクトにより計画・実施・評価・フィードバックを基礎とした研修管理サイクルに基づく管理が実施できるようになり、保健省看護課、西部地域保健事務所のニーズにも即している。

本プロジェクトはミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）の達成に直接的に資する活動となり、日本のODA政策の方針とも一致している。日本はパラグアイに対して助産継続教育分野にかかわるプロジェクトを実施しており、同プロジェクトで蓄積したノウハウや人材を利用することが可能である。したがって、日本がプロジェクトを実施する優位性も高い。

(2) 有効性：高い

プロジェクトの成果1、2の下、西部地域保健事務所看護課によって研修管理サイクルの運営が実施できるようになった。エルサルバドルにおけるさまざまな外部要因により、プロジェクト後半では計画どおりの活動が実施できないこともあったが、研修受講者の約6割に対してはモニタリングも実施され、その結果、研修内容の現状に即していない部分が明らかになり、研修内容が改訂されている。よって、プロジェクトの終了時点において、プロジェクト目標が達成されると判断できる。成果4は指標どおりには達成されていないものの、本成果達成のための活動は、元より上位目標達成や更なる自立発展を見据えた全国展開のための基盤をつくる活動であったため、プロジェクト目標の達成には大きな影響を与えない。

(3) 効率性：やや高い

ファシリテーター研修により育成されたファシリテーターは、保健省看護課によるアドバイスが必要なきときはあるものの、研修運営が自らできるレベルに達している。本成果を産出するにあたって効率性を高めた事項は以下のとおり。

- プロジェクトで投入された研修に係る設備は、プロジェクトの主体であるリプロダクティブヘルス研修に直接的に貢献している。特にドップラー導入による妊娠期のケアは妊婦と家族の胎児に対する愛情形成に貢献している。
- プロジェクトと青年海外協力隊（Japan Overseas Cooperation Volunteers : JOCV）との連携。具体的には、助産分野の指導、研修運営の支援、研修後の修得技術強化支援。
- 日本の過去のパラグアイへの技術協力の成果を利用した効率的なC/P研修の実施、第三国専門家の活用。

一方、継続教育運営委員会がかかわる成果3、4に関しては、投入が成果に結びつかなかった。2009年6月の保健省再編により、全国国立病院の看護部長による月例会合がなくなったため、継続教育運営委員会の開催が困難となり、全国規模の研修運営を支援する体制づくりは中断せざるを得なくなり、プロジェクトの効率性を低下させた。

(4) インパクト

1) 上位目標の達成見込み

サンタ・アナ県においては、研修受講生による妊婦健診室の整備、保健センターのさまざまな職種のスタッフを巻き込んだ妊産婦ケアの実施、妊婦健診実施数の増加、といった実際のサービスの改善が観察されている。また、これらのサービスの評価は系統だたって実施されていないものの、モニタリング時の聞き取り等から、最終受益者の妊婦により評価されている。しかし、ソンソナテ県とアウアチャパン県においては、ファシリテーターは2010年6月に育成されたものの、研修実施の具体的計画は今後の課題である。また、2009年の西部地域における妊産婦死亡数は17件となっているが、死因については妊娠性高血圧症候群といった妊娠期にコントロール可能であるものや看護ケアによって予防可能であるものが含まれており、個別化したニーズに応じた看護ケアや保健指導の提供により、将来的に妊産婦死亡の低下に貢献する可能性も考えられる。また西部地域においては、2009年で年間700件以上の分娩が伝統的助産師によるものであったが、そのうち妊産婦死亡を起こしたものは1例もなかった。サンタ・アナ県の2009年の伝統的助産師の総数は2008年と比較すると223名から92名へと減少していることにより、伝統的助産

師による妊産婦死亡の増加の可能性は低いと判断される。よって、西部地域全域における助産分野の看護サービスの改善のためには、西部地域において研修のための資金が確保され、ソンソナテ県とアウアチャパン県で研修が実施されることが必要である。

## 2) 正のインパクト

- 研修受講者による研修後の看護サービスの向上が、所属先の施設長によって評価され、西部地域保健事務所長が中心となり、自主的に西部地域看護継続教育運営委員会を発足した。
- プロジェクトで育成されたリプロダクティブヘルス委員会のファシリテーターが、広域協力における3カ国のリプロダクティブヘルス委員会のメンバーに対して、指導者として関わっている。
- ファシリテーターが、研修実施以外に勤務する病院の同僚に対して、自主的に伝達講習を実施し、妊婦ケアの向上に努めている。

## (5) 自立発展性：やや高い

技術面の自立発展性は高い。サンタ・アナ県のファシリテーターによって発足されたリプロダクティブヘルス委員会は、プロジェクト終了後においても研修管理サイクルにのった活動が行える能力が身につけている。今後も、リプロダクティブヘルス委員会は西部地域保健事務所と協働して研修実施・モニタリング評価を継続できると判断される。

制度面に関しても自立発展性は高く見込まれる。研修受講者の看護ケアの改善が所属先施設長にも認められるようになっており、その結果西部地域保健事務所を中心として西部地域継続教育運営委員会を立ち上げて委員会活動を支援していこうとする動きが出ている。今後、本委員会が機能すれば、プロジェクト終了後の活動の継続も可能となり、制度面での自立発展性は高くなると見込まれる。プロジェクトによって整備された研修室は保健省によって光熱費が支払われて維持されており、プロジェクト終了後も施設の継続利用が認められているので、研修活動の継続も担保されている。

財政面での自立発展性は必ずしも十分ではない。現在保健省人材開発部において「国家研修計画2010～2012」の3カ年計画を策定中であるが、継続教育は基本的に地方分権で研修を実施することが計画されており、保健省としては継続教育に係る予算は有していない。よって、今後の研修は西部地域保健事務所が中心となり、ドナー等からの予算を獲得する必要がある。上述の継続教育運営委員会に資金獲得の機能をもたせることが計画されており、今後継続教育運営委員会の担うべき機能を明確にし、財政面での自立発展性を高めていく必要がある。

### 3-3 効果発現に貢献した要因

#### (1) 前フェーズに携わった日本人専門家の継続指導と育成されたエルサルバドルC/Pとの協働チームによる指導体制

本プロジェクトでは、1997年から2002年までエルサルバドルで実施され成功を収めた「看護教育強化」プロジェクトを担当した日本人専門家（チーフアドバイザー、業務調整専門家）が指導にあたり、エルサルバドルプロジェクトの経験を踏まえ一貫した指導手法により他4カ国に対する技術指導を展開した。また、前プロジェクトで育成されたエルサルバドル人材が、前述プロジェクト以来、日本人専門家と確固たる信頼関係を築いており、周辺4カ国に対する技術指導や彼らの日常的に生じる疑問にこれまでの経験を踏まえ熱心に指導を行った。

#### (2) エルサルバドルの成功例と各国関係者の目標意識の向上

本プロジェクトでは、エルサルバドルにおける過去のプロジェクト（「看護教育強化プロジェクト」1997年～2002年実施）を通じて育成された当国人材や制度、取り組みを他国関

係者が目の当たりにし、またこれまでのプロセスを現地人材の口から直接聞くことができ、「同じような環境で同じような人材をもつ国がここまで頑張ったのだから、われわれも努力すればできる」と感じ、周辺国人材は成功国を目標にモチベーションを高め、目標意識を明確にもちながら活動に取り組むことができた。

(3) 自立発展性を考慮した中央・地方委員会体制による展開

前項の教訓①で述べたとおり、本プロジェクトでは過去のエルサルバドルでの協力成果に基づき、テーマごとに中央・地方委員会体制を敷いた活動展開を行うことで、中央、地方がそれぞれの役割を果たしながら、地方レベルで研修実施、モニタリングを完結できるシステムを構築した。また、中央委員の数名だけが各テーマの責任者であるというのではなく、数十名からテーマによっては数百名の地方委員を入れた全国的継続教育体制がとられたことで、たとえ看護課長・看護学校長（学科長）・看護協会長が交替しても少ない影響で活動が継続できる、という揺るぎないシステムが構築された。さらに、プロジェクトが採用した地方委員会体制を通じた活動展開方法は、中南米各国で進展する保健の地方分権化の流れに即した時機を得たものであり、県保健局長からの受入もスムーズに行われた。

(4) 中央・地方委員会体制による研修展開を支えたエルサルバドルでのC/P研修

上記(3)のとおり、各国において中央委員会及び地方委員会における研修が円滑に展開されている点に関し、これら各国内委員会の立ち上げ前にエルサルバドルで実施されたC/P研修において、5テーマすべてにその内容の伝達のみではなく、C/Pらが自国において各テーマの研修ファシリテーターとなるべく、「教授案作成」、「教材作成」、「看護倫理」の講義を1週間かけ実施したことが要因としてあげられる。

(5) 各国への頻繁な訪問・指導

5カ国を対象とした本プロジェクトは、プロジェクト拠点をエルサルバドルに構え、日本人専門家リーダー及びエルサルバドル人指導者が各国への指導にあたった。日本人専門家リーダーとエルサルバドル人材（特に広域協力プロジェクトテクニカルマネージャー）は、周辺4カ国に対し、月2回、1回4日間で4～5委員会の指導及びプロジェクト管理者らとの会合のため出張し、C/Pと顔を合わせて直接の技術指導・相談にあたった。

(6) 各国C/Pの連帯感、競争意識、これを支えたコミュニケーションツール

一般に、中南米地域は、歴史、言語、宗教等の社会・経済的背景に多くの共通点を有し、各国間の連帯意識、競争意識が強い地域である。この地域において、2002年から2006年まで実施された第三国研修を通じて、既に広域展開の地ならしが行われた。このような背景をもとに、今回のプロジェクトでは、エルサルバドルを拠点に、共通のプロジェクトデザインの下、5カ国で同じ目標を掲げ、国ごとの課題はあるものの、進捗や課題を常に共有し、解決の糸口を他国ケースから学ぶなどして共通の活動に取り組んだ。これらプロジェクト活動を支える基盤として存在していたものが当地域における連帯意識、競争意識であり、プロジェクトという共通のステージを提供することにより、各国関係者はこの連帯意識、競争意識をポジティブに作用させ、更に強化しながら、プロジェクトの成果発現にシナジエ的効果を与えた。また、これを支えたツールがスカイプやビデオ会議といった遠隔コミュニケーションツールであり、時差のほとんどない各国間における日常の技術指導、情報・課題の共有などを可能とし、プロジェクトの成功に大きく貢献した。

(7) 各国保健大臣レベルのプロジェクトへの参画とこれを可能にした大臣への積極的なアプローチ

本プロジェクトは、保健大臣が各国におけるプロジェクト総責任者を務めており（グアテマラは次官）、これら大臣レベルがプロジェクトに高い理解を示し、合同調整委員会の際には国境を越えて参集するなど、大臣レベルのプロジェクト活動に関する強力なバックアップを得て展開することが可能となった。

#### (8) C/Pの努力

上記⑦のとおり、大臣レベルからのトップダウンによるプロジェクト推進力が働いたが、日本人専門家の働きかけにあわせ、現場を担うC/Pも大臣レベルを動かすだけの努力と結果を残してきたことにより、意思決定レベルと現場の双方からプロジェクトの成功に相乗効果を与えた。

### 3-4 問題点及び問題を惹起した要因

#### 外部要因による活動の遅延

5カ国共通の外部要因（新型インフルエンザ流行による非常事態宣言）や、各国におけるさまざまな外部要因（例えば、ホンジュラスではクーデター発生による非常事態宣言や度重なる保健大臣の交代、ニカラグアでは勤務時間の制限）によって、当初計画された活動の一部が未完了となった。これら外部要因によるプロジェクト活動の遅延はプロジェクト目標、上位目標の達成に少なからず影響を与える事項であることに留意が必要である。

### 3-5 結論

#### <広域協力>

プロジェクト目標「5カ国の看護基礎教育指導者の能力向上」に向けた取り組みが各国内で積極的に展開され、看護基礎教育の基本要素である「地域看護」「看護過程」「教育・臨地連携」に加え、「リプロダクティブヘルス」に関する中央・地方レベルでの委員会が多くの国・テーマで発足し、各国内における看護人材育成のための体制基盤が構築された。日本人専門家及びエルサルバドル専門家が中心となり、5カ国に対する域内指導体制も構築された。また、スカイプ等のコミュニケーションツールを活用しながら5カ国間の域内看護指導者ネットワークが形成された。この域内ネットワークを通じて、各国看護指導者グループ間の連帯と競争意識が芽生え、人的資源の能力向上、自立発展性に大きく貢献しており評価に値する。プロジェクト終了後においても「看護基礎教育指導者の能力向上」を自立的に継続・発展させていく可能性が高い。中央・地方での指導者育成、指導体制の基盤の構築は行われたが、新型インフルエンザ等の外部要因もあり、育成された指導者が行う学生に対する指導（成果1）やグアテマラ、ニカラグアにおける教育カリキュラムの標準化（成果2）の活動などは十分でない。

上記の点から、未完の活動を完遂するため、プロジェクトで育成されたエルサルバドルやパラグアイなどの第三国リソースの投入と日本専門家の投入により、1年間のプロジェクト期間延長を行うことが必要と結論づけた。

#### <二国間協力>

プロジェクト目標である「サンタ・アナ県看護職における助産分野の継続教育の研修の質の向上」は、計画どおり「研修プログラム」の作成、「研修モニタリング方法」の確立と実施が行われ、西部地域保健事務所において自立的に活動を継続、発展させるための人材育成と実施体制が十分整った。研修を受講した看護師の技術、サービス向上を通じて、妊産婦からの評価が高まっているほか、医療施設における医師等医療従事者からの看護師に対する認識の向上がみられ、また看護師主導による医療チームが形成される等、自発的な活動が進められている。また、プロジェクトで育成された看護師が、広域協力における指導者としてリプロダクティブヘルス分野の指導も開始されている。今後は、エルサルバドル保健省の自助努力の下、導入された研修プログラムの他県への更なる定着を図り、西部地域のみならず全国レベルでの看護師に対する助産分野の教育を継続、発展させることが望まれる。二国間協力については、予定どおりの期間をもって終了とする。

### 3-6 提言

#### <広域協力>

- (1) 研修及びモニタリング・評価の完遂のための活動計画の策定（プロジェクト及び各国保健省への提言）
- (2) 地方委員会を通じた「看護過程」「地域看護」「教育・臨地連携」「リプロダクティブヘルス」の基礎教育指導者に対する研修の徹底（プロジェクト及び各国保健省への提言）
- (3) 看護教育の標準化に向けた活動（カリキュラム作成）の継続（グアテマラ、ニカラグアプロジェクト及び各国保健省への提言）
- (4) 保健政策における「看護過程」「地域看護」「教育・臨地連携」「リプロダクティブヘルス」要素の反映促進。中央、地方委員会の持続的運営と保健省による各委員の活動参加に係る許可（各国保健省への提言）
- (5) 各テーマに関する研修マニュアル・ガイド、モデルの標準化に向けた支援（各国保健省への提言）
- (6) 各国自助努力による内外リソースを活用した研修実施、モニタリング・評価の継続（各国保健省、プロジェクトへの提言）
- (7) 各テーマの指導者の継続育成と各国における活用（プロジェクト、各国保健省への提言）
- (8) ビデオ会議の継続的開催を通じた各国官の情報交換支援（JICAへの提言）
- (9) 看護基礎教育指導者に対する教育の更なる周辺国への普及、及び地域共同体や南南協力活用の検討（各国保健省及び看護人材育成機関、プロジェクト、JICAへの提言）
- (10) 域内看護ネットワークの看護分野以外への発展（例：緊急時に対応する医療チームの形成）（各国保健省、プロジェクト、JICAへの提言）

#### <二国間協力>

- 1) 将来的な全国展開を念頭に置いた、保健省看護課による「看護師に対する助産分野の継続教育の研修、モニタリング・評価」の西部地域における計画策定と実施（西部地域保健事務所、保健省、プロジェクトへの提言）
- 2) 西部地域における研修実施、モニタリング・評価の実施と継続資金の確保。教材、供与資機材、研修施設の維持管理（西部地域保健事務所、保健省、プロジェクトへの提言）
- 3) 西部地域看護継続教育運営委員会による将来的な「継続教育運営・管理マニュアル」の作成（西部地域保健事務所、保健省、プロジェクトへの提言）
- 4) 広域協力におけるリプロダクティブヘルス分野の指導者としての能力向上及び情報共有促進の役割強化（西部地域保健事務所、保健省、プロジェクトへの提言）

### 3-7 教訓

#### <広域協力>

- 1) 中央及び地方委員会の設立を通じた、効率的かつ恒常的な人材育成体制の構築とその有効性

本プロジェクトの各国内での展開にあたり、過去のエルサルバドル「看護教育強化プロジェクト」における成功事例（中央及び地方委員会を設け、カスケード方式により中央から地方、地方から当該地方の看護教育指導者への指導を展開し、全国レベルでの看護基礎教育の制度構築、指導の網羅を達成した）にならぬ、各国はテーマごとに中央・地方委員会の設立を通じた取り組みを行い、当体制の下、地方レベルに至るまで低コスト、及び質の高い看護指導人材育成システムが構築されてきた。全国レベルでの恒常的な活動定着を実現するためには、一点（中央レベル）のみからの研修実施、

成果普及を図ることは効率的でなく継続性にも乏しい。したがって、この中央・地方委員会体制による活動戦略はプロジェクトの成功裡の展開に貢献した。

2) 保健大臣のプロジェクト参加による活動展開の強化

5カ国という広域にまたがる本プロジェクトは、合同調整委員会に各国プロジェクトディレクターである保健大臣レベルが参加し、プロジェクト活動に対する政府トップレベルの認識とコミットメントを引き出した。

3) コミュニケーションツールの活用、専門家の定期的な現場指導によるモチベーションの維持及び各国間の連帯意識、競争意識の醸成

本プロジェクトは、スカイプやビデオ会議といった遠隔コミュニケーションツールを常に活用するとともに、日本人及びエルサルバドル人専門家による各国への頻繁な訪問による現場指導を徹底し、5カ国にわたるプロジェクトゆえにコミュニケーションが希薄になりがちな関係者間の意思疎通、常日頃生じる疑問や不安、成功事例の共有などの機会を有することに成功した。

4) 第三国リソースの効果的かつ効率的な活用

本プロジェクトは、過去のJICAプロジェクトで育成された人材を中心にエルサルバドルやメキシコ、パラグアイからの第三国人材リソースを活用した。先進国日本からの専門家と比較し、経費の効率性に加え、受益側は同言語による効果的な指導、及び受益側と同様の環境におかれた国の人材から指導を受けることで、受益国C/Pは実現性をより実感することができた。

5) 実習重視の研修プログラムを通じた指導の有効性

本プロジェクトは、看護教育指導者の能力向上を図るにあたり、実践重視の研修内容と研修後において研修受講者が自ら実践を行う点を重視した。これまで、看護教育指導者は自らの実践の経験がないまま理論のみに依拠し看護学生への指導を行っていた。そのため、卒業後の新人看護師らは、患者に対し、基礎看護技術すら正確に適応できていないという現状が各国においてみられている。しかし、看護教育指導者らが、実践重視の研修受講後、自ら実践することで、有効かつ説得性のある指導を行うことが可能となった。

6) 広域案件において1つのプロジェクトデザインマトリックス (Project Design Matrix : PDM) を用いることの有効性

本プロジェクトは5カ国で取り組む広域案件であるが、各国の人材、レベルはさまざま、PDMを各国ごとに作成するか、5カ国共有の1つのPDMを用いてプロジェクト運営を行うかにかかわる議論もあったが、5カ国共有のPDMを採用した。これにより、5カ国の関係者全員が同じ土俵で、共通の目標、活動、進捗と課題を共有し、より連帯感、競争意識を醸成し、より効果的なプロジェクト運営と活動展開を行うことに貢献した。

<二国間協力>

1) 過去のプロジェクト成果 (委員会体制) に基づく活動の円滑な展開

広域案件と同様に、本プロジェクトは、過去のエルサルバドル「看護教育強化プロジェクト」にて採用された中央及び地方委員会体制による中央から地方、地方から当該地方の看護教育指導者への指導展開方法を採用し、過去の成功に基づくプロジェクト活動の円滑な展開を可能とした。

2) 看護師の能力向上に伴う医師の看護師に対する認識の変化

研修を受講した看護師の技術、サービス向上を通じて、妊産婦からの評価が高まっている他、医療施設における医師等医療従事者からの看護師に対する認識の向上が見

られ、高い評価を得られるようになった。

3) ドップラーの導入による確実な胎児心音の聴取、妊婦と家族の胎児に対する愛情の形成

プロジェクトは、超音波ドップラー装置を供与した。現場に通常配備されていない最新機材の導入を通じて、妊婦検診及び分娩時における確実な胎児心音の聴取を行うことが可能となり、さらにその重要性を関係者が認識した。同時に、妊婦健診において、妊婦や家族に胎児心音を確認する機会を提供し、妊婦と家族の胎児に対する愛情、家族の絆が更に深まるという効果も確認された。

4) 看護師主導の医療チーム形成による妊産婦ケアの質の改善

プロジェクトによる研修を受講した看護師は、妊産婦ケアの質の改善を医療施設全体で図っていくことの重要性を認識し、他の医療従事者を導引し、妊産婦ケア向上医療チームを形成し、当該ケアの質の改善を自発的に展開するようになった。

# 第1章 終了時評価調査の概要

## 1-1 調査団派遣の経緯

中米カリブ地域において保健医療サービスの向上は大きな課題であり、特に保健医療サービスを担う看護師の基礎教育（養成）の質向上、臨地現場における継続教育の実施、雇用の確保はこの地域では喫緊の課題である。

看護基礎教育に関しては標準カリキュラムが作成されておらず、各教育機関の教育の質を保証するメカニズムがない国が多い。また、基礎教育で学習する内容と臨地現場で必要とされる技術の隔たりも報告されている。

上記の状況があるなか、エルサルバドルにおいては、1997年から2002年までの間、看護人材の養成システムの見直しと質の向上を図るための技術協力プロジェクト「看護教育強化プロジェクト」を実施し、看護教員に対する教育の改善、看護教育の標準化、看護教育と臨床の連携等に関する成果を上げた。また、当プロジェクトの成果を周辺諸国に普及すべく、2002年から2006年の間、第三国研修「看護教育」として、グアテマラ、コスタリカ、ドミニカ共和国、ニカラグア、パナマ、ホンジュラスに対し実施し、看護基礎教育に関する広域展開の基礎を築いた。

これら協力実績に基づき、わが国政府はエルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国の5カ国から看護分野の協力要請を受け、5カ国の要請に対し効果的・効率的に対応すべく、エルサルバドルを拠点とする看護分野の広域協力として、2007年9月から3年間の予定で技術協力プロジェクト「看護基礎・継続教育強化プロジェクト」を実施することとなった。具体的には、看護師に対する教育の質向上のため、1) 上記5カ国を対象とする看護基礎教育分野の協力（広域協力）、2) エルサルバドルを対象とする看護継続教育分野の協力（通常の二国間協力）の2つのコンポーネントから構成される。

今般、2010年8月におけるプロジェクトの協力期間終了を控え、プロジェクトの活動の実績、成果、目標達成度を確認・評価するとともに、今後のプロジェクト活動に対する提言及び今後の類似事業の実施にあたっての教訓を導くことを目的として2010年5月から6月に終了時評価調査を実施した。

## 1-2 調査団派遣の目的

- (1) 協議議事録（Record of Discussions : R/D）、活動計画（Plan of Operation : PO）、プロジェクトデザインマトリックス（PDM）、他関連書類に基づいて、プロジェクトの実績及び実施プロセスを整理する。また、質問票を基に、各国関係者ととともにプロジェクトの実績、成果、目標達成度の確認を行う。
- (2) 上記調査結果に基づき、プロジェクト実績の貢献・阻害要因の抽出並びに評価5項目（有効性、インパクト、効率性、妥当性、自立発展性）の観点からプロジェクトの評価を行う。
- (3) 上記評価結果に基づき、プロジェクトの残りの期間の活動を進めるにあたっての課題やその対応策、プロジェクト終了後のプロジェクトの効果を継続するための対応策について協議し、評価報告書の「提言」として取りまとめる。
- (4) 今後の類似事業の実施にあたっての「教訓」を導く。
- (5) 以上、調査・評価結果を合同評価報告書に取りまとめる。
- (6) 合同調整委員会（Joint Coordinating Committee : JCC）において評価・協議結果を確認・合

意し、協議議事録（Minutes of Meeting：M/M）に取りまとめ署名する。

### 1-3 調査団構成

氏名	担当	所属	期間
花田 恭	団長/総括	JICA人間開発部 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5日 ～6月19日*
小谷 知之	協力企画	JICA人間開発部 保健第二グループ 保健第四課	2010年6月5日 ～6月21日*
藤本 美智子	評価分析	株式会社フジタプランニング 海外調査部 主任研究員	2010年5月15日 ～6月21日

\*上記調査期間中、花田団長と小谷団員は、6月9日から6月12日までは、ホンジュラスにおける「オランチョ県思春期リプロダクティブヘルスプロジェクト」の中間レビュー調査に参団した。

### 1-4 調査日程

		コンサルタント	通訳	総括	官団員
5月15日	土	16:35 成田（CO008） 16:30 ニューヨーク			
5月16日	日	7:15 ニューヨーク （CO743） 10:54 サントドミンゴ着 17:30 日本人専門家との 打合せ	メキシコ発 サントドミンゴ着		
5月17日	月	11:30 JICAドミニカ共和国事務所表敬、プロジェクト事務所訪問 13:00 NPM、NPTMへのインタビュー			
5月18日	火	9:00 看護過程委員へのインタビュー 13:00 諮問委員へのインタビュー 15:00 リプロダクティブヘルス委員へのインタビュー			
5月19日	水	8:00 保健大臣表敬 9:00 教育・臨地連携委員へのインタビュー 14:00 地域看護委員へのインタビュー			
5月20日	木	9:00 プラサデサルード私立病院及びロベル国立病院 見学 14:00 国立サントドミンゴ自治大学看護学部訪問 16:00 看護協会訪問			
5月21日	金	9:10 サントドミンゴ（CM271）→10:34パナマシティ（経由） 11:16 パナマシティ（CM824）→13:17テグシガルバ 14:30 プロジェクト事務所訪問、NPM、NPTMへのインタビュー			
5月22日	土	終日 資料整理			
5月23日	日	終日 資料整理			

5月24日	月	9:00 諮問委員へのインタビュー 13:00 教育・臨地連携委員へのインタビュー		
5月25日	火	9:00 看護研究研修センター (CCIE) 訪問 10:30 国立心肺センター (看護過程実施病院) 見学 11:30 サンフェリペ病院 (看護過程実施病院) 見学 13:30 看護過程委員へのインタビュー		
5月26日	水	9:00 リプロダクティブヘルス委員へのインタビュー 14:00 NPM、NPTMとの協議 (自立発展について)		
5月27日	木	6:49 テグシガルパ (TA214) →7:54サンサルバドル (経由) 8:35 サンサルバドル (TA320) →9:20グアテマラシティ 13:30 JICAグアテマラ駐在員事務所表敬 14:00 ビデオ会議出席 (リプロダクティブヘルス委員会) 16:15 リプロダクティブヘルス委員へのインタビュー		
5月28日	金	9:30 プロジェクト事務所訪問、PTMへのインタビュー 14:00 諮問委員へのインタビュー		
5月29日	土	終日 資料整理		
5月30日	日	終日 資料整理		
5月31日	月	9:00 看護過程委員へのインタビュー 13:30 教育・臨地連携委員へのインタビュー		
6月1日	火	9:00 教育カリキュラム作成委員へのインタビュー 13:30 リプロダクティブヘルス委員へのインタビュー		
6月2日	水	5:00 グアテマラシティ (噴火による空港閉鎖のため陸路移動) 9:30 サンサルバドル 11:29 グアテマラシティ (CM410) →12:24マナグア 14:00 PMへのインタビュー 16:00 諮問委員へのインタビュー		
6月3日	木	9:00 カリキュラム作成委員へのインタビュー 13:00 教育・臨地連携委員へのインタビュー 16:00 諮問委員へのインタビュー		
6月4日	金	9:00 看護過程委員へのインタビュー 12:00 地方事務所視察 (レオン県)、地域看護委員へのインタビュー		
6月5日	土	終日 資料整理	15:55成田 (CO006) →13:50ヒューストン (経由) ヒューストン (CO1774) →19:56マナグア	
6月6日	日	団内打ち合わせ (これまでの調査結果共有)		
6月7日	月	9:00 JICAニカラグア駐在員事務所表敬		

		11:00 前保健大臣（現大統領補佐官）表敬 13:00 保健大臣表敬 14:00 プロジェクト事務所訪問、PTM・諮問委員との会合	
6月8日	火	6:38 マナグア発（TA314）→ 7:33 サンサルバドル 9:30 広域・二国間協力PTMへのインタビュー 14:00 エルサルバドル専門家（カリキュラム作成）へのインタビュー	6:38 マナグア（TA314）→ 7:33 サンサルバドル（経由） 9:30 テグシガルバ AM JICA表敬、事務所を含めた団内協議 14:00 諮問委員、PM、PTMとの会合
6月9日	水	9:00 エルサルバドル専門家（教育・臨地連携）へのインタビュー 14:00 エルサルバドル専門家（地域看護）へのインタビュー	AM 保健省表敬、CCIE視察 PM オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス中間レビュー調査
6月10日	木	9:00 エルサルバドル専門家（看護過程）へのインタビュー 12:00 サンタ・アナ県へ移動 14:00 リプロダクティブヘルスファシリテーターへのインタビュー（二国間・広域協力） ファシリテーター研修視察	終日：オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス中間レビュー調査
6月11日	金	9:00 プロジェクトエグゼクティブダイレクターへのインタビュー 10:00 広域PTMへのインタビュー 11:00 日本人専門家へのインタビュー	終日：オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス中間レビュー調査
6月12日	土	終日 資料整理	終日：オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス中間レビュー調査
6月13日	日	AM 資料整理 PM 団内協議	6:49 テグシガルバ（TA214）→ 7:54 サンサルバドル
6月14日	月	13:00 5カ国合同評価協議 開会式 13:30 参加者紹介 14:00 合同評価協議プログラムの説明 14:15 各国によるプロジェクト進捗状況の報告 16:35 ワークショップ：各国におけるプロジェクト関係者の役割ごとの評価及び今後の協力の在り方	
6月15日	火	8:00 5カ国合同評価協議 広域協力（実績、5項目評価にかかる調査結果説明・意見交換） 13:00 5カ国合同評価協議 広域協力（提言作成） 19:00 JICA主催夕食会	
6月16日	水	8:00 二国間協力関係者との協議（実績、5項目評価にかかる調査結果説明・意見交換） 13:00 保健大臣表敬 14:00 二国間協力関係者との協議（提言作成）	
6月17日	木	終日（官及びコンサルタント団員）合同評価レポート作成 （総括）サンタ・アナ研修センター及びサンラファエル保健センター見学	
6月18日	金	11:00 中米統合機構（SICA）表敬 15:00 ミニッツ署名	

		16:30 在エルサルバドル日本大使館報告		
6月19日	土	14:45 サンサルバドル (CO774) → 18:46 ヒューストン		8:35 サンサルバドル (TA320) → 9:20 グアテマラ着
6月20日	日	10:50 ヒューストン (CO007) →		
6月21日	月	14:20 成田		

## 1-5 主要面談者

<日本側>

(1) エルサルバドル

氏名	職位
JICAエルサルバドル事務所	
那須 隆一	所長
近藤 信孝	所員
María Benita Alvarado de Rivera	所員
在エルサルバドル日本大使館	
加来 至誠	特命全権大使
丸橋 重友	二等書記官
中米統合機構 (SICA)	
齊藤 千佳	JICA長期専門家
プロジェクト専門家	
小川 正子	JICA長期専門家 (チーフアドバイザー/看護教育)
三上 正弘	JICA長期専門家 (業務調整)
山根 美智子	JICA長期専門家 (リプロダクティブヘルス)

(2) グアテマラ

氏名	職位
JICAグアテマラ駐在員事務所	
佐々木 健雄	所長
青木 英剛	次長
Glenda Carol Martínez F.	所員

(3) ホンジュラス

氏名	職位
JICAホンジュラス事務所	
山田 章彦	所長
渡辺 咲子	所員
Mayra Tolany Carbajal	所員

(4) ニカラグア

氏名	職位
JICAニカラグア駐在員事務所	
石井 剛生	所長
田中 健紀	企画調査員
Elizabeth Hernandez	所員
プロジェクト専門家	
石原 尚子	JICA長期専門家（看護教育/業務調整）

(5) ドミニカ共和国

氏名	職位
JICAドミニカ共和国事務所	
池城 直	所長
若林 俊哉	所員
Dolis Holguín	所員

<カウンターパート側>

広域協力

氏名	プロジェクト担当分野
<b>エルサルバドル</b>	
Vilma Elena Martínez Martínez	プロジェクトマネージャー
María Consuelo Olano de Elías	広域協力プロジェクトテクニカルマネージャー
Elsy Beatriz Henríquez de Guzmán	諮問委員
María Angela Elías Marroquín	諮問委員
Sonia Margarita Centeno Rivera	二国間プロジェクトテクニカルマネージャー
Mary de Rivera	エルサルバドル専門家
Alegandra Castillo	エルサルバドル専門家
Yesenia Flores de Santos	エルサルバドル専門家
María Elena de Zelaya	エルサルバドル専門家
Salomé Palacios	エルサルバドル専門家
Patricia de Alfaro	エルサルバドル専門家
Carmen de Arriaza	エルサルバドル専門家
<b>グアテマラ</b>	
Blanca Lidia García de Carrillo	ナショナルプロジェクトテクニカルマネージャー
<b>ホンジュラス</b>	
Lesly Xiomara López	ナショナルプロジェクトマネージャー
María Fidelina Flores de Euceda	ナショナルプロジェクトテクニカルマネージャー
Reina Lidylia Grogam Núñez	諮問委員
Leda Yanet Sánchez	諮問委員
<b>ニカラグア</b>	
Miriam Chavez Gonzalez	ナショナルプロジェクトマネージャー
Fátima Zúniga Arévalo	ナショナルプロジェクトテクニカルマネージャー
Zeneyda Quiroz Flores	諮問委員
Gloria del S. Orozco Hernández	「教育・臨地連携」委員会コーディネーター
<b>ドミニカ共和国</b>	
Ercilia Cruz de Tamayo	ナショナルプロジェクトマネージャー
Minerva Hilario Peralta	ナショナルプロジェクトテクニカルマネージャー
Juana María Méndez	諮問委員
Luz Caridad Pantaleón	「教育・臨地連携」委員会コーディネーター

二国間協力

氏名	担当
プロジェクト本部	
Vilma Elena Martínez Martínez	プロジェクトマネージャー
María Consuelo Olano de Elías	広域協力プロジェクトテクニカルマネージャー
Sonia Margarita Centeno Rivera	二国間協力プロジェクトテクニカルマネージャー
ファシリテーター	
Hilda Gladis Martínez de Peñate	ファシリテーター
Ana Cristina Vanegas de Velásquez	ファシリテーター
Jessica Johanna Solórzano Aguirre	ファシリテーター
Juana Haydeé Arévalo Gálvez	ファシリテーター
María de los Angeles García	ファシリテーター
Matilde del Tránsito Alfaro Sánchez	ファシリテーター
Miriam Elizabeth Rivera de Pacheco	ファシリテーター
Norma Angélica Cáceres de López	ファシリテーター
Rosa Lidia Morán de León	ファシリテーター
Sonia Guadalupe Lemus Peñate	ファシリテーター
Sonia Maribel Méndez Castro	ファシリテーター
Victoria Elizabeth Chávez de Zeledón	ファシリテーター
Silvia Griselda Vasquez Villata de Garza	ファシリテーター
Virginia Maria Argueta de Lopez	ファシリテーター
西部地域保健事務所	
Beatriz Ortíz de Aguilar	プロジェクト実行副責任者 西部地域保健事務所所長
Ana Miriam Guadrón de Fuentes	二国間協力副担当プロジェクトテクニカルマネージャー 西部地域保健事務所看護課長

## 第2章 評価プロセス

### 2-1 合同評価

本プロジェクトの評価は、広域協力に関しては日本側と対象国であるエルサルバドル、グアテマラ、ドミニカ共和国、ニカラグア、ホンジュラス（以下、対象5カ国とする）のC/P側5カ国の代表、二国間協力に関しては日本側とエルサルバドル側の代表による評価チームが合同で実施した。

### 2-2 評価手順

広域協力、二国間協力とも、おのこの案件別に以下の手順に従って、PDMに基づいて評価を実施することとした。

- (1) 評価設問を設定する。評価設問は評価5項目（後述）を基にして検討された評価のための要確認事項であり、実績・実施プロセス確認表、評価グリッドに示されている。評価設問は評価中でも改訂、増減される。
- (2) 必要な情報・データや収集手段を検討する。これらも評価グリッドに示されている。上記同様、評価中でも改訂、増減される。
- (3) 評価グリッドに基づき、必要な情報・データを収集する。
- (4) 評価5項目の視点から、プロジェクトの計画と実績を比較する。
- (5) 評価5項目の各視点に基づいて評価結果を検討する。
- (6) 評価の目的に照らし合わせて、評価結果をまとめる。
- (7) 提言及び教訓をまとめる。

### 2-3 評価5項目

#### (1) 妥当性

妥当性とは、評価時点においてプロジェクト目標と上位目標が示すプロジェクトの方向性が、対象5カ国の当該分野の開発政策及び日本の援助政策と整合性があるか、ターゲットグループや関係者のニーズと合致しているかを確認する視点である。

#### (2) 有効性

有効性とは、プロジェクト目標の達成可能性について、及びそれらが他の要因ではなくプロジェクトの活動によって達成されたかを確認する視点である。また、外部条件の状況も含め、プロジェクトの成果がプロジェクト目標の達成に貢献したか、といった点についても併せて確認する。

#### (3) 効率性

効率性とは、プロジェクトの投入がどの程度、成果の達成に貢献したかを確認し、プロジェクトの生産性を問う視点である。投入の量的側面のみならず、質やタイミングの観点からも確認する。

#### (4) インパクト

インパクトとは、プロジェクト実施による直接的・間接的及び正負の波及効果を評価す

る視点である。上位目標は意図された直接的な正のインパクトなので、その達成可能性も確認する。インパクト発現にはプロジェクト終了後3~5年程度かかることが想定されているため、終了時評価時点では、インパクト発現の状況または見込みを確認する。

(5) 自立発展性

自立発展性とは、プロジェクトによってもたらされた便益が、プロジェクト終了後も継続するかを確認する視点であり、プロジェクトの継続性を確認する視点ではない。将来を予測する視点であるため、組織や財政、人材及び政策的なバックアップなどを基に、継続のための要素が十分かを検討する。終了時評価では、これらの側面についての情報収集と検討を行い、将来的な継続の可能性について、現時点での見込みを検証する。

## 2-4 PDMの確認

PDMは、大半のJICAプロジェクトにおいてプロジェクトの概要を示すツールとして使用されている。本評価では、2009年2月の中間レビュー調査において関係機関で合意されたPDM1をプロジェクトの計画とし、評価を行う。

## 第3章 調査結果概要

### 3-1 広域協力（エルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国）

#### ・ 各国で委員会による看護基礎教育体制を構築

看護基礎教育の基本要素である「地域看護」「看護過程」「教育・臨地連携」、及び「リプロダクティブヘルス」に関する中央・地方委員会が設立（国により未設立の委員会もある）。また、これら委員会活動の総合的運営管理を行うNPM、NPTM<sup>1</sup>、諮問委員による体制も構築されており、国によっては民間部門に対する研修、教材の提供、研修経費のドナー等からの資金確保なども実現している。プロジェクトを通じた各国内における看護人材育成のための体制基盤が構築された点を確認した。

#### ・ 各国の看護基礎教育指導人材を育成

各国C/Pがエルサルバドルで研修を受講し、帰国後自己学習、伝達講習、現状把握を行い、「看護過程」「地域看護」「教育・臨地連携」「リプロダクティブヘルス」に関する中央・地方委員会の設立及びファシリテーターを育成（国により未設立の委員会もある）。おおむね各国とも地方委員会レベルまでの看護基礎教育指導者グループが育成された。今後の課題としては、地方委員会を通じた看護基礎教育指導者に対する研修及びモニタリング・評価を完結することである。

#### ・ 5カ国間の看護基礎教育指導者ネットワークを形成

日本人専門家及びエルサルバドル専門家を中心となり、5カ国に対する域内指導体制を構築。各国看護指導者が、スカイプ等のコミュニケーションツールを活用しながら常時情報交換、研修を行っており、強固な域内ネットワークが形成されている。この域内ネットワークにより、各国看護指導者グループ間に連帯と競争意識が芽生え、人的資源の能力向上、自立発展性に大きく貢献しており高く評価できる。プロジェクト終了後においても「看護基礎教育指導者の能力向上」を自立的に継続・発展させていく可能性が高い。

#### ・ 地方委員会以降の活動、及びカリキュラム標準化など未完の活動を1年延長により対応

新型インフルエンザ等の外部要因<sup>2</sup>もあり、当初計画された活動の一部が未完了となっている。具体的には、地方委員会を通じた看護基礎教育指導者に対する研修から看護学生に対する指導とそのモニタリング・評価（成果1）、及びグアテマラ、ニカラグアにおける看護基礎教育教育カリキュラムの標準化に係る活動（成果2）である。このため、目標とされる「5カ国における看護基礎教育指導者の能力向上」を達成するため、プロジェクト期間を1年間延長しこれら活動を完遂することが必要と判断し、その旨先方とのM/Mに記載した。

なお、延長期間に必要な投入としては、これまで育成されたエルサルバドルやパラグアイなどの第三国リソース及び日本人専門家の投入（総括専門家は2カ月×3回程度、業務調整専門家は引き続き長期派遣）が必要と判断した。なお、延長期間中のPDMはプロジェクトにおい

<sup>1</sup> NPM：ナショナルプロジェクトマネージャー、NPTM：ナショナル・テクニカル・プロジェクト・マネージャー

<sup>2</sup> 新型インフルエンザ対応（5カ国共通）のため長期にわたる活動の制約、ホンジュラスにおけるクーデター後の政情不安定、ニカラグアの経費節約を目的とした保健省勤務時間短縮の問題等

て鋭意作成中である。

- ・ **プロジェクト終了後を見据えた当該分野におけるJICA協力の検討の必要性**

本プロジェクトの成果「看護基礎教育指導人材の育成」「看護基礎教育指導者ネットワークの形成」「プロジェクトの取り組みに対する各国保健大臣の強力なコミットメントやCOMISCA<sup>3</sup>におけるプロジェクトの高いプレゼンス」を活用し、また「日本・中米首脳会談東京宣言」を考慮し、プロジェクト期間中及び終了後に成果をSICA諸国<sup>4</sup>へ波及される方法を検討する必要がある（例：域内看護チーム（緊急医療チーム等）の形成に係る協力など）。

### 3-2 二国間協力

- ・ **プロジェクト目標の達成を確認**

当初計画どおり、「研修プログラム」の作成、「研修モニタリング方法」の確立と実施が行われ、西部地域保健事務所において自立的に活動を継続、発展させるための人材育成と実施体制が十分整備された点を確認。プロジェクト目標である「サンタ・アナ県の看護職に対する助産分野の継続教育の研修の質が向上する」は、当初計画どおり達成された。

- ・ **医療従事者や妊産婦の看護師に対する評価・認識が向上**

研修を受講した看護師の技術、サービス向上を通じて、妊産婦からの評価が高まっているほか、医療施設における医師等医療従事者からの看護師に対する認識の向上がみられ、また看護師主導による医療チームが形成されるなど、自発的な活動が進められている。

- ・ **広域協力における指導者としての活躍**

また、プロジェクトで育成された看護師が、広域協力における指導者としてリプロダクティブヘルス分野の指導にも携わり始めている。

- ・ **プロジェクト終了後の全国レベルでの活動展開を期待**

プロジェクトは予定どおりの期間をもって終了とする。プロジェクト終了後は、エルサルバドル保健省の自助努力の下、導入された研修プログラムの他県への更なる定着を図り、西部地域のみならず全国レベルでの看護師に対する助産分野の教育を継続、発展させることが望まれる。

### 3-3 プロジェクト延長期間における協力量針

#### 3-3-1 広域協力

- ・ 協力対象国は、これまで同様5カ国とする。エルサルバドルは引き続き域内活動の取りまとめ、指導的役割を担う。また、ドミニカ共和国や他国C/Pについても、他国への協力リソースとして提供するための基盤強化をめざす。
- ・ ニカラグア、ホンジュラスへの協力については、日本人専門家（短期）による指導、及びエルサルバドルの人材リソースを活用し対応する。
- ・ グアテマラへの協力については、成果の未達成部分、特に「看護教育の標準化」に対しエルサルバドルからの人材リソースの活用、ネットワーク強化（スカイプ会議・TV

<sup>3</sup> COMISCA：中米統合機構（SICA）保健大臣会合

<sup>4</sup> グアテマラ、エルサルバドル、ホンジュラス、ニカラグア、コスタリカ、パナマ、ベリーズ、ドミニカ共和国

会議)を中心に対応する。

- ・ 日本人専門家は、「チーフアドバイザー/モニタリング」日本人短期専門家1名を2カ月×3回程度派遣し、広域協力のフォローと二国間協力に関するプロジェクト終了後のモニタリングを行う。
- ・ 「業務調整」日本人専門家は、これまで同様1名を期間中長期派遣する。
- ・ 延長期間中のPDM(案)は、現在プロジェクト関係者間で策定中。

### 3-3-2 二国間協力

二国間協力に係るプロジェクトについては、当初計画どおりのプロジェクト目標を達成した点を確認することができたため、予定どおりのプロジェクト期間をもって終了とする。今後は、エルサルバドルの自助努力により、当該成果の西部地域や全国レベルでの普及を期待するとともに、二国間協力で育成された人材が広域協力においても指導陣として貢献することが望まれる。

## 第4章 実績と実施プロセスの確認

### 4-1 本報告書で使用する語句の確認

#### 4-1-1 保健省の呼称

プロジェクトの広域協力に関しては、対象5カ国（エルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国）が関わっている。スペイン語の原文での保健担当の省の名称は以下のとおり異なっているが、本報告書では一括して「保健省」と呼称する。

国名	保健担当省のスペイン語名称
エルサルバドル	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
グアテマラ	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ホンジュラス	Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
ニカラグア	Ministerio de Salud
ドミニカ共和国	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

#### 4-1-2 プロジェクトの業務分掌

プロジェクトは広域協力と二国間協力という2つのコンポーネントを有し、事前評価にて決定した業務分掌が多岐にわたっているため、プロジェクトを把握する際に混同を招きやすい。したがって、以下にプロジェクト関係者の担当業務と担当者、業務範囲を明記する。

##### (1) 広域協力におけるプロジェクトの業務分掌

プロジェクト担当業務	担当者	業務範囲
プロジェクト本部（エルサルバドル）		
プロジェクトディレクター（PD）	保健大臣	広域協力・二国間協力における代表となるプロジェクト総責任者。
副プロジェクトディレクター（副PD）/プロジェクト実行責任者	保健省人材課長 <sup>5</sup>	広域協力・二国間協力におけるプロジェクト副責任者。
プロジェクトマネージャー（PM）	保健省保健総局看護課長	広域協力・二国間協力における実施レベルでのプロジェクト責任者。
広域担当プロジェクトテクニカルマネージャー（広域PTM）	保健省保健総局看護課長補佐	広域協力における実施レベルでのプロジェクト活動の技術責任者。各国におけるプロジェクトの進捗を把握するとともに、日本人専門家とともにエルサルバドルでの研修講師や各国の活動のモニタリング・指導を実施している。
諮問委員	看護師協会長 看護教育代表者	プロジェクト運営、管理に関する助言・協力を行う。

<sup>5</sup> 2009年6月からの保健省再編において2009年10月に保健総局長が異動となったことにより、2010年2月から保健人材課長が副PDとして配置された。

<p>第三国専門家</p>	<p>エルサルバドル保健省看護課各委員会委員 メキシコ人専門家</p>	<p>1997年～2002年に実施された「エルサルバドル看護基礎教育強化プロジェクト」において、保健省看護課に各テーマの委員会が設置された後、自立発展してきている。本プロジェクトでは本委員会委員が第三国専門家として、プロジェクト本部でのC/P研修の講師を担当した。また、C/P研修後のモニタリング・指導やビデオ会議やスカイプ会議でのフォローアップも実施している。本プロジェクトに関わる委員会は以下のとおりである（下記表参照）。</p> <table border="1" data-bbox="762 526 1417 918"> <thead> <tr> <th>委員会名</th> <th>C/P研修担当テーマ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>地域看護</td> <td>地域看護</td> </tr> <tr> <td>看護過程</td> <td>看護過程</td> </tr> <tr> <td>カリキュラム開発</td> <td>看護基礎教育カリキュラム</td> </tr> <tr> <td>教育・臨地連携</td> <td>教育・臨地連携</td> </tr> <tr> <td>教材作成</td> <td>地域看護、看護過程、教育・臨地連携、リプロダクティブヘルス</td> </tr> <tr> <td>教授案作成</td> <td>地域看護、看護過程、教育・臨地連携、リプロダクティブヘルス</td> </tr> <tr> <td>看護倫理</td> <td>地域看護、看護過程、教育・臨地連携、リプロダクティブヘルス</td> </tr> </tbody> </table> <p>また、地域看護の第三国専門家に関しては、メキシコ人専門家を在外事業強化費にて雇用し、メキシコ人専門家がエルサルバドル既存の地域看護委員会に対して、地域看護にかかわる知識・技術を強化した。</p>	委員会名	C/P研修担当テーマ	地域看護	地域看護	看護過程	看護過程	カリキュラム開発	看護基礎教育カリキュラム	教育・臨地連携	教育・臨地連携	教材作成	地域看護、看護過程、教育・臨地連携、リプロダクティブヘルス	教授案作成	地域看護、看護過程、教育・臨地連携、リプロダクティブヘルス	看護倫理	地域看護、看護過程、教育・臨地連携、リプロダクティブヘルス
委員会名	C/P研修担当テーマ																	
地域看護	地域看護																	
看護過程	看護過程																	
カリキュラム開発	看護基礎教育カリキュラム																	
教育・臨地連携	教育・臨地連携																	
教材作成	地域看護、看護過程、教育・臨地連携、リプロダクティブヘルス																	
教授案作成	地域看護、看護過程、教育・臨地連携、リプロダクティブヘルス																	
看護倫理	地域看護、看護過程、教育・臨地連携、リプロダクティブヘルス																	
<p>各国プロジェクト事務所（グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国）</p>																		
<p>ナショナルプロジェクトディレクター（NPD）</p>	<p>保健大臣（グアテマラのみ保健福祉省副大臣）</p>	<p>各国のプロジェクト総責任者。</p>																
<p>ナショナルプロジェクトマネージャー（NPM）</p>	<p>保健省看護局長（ホンジュラスのみ国立病院副看護部長）</p>	<p>各国の実施レベルでのプロジェクト総責任者。</p>																
<p>ナショナルプロジェクトテクニカルマネージャー（NPTM）</p>	<p>保健省看護課職員（ホンジュラスのみ自治大学教師）</p>	<p>各国のプロジェクト運営管理・技術責任者。各国でテーマごとの委員会及びグループで活動しているC/Pを取りまとめる。各グループ活動の進捗を把握し、プロジェクト本部へ報告・連絡する。また、研修の調整業務及び研修・モニタリングの資金や活動場所の確保にかかわる活動を実施している。</p>																
<p>諮問委員</p>	<p>看護師協会長 看護教育代表者</p>	<p>プロジェクト活動を円滑に実施するために、プロジェクト活動への助言・協力を行っている。C/Pやファシリテーターの選出に携わるほか、NPTMのグループ活動や研修・モニタリングの資金確保にかかわる活動を支援している。</p>																
<p>カウンターパート（C/P）</p>	<p>看護基礎教育者 看護臨地分野学生指導者</p>	<p>プロジェクトのコンポーネントである「看護過程」「地域看護」（成果1）、「教育・臨地連携」（成果3）のテーマ別に看護教育と臨地指導者からC/Pが選出されている。エルサルバドルでC/P研修を受講した後、各国でテーマ別のグループ活動を実施した。グループ活動の具体的内容は、①C/P研修で修得した知識・技術を実践レベルで理解できるよう自己学習を進めた、②各国の現状診断を行い、伝達講習会を通して実践</p>																

		<p>的な教授スキルを勤務先の同僚に伝えた、③C/P自らが講師となり、看護教育と臨地指導者に対するファシリテーター養成研修を実施し、ファシリテーターとともにテーマ別の委員会を設立した。現在はこれらの委員会が、地方委員を養成し、全国の看護教育と臨地指導者への研修を実施している。今後は、改善された看護教育の質を評価するために、学生による評価・モニタリングを実施していく予定である。</p> <p>グアテマラとニカラグアは、「看護基礎教育カリキュラム作成」(成果2)を行うこととなっているため、C/P研修後に各国でカリキュラム検討委員会を発足し、カリキュラム作成を開始している。</p>
ファシリテーター	看護基礎教育者 看護臨地分野学生指導者	<p>本プロジェクトでは左記担当者から適任者を選定し、各国のC/Pによってカスケード方式で実施される「看護過程」「地域看護」「教育・臨地連携」に関する研修にてファシリテーターを養成する。ファシリテーター養成後、C/Pとともに上記の委員会を発足し、将来的には全国の看護教育と臨地分野の看護教育指導者に対して研修・モニタリングを実施する役割を担っている。</p>

## (2) 二国間協力におけるプロジェクトの業務分掌

プロジェクト担当業務	担当者	業務範囲
プロジェクト本部 (エルサルバドル保健省看護課)		
プロジェクトディレクター (PD)	保健大臣	広域協力・二国間協力における代表となるプロジェクト総責任者。
副プロジェクトディレクター/プロジェクト実行責任者	保健省保健総局長	広域協力・二国間協力におけるプロジェクト副責任者。
プロジェクトマネージャー (PM)	保健省保健総局看護課長	広域協力・二国間協力における実施レベルでのプロジェクト責任者。
諮問委員	看護師協会長 看護教育代表者	プロジェクト運営、活動に関する助言・協力をを行う。
第三国専門家 (リプロダクティブヘルス)	パラグアイ人専門家 メキシコ人専門家	<p>2001年～2006年に実施された「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」において育成されたC/Pが在外事業強化費にて雇用され、第三国専門家としてプロジェクト本部でのファシリテーター研修の講師を担当した。</p> <p>また、成果3の活動である看護管理研修に関しては、メキシコ人専門家を在外事業強化費にて雇用了。</p>
二国間協力担当プロジェクトテクニカルマネージャー (二国間協力PTM)	保健省看護課職員	二国間協力におけるプロジェクトの実質的な業務にかかわる技術責任者。日本人専門家とともにサンタ・アナ県での研修の運営と管理並びに研修講師となるファシリテーターの技術指導と研修後のモニタリング・指導を実施している。

継続教育運営委員	全国国立病院看護部長及び地域保健事務所看護課長のうち代表者（成果3における活動の看護管理研修に参加した全国の国立病院の看護部長ら43名のうち、任意で選出された4名がメンバーとなっていた。）	全国規模での看護継続教育の体系化をめざした活動が予定されていたが、保健省の再編により、委員会活動の実施が困難となったため、委員会は閉鎖された。
----------	--	---

プロジェクトサイト・サンタ・アナ県（西部地域保健事務所他）		
プロジェクト実行副責任者	西部地域保健事務所長	二国間協力におけるプロジェクトの副責任者であり、広域を含むプロジェクト全体の計画のなかではエルサルバドル保健省保健総局長の下でのプロジェクト実行副責任者として位置づけられている。
二国間協力副担当プロジェクトテクニカルマネージャー（二国間協力副PTM）	西部地域保健事務所看護課長	二国間協力におけるプロジェクトの実施レベルでの責任者でプロジェクト本部の二国間PTMの下での副技術責任者として位置づけられている。
ファシリテーター（うち1名、委員会コーディネーター）	西部地域保健事務所看護職員 サンタ・アナ県一次・二次レベル保健医療機関看護師 サンタ・アナ県看護学校教育指導者	通常のプロジェクトのC/Pにあたる位置づけである。プロジェクト本部でのファシリテーター研修を受講後、リプロダクティブヘルス委員会を発足し、サンタ・アナ県の研修対象者（看護師・准看護師）に対する研修の実施、モニタリングを担当している。今後、成果4の自立発展に向けて、西部地域のソンソナテ県とアウアチャパン県のファシリテーター養成まで本プロジェクトで実施される計画である。 委員会コーディネーターは、西部地域保健事務所看護課職員であり、サンタ・アナ県プロジェクト事務所の管理責任者で、サンタ・アナ県における研修・モニタリングの計画・実施・評価の実施責任者としてPTM及び日本人専門家の指導を受けながら活動している。

## 4-2 投入実績（広域協力）

### (1) 日本側の投入

#### 1) 専門家派遣（詳細は合同評価報告書ANNEX 2-1参照）

長期専門家3名<sup>6</sup>（チーフアドバイザー、業務調整、業務調整/看護教育）が派遣されている。チーフアドバイザー及び業務調整の長期専門家は拠点国のエルサルバドルに、業務調整/看護教育の長期専門家はニカラグアに派遣されている。第三国短期専門家として、メキシコ人専門家<sup>7</sup>（地域看護）がエルサルバドルに派遣された。

<sup>6</sup> うち、チーフアドバイザーと業務調整は二国間協力と兼任。

<sup>7</sup> 在外事業強化費にて雇用。

2) 在外事業強化費

各国の在外事業強化費は表－1のとおりである。

表－1 在外事業強化費

(単位：USドル)

年度	エルサルバドル	グアテマラ	ホンジュラス	ニカラグア	ドミニカ共和国
2007年度	233,488.18	26,890.37	21,034.36	41,266.75	19,614.99
2008年度	299,676.65	38,077.05	38,077.15	34,441.00	16,998.18
2009年度	221,155.66	35,797.30	51,350.72	59,605.00	24,557.86
2010年度 <sup>8</sup>	81,716.95	12,535.05	17,443.36	26,454.00	6,979.50
合計	836,037.44	113,299.77	127,905.59	159,494.73	51,823.53

3) 機材供与（詳細は合同評価報告書ANNEX 2-2参照）

プロジェクトによって供与された機材金額は表－2に示すとおりである。エルサルバドルには、広域協力のプロジェクト本部としてスカイプ会議を実施するためのパソコン、他の4カ国には、それぞれの事務所整備に係る品目（パソコン、コピー機、机、椅子等）が供与された。また、ドミニカ共和国とホンジュラスにおいては、リプロダクティブヘルス委員会の研修で使用するための、助産分野に必要な医療機材及び教育機材が供与されている。2009年度、2010年度の機材供与費の投入はない。

表－2 機材供与

(単位：USドル)

年度	エルサルバドル	グアテマラ	ホンジュラス	ニカラグア	ドミニカ共和国
2007年度	71,760.21	17,033.07	24,943.17	10,273.00	14,917.58
2008年度	59,326.57	14,530.10	18,314.46	8,479.39	7,609.22
合計	131,086.78	31,563.17	43,257.63	18,752.39	22,526.80

(2) 5カ国側の投入

1) 人員配置（終了時評価時点での配置人数、詳細は合同評価報告書ANNEX 2-1参照）

<sup>8</sup> 2010年度在外強化費については2010年8月プロジェクト終了までに投入される計画の金額である。

表－3 エルサルバドルにおける人員配置

プロジェクト担当分野		人数
PM		1
広域担当PTM		1
諮問委員		2
第三国専門家	看護過程	3
	地域看護	4
	教育・臨地連携	3
	看護基礎教育カリキュラム作成	4
	リプロダクティブヘルス	4
	教材作成	2
	教授案作成	1
	看護倫理	1
専属秘書		1
合計		27

表－4 エルサルバドル以外4カ国における人員配置

プロジェクト担当分野		グアテマラ	ホンジュラス	ニカラグア	ドミニカ共和国
NPM		1	1	1	1
NPTM		1	1	1	1
諮問委員		2	2	2	2
C/P	看護過程	4	4	4	4
	地域看護	2	2	8	4
	看護基礎教育カリキュラム作成	3	-	12	-
	教育・臨地連携	0	4	6	6
	リプロダクティブヘルス	4	6	-	4
C/P合計		13 <sup>9</sup>	16	30	18
看護基礎カリキュラム作成中央委員 メンバー		-	-	1	-
看護基礎カリキュラム作成支援委員		3	-	-	-
ファシリ ター	看護過程	5	3	6	10
	地域看護	7	5	6	10
	教育・臨地連携	12	5	7	7
	リプロダクティブヘルス	7	4	-	6
ファシリテーター合計		31	17	19	33

<sup>9</sup> 初めにC/P研修を受講した13名の元委員メンバーは、看護基礎カリキュラム作成支援委員としてカリキュラムの適用可能性の実証等でプロジェクト活動に関わる予定である。

地方委員	看護過程	34	8	0	30
	地域看護	17	0	26	10
	教育・臨地連携	0	0	0	44
	リプロダクティブヘルス	25	0	-	45
地方委員合計		76	8	26	129
専属秘書		1	1	0	1
兼任秘書		0	0	1	1
プロジェクト人員配置合計		128	46	81	186

2) プロジェクト事務所の提供

表－5 対象5カ国におけるプロジェクト事務所の開設場所

国名	事務所・会議室所在地
エルサルバドル	保健省看護課・看護研修研究センター（事務所・会議室）
グアテマラ	保健省（事務所・会議室）、アルタベラパス県コバン看護学校及びサンマルコス市保健分野課（地方事務所）
ホンジュラス	国立看護大学（事務所）、ラセイバ市アトランティダ地域病院、サンペドロスラ市保健局（地方支部）
ニカラグア	保健省看護課（事務所）、レオン県保健局（地方事務所）
ドミニカ共和国	保健省看護教育ユニット（事務所・会議室）

3) グループ（委員会）活動・研修活動開催時の費用・施設提供元

表－6 対象5カ国におけるプロジェクト活動への各国の投入状況

	エルサルバドル	グアテマラ	ホンジュラス	ニカラグア	ドミニカ共和国
委員会関連活動					
交通費	—	保健省（一部負担）、各委員会メンバー負担	国立ホンジュラス自治大学看護学科（UNAH）、保健省（一部負担）	汎米保健機関（PAHO）（一部負担） 保健医療大学（POLISAL）/ ニカラグア自治大学（UNAN） （マナグアキャンパス）	看護協会（一部負担）、サントドミンゴ自治大学看護学科（UASD）
会場提供	—	保健省・労働省（施設提供）	看護協会、プロジェクト事務所	ニカラグア看護師協会 POLISAL/UNAN （マナグアキャンパス）	プロジェクト事務所
宿泊施設提供	—	労働省	看護協会	なし	なし

活動雑費	—	なし	看護協会、看護大学、保健省	看護協会 全国ニカラグア保健プロジェクト	保健省、看護協会
研修開催関連					
研修 <sup>10</sup> 経費	研修開催時の雑費	・保健省が研修参加者費用のうちの日当負担。 ・スペインのNGO看護開発基金（FUDEN）の費用を利用した研修実施	なし	なし	なし
会場提供	看護研究・研修センター、サンタ・アナ県リプロダクティブヘルス研修センター	地方研修においては、医療施設または教育省管轄施設	看護協会、自治大学	保健省内講堂、看護協会、看護大学	保健省看護課内会議室
交通費	なし	なし	なし	なし	なし
2009年度研修開催経費の確保状況	なし	なし	なし	なし	なし

中間レビュー時と比較した場合、委員会活動経費の投入状況はほとんど変更されていない。研修開催経費に関しては、グアテマラとホンジュラスではNGOが一部経費を負担していたが、現在は投入がなくなった。ドミニカ共和国については、中間レビュー時点では、1万7,000USドルの研修経費として確保されたことが決まっていたが、1回の研修開催でその一部が負担されただけで、その後の投入は行われなかった。研修経費が少なくなった一方で、グアテマラのリプロダクティブヘルス分野の研修においては、FUDENがJICAプロジェクトの研修内容を活用して研修を実施している。

#### 5) 事務所の電気代、水道代、電話代等

各国とも、事務所の電気代、水道代、電話代等は各国で負担しているが、インターネット代はプロジェクトで負担している。

<sup>10</sup> ここで指す研修のうち、エルサルバドルに関しては、C/P に対して実施する研修、他 4 カ国に関しては、各国の各委員会が実施する研修を意味する。

#### 4-3 活動実績（広域協力）

活動計画		終了時評価時点までの活動実績
成果1：看護基礎教育指導者に対する教育が改善される		
1-1	エルサルバドル既存の看護過程委員会、地域看護委員会、教授案作成委員会において各国向けの標準研修プログラムを作成する。	エルサルバドル以外の4カ国はテーマ別に具体的な研修内容を作成し、プロジェクトに提出した。これらの研修内容をもとに、エルサルバドルの看護過程委員会、地域看護委員会、教授案作成委員会が、標準プログラムを作成した。また、教材作成委員会、看護倫理委員会が、研修コンポーネントについてのプログラムを作成した。
1-2	上記委員会において各研修プログラムに沿った教材・教具を準備する。	上記委員会において、各標準研修プログラムに沿った教材・教具が開発された。
1-3	上記委員会が看護過程及び地域看護研修コースを実施する。	エルサルバドルの看護過程委員会、地域看護委員会が4カ国に対するすべての研修実施計画を作成し、4カ国のC/Pに対して看護過程と地域看護の研修を実施した。
1-4	各国においてファシリテーター研修を実施する。	ファシリテーター養成研修の実施にあたり、1-3の研修で学んだ標準プログラムを各国の状況に適した内容に改訂するために、各国の現状を調査する必要が生じた。そこで活動1-4*としてC/Pによる現状調査を実施した（下記参照）。また、C/P自身がファシリテーターに対して的確に教授できる能力を身につける必要が生じ、活動1-4**として、C/Pが委員会の前身となるグループを作り、自己学習と伝達講習を行った（下記参照）。続いて、ファシリテーター養成研修プログラムの再検討を行い（活動1-6）、研修計画を作成し（活動1-7）、ファシリテーター研修を実施した（活動1-4）。研修後に、上記グループがそれぞれのテーマ毎に中央委員会を発足した（活動1-5）。
1-4*	（各国適応プログラムの作成のための現状調査の実施）	プロジェクト中間レビュー調査時点において、ニカラグアを除く3カ国では、「看護過程」「地域看護」の現状調査報告書を作成した。ニカラグアは、現在報告書を作成中である。
1-4**	（自己学習と伝達講習を実施）	<自己学習> <u>看護過程</u> 自己学習では、ゴードンの看護診断アセスメントツール <sup>11</sup> を用いて、病院にて各個人が3例のケースレポートを作成した。

<sup>11</sup> ゴードンの看護診断アセスメントによる看護過程とは、健康管理パターン、栄養パターン、排泄パターン、ストレス耐性パターン等の「11の機能面からみた健康パターン」別に情報を収集し、アセスメント（分析）した結果をもとに、看護診断を導く一連の看護過程を指す。

※看護過程：看護を実施する際に患者の情報を集め、整理して看護上どのような問題があるのかを分析する。その結果、問題を解決できるように看護目標を立て、個別化した看護ケアを具体的に計画し実施、評価する過程を指す。

※看護診断：看護師は医師の診断とは別に看護する立場から取り扱う問題を明確化して診断名を命名することを指す。

		<p><u>地域看護</u></p> <p>自己学習として、オレムのセルフケア論<sup>12</sup>に基づいて、①地域診断に基づくコミュニティへの保健活動の実施、②家庭訪問による家族看護を含めた患者個々への看護ケアを提供等、コミュニティにおけるフィールド活動を実施した。</p> <p>&lt;伝達講習&gt;</p> <p>C/Pやファシリテーターが勤務する職場において、「看護過程」「地域看護」の伝達講習が実施された。</p>																														
1-5	各国において看護過程（ニカラグアを除く）、地域看護の委員会を発足させる。	<p>中間レビュー調査以前には、ドミニカ共和国の「地域看護」のみ委員会が発足していた。中間レビュー調査以降の委員会発足状況は以下のとおり。</p> <p><u>看護過程</u></p> <p>下表の示すとおり、グアテマラは計画より早く発足したものの、ホンジュラスは計画より約5か月遅れで発足した。ニカラグアでは、中間レビュー時には「看護過程」に取り組む予定はなかったが、保健省看護課長の要望から、JCCにて承認を受け、本分野への取り組みを活動に追加した。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>国名</th> <th>予定発足年月</th> <th>実際の発足年月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>グアテマラ</td> <td>2009年3月5日</td> <td>2009年2月17日</td> </tr> <tr> <td>ホンジュラス</td> <td>2009年4月</td> <td>2009年8月28日</td> </tr> <tr> <td>ニカラグア</td> <td>-</td> <td>2010年2月25日</td> </tr> <tr> <td>ドミニカ共和国</td> <td>2009年3月</td> <td>2009年7月15日</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>地域看護</u></p> <p>下表の示すとおり、各国において中間レビュー時に設定した計画から遅れて委員会が発足した。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>国名</th> <th>予定発足年月</th> <th>実際の発足年月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>グアテマラ</td> <td>2009年3月5日</td> <td>2009年8月7日</td> </tr> <tr> <td>ホンジュラス</td> <td>2009年4月</td> <td>2009年8月21日</td> </tr> <tr> <td>ニカラグア</td> <td>2009年3月</td> <td>2009年9月22日</td> </tr> <tr> <td>ドミニカ共和国</td> <td>2008年12月12日</td> <td>2009年7月15日</td> </tr> </tbody> </table>	国名	予定発足年月	実際の発足年月	グアテマラ	2009年3月5日	2009年2月17日	ホンジュラス	2009年4月	2009年8月28日	ニカラグア	-	2010年2月25日	ドミニカ共和国	2009年3月	2009年7月15日	国名	予定発足年月	実際の発足年月	グアテマラ	2009年3月5日	2009年8月7日	ホンジュラス	2009年4月	2009年8月21日	ニカラグア	2009年3月	2009年9月22日	ドミニカ共和国	2008年12月12日	2009年7月15日
国名	予定発足年月	実際の発足年月																														
グアテマラ	2009年3月5日	2009年2月17日																														
ホンジュラス	2009年4月	2009年8月28日																														
ニカラグア	-	2010年2月25日																														
ドミニカ共和国	2009年3月	2009年7月15日																														
国名	予定発足年月	実際の発足年月																														
グアテマラ	2009年3月5日	2009年8月7日																														
ホンジュラス	2009年4月	2009年8月21日																														
ニカラグア	2009年3月	2009年9月22日																														
ドミニカ共和国	2008年12月12日	2009年7月15日																														
1-6	各国の各委員会において、エルサルバドル研修中に作成した適応研修プログラムを再検討する。	<p><u>看護過程</u></p> <p>途中で本活動を追加したニカラグアを含め、4カ国すべてで、ファシリテーター養成のための適応研修プログラムが再検討された。</p>																														

<sup>12</sup> オレムのセルフケア論とは、セルフケアとは、「個人が生命、健康、安寧を維持するうえで、自分自身で開始し、遂行する諸活動の実践である」。そして、セルフケアは「自分のために」と「自分で行う」という二重の意味をもち、人は自らのセルフケアについて責任と権利があると考えられている。

		<p><u>地域看護</u></p> <p>ホンジュラスを除く3カ国においては、ファシリテーター養成のための適応研修プログラムが再検討された。ホンジュラスに関しては、政治的理由等の外部要因により活動が十分行えず、プログラムの検討や教材・教具の作成が遅延している。</p>
1-7	上記各委員会において、研修実施計画を作成する。	<p>各委員会でファシリテーター養成研修を実施し、ファシリテーターが看護基礎教育指導者への研修を実施していく計画であったが、より効率的に研修を進めるために地方委員を養成するプロセスが活動1-7*として加えられた（下記参照）。よって、研修実施計画の作成が必要とされる研修は、下記3つの研修となる。</p> <p><u>ファシリテーター養成研修</u>：研修参加者、研修年月日等の研修にかかわる計画を作成した。</p> <p><u>地方委員研修</u>：4カ国すべての国において、地方委員研修の計画を現在策定しているところである。</p> <p><u>看護基礎教育指導者への研修</u>：ドミニカ共和国の一部の地方委員が、計画を作成している。それ以外の国ではまだ作成されていない。</p>
1-7*	（地方委員の養成と地方委員会発足）	<p>カスケード方式研修の最終地点となる、看護基礎教育指導者への研修を実施するために、各地方で研修を実施する地方委員を育成している。地方委員会設立のプロセスは、1) 研修準備、2) 研修マニュアルの作成、3) 地方委員養成研修の実施、4) 地方委員会発足、5) 研修に参加した地方委員による自己学習と伝達講習の実施、である。</p> <p>対象4カ国における地方委員会の発足状況は以下のとおり。</p> <p><u>看護過程地方委員会発足状況</u></p> <p>※（ ）内は地方委員会数</p> <p>グアテマラ（5）、ホンジュラス（3）、ニカラグア（0）、ドミニカ共和国（7）</p> <p>ドミニカ共和国では、委員会活動を週2回に増やして地方委員会の発足を進めている。ニカラグアにおいては、2010年7月に発足予定となっている。</p> <p><u>地域看護地方委員会発足状況</u></p> <p>※（ ）内は地方委員会数</p> <p>グアテマラ（2）、ニカラグア（3）</p> <p>ホンジュラス、ドミニカ共和国においては、現在地方委員養成研修の準備中であるが、具体的な地方委員会の設置は未定となっている。</p>
1-8	上記研修実施計画に沿って研修を開催する。	<p>活動1-7で作成された計画に沿って、ファシリテーター養成研修は実施された。活動1-7*の地方委員養成研修は、各国において規模は異なるが研修が開催されているところである。活動1-7*で発足した地方委員会による看護基礎教育指導者に対する研修はまだ一部分のみの実施である。</p>

1-9	研修受講3か月後から研修モニタリングを実施する。	調査時点では、看護基礎教育指導者に対する研修が限定的であり、モニタリングは未実施である。
1-10	研修モニタリング結果により、必要であれば研修プログラムの内容や実施方法を改善する。	活動1-9が実施されていないことにより、本活動も未実施である。
成果2：看護教育の標準化に向けた活動が計画・実施される（グアテマラ、ニカラグア）		
2-1	エルサルバドル既存のカリキュラム委員会において看護基礎教育カリキュラム作成のための研修プログラムを作成する。	エルサルバドル既存のカリキュラム開発委員会が、グアテマラ、ニカラグアの2カ国において、看護学校のカリキュラムを検討し、カリキュラム作成のための研修プログラムを作成した。
2-2	上記委員会において看護基礎教育カリキュラム研修に必要な教材を作成する。	上記カリキュラム開発委員会が、看護基礎教育カリキュラム研修に必要な教材を作成した。
2-3	上記委員会が看護基礎教育カリキュラム研修を実施する。	上記カリキュラム開発委員会が、対象2カ国のC/Pに対して「看護教育カリキュラム」の研修を実施した。
2-4	グアテマラ、ニカラグアにおいて看護基礎教育カリキュラム検討委員会を発足させる。	上記研修終了後に、対象2カ国において看護基礎教育カリキュラム検討委員会が以下のとおり発足した。 グアテマラ：2008年1月1日 ニカラグア：2008年1月18日
2-5	グアテマラ、ニカラグアにおいて看護基礎教育カリキュラム検討委員会が、カリキュラムを作成する。	本プロジェクトでは、以下のプロセスにて看護基礎教育カリキュラムを作成することとした。 1) カリキュラム作成に際し、対象2カ国の自国の現状把握調査の実施。 2) 各国の看護基礎教育カリキュラムの礎となる「理想とする看護師像」「看護師・准看護師における卒業時の条件」「看護師・准看護師における入学時の条件」（入学時、卒業時点で看護学生にはどの程度の知識・技術が求められているか）の明文化。 3) 看護基礎教育カリキュラムを作成。 対象2カ国における上記プロセスの進捗は以下のとおり。 1) 現状調査実施 グアテマラでは毎月2泊3日、ニカラグアにおいては毎週1回の委員会活動において、現状調査を実施し、2カ国とも報告書を作成・提出した。 2) 「理想とする看護師像」「看護師・准看護師における卒業時の条件」「看護師・准看護師における入学時の条件」の設定 グアテマラでは、「理想とする看護師像」「入学時の条件」は明文化済みで、現在「卒業時の条件」を作成中である。 ニカラグアでは、すべて明文化済みである。

		3) 看護基礎教育カリキュラムの作成 対象2カ国とも、看護基礎教育カリキュラムの作成段階には入っていない。															
2-5*	(プロジェクト本部によるモニタリング・指導)	プロジェクトは、活動2-5に関し、グアテマラ及びニカラグアに対して日本人専門家が2カ月に1回、エルサルバドル人専門家が1カ月に1回指導・モニタリングを実施することを計画したが、各国のさまざまな外部要因の影響 <sup>13</sup> により、中間レビュー以降での指導・モニタリングの実施率は計画の半分以下となっている。															
2-6	グアテマラ、ニカラグアにおいて作成したカリキュラムを保健省・最高大学審議会（グアテマラ）・最高教育審議会（ニカラグア）へ提出する。	調査時点において、カリキュラムはまだ作成されていない。															
成果3：看護に関する教育と臨地の連携が強化される																	
3-1	既存の教育・臨地連携委員会が教育・臨地連携に関する研修プログラムを作成する。	エルサルバドル既存の教育・臨地連携委員会が、対象4カ国より提出された臨地実習に関する課題を検討し、「教育・臨地連携」に関する研修プログラムを作成した。															
3-2	上記委員会が教育・臨地連携研修プログラムに沿った教材を作成する。	上記委員会が、教育・臨地連携の研修プログラムに沿った教材を作成した。また、教授案作成委員会、教材作成委員会、看護倫理委員会も教育・臨地連携の研修プログラムに合わせた研修教材を作成した。															
3-3	上記委員会が教育・臨地連携に関する研修を実施する。	上記委員会が、対象4カ国の看護実習指導者である看護教員及び臨地実習指導者（C/P）に対し研修を実施した。															
3-3*	(現状調査)	活動3-4の委員会発足に先立って、まずは自国の教育・臨地連携の現況を把握するために、現状調査を実施した。4カ国とも、現状調査結果の報告書を完成させている。調査結果は、実習時の教師対学生数の適正比率の設定や、実習病院の規定等に反映されている。															
3-3**	(伝達講習を実施)	C/Pが研修で学んだ知識やスキルの理解を深め、それらを他人に教授できるレベルまで到達するよう、伝達講習会を実施した。															
3-3***	(適応プログラムの作成・ファシリテーター研修の実施)	対象4カ国とも、ファシリテーター養成研修の適応プログラムを作成し、ファシリテーター研修を実施した。															
3-4	各国において教育・臨地連携委員会を発足させる。	対象4カ国とも、下表の示すとおり教育・臨地連携委員会を発足した。 <table border="1" data-bbox="715 1653 1407 1863"> <thead> <tr> <th>国名</th> <th>予定発足年月</th> <th>実際の発足年月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>グアテマラ</td> <td>2009年3月5日</td> <td>2010年1月14日</td> </tr> <tr> <td>ホンジュラス</td> <td>2009年4月</td> <td>2009年10月9日</td> </tr> <tr> <td>ニカラグア</td> <td>2009年3月</td> <td>2009年4月18日</td> </tr> <tr> <td>ドミニカ共和国</td> <td>2008年11月15日</td> <td>2008年11月15日</td> </tr> </tbody> </table>	国名	予定発足年月	実際の発足年月	グアテマラ	2009年3月5日	2010年1月14日	ホンジュラス	2009年4月	2009年10月9日	ニカラグア	2009年3月	2009年4月18日	ドミニカ共和国	2008年11月15日	2008年11月15日
国名	予定発足年月	実際の発足年月															
グアテマラ	2009年3月5日	2010年1月14日															
ホンジュラス	2009年4月	2009年10月9日															
ニカラグア	2009年3月	2009年4月18日															
ドミニカ共和国	2008年11月15日	2008年11月15日															

<sup>13</sup> プロジェクト実施の阻害要因となった具体的な外部要因は、本報告書第5章「評価5項目による評価結果」の5-1「広域協力」(3) 効率性を参照。

3-5	各国教育・臨地連携委員会において、各国に適した連携モデルを作成し普及する。	グアテマラ、ニカラグアでは教育・臨地連携モデルを作成中である。 ホンジュラス、ドミニカ共和国の教育・臨地連携中央委員会は、教育・臨地連携モデルを完成させ、公的承認を得るための最終段階にある。 また、モデル作成後、看護教員及び臨地実習指導者に対して、教育・臨地連携モデルを普及するための研修を実施する予定であったが、カスケード方式でより効率的に研修を実施するために、中央委員の下部委員として地方委員の育成を行っている（活動3-5*）。
3-5*	（地方委員の養成と地方委員会発足）	カスケード方式研修の最終地点となる、看護基礎教育指導者への研修を実施するために、地方レベルで研修を展開する地方委員を育成している。地方委員会設立のためのプロセスは、1) 地方委員養成研修準備、2) 研修マニュアルの作成、3) 研修の実施、4) 地方委員会発足、5) 研修に参加した地方委員による伝達講習の実施、としている。  地方委員会の発足状況は以下のとおり。 <u>教育・臨地連携地方委員会発足状況</u> ※（ ）内は地方委員会数 グアテマラ（0）、ホンジュラス（0）、ニカラグア（0）、ドミニカ共和国（8） ドミニカ共和国においては、委員会活動を週2回に増やし、地方委員会発足を進めており、一部の地方委員による研修も実施され始めている。他3カ国においては、プロジェクト終了後までにはすべての対象国において地方委員を養成していく予定である。
3-5**	（プロジェクト本部によるモニタリング・指導）	計画では、日本人専門家は2カ月に1回、エルサルバドル専門家は1カ月に1回の頻度でモニタリング・指導を実施することになっていたが、各国のさまざまな外部要因の影響により、中間レビュー以降でのモニタリング・指導の実施回数は計画の半分以下となっている。
成果4：自立発展のための活動が推進される		
4-1	各国のプロジェクトテクニカルマネージャーに対するプロジェクト運営管理研修を実施する。	プロジェクト初期の2007年10月18日～20日に、日本人専門家とエルサルバドル人専門家、パラグアイ人専門家が、4カ国のNPTMに対して運営管理研修を実施した。プロジェクト中盤の2009年3月22日～24日においても、エルサルバドルにて4カ国のNPMとNPTMに対して、運営管理研修が実施された。 その後、PMと諮問委員が交代したため、日本人専門家とエルサルバドル人専門家が各国をモニタリング・指導する際に、新メンバーに対してプロジェクト運営管理支援を行った。

4-2	各国において、自国プロジェクトの協力体制を構築する。	対象4カ国において状況に応じた協力体制図が作成された。これらの体制図は、保健省の承認済みであり、各国のプロジェクト活動にて機能している。 各国にて、保健省予算や他ドナーによる研修の一部経費負担や委員会活動経費のための予算確保が図られているが、継続した経費の確保は困難な状況である。
4-3	各国において、各課題に基づいた委員会が定例化される。	対象4カ国のすべての委員会・グループにおいて、日本人・エルサルバドル人専門家の指導の下に2009年の活動計画が作成された。2010年の活動計画は、各国諮問委員、NPM、NPTMが中心となって作成された。これらの活動計画に沿って、委員会活動が定期的実施されている。 対象4カ国のNPTMは、月ごとに委員会から提出される活動進捗報告書を既定のフォーマットに従ってまとめ、プロジェクト本部に送付している。プロジェクト本部では、スカイプを活用してコメントをNPTMにフィードバックしている。
4-4	各国において、各委員会がモニタリング・評価を実施する。	現在まで、基礎看護教育指導者に対する最終的な研修の実施が限定的であるため、モニタリング・評価の活動は部分的にしか実施されていない。
4-5	各国において、第三国研修元研修員を効果的に活用する。	各国のNPTMは、第三国研修元研修員の現状調査を行った。 ニカラグアとドミニカ共和国では、第三国研修元研修員との会合を開催し、活動への協力の了承を得ている。ドミニカ共和国では、各委員会の構成員として活動に参加している。 ホンジュラスでは、元研修員が地方委員として活動への参加を表明している。 グアテマラでは過去にパラグアイの継続教育プロジェクトで実施された研修に参加した看護師が、地方委員として活動に参加している。
4-6	5カ国のネットワークを通じ、連携した活動を展開する。	<u>ビデオ会議</u> 各国のPM、PTM、諮問委員、テーマ別委員会メンバーと本部とのビデオ会議を2カ月に1回、定期的開催している。リプロダクティブヘルス委員会は各国の委員メンバー、PTM、パラグアイ人専門家とともにビデオ会議を2カ月に1回の頻度で実施している。 <u>5カ国コーディネーター会議</u> これまで、2008年3月にグアテマラにて、2009年12月にニカラグアにて計2回にわたり開催された。会議のなかで、テーマごとの委員会活動の進捗状況及び自立発展に向けた今後の具体的な活動についての意見交換を行った。

	<p><u>JCC会議</u> 第2回JCC会議をエルサルバドルにおいて開催し、2010年度活動計画について、対象5カ国の保健省最高責任者及びJICA所長の承認を得、ミニッツへの署名・捺印が行われた。</p> <p><u>プロジェクト賛歌の作成</u> プロジェクト賛歌を作成し、それを記録したCD75枚を対象5カ国のプロジェクト関係者に配布した。各国では、研修やイベント等を実施する際に必ず歌うようにしている。</p>
--	--

#### 4-4 上位目標の達成見込み（広域協力）

上位目標：中米カリブ地域における看護教育の質が向上する	
指標	終了時評価時点での指標の現状
指導者間のネットワークが構築され、定期的な情報交換を行う。	プロジェクトにおいて、C/P研修、ビデオ会議、スカイプ会議等が実施されており、ネットワークの構築と定期的な情報交換は既に行われている。また、エルサルバドルには、プロジェクトを通してビデオ会議通信機材が供与された。グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグアにはFUDENにより同機材が調達される予定 <sup>14</sup> であり、将来的には各国間のビデオ会議が可能となる見込みである。インターネットによるスカイプ利用も積極的に実施されるようになってきており、ネットワークを利用した情報交換の基盤は構築されつつあるといえる。
国内外の看護学会等において、看護研究の成果が発表される。	2009年のホンジュラス社会保険病院主催の国際看護学会にて、各国が本プロジェクトの成果を発表しており、パナマ等、対象国以外の国から本プロジェクトへの関心が寄せられた。 2010年8月にラセイバにて開催されるホンジュラスの看護専門職協会の全国大会にて、看護過程の看護研究が発表される予定である。 2010年11月にグアテマラで開催される中米カリブ看護学会にて、本プロジェクトの成果が発表される予定である。

プロジェクトの枠組みとして、対象5カ国のネットワーク構築が活動のコンポーネント(活動4-6)に含まれていたため、既にプロジェクト対象国間のネットワークが構築されている。これらのネットワークを通じて、各国の成果がお互いの看護教育の改善のために共有され、活用されている。

対象5カ国以外の広がりに関しては、プロジェクトの枠組み外で実施されている中米カリブ地域の看護学会やCOMISCA等の機会を利用して、プロジェクトの成果を発表し、プロジェクト対象国外からの関心を集めている。中米カリブ地域には中米カリブ看護専門家グループや中米カリブ地域9カ国の保健省看護課長・看護協会長・看護教育代表者からなるグループや学会等が設置されているため、ここで本プロジェクトの成果を発表することにより、中米カリブ地域における看護教育の質の改善を期待できる。

<sup>14</sup> ニカラグアは2010年、グアテマラとホンジュラスにおいては2011年に整備予定である。

#### 4-5 プロジェクト目標の達成状況（広域協力）

プロジェクト目標：エルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国における看護基礎教育指導者の能力が向上する	
指標	終了時評価時点での指標の現状
看護基礎教育指導者の8割が研修済みである施設において、学生による5段階評価で3.5以上の評価を得る。	看護基礎教育指導者への研修数が少ないため、学生による評価を実施できる段階ではない。
学生が、学習施設の臨床指導者から、5段階評価で3.5以上の評価を得る。	

プロジェクトは対象国の国内での研修実施に際して、中央委員会を中心としたカスケード方式による研修システムを構築した。このシステムを通して、基礎看護教育の改善が図られている。また、一部の対象国では、看護過程や教育・臨地連携のコンポーネントについて、すでに最終裨益者である学生に対する基礎看護教育指導者の能力の改善も図られてきている。しかし、面的な広がり不十分であり、調査時点では学生による基礎看護教育の評価が実施される段階には至っていない。よって、最終的なモニタリング・評価が実施され、研修管理サイクル<sup>15</sup>が完成すれば、プロジェクト目標の達成が見込まれる。

#### 4-6 アウトプットの達成状況（広域協力）

成果1：看護基礎教育指導者に対する教育が改善される		
指標	各国の終了時評価時点の指標の現状	
	エルサルバドル	グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国
指標1-1 各種「研修プログラム」が作成される。	「看護過程」「地域看護」「教授案作成」「教材作成」「看護倫理」の標準研修プログラム及び教材が作成された。	計画された「看護過程」「地域看護」の各国の状況に応じた適応研修プログラム及び教材が作成された。
指標1-2 開催される全出席者数/計画された対象者数が90%以上になる。	<b>【C/P研修】（エルサルバドル実施）</b> 「看護過程」：グアテマラ、ホンジュラス、ドミニカ共和国のC/P計12名の出席計画に対して全員（100%）が出席した。また、ニカラグアに関しては、「看護過程」分野の活動は計画されていなかった。しかし、プロジェクト中盤にて保健省から本活動追加に関して強い要望があったため、JCCにて協議して参加を承認した。承認を受けて、4名のC/Pが研修に参加した。 「地域看護」：対象4カ国の20名の出席計画に対して全員（100%）が出席した。また、ニカラグアの看護教員が1名、所属機関の費用負担で研修に参加している。	

<sup>15</sup> 計画、実施、モニタリング・評価、評価結果の次計画へのフィードバック、といった一連の研修運営管理のサイクルを指す。

	<p>「看護基礎教育カリキュラム」：グアテマラ、ニカラグアの合計24名の出席計画に対し、全員（100%）が出席した。また、グアテマラの委員会メンバーの再編成により、追加で3名に対するC/P研修がエルサルバドルにて実施された。</p> <p>「教育・臨地連携」：対象4カ国、計24名の出席計画に対して全員（100%）が出席した。</p> <p>「リプロダクティブヘルス」：グアテマラ、ドミニカ共和国のC/P計8名の出席計画に対して全員（100%）が、エルサルバドルの二国間協力のC/Pとともに、本研修に出席した。また、ホンジュラスに関しては、本項目は当初の計画に入っていなかった。しかし、プロジェクト中盤において本活動に対する保健省からの強い要望があったため、JCCにおける協議の結果、参加を承認した。JCCの承認を受けて、6名のC/Pがエルサルバドルの二国間協力の研修に出席した。</p>	<p><b>【ファシリテーター養成研修】</b> 各国委員会のC/Pとファシリテーターの合計数が10名以上になるように、ファシリテーター数を計画し、ファシリテーター養成研修を実施した。表-7に示すように、ホンジュラスを除く対象国では、全テーマにおいて、ファシリテーター養成研修への参加予定者全員（100%）が受講した。ホンジュラスにおいては、計画に対して83.3%が研修を受講した。</p> <p><b>【地方委員養成研修】</b> 終了時評価時点において地方委員養成研修が開始したところである。2010年6月時点での地方委員養成及び地方委員会発足状況については、表-8に示すとおり。</p>
<p>指標1-3 研修実施計画に沿った研修が実施されている。</p>	<p>エルサルバドルにおけるC/Pに対する研修は、3週間遅れで研修実施計画に沿った研修すべてが実施された。</p>	<p>2009年、2010年に活動実施計画が作成されたが、大幅に遅れて研修が実施された。その遅延の度合いは各国により差異がみられた。</p>
<p>指標1-4 研修受講者のいる施設の90%以上が伝達講習会を実施する。</p>		<p>すべてのテーマにおいて、C/Pとファシリテーターのいる全施設にて伝達講習会が実施された（実施率100%）。 研修を受講した地方委員は、現在伝達講習会を実施しているところである。</p>

表－7 ファシリテーター研修の計画と実績

課題テーマ	グアテマラ			ホンジュラス			ニカラグア			ドミニカ共和国		
	C/P数	ファシリ	ファシリ	C/P数	ファシリ	ファシリ	C/P数	ファシリ	ファシリ	C/P数	ファシリ	ファシリ
		テーター	テーター		テーター	テーター		テーター	テーター		テーター	テーター
計画数	養成数	養成数	計画数	養成数	養成数	計画数	養成数	養成数	計画数	養成数	養成数	
看護過程	4	6	7	4	6	4	4	6	6	4	6	10
地域看護	4	6	7	4	6	5	8	6	6	4	6	10
教育・臨地連携	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6
リプロダクティブヘルス	4	6	7	6	6	5				4	6	6

表－8 地方委員会の発足状況（2010年6月時点）

課題テーマ	グアテマラ		ホンジュラス		ニカラグア		ドミニカ共和国	
	地方 委員会数 <sup>16</sup>	地方委員数	地方 委員会数	地方 委員数	地方 委員会数	地方委員数	地方 委員会数	地方委員数
看護過程	5	34	3	8	0	0	7	30
地域看護	2	17	0	0	3	26	7	10
教育・臨地連携	0	0	0	0	0	0	8	44
リプロダクティブヘルス	3	25	0	0			9	45

上記指標の確認の結果、成果1「看護基礎教育指導者に対する教育が改善される」は達成された。カスケード式の研修方式において、中央委員会のレベルまでは「看護過程」「地域看護」のコンポーネントにおいて看護基礎教育指導者に対する教育体制が改善されていると判断できる。

また、指標データ以外に本調査での聞き取りや視察の結果、成果1の達成を示す事象について次に記述する。看護師は今までは医師の指示による診療の介助、治療や投薬が看護師の仕事であると認識していた。病院や地域において、看護師たちは「看護過程」という理論についての知識はあったものの、部分的な実践にとどまっていた。しかし、本プロジェクトで「看護過程」と「地域看護」の理論を学んだうえ、自己学習の過程を加えることで、指導者自らが実習を行ったことにより、看護師たちは看護過程にのっとった看護ケアを体得することができた。その結果、病院の臨床ではゴードンの看護診断、地域の臨地ではオレムのセルフケア論を用いて患者を全人的に把握・分析したうえで、患者のケアを計画し、実施することが看護師の仕事であることを改めて認識するようになった。この経験を通して、患者の生理的・病的な分析を行うことにより、より科学的な知識を身につける必要性を実感するようになり、看護師は文献を用いて学習するようになった。また、患者の心理的・社会的側面を分析するという過程を学び、実践が可能になったことにより、看護師が自ら患者にアプローチして状況を把握したうえで看護ケアを検討し、患者

<sup>16</sup> 地方委員会の計画数は各国及び各テーマにより異なっている。表が示す数字は現時点で発足している地方委員会数であり、この数によって全国にわたる研修をカバーできるわけではない。プロジェクトは、現在発足している地方委員会による活動成果を提示することにより、内外からの資金を確保しつつ全国的な広がりを進めていく戦略である。現段階で各国が自ら獲得した資金で地方委員会を発足していることにより、将来的な全国展開の可能性は見込める。

の抱えている問題の解決を試みるようになってきている。「看護過程」「地域看護」のコンポーネントにより、各国の研修を受講した看護教育指導者はみな、患者のニーズに即した質の高い看護ケアを提供するツールを理解し、実践しており、自己学習や伝達講習といった活動によって、それを確実に他の看護師へ伝える技術も身につけている。

成果2：看護教育の標準化に向けた活動が計画・実施される（グアテマラ、ニカラグア）	
指標	各国の終了時評価時点の指標の現状
	グアテマラ、ニカラグア
指標2 看護基礎教育カリキュラムが開発される（グアテマラ、ニカラグア）。	各国12名、合計24名のC/Pがエルサルバドルにおける「看護基礎教育カリキュラム作成」研修に参加し、2008年1月には看護基礎教育カリキュラム検討委員会を発足した。その後、2カ国においてカリキュラム作成の準備作業として、自国の現状調査を実施し、カリキュラム基準の構築のため、「理想とする看護師像」、各レベルにおける学生の「入学条件」「卒業条件」を作成した。現在、国内の看護師養成校である各機関のカリキュラムを収集し、分析作業に入っている。グアテマラでは必要なカリキュラムをほとんど収集して、分析作業を進めているが、ニカラグアはカリキュラムがまだ十分に収集できていない状況である。

上記指標を確認した結果、成果2についてはプロジェクト終了までの達成が困難であり、達成のためにはさらなる時間を要する。

グアテマラでは、カリキュラムの標準化作業に入る前段階で、異なる概念を取り入れてカリキュラムを作成しようとしたため、委員会内での活動方針の統一が図れず、作成作業が遅れていた。よって、グアテマラのNPM、NPTM、諮問委員よりC/Pの交代が提案され、プロジェクト本部と協議した結果、新たに3名のC/Pを選出し、新委員会としての活動を開始した。

カリキュラム作成には、現行のカリキュラムの分析が必要となるが、ニカラグアではカリキュラムの収集作業が遅れており、分析にまで至っていない。

今後は、収集されたカリキュラムを分析し、その結果に基づいてカリキュラムを作成することと、作成したカリキュラムの最終案を保健省及び教育省高等審議会（グアテマラ）と国家大学審議会（ニカラグア）に提出する予定である。両国ともに、カリキュラム（案）の第1案は2010年7月までに作成する計画である。第1案作成から最終案完成までの修正工程には半年ほどの時間を要し、その後保健省及び教育省高等審議会にカリキュラム（案）を提出することになっているので、成果2に達成するためには、さらに約1年の時間を要すると推定される。

成果3：看護に関する教育と臨地の連携が強化される	
指標	各国の終了時評価時点の指標の現状
	グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国
指標3-1 各国において、教育・臨地連携モデルが開発される。	4カ国ともに教育・臨地連携モデルが開発された。 グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア：実証 <sup>17</sup> の結果に基づきモデル書（案）の修正中である。完成後、本モデル書（案）の公式文書化手続きのため、保健省に提出する予定である。 グアテマラとホンジュラス：2010年7月にはモデル書（案）を保健省に提出し、同年9月には公式文書化される予定である。 ニカラグア：2010年8月に保健省にモデル書（案）を提出し、9月には公式文書化される予定である。 ドミニカ共和国：実証の結果を反映させたモデル書（案）は完成し、調査時点では保健省での公式文書化に向けての手続き中で、2010年7月には承認される予定である。
指標3-2 各国において教育・臨地連携委員会規約が開発される。	4カ国において規約は作成された。

上記指標の確認の結果、成果3はプロジェクト終了時までには達成される見込みは高い。進捗に差はあるものの、4カ国とも、教育・臨地連携モデル書（案）の作成は終了しており、公式化される段階である。本成果では、教育と臨地の連携の強化を目標としており、中央委員会のレベルでは教育と臨地の連携強化の枠組みが構築されつつある。今後、本モデルの普及により、看護教育と臨地現場との連携がなされ、計画された実習スケジュールにのっとり、適切な看護学生数（基本的には8名前後）にて、看護実習が行われることが見込まれる。ドミニカ共和国の一部の中央委員会では、保健省による本モデル書（案）の承認プロセスと併行して、本モデルを普及し始めたことにより、実習の改善や臨床の看護指導者の看護ケアの改善が確認されている。対象4カ国において本成果を達成するためには、モデルの公式化の後、全国の看護師養成校と実習施設にモデルを普及する必要がある。

<sup>17</sup> 教育・臨地連携モデルの汎用性や妥当性を確認するために、モデルの使用者となる国内の看護基礎教育指導者と臨地分野学生指導者にモデルを提示し、修正点等の意見を収集する。

成果4：自立発展のための活動が推進される	
指標	各国の終了時評価時点の指標の現状
	グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国
<b>指標4-1</b> 各国における各種委員会が発足し活動が継続される。	<b>【中央委員会】</b> 各国において定められた課題テーマ（「看護過程」「地域看護」「看護基礎教育カリキュラム作成」「教育・臨地連携」「リプロダクティブヘルス」の5テーマ。課題テーマのうち、ニカラグアのみ「リプロダクティブヘルス」を選択していない。）について、中央委員会が発足し、委員会活動が定例化している。  <b>【地方委員会】</b> （上記テーマのうち、「看護基礎教育カリキュラム作成」は中央委員会のみで活動するため、地方委員会を発足しない。） グアテマラ：「看護過程」「地域看護」「リプロダクティブヘルス」は発足したが、「教育・臨地連携」は未発足である。 ホンジュラス：「看護過程」「教育・臨地連携」は発足したが、他の2テーマは未発足である。 ニカラグア：「地域看護」は発足しているが、他の3テーマは未発足である。 ドミニカ共和国：4テーマすべてが発足している。
<b>指標4-2</b> モニタリング・評価結果に基づき、問題点が改善される。	調査時点では、看護基礎教育指導者に対する研修が限定的であり、モニタリング・評価ともに未実施である。

4カ国とも、各テーマにおける中央委員会の活動を定期的実施し（週1回～2回）、地方委員会の発足段階に到達しているなど、制度面、技術面における自立発展に向けての活動を推進している。しかし、看護継続教育研修システムの最終段階である「地方委員による看護基礎教育指導者に対する研修」がまだ実施されていないため、モニタリング・評価を実施できる段階ではなく、研修管理サイクルによる研修運営能力の判断が難しい。また、研修に必要な経費の確保が十分とはいえないため、成果4は中央委員会の組織化と活動の推進の面では達成されつつあるが、モニタリング・評価の面と財政面における自立発展の活動については課題が残る。

#### 4-7 プロジェクトの実施プロセスに関する特記事項（広域協力）

##### (1) プロジェクト終了時評価時点でのプロジェクト実施体制

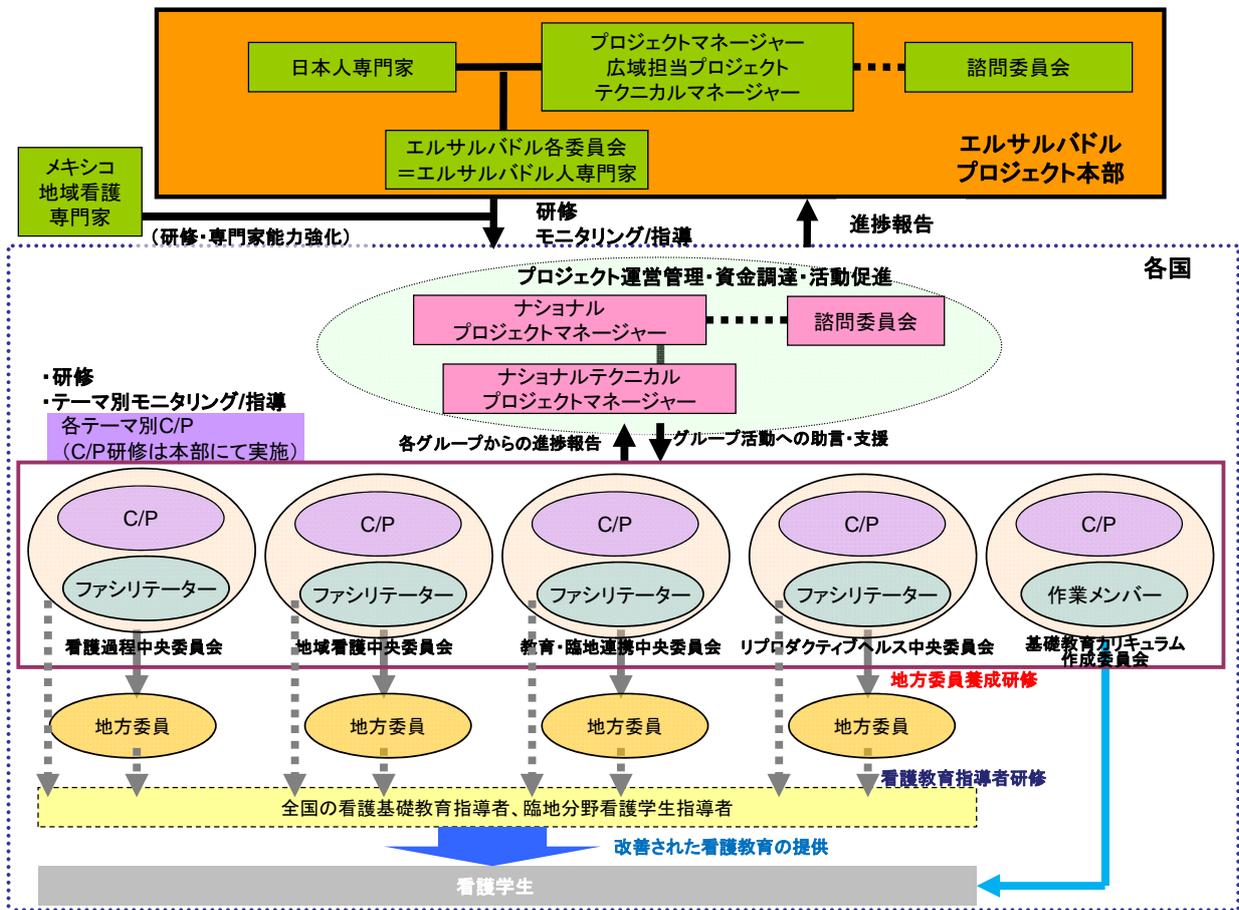


図-1 広域協力プロジェクト実施体制

プロジェクト終了時評価時点でのプロジェクトの実施体制を図-1に示す。中間レビュー時点では、中央委員会を発足している段階であったが、終了時評価時点では、すべての中央委員会が発足し、中央委員会が地方委員を養成する段階に入っている。カリキュラム作成は遅れているため、教育現場に導入される状況には至っていない。また、プロジェクトが最終的にめざしている「改善された看護教育の提供」は、活動進捗の早いドミニカ共和国で部分的に実施されている。

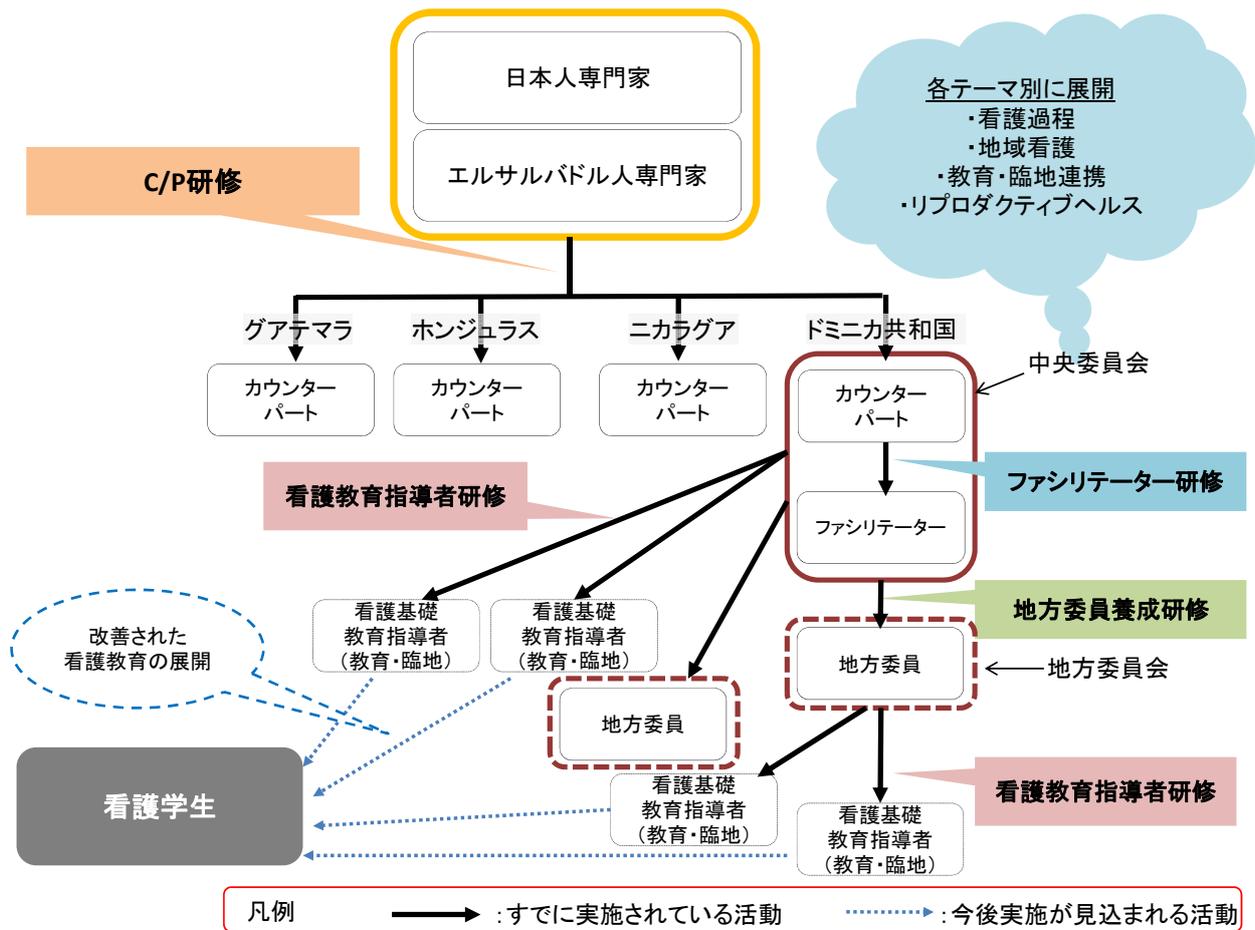


図-2 広域協力におけるカスケード方式研修システム

プロジェクトで展開されたカスケード式研修の詳細は、図-2の示すとおりである。終了時評価時点での研修実施状況については、凡例の示すとおり。

(2) 4カ国のプロジェクト運営部における人員の交代

プロジェクト実施期間中に、プロジェクト運営の中核を担うNPM、NPTM、諮問委員について、下表のとおり人員が交代した。

役職	グアテマラ	ホンジュラス	ニカラグア	ドミニカ共和国
NPM	NPM：退職により1度交代	NPM：看護課長の業務が多忙のため、専門家との協議の結果交代	NPM：政治的理由で2度交代	NPM、NPTMともに人員交代なし
NPTM	NPTM：退職により1度交代	NPTM：交代なし	NPTM：政治的理由で1度交代	
諮問委員	サンカルロス大学グアテマラ看護学科長の交代はなし 看護協会長が任期終了により2度交代	UNAH：医学部看護学科長の交代はなし 看護協会長が任期終了により2度交代	POLISAL/UNAN：看護学科長が任期終了により2度交代 看護協会長が任期終了により交代	UASD：保健学部看護学科長が任期終了により交代 看護協会長が任期終了により交代

(3) エルサルバドルにおける専門家会合

日本人専門家と広域PTMによって、エルサルバドル人専門家に対して、専門家養成のための研修が行われていたが、今後は専門家としての課題等の抽出と解決、自己研鑽を目的に、2010年6月から月例で専門家会合を開催することが決まっている。

4-8 投入実績（二国間協力）

(1) 日本側の投入

1) 専門家派遣（詳細は合同評価報告書ANNEX 2-3参照）

終了時評価時点までに、長期専門家 3名<sup>18</sup>（チーフアドバイザー、リプロダクティブヘルス、業務調整）が派遣されている。また、短期専門家 1名（リプロダクティブヘルス）と、第三国短期専門家<sup>19</sup>としてパラグアイ人専門家（リプロダクティブヘルス）8名とメキシコ人専門家1名（看護管理）が派遣された。

2) 機材供与（詳細は合同評価報告書ANNEX2- 4参照）

終了時評価時点で、総額約19万8,000USドル分の機材を供与している。内訳は、分娩介助モデル等の教育機材及び体重計や超音波ドップラー装置等の医療機材、車輛等である。

表-9 機材供与

(単位：USドル)

年 度	金 額
2007年度	5,973.80
2008年度	102,709.33
2009年度	89,252.94
合 計	197,936.07

3) 在外事業強化費

終了時評価時点で、総額約29万2,000USドルが投入されている。2007年度の在外事業強化費（エルサルバドル）には、プロジェクト本部事務所の増築費が含まれている。

表-10 在外事業強化費

(単位：USドル)

年 度	金 額
2007年度	66,485.87
2008年度	59,419.79
2009年度	137,750.91
2010年度（計画）	28,250.68
合 計	291,907.25

<sup>18</sup> うち、チーフアドバイザーと業務調整は広域協力と兼任。

<sup>19</sup> 現地業務費にて雇用。

(2) エルサルバドル側の投入

1) 人員配置（詳細は合同評価報告書ANNEX 2-3参照）

表－11 二国間協力（エルサルバドル）における人材配置

プロジェクト担当分野	人数
PM <sup>20</sup>	1
諮問委員（看護協会長、看護教育代表者）	2
二国間担当PTM <sup>21</sup>	1
ファシリテーター（サンタ・アナ県）	14
ファシリテーター（ソンソナテ県）	8
ファシリテーター（アウアチャパン県）	9
継続教育運営委員 <sup>22</sup>	4
合 計	39

2) ローカルコスト

二国間協力・広域協力の人件費、燃料代、電気代、水道代について、エルサルバドル国保健省による負担額を表－12に示す。プロジェクト事務所本部が二国間協力・広域協力とも同じであり、これらの投入を厳密に分けることができないため、本項に記載する。

表－12 エルサルバドル側からのローカルコストの投入

（単位：USドル）

費 目	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度 <sup>23</sup>	費目別合計
人件費	122,030	192,200	211,420	88,100	613,750
燃料代	4,600	7,700	10,000	4,170	26,470
電気代	1,200	2,535	4,200	1,750	9,685
水道代	800	1,760	1,940	810	5,310
年度別合計	128,630	204,195	227,560	94,830	655,215

3) 事務所・プロジェクト活動場所の提供

保健省看護課が使用している看護研修・研究センターに日本側が増築工事を行い、プロジェクト本部事務所と会議室を確保している。プロジェクトサイトのサンタ・アナ県の研修所に関しては、日本・エルサルバドル両国が費用を負担して、旧国立サンタ・アナ看護学校の3階を改修し、事務所、会議室、研修室等を確保している。研修室や事務所利用に係る水道代、電気代、事務所管理経費はエルサルバドル側が負担している。

<sup>20</sup> 二国間協力と兼任。2010年1月3日をもって保健省看護課長が退職したことにより、PMも不在となっているが、後任は暫定的に看護課長代理が担当している。

<sup>21</sup> 広域協力PTMの機能を支援している。また、広域担当PTMも、一部の二国間協力の活動にかかわっている。

<sup>22</sup> 2010年2月に看護継続教育運営委員会を閉鎖した。

<sup>23</sup> 2010年度に関しては、2010年4月時点の金額である。

4-9 活動実績（二国間協力）

活動計画		終了時評価時点までの活動実績
成果1：サンタ・アナ県において、看護職に対する助産分野の継続教育研修プロセスが確立・実施される		
1-1	サンタ・アナ県の状況に適した研修プログラムを作成する。	日本人専門家、広域担当PTM、二国間協力担当PTM及びリプロダクティブヘルス委員会コーディネーターが、継続教育の調査を実施した。JICAが過去に実施した「パラグアイ共和国南部看護・助産継続強化プロジェクト」で作成されたリプロダクティブヘルス研修プログラムを基に、上記調査結果を反映させて、エルサルバドル用研修プログラムを作成した。
1-2	サンタ・アナ県の状況及び研修受講者に適した研修教材（看護職用リプロマニュアル）を作成する。	上記プロジェクトで作成された研修教材（教材マニュアル、教材ビデオ、研修ガイド）とエルサルバドル保健省の基準に基づき、看護職用リプロダクティブヘルスマニュアルを作成中で、2010年6月に完成する予定である。
1-3	サンタ・アナ県の状況及び研修受講者に適した講義・実習用教材、教具を作成する。	サンタ・アナ県の状況及び研修受講者に適した講義・実習用教材、教具を作成した。
1-4	作成した看護職用リプロマニュアルを保健省に提出し標準研修用マニュアルとして承認を得る。	看護職用リプロダクティブヘルスマニュアル（活動1-2）が完成していないため、本活動も実施されていない。6月に完成予定のため、その後、保健省に提出して承認を得る予定である。
1-5	ファシリテーターに対する研修を実施する。	ファシリテーター研修に先立って、日本人専門家の指導の下、ファシリテーターを指導するパラグアイ人専門家の研修リハーサルが行われた。 その後、エルサルバドル16名、ドミニカ共和国4名、グアテマラ4名の計24名のC/Pに対し、パラグアイ人専門家によるリプロダクティブヘルス研修が実施された。
1-6	サンタ・アナ県において対象となる看護師に対して研修を実施する。	本プロジェクトの研修実施工程は、1) 委員会発足、2) 研修実施計画の策定、3) 研修準備、4) 研修実施、としている。各工程における進捗を以下に示す。 <u>1) 委員会発足</u> 活動1-5で養成されたファシリテーターとともにリプロダクティブヘルス委員会を発足し、毎週木曜日に委員会活動を定例化した。新型インフルエンザ流行による非常事態宣言と保健省再編により、2009年4月～8月は委員会の開催が困難であったが、それ以外の期間では最低でも2週間に1回、多い時には1週間に2回の頻度で開催された。 <u>2) 研修実施計画の策定</u> 上記リプロダクティブヘルス委員会において、サンタ・アナ県の助産に関わるすべての看護職を対象にした研修実施計画を策定することになっていたが、サンタ・アナ県では分娩ケアに携わる機会が少ない背景をかんがみて、妊娠期のケアに携わる1次保健医療機関の看護師55名を対象とした4回の研修計画が策定された。また、同様に准看護師49名を対象とした2

		<p>回の研修計画が策定された。</p> <p>3) <u>研修準備</u> C/P及びファシリテーターとともに研修準備を行った。</p> <p>4) <u>研修実施</u> リプロダクティブヘルス委員会が作成した研修実施計画に沿って、4回にわたる研修を実施した。</p>
1-6*	(サンタ・アナ県において対象となる准看護師に対して研修を実施する)	看護師対象の研修に準じて、准看護師を対象とした研修が準備・実施された。准看護師は異常徴候の早期発見を含む妊娠期の看護診断は実施していないが、衛生・栄養・生活にかかわる保健指導や、身体測定等の一般基礎看護を提供しているため、これらの分野の強化を目的とした研修を実施した。
1-7*	(ホンジュラスのリプロダクティブヘルス委員会C/Pに対するリプロダクティブヘルス研修の実施)	<p>サンタ・アナ県の看護師を対象に2009年4月に実施された第3回サンタ・アナ県看護師対象リプロダクティブヘルス研修に、サンタ・アナ県の看護師10名に加えて、ホンジュラスのリプロダクティブヘルス委員会(2009年11月4日発足)のC/P6名が参加した。</p> <p>あわせてエルサルバドル人専門家が、ホンジュラスのC/P6名に対し、教授案及び教材作成に関する研修を実施した。</p>
成果2：サンタ・アナ県において、看護職に対する助産分野の継続教育研修のモニタリング・評価方法が確立・実施される		
2-1	研修モニタリング・評価の基準を作成する。	研修モニタリング・評価の基準が作成された。
2-2	サンタ・アナ県における研修モニタリング・評価の実施計画を策定する。	研修モニタリング・評価の実施計画が策定された。
2-3	サンタ・アナ県において研修モニタリングを実施する。	活動2-4で改善されたモニタリング基準を用いて、モニタリングが実施された。研修モニタリングでは、妊婦健診にかかわる各施設的环境や看護師の知識・技術の修得状況に関して確認を行っている。研修受講者のいる32施設中、19施設に対してモニタリングが実施された。
2-4	研修モニタリング・評価結果を分析し、必要であれば研修プログラムの内容や方法の改善を図る。	日本人専門家と二国間PTMにより分析されたモニタリングの結果、問題点の解決が図られた。具体的には、個別化ケアの強化を図ることを目的とした看護過程のプログラムへの導入や、健診手技向上のための実習方法の改善等の研修プログラムの改善が図られた。
成果3：サンタ・アナ県において、看護職に対する助産分野の継続教育研修の運営・管理体制が改善される		
3-1	保健省が管轄する病院の看護部長を対象とする看護管理研修を実施する。	全国の保健省が管轄する病院の看護部長のデータベースを作成し、看護部長の業務内容を確認し、現状における課題を明確にした。これらの課題を踏まえて、プロジェクトが委託したメキシコ人専門家により保健省管轄の病院及び地域の看護部長に対し、「看護管理研修」が実施された。

3-2	<p>継続教育運営委員会を発足させる。</p>	<p>活動3-1の研修に参加した看護部長のうち代表者4名がメンバーとなり、看護継続教育運営委員会を発足した。中間レビュー調査時（2009年2月）までは、不定期ながら委員会活動を行っていた。しかし、政権交代による保健省再編によって、上記委員会のメンバーである看護部長らが別途参画していた保健省での月例の会合が実施されなくなったことにより、上記委員会活動の継続が困難になり、2010年2月に看護継続教育運営委員会は閉鎖された。</p> <p>西部地域保健事務所では、関係者の合意の下、西部地域の2次病院看護部長3名、県保健医務局看護コーディネーター3名と西部地域保健事務所長、看護課長をメンバーとした西部地域継続教育運営委員会が2010年5月に発足した。本委員会は、本プロジェクトでのリプロダクティブヘルス分野の研修をはじめ、将来的には多分野にわたる西部地域の継続教育運営を支援するための組織として位置づけられる計画である。保健省は顧問として本委員会に位置づけられる予定である。本委員会は発足したばかりであるため、活動等の詳細は今後検討される予定である。</p>
3-3	<p>サンタ・アナ県において上記委員会が、保健省が管轄する保健医療施設の看護管理者を対象とする看護管理研修を実施する。</p>	<p>看護継続教育運営委員会が閉鎖したため、看護管理研修も実施されていない。</p>
<p>成果4：自立発展のための活動が推進される</p>		
4-1	<p>上記委員会が看護継続教育の研修運営管理マニュアルを作成する。</p>	<p>活動3-2のとおり、看護継続教育運営委員会が閉鎖したことにより、研修運営管理マニュアルの作成と、研修実施計画と研修モニタリング実施計画に沿った看護継続教育の運営・管理は行われていない。</p>
4-2	<p>上記委員会が看護継続教育の研修計画及び研修モニタリングの実施計画に沿った運営・管理を行う。</p>	<p>活動3-2のとおり、看護継続教育運営委員会は閉鎖したが、西部地域の継続教育運営委員会が発足したため、今後、継続教育運営のための規約を策定し、運営・管理にかかわる活動を実施する予定である。</p>
4-3	<p>ソンソナテ県及びアウアチャパン県のファシリテーターに対する研修を実施する。</p>	<p>ソンソナテ県及びアウアチャパン県の看護師計17名に対し、サンタ・アナ県のリプロダクティブヘルス委員会が研修計画を策定し、2010年4月と6月のうちの10日間、ファシリテーター養成研修を実施した。</p>

4-10 上位目標の達成見込み（二国間協力）

上位目標：サンタ・アナ県、ソンソナテ県、アウアチャパン県における看護職による助産分野の看護サービスが向上する																																											
指標	終了時評価時点での指標の現状																																										
2015年までに、自宅分娩及び伝統的助産師による分娩数が減少し、施設分娩数が増加する。	<b>表-13 サンタ・アナ県における分娩介助の職種別分娩数</b>																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>医師</th> <th>看護師</th> <th>母子看護師</th> <th>その他</th> <th>伝統的助産師</th> <th>分娩総数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2005</td> <td>7,916</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>7,919</td> </tr> <tr> <td>2006</td> <td>7,333</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>1</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>7,337</td> </tr> <tr> <td>2007</td> <td>7,334</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>0</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>7,339</td> </tr> <tr> <td>2008</td> <td>7,921</td> <td>4</td> <td>0</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>223</td> <td>8,148</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>7,815</td> <td>13</td> <td>0</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>92</td> <td>7,920</td> </tr> </tbody> </table>		医師	看護師	母子看護師	その他	伝統的助産師	分娩総数	2005	7,916	1	0	2	/	7,919	2006	7,333	3	0	1	/	7,337	2007	7,334	5	0	0	/	7,339	2008	7,921	4	0	/	223	8,148	2009	7,815	13	0	/	92	7,920
		医師	看護師	母子看護師	その他	伝統的助産師	分娩総数																																				
	2005	7,916	1	0	2	/	7,919																																				
	2006	7,333	3	0	1	/	7,337																																				
	2007	7,334	5	0	0	/	7,339																																				
	2008	7,921	4	0	/	223	8,148																																				
	2009	7,815	13	0	/	92	7,920																																				
	出所：2005～2007年エルサルバドル保健省ホームページ、2008～2009年エルサルバドル保健省 <sup>24</sup>																																										
	<p>上記表はサンタ・アナ県における分娩件数の推移を示している。2007年まで伝統的助産師（パルテラ：エルサルバドルでの呼称）による分娩数は統計情報として収集されていなかったが、2008年からは統計データが確認されるようになった。2009年の職種別分娩数では、看護師が13例であるのに比して、パルテラは92例と高値である。しかし、パルテラによる分娩件数の傾向をみた場合、2008年の223例と比較して、2009年は激減している。</p> <p>また、職種別分娩数について、2009年と2010年の1～4月までのデータをまとめると表-14に示すとおりとなる。</p>																																										
<b>表-14 サンタ・アナ県職種別分娩数 2009年・2010年比較</b>																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>医師</th> <th>看護師</th> <th>母子看護師</th> <th>伝統的助産師</th> <th>分娩総数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2009年1～4月</td> <td>2,484</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>25</td> <td>2,517</td> </tr> <tr> <td>2010年1～4月</td> <td>2,570</td> <td>17</td> <td>0</td> <td>26</td> <td>2,613</td> </tr> </tbody> </table>		医師	看護師	母子看護師	伝統的助産師	分娩総数	2009年1～4月	2,484	8	0	25	2,517	2010年1～4月	2,570	17	0	26	2,613																									
	医師	看護師	母子看護師	伝統的助産師	分娩総数																																						
2009年1～4月	2,484	8	0	25	2,517																																						
2010年1～4月	2,570	17	0	26	2,613																																						
出所：エルサルバドル保健省																																											
<p>本プロジェクトの研修を開始したのが2008年12月であるので、プロジェクトの影響を考えると2009年からのデータを考慮することが望ましい。まだ研修後2年しか経過していない状況ではあるが、看護師による分娩数は倍以上に増加している。</p>																																											
<b>表-15 西部地域3県における職種別分娩数</b>																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>サンタ・アナ</th> <th>ソンソナテ</th> <th>アウアチャパン</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師介助数</td> <td>7,815</td> <td>6,585</td> <td>3,214</td> </tr> <tr> <td>看護師介助数</td> <td>13</td> <td>6</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>母子看護師</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>伝統的助産師</td> <td>92</td> <td>414</td> <td>225</td> </tr> <tr> <td>年間分娩件数</td> <td>7,920</td> <td>7,005</td> <td>3,523</td> </tr> </tbody> </table>		サンタ・アナ	ソンソナテ	アウアチャパン	医師介助数	7,815	6,585	3,214	看護師介助数	13	6	84	母子看護師	0	0	0	伝統的助産師	92	414	225	年間分娩件数	7,920	7,005	3,523																			
	サンタ・アナ	ソンソナテ	アウアチャパン																																								
医師介助数	7,815	6,585	3,214																																								
看護師介助数	13	6	84																																								
母子看護師	0	0	0																																								
伝統的助産師	92	414	225																																								
年間分娩件数	7,920	7,005	3,523																																								
出所：2009年エルサルバドル保健省																																											
<p>西部地域の各県の分娩件数に関しては、表-15の示すとおり、ソンソナテ県とアウアチャパン県でのパルテラによる分娩は全体の分娩件数の約6%を占めている。</p>																																											

<sup>24</sup> 2008年から保健省における統計処理方法が変更されている。

2015年までに、看護師による助産分野の保健医療サービスが、クライアントによって高い評価を受ける（10段階評価で6以上）。	クライアントに対する満足度調査（出口調査）は現在まで実施されていない。																									
2015年までに、妊産婦死亡数が3割以上減少する。	<p style="text-align: center;"><b>表-16 西部地域における妊産婦死亡数</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>西部地域</th> <th>サンタ・アナ</th> <th>ソンソナテ</th> <th>アウアチャパン</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2006</td> <td>24</td> <td>9</td> <td>9</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2007</td> <td>13</td> <td>7</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2008</td> <td>19</td> <td>10</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>17</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">出所：西部地域保健事務所</p>		西部地域	サンタ・アナ	ソンソナテ	アウアチャパン	2006	24	9	9	6	2007	13	7	4	2	2008	19	10	4	5	2009	17	5	6	6
	西部地域	サンタ・アナ	ソンソナテ	アウアチャパン																						
2006	24	9	9	6																						
2007	13	7	4	2																						
2008	19	10	4	5																						
2009	17	5	6	6																						

指標の確認と終了時評価調査での聞き取りの結果、サンタ・アナ県においては、看護職による助産分野の看護サービスの向上がみられている。系統だった満足度調査は実施されていないが、既に研修を受けた看護師・准看護師から妊婦ケアサービスを受けた妊婦からは、サービスの改善に対する評価がなされるようになってきている。プロジェクトによるモニタリング実施時に妊婦健診サービスを利用する妊婦から聴取した主観的データは以下のとおり。

- ・ 妊婦健診を看護師から受けた妊婦さんが、毎回「青い服を着た先生（看護師）に診てもらいたい。胎児の成長や、貧血改善のための鉄分の多い食品に関する話を聞いた」「貧血も本当によくなった」といって健診に来る。（サントルシア保健センター）
- ・ 妊婦健診時に、子宮癌検診、保健指導もすべて看護師が行ったケースで、妊婦さんが「看護師に診察を受ける方が、丁寧で全部を見てくれる。今までがん検診について誰も説明してくれなかった」とコメントしていた。（カンデラリアデラフロンテラ保健センター）
- ・ 「お腹の赤ちゃんの心臓の音を初めて聴かせてもらい嬉しかった<sup>25</sup>」（マサワット保健センター、カサデルニーニョ保健センター他複数）
- ・ 「次回も健診は看護師さんから受けてたい」（サンラファエル保健センター、ポルベニール保健センター他複数）

よって、プロジェクトで育成されたソンソナテ県、アウアチャパン県のファシリテーターが確実に研修を実施すれば、西部地域の助産分野の看護サービスが改善する可能性は高いといえる。

<sup>25</sup> 妊婦健診では、プロジェクトで供与されたドップラー装置を使用して、胎児心音の確認を行っている。

#### 4-11 プロジェクト目標の達成状況（二国間協力）

プロジェクト目標：サンタ・アナ県における看護職に対する助産分野の継続教育の研修の質が向上する	
指標	終了時評価時点での指標の現状
ファシリテーターが研修受講者による5段階評価で3.5以上の評価を得る。	各ファシリテーターは各回の研修終了後に研修受講者から評価されることとなっている（評価方法が第1回サンタ・アナ県准看護師対象リプロダクティブヘルス研修から変更され、5段階評価が導入された）。すべてのファシリテーターが4または5の評価を受けている。
研修受講者のケアが他医療従事者による5段階評価で3.5以上の評価を得る。	今後、左記評価のための評価基準を作成する予定ではあるが、現時点までは評価は実施されていない。プロジェクト終了までに異なる種類の評価基準 <sup>26</sup> を作成し、評価を開始する予定である。研修受講後の看護サービス（特に人間的な看護に焦点を当てて）の質について、特に個別性をもった看護に焦点を当てた質の改善や、態度の変化等を測れる評価表を作成する計画があり、プロジェクト終了までには実施される予定である。
「研修プログラム」、「研修実施計画」が保健省から看護継続教育モデルとして承認される。	「研修プログラム」「研修実施計画」は保健省看護課からモデルとして承認された。
「研修モニタリング基準」が保健省からモデルとして承認される。	「研修モニタリング基準」が保健省看護課からモデルとして承認された。

プロジェクト目標はおおむね達成されているといえる。ファシリテーターは研修受講者から研修運営、教授技術において高い評価を受け、実際に研修を受けた看護師は、臨床現場において研修で習得した知識・技術を使用して妊婦健診を実施している。モニタリングの結果、研修受講者の同僚からも研修受講者の提供するサービスの質について高く評価されている。「研修プログラム」「研修実施計画」「研修モニタリング基準」は、既に保健省よりモデルとして承認され、研修管理サイクルにのっとった研修運営体制が構築された。7回の研修コース（看護師対象研修4回、准看護師対象研修2回、ソンソナテ県・アウアチャパン県ファシリテーター養成研修1回）の運営を通して、助産分野の継続教育の研修の質が確実に改善されてきている。このような状況から判断して、プロジェクト目標は既に達成されているといえる。

<sup>26</sup> 具体的には、看護部長、同僚看護師、医師、所属施設長等の、研修受講者に関わる多職種が評価することを計画している。

4-12 アウトプットの達成状況（二国間協力）

成果1：サンタ・アナ県において、看護職に対する助産分野の継続教育研修プロセスが確立・実施される																																	
指標	終了時評価時点での指標の現状																																
指標1-1 「研修プログラム」が作成される。	パラグアイへのJICA技術協力プロジェクトで作成された研修プログラムを基に、エルサルバドル保健省基準を考慮し、プロジェクトでの調査結果を反映させたエルサルバドル用「標準研修プログラム」（ファシリテーター養成研修用）及び「適応研修プログラム」2部（看護師用、准看護師用）が作成された。また、各研修プログラムに沿った教材・教具も作成された。																																
指標1-2 「研修実施計画」が作成される。	サンタ・アナ県看護師対象用研修実施計画が作成された。																																
指標1-3 12名のファシリテーターが研修指導者として養成される。	16名のファシリテーターが研修指導者として養成され、現在は14名がリプロダクティブヘルス委員会として活動している。																																
指標1-4 プロジェクト終了時まで、サンタ・アナ県の研修受講者対象者の80%以上が研修を受講する。	<p>サンタ・アナ県の研修対象者258名（1次保健医療機関：看護師55名・准看護師49名、2次保健医療機関：看護師91名・准看護師60名・看護教員3名）に対する研修が計画されていたが、妊娠期の看護ケアを研修項目としたため、妊娠期のケアを実施している1次保健医療機関の看護師・准看護師を研修受講対象者とした。終了時評価時点までに看護師対象研修が計4回、准看護師対象研修が計2回実施された。研修受講者の内訳は以下のとおりである。</p> <table border="1" data-bbox="667 1249 1393 1518"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">1次保健医療機関</th> <th colspan="2">2次保健医療機関</th> <th rowspan="2">看護教員</th> </tr> <tr> <th>看護師</th> <th>准看護師</th> <th>看護師</th> <th>准看護師</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>研修受講者数</td> <td>60</td> <td>46</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>研修受講予定対象者数</td> <td>55</td> <td>49</td> <td>91</td> <td>60</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>研修受講率</td> <td>109.1%</td> <td>93.9%</td> <td>2.2%</td> <td>0.0%</td> <td>133.3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>1次保健医療機関の看護師は対象者55名すべてが研修を受講し、研修受講率は100%であった。対象者に加え、地域巡回診療チーム（Extension de Cobertura）の看護師を研修受講対象者として追加したため、実際の研修受講者は、5名増加して60名となった。また、妊婦ケアに参加していることから、2次保健医療機関の看護師2名も研修に参加した。</p> <p>1次保健医療機関の准看護師は、対象予定者49名のうち46名が研修を受講し、研修受講率は93.9%である。病気の3名と退職間際の1名を研修対象者より外したため、4名少ない研修</p>						1次保健医療機関		2次保健医療機関		看護教員	看護師	准看護師	看護師	准看護師	研修受講者数	60	46	2	0	4	研修受講予定対象者数	55	49	91	60	3	研修受講率	109.1%	93.9%	2.2%	0.0%	133.3%
	1次保健医療機関		2次保健医療機関		看護教員																												
	看護師	准看護師	看護師	准看護師																													
研修受講者数	60	46	2	0	4																												
研修受講予定対象者数	55	49	91	60	3																												
研修受講率	109.1%	93.9%	2.2%	0.0%	133.3%																												

	受講者数となった。しかし、妊婦ケアにかかわるという理由で簡易診療所 <sup>27</sup> (Casa de Salud) の准看護師1名が研修に参加した。
--	--

指標が示すとおり、成果1は達成され、助産分野の継続教育研修プロセスが確立・実施された。

成果2：サンタ・アナ県において、看護職に対する助産分野の継続教育研修のモニタリング・評価方法が確立・実施される	
指標	終了時評価時点での指標の現状
指標2-1 「研修モニタリング・評価基準」が作成される。	「研修モニタリング・評価基準」2種（看護師用、准看護師用）、並びにサンタ・アナ県研修受講者対象モニタリング実施計画が作成された。
指標2-2 プロジェクト終了時まで、研修受講者のいる施設の100%が研修モニタリングを受けている。	日本人専門家と二国間PTMの指導の下、研修を実施したファシリテーターにより「研修モニタリング・評価基準」（指標2-1）を用いてモニタリングが実施された。研修受講者の所属する32施設のうち19施設（59.3%）が既に研修モニタリングを受けており、プロジェクト終了までには、すべての施設（100%）が研修モニタリングを受ける見込みである。またこれまでに、研修を受講した看護師62名のうち39名（62.9%）に対し、准看護師46名のうち3名（6.5%）に対し、研修モニタリングが実施された。
指標2-3 研修モニタリング・評価の結果、必要であれば「研修プログラム」が改定される。	上記の研修モニタリングの結果を日本人専門家と二国間PTMが分析した結果、以下の点が問題点として明らかになった。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・助産技術であるレオポルド触診<sup>28</sup>に関して部分的に技術不足<sup>29</sup>がある（50%）</li> <li>・個々の妊婦のニーズにあった保健指導ができていない（34%）</li> <li>・血圧測定、身体測定等にかかわる基礎看護技術を正確に実施できていない（21%）</li> <li>・妊婦に対する総合的なケアを実施するための情報収集（観察・問診）が不十分である（数名）</li> <li>・得られた情報の関連づけができていないため、異常徴候を早期に把握することが難しい<sup>30</sup>（数名）</li> </ul> 以上の問題点を解決すべく、レオポルド触診の実習の改定や看護過程のプログラムへの導入等の研修プログラムの改善が図られている。

指標が示すとおり、プロジェクト終了までには成果が達成される予定である。助産分野の継続教育研修のモニタリング・評価方法は確立され、モニタリングの実施と必要な改定がなされている。

<sup>27</sup> 簡易診療所では非常勤の医師による簡単な治療と常勤准看護師による看護ケアや保健指導が実施されている。

<sup>28</sup> レオポルド触診法とは、妊娠後期の妊婦の腹部を触診することによって、胎児の位置や大きさ、羊水量、胎動等を確認する方法である。

<sup>29</sup> 具体的には、1) 恥骨結合の触知、2) 定められた手順（4段階）の実施、3) 適切な診察体勢、が不足している技術として明らかになった。

<sup>30</sup> 一例に、妊娠性高血圧症候群の症状である浮腫、眼症状、頭痛等の情報を、合併症の徴候として把握できていない。

る。ただし、モニタリングの実施に関しては、研修受講者数の所属する約6割の施設のみにとどまっておき、現時点では量的な目標は達成されていない。しかし、プロジェクト終了までにはすべての施設でモニタリングを完了する計画になっているため、成果2の達成される見込みは高い。

成果3：サンタ・アナ県において、看護職に対する助産分野の継続教育研修の運営体制が改善される	
指標	終了時評価時点での指標の現状
指標3 サンタ・アナ県西部地域保健事務所看護課による研修とモニタリング・評価が計画どおり実施される。	中間レビュー以降、西部地域保健事務所看護課は、「研修実施計画」では4回の実施が計画され、4回とも実施された（うち1回はファシリテーター養成研修）。しかし、外部要因による活動の遅れのため「モニタリング実施計画」については、計画どおりに実施されなかった。

指標によれば、西部地域保健事務所看護課による研修の実施はすべてが終了したが、研修の評価・モニタリングは計画の6割の実施にとどまり、計画に対して遅延があった。今後、プロジェクト終了までに全対象施設に対してモニタリングを行う予定であるため、プロジェクト終了までには成果3を達成する見込みが高い。

成果4：自立発展のための活動が推進される	
指標	終了時評価時点での指標の現状
指標4-1 「運営・管理マニュアル」が策定される。	本来は毎月保健省が実施していた全国国立病院の看護部長の会議時に、併せて看護継続教育委員会の活動を実施して、「運営・管理マニュアル」を策定する予定であったが、さまざまな緊急事態の発生や、政権交代により看護部長の会議自体がなくなり、上記委員会活動の実施が困難となった。そのため、「運営・管理マニュアル」は策定されていない。
指標4-2 ソンソナテ県8名、アウアチャパン県8名、計16名の研修ファシリテーターが養成される。	ソンソナテ県、アウアチャパン県におけるファシリテーター養成研修は2009年12月から2010年1月に計画されていたが、新型インフルエンザ流行と熱帯低気圧「アイダ」の自然災害による外部要因により実施が困難であった。このため、再計画を行い2010年4月21日から開始したが、5月中のインフルエンザ予防接種キャンペーンと重複するため、再度の延期となった。最終的には6月に研修が実施され、両県の1次保健医療施設の看護師9名と2次保健医療施設の看護師8名の計17名が研修ファシリテーターとして養成された。

看護継続教育運営委員会は継続的に運営されなかったが、保健省看護課が中心となり継続教育運営を支援している。プロジェクトの自立発展性を考えた場合、西部地域保健事務所が研修管理サイクルを運営し、助産分野にかかわる研修を管理していくことは可能である。また、西部地域では、西部地域保健事務所を中心に、自主的に継続教育運営委員会が発足し、看護師の所属する機関が継続教育を支援するような体制づくりが行われている。また、ソンソナテ県、アウアチャパン県の研修ファシリテーターが育成され、西部地域で研修を拡大していくための基盤は整えられた。

#### 4-13 プロジェクトの実施プロセスに関する特記事項（二国間協力）

##### (1) プロジェクト終了時評価時点でのプロジェクト実施体制

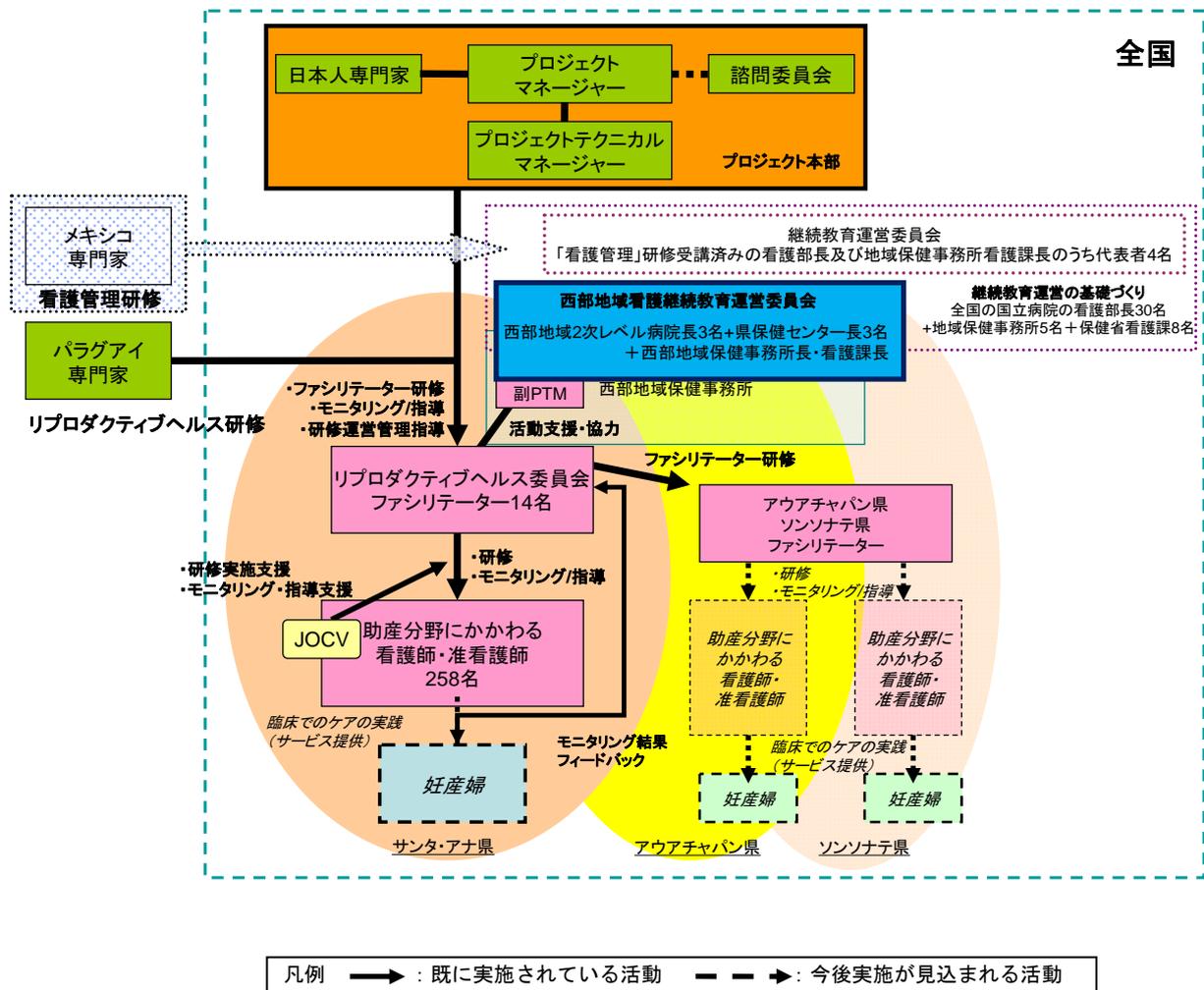
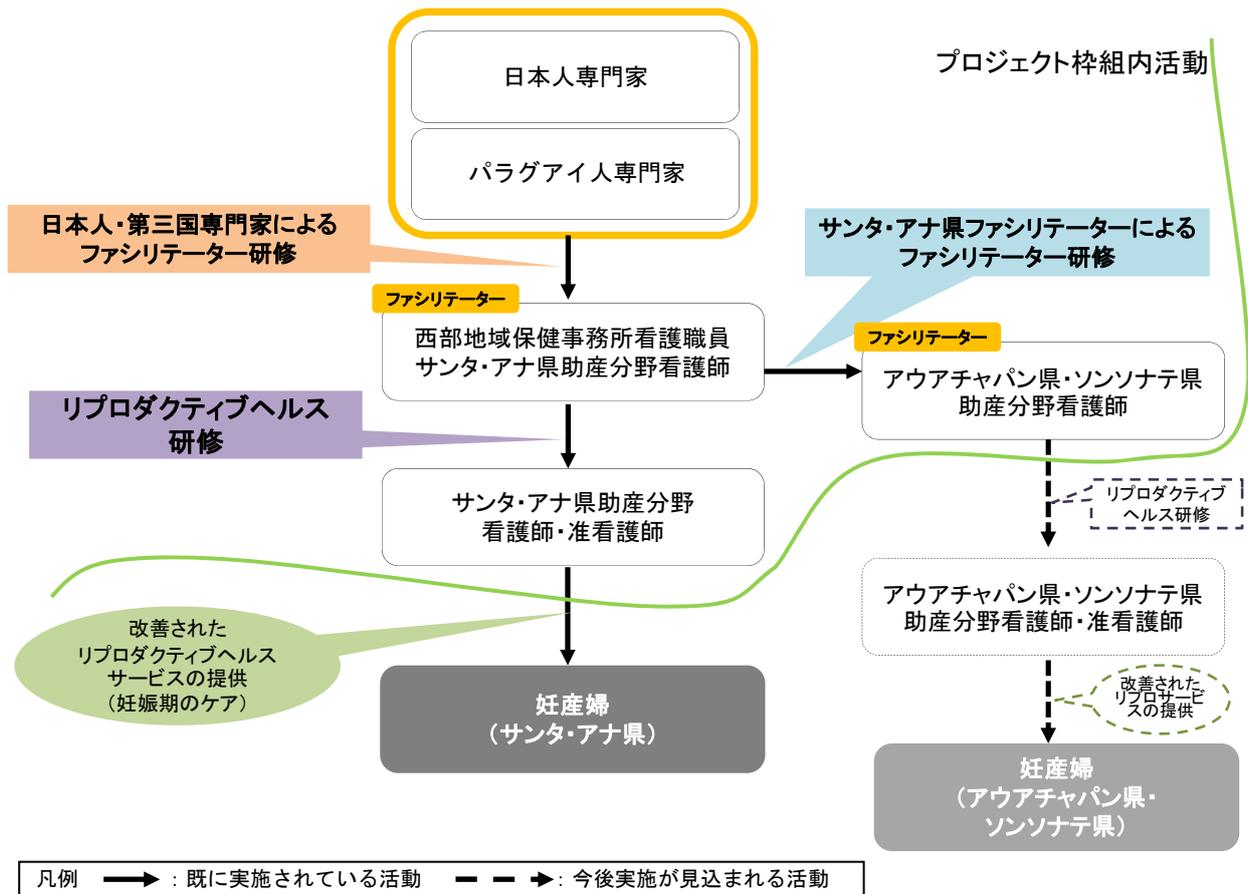


図-3 二国間協力プロジェクト実施体制

プロジェクト終了時評価時点でのプロジェクトの実施体制は図-3に示すとおり。中間レビュー調査以降のエルサルバドルにおけるさまざまな外部要因により、本プロジェクトの成果の全国展開を見据えた继续教育運営委員会の開催は困難となり、同委員会は閉鎖されることとなった(図中では網掛けで表示)。しかし、プロジェクトサイトである西部地域において、西部地域保健事務所を中心に西部地域看護继续教育運営委員会が自主的に発足された。今後は同委員会が、看護继续教育にかかわる研修運営を担う計画である。終了時評価時点での活動実施状況については、凡例の示すとおりである。



図－４ 二国間協力研修体制と助産分野のリプロダクティブヘルスサービス提供の現状

二国間協力においてプロジェクトで展開された研修体制・サービスの提供状況を図－４に示す。終了時評価時点での活動実施状況については、凡例の示すとおりである。

## 第5章 評価5項目による評価結果

### 5-1 広域協力

#### (1) 妥当性

各国の保健政策や計画は、人材育成とサービスの改善の必要性を明確にしており、本プロジェクトの方向性と整合している。各国の政策・計画は以下に示すとおり。

エルサルバドル	「国家研修計画2010-2012」(Programa Nacional de Capacitación 2010 – 2012)における看護サービスの質の改善に向けた人材育成
グアテマラ	「政策、ガイドライン、優先事項」 (Políticas, Lineamientos Estratégicos y Prioridades del Gobierno de Guatemala Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social) 看護教育の質の向上：政策5 保健サービスの向上：政策2
ホンジュラス	「国家保健政策2006-2010」(Políticas Nacionales de Salud 2006-2010) 4.1.1 適用範囲の拡大、及び保健医療サービス提供における質の管理
ニカラグア	「保健政策」(Políticas de Salud) 及び「保健一般法」(Ley General de Salud) 保健分野人材の質の向上：政策7の第111条、第112条 保健サービスの向上：政策8
ドミニカ共和国	看護教育の質の向上：「保健医療部門政策」(Políticas Pública de Salud) 保健サービスの質の向上：「保健一般法42-01」(Ley General de Salud 42-01) 及び「一般社会保障法87-01」(Ley de Seguridad Social 87-01)

本プロジェクトの成果は、SICAの政策で「中米・ドミニカ共和国2010～2015年保健計画」(Plan de Salud para Centroamérica y la República Dominicana 2010-2015)の目標の1つの「保健人材開発強化」と一致しており、広域案件としての妥当性も高い。

日本の政府開発援助(ODA)政策では、適切な社会開発政策を支援していくとの考えの下、保健・医療、教育等の分野で支援を行っている。中南米地域においては、日本の援助資源の効果的・効率的な活用の観点からも、国境を越えて存在する共通の開発課題に関して、複数国に利益となる案件を実施していくとしている。さらに、2005年8月の日本・中米フォーラムでは、「東京宣言」が採択され、SICA諸国による地域統合を強化する決意と、日本による中米統合のプロセスの支持、並びに広域プロジェクトへの継続支援を表明していることから、本プロジェクトと日本の政策の整合性は十分に一致している。

また、日本は中南米において「ホンジュラス看護教育強化プロジェクト」「エルサルバドル看護教育強化プロジェクト」「パラグアイ南部看護・助産継続教育強化プロジェクト」「第三国『看護教育』』といった看護教育強化プロジェクトを展開している。本プロジェクトは、これらの支援を通して蓄積したノウハウや人脈を活用してプロジェクト活動を実施しており、日本の技術的な優位性は高い。

#### (2) 有効性

本プロジェクトが取り組んだ「看護過程」「地域看護」「教育・臨地連携」「リプロダクティブヘルス」の各要素の相乗効果に加え、伝達講習会、自己学習、現状調査といった活動プロ

セスも効果的に働き、看護教育指導者が臨床のニーズに即した看護知識・技術を身につけたことから、今後の看護教育への反映が期待される。現時点では、中央委員会から地方委員会への研修は実施されているが、地方委員による看護基礎教育指導者に対する研修は一部が実施されたのみである。プロジェクト目標の達成を判断するためには、看護学生に対してよりよい看護教育が実施されたかを確認する必要がある。しかし、現時点においては、学生による評価モニタリングが実施段階に入っておらず、研修管理サイクルが完成していない状況である。よって、本プロジェクトの有効性は認められるが、より詳細な精査が必要である。

本プロジェクトでは、成果4の自立発展性を高める活動に委員会活動及び研修に係る費用の獲得が含まれていたが、これらの費用の獲得が困難であり、中間レビュー調査以降はプロジェクトによる投入で地方委員養成研修の一部を実施してきた。終了時評価時点においても、活動予算の獲得は困難であったため、今後の地方研修の実施は資金獲得状況によるところが大きく、地方委員への研修という面的な広がりにはさらなる努力を要する。

本プロジェクトの成果の1つである看護基礎教育カリキュラムがまだ完成していないため、基礎教育の内容の改善には至っていない。現時点でカリキュラムを作成しているところであるため、本活動の完了にはまだ時間を要する。今回のプロジェクトでは、「学士看護師」「看護師」「准看護師」のうち、「看護師」のカリキュラムの作成が対象となっているため、今後、他の2課程のカリキュラムの作成も必要になる。プロジェクト目標の達成のためには、成果の1つであるカリキュラムの完成を急ぐことと上記のモニタリング・評価を実施することが必要である。

### (3) 効率性

効率性を高めた事項に関しては、以下のとおり。

#### 1) 実施プロセスに関して

- カスケード方式の委員会活動を導入することによって、研修のために地方の看護基礎教育指導者を中央に集める経費等が抑えられ、効率的な研修運営が可能となった。
- 自己学習というプロセスが加わったことにより、研修受講者自身がコンポーネントに対する理解を深め、看護師としての実践的な知識や技術を身につけたことにより、看護教育の質の向上に直接的に貢献している。

#### 2) 運営費用に関して

- 出張旅費などの運営費用削減という側面から、ビデオ会議やスカイプを活用することにより、より効率的な活動展開が可能となった。
- 1名のチーフアドバイザー（日本人専門家）が5カ国のプロジェクト運営を総括したことにより、経費面で適時の投入が可能となった。
- 過去のJICAプロジェクトによるリソース（エルサルバドル人専門家、パラグアイ人専門家等）を活用した。
- 近隣諸国における第三国専門家（メキシコ人専門家）を活用した。

#### 3) プロジェクトの実施体制に関して

- プロジェクトの中心的役割を担う人員として、NPMに保健省看護課長を、また、諮

間委員に看護協会長及び看護教育代表者を配置したことが、プロジェクトのスムーズな運営に貢献した。

- 5カ国に対して日本人専門家（チーフアドバイザー）1名による一元的なプロジェクト運営管理を可能とした。
- 広域協力というデザインにより、エルサルバドルを中心とした対象5カ国のネットワークが強化されている。具体的には、ビデオ会議やスカイプ会議により、他国の経験や改善のプロセスを共有し、自国に適用することが容易となっている。
- 上述のネットワークを通して対象国間でそれぞれの進捗状況を共有することにより、ポジティブな競争意識が働き、プロジェクト活動の促進に貢献している。

効率性を低下させた事項は以下のとおり。

#### 中央委員会発足の遅延

- C/Pのメンバーが地方から選出されたため、C/P研修後、毎週首都で実施される委員会活動に地方メンバーが参加できず、円滑なプロジェクト活動を妨げた。
- 委員会活動のプロセスの1つである現状把握のための調査に多くの時間を要した。

#### 外部要因による活動の遅延

- プロジェクト協力対象国すべて  
新型インフルエンザ流行による非常事態宣言（2009年4月～10月）
- ドミニカ共和国を除く協力対象国  
デング熱流行による非常事態宣言（2010年2月～3月）
- エルサルバドル  
新政権に伴う保健省再編（2009年6月）
- ホンジュラス  
クーデター発生による非常事態宣言（2009年6月）  
ホンジュラスにおける6回の保健大臣の交代
- ニカラグア  
勤務時間の制限：午前8時～午後1時（2009年8月）
- ドミニカ共和国  
ハイチ地震に対する支援協力（2010年1月～2月）

#### (4) インパクト

##### 1) 上位目標の達成見込み

プロジェクト対象国では、研修の実施後、いくつかのテーマに関する研修受講者の看護ケアが改善している。これは、看護教育が実践に即し、その質が向上した結果と判断される。

また、現時点で、中米カリブ地域の学会や専門家グループ、COMISCAのなかで本プロジェクトの成果が発表される機会もあり、プロジェクト対象国以外からの関心も寄せられている。現在の活動を継続し、プロジェクトの発信した成果を他の国が活用することも期待される。

上記をかながみて、本プロジェクトの上位目標の達成見込みは高いと判断される。

## 2) 正のインパクト

- 本プロジェクトの成果がCOMISCAやSICAにおいて取り上げられている。SICAの「中米保健計画2005-2015」において、本プロジェクトの進捗が報告された。また、2010年6月に実施されたCOMISCAでは、プロジェクトの活動の成果が報告され、中米各国の保健大臣の関心を集めている。
- プロジェクトのPDに保健大臣（グアテマラのみ副大臣）を配置したことにより、保健省のトップレベルの人員のJCCへの参加が義務づけられたことで、政治的にもプロジェクトへの関心を集めることができた。
- グアテマラとニカラグアで実施されているカリキュラム作成に係る活動が、5カ国のネットワークを通じて共有されたことにより、ドミニカ共和国ではカリキュラムの標準化に関する活動を独自で行っている。このように、参加国の活動が、他の参加国の活動の自主的な発展に貢献している。
- 看護過程理論の導入により、看護師が患者からより多くの情報を収集し、有用な診断材料としてこれらの情報を医師に提供できるようになった。このことから、医師が看護師をチーム医療の一員として認めるようになった。

## (5) 自立発展性

### 1) 技術面

技術面での自立発展性は高く見込まれる。中央委員会は研修プログラム作成・教材作成といった研修実施能力に加えて、委員会の年間活動計画の作成スキルを身につけることができた。また、研修実施体制として、「委員会活動」という自主的に理論と実践を学ぶすべを身につける形でプロジェクト活動が進められたため、プロジェクトの終了後も、同様に活動を進めることが可能である。今後、自立発展性の確保に向け、これらの委員会活動を通じて、最終的な裨益者となる学生による評価や研修モニタリングを実施することが求められる。

保健省の人員がPTMとして配置され、プロジェクトの運営管理の中心的役割を担ったことにより、プロジェクト終了後もこれらの人員が中心となって活動の運営管理を継続的に実施する能力を身につけることができた。

### 2) 制度面

制度面に関しては、現在実施されている委員会活動が保健省看護課の活動として位置づけられているため、自立発展性が確保される可能性が高い。

本プロジェクトでは、委員会を中心に活動を実施する委員会制度を導入した。これにより、プロジェクト終了後も同じ制度を活用する形で、C/Pが継続的に活動することができる。

また、看護教育指導者と看護協会長が諮問委員として本プロジェクトに配置されたことにより、プロジェクト終了後の委員会活動の自立発展性を高めている。

本プロジェクトでは、5カ国が協働でプロジェクトを実施したことにより、エルサルバドル人専門家から他4カ国へ、そして、4カ国間の連携が確立されて、双方向的に指導し、支援しあう体制が強化された。この体制を維持するためには、各国間のコミュニケーションツールを整備することが必須となる。エルサルバドルには既にプロジェクトで購入したビ

ビデオ会議通信機材があり、それ以外の国に対しては、FUDENの協力によりビデオ会議通信機材一式が整備される予定である。

ホンジュラスに関しては、現在のプロジェクト実施体制のうち、PM、PTMともにホンジュラス自治大学の看護学科の人員が担当しており、保健省看護課のプロジェクトへの巻き込みが弱い状況である。今後、プロジェクトの自立発展性を高めるためには、保健省看護課の協力が必要不可欠である。

### 3) 財政面

財政面の自立発展性はおおむね低く見込まれる。プロジェクトデザインのなかで自立発展を高める成果が含まれており、各国のPM、PTM、諮問委員が予算獲得のための交渉を行っているが、実際の予算獲得は難しい状況である。

現在、FUDENはプロジェクトの協力対象国5カ国においてリプロダクティブヘルスに係るプロジェクトを実施している。グアテマラのリプロダクティブヘルス委員会は、FUDENの研修費用を用い、JICAプロジェクトの研修プログラムと人材を活用して、研修を実施している。また、本プロジェクトの対象地域において、PAHO、FUDEN、NGO等からの資金調達も計画している。

## 5-2 二国間協力

### (1) 妥当性

エルサルバドルでは、2009年6月の政権交代に伴って保健省の再編が行われ、新たな保健指針が発表された。新たな指針においてもMDGsの1つである母子保健の改善に重点が置かれており、指針「希望を築く・戦略と推奨2009年～2014年」の戦略項目2「保健省の主導機能の範疇での保健政策・計画の策定と実施」のサブ項目15にリプロダクティブヘルスを取り上げ、特に「妊娠前、出産前、周産期等の各時期におけるリプロダクティブヘルス分野での異常発見とケア」を優先項目としている。これらの政策は、本プロジェクトのプロジェクト目標と上位目標に合致している。

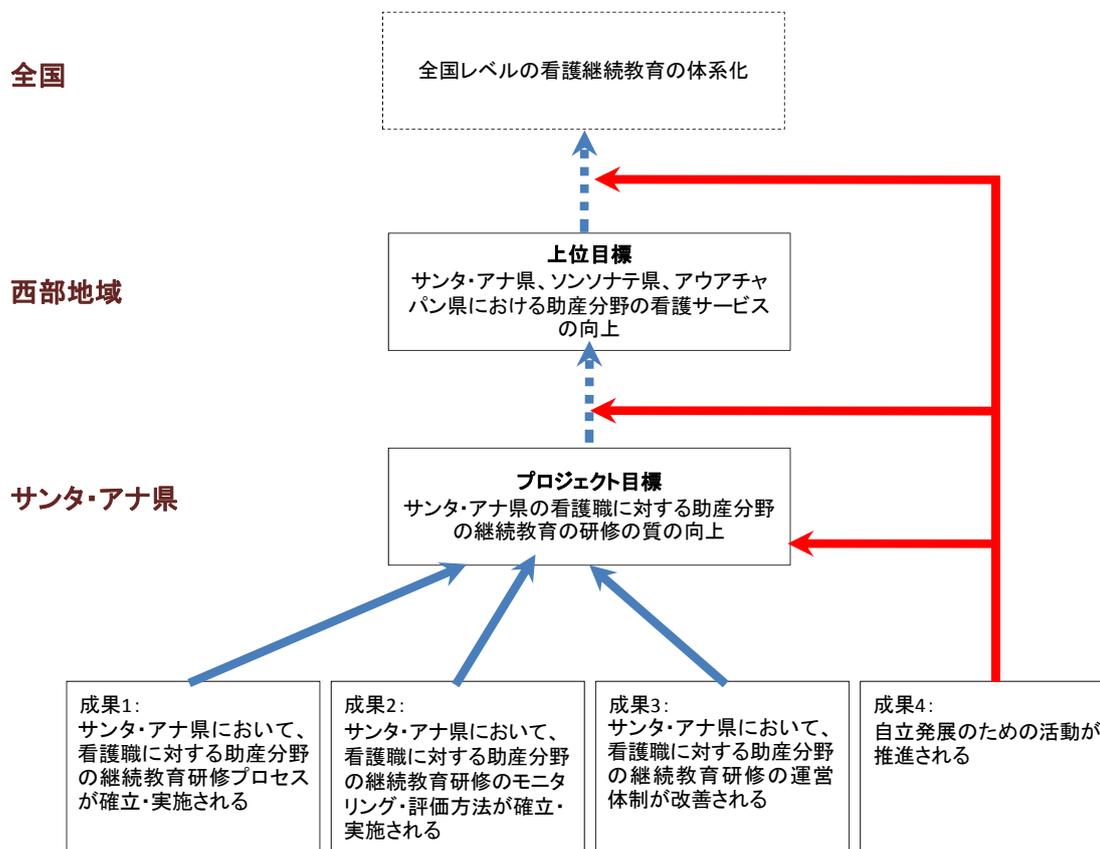
同国では、プロジェクト実施以前には継続教育はシステム化されていなかったが、研修の計画・実施・評価・フィードバックを基礎とした研修管理サイクルに基づく管理を実施できることにより、継続教育の質を高めるシステムが導入されるなど、本プロジェクトは保健省看護課や西部地域保健事務所のニーズにも即している。

日本の対エルサルバドル協力においては、MDGsを踏まえながら、エルサルバドル政府計画に対応した保健医療の水準の向上を重要分野に位置づけている。本プロジェクトは直接MDGsの達成に資する活動となり、日本のODA政策の方針とも一致する。

日本は、パラグアイに対して2001年から2005年にかけて助産継続教育に係る研修を実施した。本プロジェクトでは、これらの研修で用いられた研修プログラムや教材を活用して実施することができた。また、パラグアイのプロジェクトで養成されたC/Pを第三国専門家として、またビデオ会議におけるアドバイザーとして活用している。よって、過去の案件による当該分野の技術的知見は十分に蓄積されており、日本の技術の優位性も高い。

(2) 有効性

プロジェクトの成果1・2の下、西部地域保健事務所看護課によって研修管理サイクルの運営が実施できるようになった。



図－5 プロジェクトの要約における各構成要素の関連性

エルサルバドルにおけるさまざまな外部要因により、プロジェクト後半で計画どおりの活動を実施できないこともあったが、モニタリングについては研修受講者の約6割に対して実施することができた。その結果、研修内容の一部が現状に即していないことが判明したため、現状に即して研修内容を改定している。よって、プロジェクト終了時点において、プロジェクト目標「サンタ・アナ県における助産分野の継続教育の研修の質の改善」はおおむね達成されると判断できる。

成果4の達成度は低いものの、達成していない項目は、上位目標達成やさらなる自立発展を見据えた全国展開の基盤をつくる活動であったため、プロジェクト目標よりも高い次元のゴールに対する活動であったといえる。サンタ・アナ県における研修の自立発展に関しては、西部地域保健事務所にて基盤が構築されており、プロジェクト目標の達成に大きな影響は与えない。

(3) 効率性

ファシリテーター研修により育成されたファシリテーターも、研修管理サイクルに基づく

研修活動を繰り返すことにより、ファシリテーターとしての自信をつけ、保健省看護課によるアドバイスを受けながら、自らが研修運営を行うことのできるレベルに達している。本成果を産出するために、効率性を高めた事項は以下のとおりである。

- プロジェクトで投入された研修に係る設備は、本プロジェクトの活動の主体である研修に大きく貢献している。
- 本プロジェクトと併行して、JOCVによる継続的な助産分野の指導や研修運営、並びに臨床現場における研修受講生の修得技術の強化等を支援している。プロジェクト専門家とJOCVの連携により、プロジェクトの効率性が高められている。
- 日本が過去に実施したパラグアイへの技術協力の成果を利用して、効率的なC/P研修、教材・教具の利用、第三国専門家の活用等により、プロジェクトの効率性を高めた。

一方、効率性を低下させた点として、継続教育運営委員会がかかわる成果3、4に関しては、投入に比した成果が得られなかった。その理由として、保健省の体制の変更があり、全国国立病院の看護部長による月例会合がなくなったため、継続教育運営委員会の開催が困難となったことが挙げられる。このような外部要因により、全国規模の研修運営を支援する体制の構築には至らず、プロジェクトの投入が一部成果に結びつかなかった。

#### (4) インパクト

##### 1) 上位目標の達成見込み

指標の確認の結果、サンタ・アナ県では既に助産分野の看護サービスの向上が確認されており、上位目標の達成見込みは高い。一方、ソンソナテ県とアウアチャパン県では、上位目標達成のための課題が残される。本項の詳細は以下のとおり。

上位目標の指標として設定されている満足度調査はまだ実施されていないものの、妊婦に対して実施された保健サービスのモニタリング活動において、研修受講者による妊婦ケアのサービスの改善が妊婦の声として聞かれている。また、実際のサービスの変化が以下のとおり観察されている。

- 研修受講生が積極的に環境整備に取り組んだ結果、33保健センターのうちの17保健センターにおいて、妊婦健診用の部屋が準備された。
- 1つの保健センターでは、看護師がさまざまな職種の保健センター職員を巻き込んで妊産婦支援委員会がつけられ、妊婦の救急ケアが実施されるようになった。その結果、看護師の活動に対する医師による評価も高まっている。
- 研修後の看護師による妊婦健診実施数が増加しており、サンタ・アナ県の看護師による助産分野の看護サービスの提供の機会が増加している。

表-17 サンタ・アナ県の看護師による妊産婦に対する健診の実施数の変化

(単位：実施数)

妊産婦健診の種類	2007	2008	2009
初回妊婦健診	57	43	104
妊婦健診（2～5回目のべ実施数）	283	228	622
産後健診	75	90	114
合計	415	361	840

出所：西部地域保健事務所

以上の状況をかんがみて、研修を受講した看護師は、研修で得た知識や技術を既に臨床現場で実践し、そのサービスが最終受益者の妊婦により評価されている。しかし、ソンソナテ県とアウアチャパン県においては、ファシリテーターが2010年6月に育成されたものの、今後の研修経費の獲得について計画されていない。ファシリテーターによる研修とモニタリングが継続的に実施されない限り、妊婦に対するサービスの質の向上も改善されないため、上位目標の達成は、プロジェクト終了後の西部地域保健事務所の活動の継続にかかっているといえる。

妊産婦死亡数に関しては、現時点では著明な変化はないが、今後妊婦に対するケアが確実に実施されることで妊産婦死亡の減少が見込まれる。理由は以下のとおりである。

- 表-18に示すように、2009年の西部地域の妊産婦死因は、妊娠中にコントロール可能な症状や看護ケアによって予防可能であるものが含まれている。よって、個々のニーズに応じた看護サービスや保健指導が徹底されれば、将来的に妊産婦死亡の低下に貢献する可能性が期待できる。

表-18 2009年西部地域における妊産婦死亡の死因

死因	人数
妊娠性高血圧症候群	5
中毒（自殺）	3
出血	2
感染症	1
心臓病	1
巨赤芽球性貧血	1
潰瘍性大腸炎	1
新型インフルエンザ	1
腸穿孔	1
吻合部穿孔	1

出所：西部地域保健事務所

- 西部地域では伝統的助産師（パルテラ）による分娩が多く、2009年では年間700件以上（分娩総数の約4%）がパルテラによる分娩である。しかし、2009年の西部地域における妊産婦死亡がパルテラによって引き起こされた例は1件もない。このことより、パル

テラによる分娩介助が妊産婦死亡を増やす可能性は低いと考えられる。また、パルテラの総数は、2008年と比較すると減少しており、新たなパルテラの分娩介助による妊産婦死亡数の増加の可能性は低いため、病院における妊産婦死亡数が減少すれば、全体の妊産婦死亡数も減少すると予想される。

## 2) 正のインパクト

- 研修受講者による研修後の看護サービスの向上が、所属先の施設長によって評価され、病院の看護部長及び県保健局の看護コーディネーターや、リプロダクティブヘルス委員会による研修活動を支援する動きが出ている。その結果、西部地域保健事務所長が中心となり、自主的に西部地域看護継続教育運営委員会を発足した。
- プロジェクトで育成されたサンタ・アナ県のリプロダクティブヘルス委員会のファシリテーターが、グアテマラ、ニカラグア、ホンジュラスの広域協力対象国3カ国のリプロダクティブヘルス委員会のメンバーに対して、訪問指導やビデオ会議、スカイプ会議を通して指導者として関わっている。
- ファシリテーターが、プロジェクトで計画された研修に加え、勤務する病院の同僚に対して自主的に伝達講習を実施し、妊婦ケアの向上に努めている。

## (5) 自立発展性

### 1) 技術面

技術面の自立発展性は高い。サンタ・アナ県のファシリテーターによって発足されたリプロダクティブヘルス委員会は定期的に委員会活動を実施している。数々の外部要因により一時は活動が停滞したものの、計画された研修はすべて終了している。また、ファシリテーターは、研修を通じて研修管理サイクルにのっとり活動実施能力を身につけており、プロジェクト終了後も西部地域保健事務所を中心に、リプロダクティブヘルス委員会が研修実施・モニタリング評価を継続できると判断される。

### 2) 組織・制度面

前述のとおり、研修受講者の所属する施設では、受講者の看護ケアの改善が施設長にも認められるようになってきている。その結果、西部地域保健事務所を中心に看護継続教育運営委員会を立ち上げて、委員会活動を支援していこうとする動きがある。これらの活動を広げていくために、引き続き保健省看護課の監督・指導が必要である。一部のリプロダクティブヘルス委員会のメンバー間では、施設長から委員会活動への参加が許可されないといった問題が確認されている。今後、上記委員会が機能すれば、所属長からの活動許可を得ることが可能になり、制度面での自立発展性は高くなると見込まれる。

これまで研修に使用されている研修室は、保健省によって維持管理された施設である。西部地域保健事務所からもプロジェクト終了後の研修施設としての継続利用が認められているので、今後の研修会場は確保されている。

### 3) 政策・財政面

調査時点では、財政面の自立発展性は低い。現在、保健省人材開発部は「国家研修計画

2010～2012」の3カ年計画を策定中であり、その一環として看護分野の研修計画も策定している。継続教育に係る研修は、基本的には地方主管で実施する方針となっており、保健省はこれらの研修に係る予算は確保していない。よって、今後の研修は西部地域保健事務所が中心となり、ドナー等から予算を獲得する必要がある。また前述のとおり、西部地域では地域レベルの継続教育運営委員会が発足したばかりである。今後は本委員会が中心となって、研修資金を獲得し、ソンソナテ県、アウアチャパン県での研修やサンタ・アナ県でのさらなる課題に対する研修を継続的に実施することが期待される。プロジェクトに残る課題としては、プロジェクトの自立発展性を高めるために継続教育運営委員会が担うべき機能を明確にし、プロジェクト終了後も継続して研修を実施できるための取り組みが必要である。

## 第6章 結論、提言と教訓及びプロジェクトの成功要因に係る考察

### 6-1 結論

#### <広域協力>

プロジェクト目標「5カ国の看護基礎教育指導者の能力向上」に向けた取り組みが各国内で積極的に展開され、対象国の状況に併せた形で看護基礎教育の基本要素である「地域看護」「看護過程」「教育・臨地連携」に加え、「リプロダクティブヘルス」に関する中央・地方レベルでの委員会が発足し、看護人材育成のための体制基盤が構築された。プロジェクトを通して、日本人専門家及びエルサルバドル人専門家を中心となり、5カ国に対する域内の指導体制を構築した。スカイプ等のコミュニケーションツールを活用しながら5カ国間の域内看護指導者ネットワークが形成された。

この域内ネットワークを通じて、各国の看護指導者グループ間の連帯と競争意識が芽生え、人的資源の能力向上や自立発展性に大きく貢献していることは、大きな成果であるといえる。プロジェクトが構築した各国の人材育成システムの基盤や各国の実施体制、域内の連携体制により、プロジェクト終了後においても「看護基礎教育指導者の能力向上」を自立的に継続・発展させていく可能性は高い。

しかしながら、中央・地方での指導者育成や指導体制の基盤は構築されたが、新型インフルエンザ等の外部要因もあり、成果1の「育成された指導者が行う学生に対する指導」や成果2の「グアテマラ、ニカラグアにおける教育カリキュラムの標準化」に向けた活動などが完結していないことにより、これら成果は十分な達成が見込まれていない。

したがって、未完の活動を完遂するため、プロジェクトで育成されたエルサルバドルや第三国リソースの投入と日本人専門家の投入（総括専門家は2カ月×3回の対応、業務調整専門家は長期対応）により1年間のプロジェクト期間延長を行うことが必要と結論づけた。また、この1年間の延長のなかで、パナマやコスタリカへの活動普及を検討し、SICA域内全体への波及を進めることが望ましい。また、本プロジェクトの成果である看護人材育成ネットワークを更に活用するため、プロジェクト終了後においても、JICAはSICAとの連携を更に深めつつ、域内看護チーム（例：緊急医療チームの形成等）の形成支援などの協力検討を行うことが望まれる。

#### <二国間協力>

プロジェクト目標である「サンタ・アナ県看護職における助産分野の継続教育の研修の質の向上」を達成するための活動として、計画どおり「研修プログラムの作成」、「研修モニタリング方法の確立と実施」が行われ、その結果、西部地域保健事務所にて自立的に活動を継続・発展させるための人材育成と実施体制の構築がなされており、当初の目標が達成された点を確認した。また、研修を受講した看護師の技術やサービスが向上したことにより、妊産婦からの評価が高まっているほか、医師を含め、他の医療従事者も、看護師に対する認識を改めている。看護師自身も、看護師主導で医療チームを形成する等、自発的な活動を進めている。

また、プロジェクトで育成された看護師が、広域協力における指導者となり、他の地域や他国でのリプロダクティブヘルス分野に関する指導を開始している。これらの点から、プロジェクトは当初の協力期間で終了することが適当である。今後は、エルサルバドル保健省の自助努力の下、導入された研修プログラムの定着と他県への展開を図り、将来的には全国レベルでの看護師に対

して助産分野の継続教育を実施していくことが望まれる。

## 6-2 提言と教訓

### 6-2-1 広域協力

#### 提言

- (1) 研修及びモニタリング・評価の完遂のための活動計画の策定（プロジェクト及び各国保健省への提言）

プロジェクトを通じて、各国において既に定められた課題テーマ（「看護過程」「地域看護」「教育・臨地連携」「看護基礎教育カリキュラム」「リプロダクティブヘルス」）において、中央委員会が発足し、委員会活動が定例化している。今後、プロジェクトの目標である「看護基礎教育指導者の能力向上」を達成するためには、地方委員会（「看護過程」「地域看護」「教育・臨地連携」「リプロダクティブヘルス」）を通じて看護基礎教育指導者に対する研修を行った後、同看護基礎教育指導者が最終裨益者である学生に対する指導を行い、学生からの評価を確認しながら研修内容、指導方法の改善を図ることが必要であり、このための研修及びモニタリング・評価の実施という一連のサイクルを完遂・継続することが肝要である。プロジェクト及び保健省は、この看護教育の質の確保を行うための一連のサイクルを完遂するため、当該研修及びモニタリング・評価に係る活動計画を綿密に策定する必要がある。

- (2) 地方委員会を通じた「看護過程」「地域看護」「教育・臨地連携」「リプロダクティブヘルス」の基礎教育指導者に対する研修の徹底（プロジェクト及び各国保健省への提言）

上記（1）を達成するためには、まず各国で課題により発足のばらつきのある地方委員会の設立を進め、地方委員による基礎教育指導者に対する研修を開始・徹底する必要がある。プロジェクト及び各国保健省はプロジェクト期間中にこれら研修の実施に注力する必要がある。

- (3) 看護教育の標準化に向けた活動（カリキュラム作成）の継続（グアテマラ、ニカラグアのプロジェクト及び各国保健省への提言）

今次評価を通じて、成果2「看護教育の標準化に向けた活動の計画・実施」に関し、グアテマラ、ニカラグア両国とも看護基礎教育カリキュラムが未開発のため未達成である点が確認された。両国とも、今後、収集されたカリキュラムを分析し、その結果に基づきカリキュラムを作成することと、カリキュラムの最終版を保健省及び教育省高等審議会（グアテマラ）と国家大学審議会（ニカラグア）に提出・承認を得る必要がある。プロジェクト及び各国保健省は、この看護教育の標準化（カリキュラムの作成）に向け、プロジェクトの残り期間に活動を継続する必要がある。

- (4) 「看護過程」「地域看護」「教育・臨地連携」「リプロダクティブヘルス」の保健政策への反映促進、及び、中央、地方委員会の持続的運営と保健省による各委員の活動参加に係る許可（各国保健省への提言）

プロジェクトによって、各国で中央、地方委員会を通じた看護人材に対する「看護過程」

「地域看護」「教育・隣地連携」「リプロダクティブヘルス」に係る研修プログラムが展開されてきており、看護におけるこれらテーマの導入・実践の重要性が認識されつつある。各国保健省は、看護におけるこれら各テーマの取り組みの重要性を認識し、保健政策に反映させるよう努力する必要がある。また、中央、地方委員会を通じて展開される看護基礎教育指導者の育成に係る活動を持続的に展開させるためにも、各国保健省は各委員が定期会合等に参加するにあたっての許可を与えることが必要である。

- (5) 各テーマに関する研修マニュアル・ガイド、モデルの標準化に向けた支援（各国保健省への提言）

プロジェクトを通じて、4カ国とも、看護基礎教育に関する研修マニュアル・ガイドの作成や、研修教育・臨地連携モデルの開発及び保健省内での承認手続きに向けた取り組みが進められている。各国保健省は、これら研修マニュアル・ガイド、モデルの全国普及を図るため、省内における正式な承認プロセスを経た手続き、普及に向けた活動を行う必要がある。

- (6) 各国自助努力による内外資金を活用した研修実施、モニタリング・評価の継続（各国保健省、プロジェクトへの提言）

国によっては、既に国内外の資金リソースを活用した自立的な研修、及びモニタリング・評価を実施、ないし資金獲得のため交渉中の段階にある。プロジェクト終了後における研修及びモニタリング・評価の自立的な継続を可能とするため、各国保健省及びプロジェクトは、プロジェクト期間中から国内外資金リソースの獲得に向け、関係機関との交渉に引き続き取り組む必要がある。

- (7) 各テーマの指導者の継続育成と各国における活用（プロジェクト、各国保健省への提言）

各国において、中央、地方委員会を通じた看護基礎教育にかかわるテーマごとの指導者の育成が行われている。看護基礎教育は恒常的に実施、展開が図られるべき活動であり、指導者の育成も継続されなければ自立発展性が確保されず、活動が中断される恐れもある。このため、プロジェクト及び各国保健省は、看護基礎教育各テーマにおける指導者を継続的に育成できるよう、また同時に、育成された指導者が国境を越えて活用されるよう、制度も含め検討を行う必要がある。

- (8) ビデオ会議の継続的開催を通じた各国間の情報交換支援（JICAへの提言）

5カ国にまたがるプロジェクトの展開を効果・効率的に進めたツールの1つとして、JICA事務所間のテレビ会議（プロジェクト関係者はビデオ会議と称する）システムの開催を通じた技術指導、情報交換がある。JICAは、プロジェクト期間中及び終了後においても、各国のプロジェクト成果のさらなる波及、展開を可能せしめるよう、ビデオ会議システムの活用に係る便宜を継続的に提供することが求められる。

- (9) 看護基礎教育指導者に対する教育のさらなる周辺国への普及、及び地域共同体や南南協力活用の検討（各国保健省及び看護人材育成機関、プロジェクト、JICAへの提言）

プロジェクトを通じて、エルサルバドルを核とした5カ国間の域内看護教育連携体制（ネットワーク）が構築された。「看護基礎教育の制度構築」「看護基礎教育指導者の能力向上」というプロジェクトの取り組みは、過去の第三国研修による協力実績もあるパナマ、コスタリカといった周辺国への波及も可能であり、既にCOMISCAにおけるプロジェクト紹介などを通じてこれら周辺国からの非公式な協力要請も表明されている。また、JICAは、中南米地域における協力戦略として南南協力支援を通じた域内各国への成果波及を進めており、さしあたり前述周辺国への波及を図ることが求められる。これにあたっては、SICA等の地域共同体との連携を念頭に進めていくことが効率的かつ効果的であり、この点に留意しながら、各国保健省、各国看護人材育成機関、プロジェクト、JICAは看護基礎教育指導者に対する教育というプロジェクトの成果を周辺国に波及させることが必要である。

(10) 域内看護ネットワークの看護分野以外への発展（例：緊急時に対応する医療チームの形成）（各国保健省、プロジェクト、JICAへの提言）

上記提言（9）とも関連するが、既に5カ国におけるネットワークの形成や保健大臣のプロジェクトへの積極的な参加・コミットメント、及びCOMISCAレベルにおける各国大臣レベルのプロジェクトに対する賛同、認識等を踏まえ、保健省、プロジェクト、JICAはプロジェクトを通じて芽生えた看護人材育成に係るこの域内ムーブメントのさらなる発展を検討することが必要である。中南米地域は、地震やハリケーンといった自然災害が多く、毎年、とりわけ貧困層等の社会的弱者層が甚大な被害を被っているが、被災国自身では対応しきれていない医療チーム、看護チームの他国からの派遣をプロジェクトが形成した域内ネットワークや地域共同体の枠組みを活用して派遣することなどが検討可能である。特にJICAは、このプロジェクトの成功事例を無駄にしないよう、看護分野に限定しない発展の可能性について入念かつスピーディに検討を進めるべきである。

## 教 訓

(1) 中央及び地方委員会の設立を通じた、効率的かつ恒常的な人材育成体制の構築とその有効性

1997年から2002年に実施したエルサルバドル「看護教育強化プロジェクト」では、看護基礎教育にかかわるテーマごとに中央及び地方委員会を設け、カスケード方式により中央から地方、地方から当該地方の看護教育指導者への指導を展開し、全国レベルでの看護基礎教育の制度構築、指導の網羅を達成することができた。現在においてもこれらの委員会活動、人材育成は継続されている。中央及び地方委員会体制によるカスケード方式を導入した理由は、①プロジェクト終了後も継続的活動が容易となること。また、中央に研修者を集める必要がなく、モニタリングも地方委員がその地方の研修受講者に対し実施することができるため、②低コストの研修・モニタリングが可能となるためである。

本プロジェクトの各国内での展開にあたり、この過去のエルサルバドルプロジェクトにおける成功事例にならい、各国はテーマごとに中央・地方委員会の設立を通じた取り組みを行い、当体制の下で地方レベルに至るまで、低コスト、及び質の高い看護指導人材育成システムが構築されてきた。全国レベルでの恒常的な活動定着を実現するためには、一点（中央レベル）のみからの研修実施、成果普及を図ることは効率的でなく継続性にも乏し

い。したがって、この中央・地方委員会体制による活動戦略はプロジェクトの成功裡の展開に貢献した。

(2) 保健大臣のプロジェクト参加による活動展開の強化

5カ国という広域にまたがる本プロジェクトは、合同調整委員会に各国プロジェクトディレクターである保健大臣レベルが参加し、プロジェクト活動に対する政府トップレベルの認識とコミットメントを引き出した。これは日本人専門家リーダーの各国保健大臣に対する頻繁な訪問・報告、公私にわたる熱心な交流努力と、日本人専門家の熱意に触発された各国C/Pの活動努力に大臣レベルが応えたものであり、プロジェクト活動展開に強力なバックアップを与えた。

(3) コミュニケーションツールの活用、専門家の定期的な現場指導によるモチベーションの維持及び各国間の連帯意識、競争意識の醸成

本プロジェクトは、スカイプやビデオ会議といった遠隔コミュニケーションツールを常に活用するとともに、日本人及びエルサルバドル人専門家による各国への頻繁な訪問による現場指導を徹底し、5カ国にわたるプロジェクトゆえにコミュニケーションが希薄になりがちな関係者間の意思疎通、常日頃生じる疑問や不安、成功事例の共有などの機会を有することに成功した。この関係者間の日常的なコミュニケーションが、容易ではないプロジェクト活動の維持・発展のためのモチベーションとなり、また同じ目標を掲げ取り組む他国同僚との連帯意識や競争意識を醸成することに貢献した。

(4) 第三国リソースの効果的かつ効率的な活用

本プロジェクトは、過去のJICAプロジェクトで育成された人材を中心にエルサルバドルやメキシコ、パラグアイからの第三国人材リソースを活用した。先進国日本からの専門家と比較し、経費の効率性に加え、受益側は同言語による効果的な指導、及び受益側と同様の環境におかれた国の人材から指導を受けることで、受益国C/Pは実現性をより実感することができた。

(5) 実習重視の研修プログラムを通じた指導の有効性

本プロジェクトは、看護教育指導者の能力向上を図るにあたり、実践重視の研修内容と研修後において研修受講者が自ら実践を行う点を重視した。これまで、看護教育指導者は自らの実践の経験がないまま理論のみに依拠し看護学生への指導を行っていた。そのため、卒業後の新人看護師らは、患者に対し、基礎看護技術すら正確に適応できていないという現状が各国においてみられている。しかし、看護教育指導者が、実践重視の研修受講後、自ら実践することで、有効かつ説得性のある指導を行うことが可能となった。

(6) 広域案件において1つのPDMを用いることの有効性

本プロジェクトは5カ国で取り組む広域案件であるが、各国の人材、レベルはさまざま、PDMを各国ごとに作成するか、5カ国共有の1つのPDMを用いてプロジェクト運営を行うかにかかわる議論もあったが、5カ国共有のPDMを採用した。これにより、5カ国の関係者全

員が同じ土俵で、共通の目標、活動、進捗と課題を共有し、より連帯感、競争意識を醸成し、より効果的なプロジェクト運営と活動展開を行うことに貢献した。

## 6-2-2 二国間協力

### 提言

- (1) 将来的な全国展開を念頭に置いた、保健省看護課による「看護師に対する助産分野の継続教育の研修、モニタリング・評価」の西部地域における計画策定と実施

(西部地域保健事務所、保健省、プロジェクトへの提言)

プロジェクトは、対象をサンタ・アナ県の看護指導者及び助産に携わる全看護職として取り組み、「サンタ・アナ県看護職における助産分野の継続教育の研修の質の向上」というプロジェクト目標を達成した。保健省、西部地域保健事務所及びプロジェクトは、このサンタ・アナ県での成功事例のさらなる地域波及を図ることが求められる。将来的には全国レベルでの展開が行われるよう、まずは西部地域において、保健省看護課による「看護師に対する助産分野の継続教育の研修、モニタリング・評価」のための計画策定及び実施を行うことが必要である。

- (2) 西部地域における研修実施、モニタリング・評価の実施と継続の資金の確保。教材、供与資機材、研修施設の維持管理（西部地域保健事務所、保健省、プロジェクトへの提言）

プロジェクトの自立発展性を確保するため、西部地域保健事務所、保健省、プロジェクトは、西部地域での研修、モニタリング・評価の実施と継続に係る資金の確保を行う必要がある。このほか、プロジェクトを通じて開発・供与された教材、資機材、研修施設に係る維持管理を適切に行う必要がある。

- (3) 西部地域看護継続教育運営委員会による将来的な「継続教育運営・管理マニュアル」の作成（西部地域保健事務所、保健省、プロジェクトへの提言）

新政権発足後の省庁再編に伴い、2010年2月に看護継続教育運営委員会は閉鎖されたが、その後同年5月には、西部地域継続教育運営委員会が発足し、保健省も顧問として参加しながら同地域におけるリプロダクティブヘルス分野及び他分野の継続教育運営を支援する予定にある。西部地域保健事務所、保健省、プロジェクトは、この西部地域看護継続教育運営委員会を通じて、プロジェクトにおいて未着手となった看護継続教育の研修運営・管理マニュアルを作成するよう支援を行うことが求められる。

- (4) 広域協力におけるリプロダクティブヘルス分野の指導者としての能力向上及び情報共有促進の役割強化（西部地域保健事務所、保健省、プロジェクトへの提言）

広域協力において、各国でリプロダクティブヘルスに係る中央・地方委員会が設立され、看護教育にかかわる助産分野の指導が広がりをもちつつある。西部地域保健事務所、保健省、プロジェクトは、本プロジェクトを通じて育成されたエルサルバドルの当該分野の人材を広域案件で指導者として活用するため、指導者としての能力向上に努めるとともに、当該分野にかかわる情報共有促進の役割を担うよう指導を行うことが求められる。

## 教 訓

### (1) 過去のプロジェクト成果（委員会体制）に基づく活動の円滑な展開

広域案件と同様に、本プロジェクトは、1997年から2002年に実施したエルサルバドル「看護教育強化プロジェクト」にて採用された中央及び地方委員会体制による中央から地方、地方から当該地方の看護教育指導者への指導展開方法を採用し、過去の成功に基づくプロジェクト活動の円滑な展開を可能とした。

### (2) 看護師の能力向上に伴う医師の看護師に対する認識の変化

研修を受講した看護師の技術、サービス向上を通じて、妊産婦からの評価が高まっている他、医療施設における医師等医療従事者からの看護師に対する認識の向上がみられ、高い評価を得られるようになった。

### (3) ドップラーの導入による確実な胎児心音の聴取、妊婦と家族の胎児に対する愛情の形成

プロジェクトは、超音波ドップラー装置を供与した。現場に通常配備されていない最新機材の導入を通じて、妊婦検診及び分娩時における確実な胎児心音の聴取を行うことが可能となり、さらにその重要性を関係者が認識した。同時に、妊婦健診において、妊婦や家族に胎児心音を確認する機会を提供し、妊婦と家族の胎児に対する愛情、家族の絆が更に深まるという効果も確認された。

### (4) 看護師主導の医療チーム形成による妊産婦ケアの質の改善

プロジェクトによる研修を受講した看護師は、妊産婦ケアの質の改善を医療施設全体で図っていくことの重要性を認識し、他の医療従事者を導引し、妊産婦ケア向上医療チームを形成し、当該ケアの質の改善を自発的に展開するようになった。

## 6-3 プロジェクトの成功要因に係る考察

本プロジェクトは、5カ国にわたる広域案件、かつ3年間という短い協力期間のなかで、前述のとおり着実な成果を残した。これは、本プロジェクトの前身となるエルサルバドル「看護教育強化プロジェクト」の開始以降、実績を積み重ねてきた日本人専門家とエルサルバドル人指導陣、及び5カ国C/Pのチームワークの結晶であるが、プロジェクトの成功要因として特に以下の8点を挙げておきたい。

### (1) 前フェーズに携わった日本人専門家の継続指導と育成されたエルサルバドルC/Pとの協働チームによる指導体制

本プロジェクトでは、1997年から2002年までエルサルバドルで実施され成功を収めた「看護教育強化」プロジェクトを担当した日本人専門家（チーフアドバイザー、業務調整専門家）が指導にあたり、エルサルバドルプロジェクトの経験を踏まえ一貫した指導手法により他4カ国に対する技術指導を展開した。また、前プロジェクトで育成されたエルサルバドル人材\*が、前述プロジェクト以来、日本人専門家と確固たる信頼関係を築いており、周辺4カ国に対する技術指導や彼らの日常的に生じる疑問にこれまでの経験を踏まえ熱心に指導を行った。

ある国における成功事例を周辺国へ広める形の広域プロジェクトにおいては、当該国での

指導を成功裡に収め、現地関係者から信頼を集めた専門家が引き続き指導を行うことで、これまでの経験に基づく一貫性のある、迅速かつ効果的な広域展開が可能となるとともに、既協力受入国関係者の口から他国関係者に対し、これまで日本人専門家と歩んできた当該国での苦労やその克服方法、成功事例を紹介することで、他国C/Pが指導をより円滑に受け入れることが可能となる。本プロジェクトでは過去に実績や信頼を勝ち得た専門家チームの継続指導と育成された現地C/Pによる協働チームによる活動展開が行われたことにより、3年という短期間でプロジェクトを成功裡に進めることができた。

\*特に前プロジェクトで保健省看護課長補佐を務めたC/Pは、本プロジェクトにおいて広域協力プロジェクトテクニカルマネージャーを務め、周辺4カ国C/Pに対する技術指導や常日頃の相談役として貢献した。

## (2) エルサルバドルの成功例と各国関係者の目標意識の向上

日本の成功事例のみを例として日本人専門家から指導を受ける場合、指導を受けるC/Pは「この取り組みは日本だから成功したのであり、環境や人材が異なるわれわれの国では達成不可能だ」との諦め意識をもつケースも多い。本プロジェクトでは、エルサルバドルにおける過去のプロジェクト（「看護教育強化プロジェクト」1997年～2002年実施）を通じて育成された当国人材や制度、取り組みを他国関係者が目の当たりにし、またこれまでのプロセスを現地人材の口から直接聞くことができ、「同じような環境で人材をもつ国がここまで頑張ったのだから、われわれも努力すればできる」と感じ、周辺国人材は成功国を目標にモチベーションを高め、目標意識を明確にもちながら活動に取り組むことができた。

## (3) 自立発展性を考慮した中央・地方委員会体制による展開

前項の教訓（1）で述べたとおり、本プロジェクトでは過去のエルサルバドルでの協力成果に基づき、テーマごとに中央・地方委員会体制を敷いた活動展開を行うことで、中央、地方がそれぞれの役割を果たしながら、地方レベルで研修実施、モニタリングを完結できるシステムを構築した。中央レベルのみで計画策定から実施、モニタリングを行おうとすると、中央及び地方の双方のC/Pに多大な負担（コスト、時間、体力）がかかり、自立発展性に乏しい結果となってしまふところ、成功に基づくこの委員会体制によって、各国でより負担の少ない活動の展開が可能となった。また、中央委員の数名だけが各テーマの責任者であるというものではなく、数十名からテーマによっては数百名の地方委員を入れた全国的継続教育体制がとられたことで、たとえ看護課長・看護学校長（学科長）・看護協会長が交替しても少ない影響で活動が継続できる、という揺るぎないシステムが構築された。さらに、プロジェクトが採用した地方委員会体制を通じた活動展開方法は、中南米各国で進展する保健の地方分権化の流れに即した時機を得たものであり、県保健局長からの受入もスムーズに行われた。

## (4) 中央・地方委員会体制による研修展開を支えたエルサルバドルでのC/P研修

上記（3）のとおり、各国において中央委員会及び地方委員会における研修が円滑に展開されている点に関し、これら各国内委員会の立ち上げ前にエルサルバドルで実施されたC/P研修において、5テーマすべてにその内容の伝達のみではなく、C/Pらが自国において各テーマの研修ファシリテーターとなるべく、「教授案作成」、「教材作成」、「看護倫理」の講義を1週間

かけ実施したことが要因としてあげられる。自国における指導の実践を念頭におき、質の高い指導者の形成をめざしたエルサルバドルでの研修が、各国での委員会体制による円滑な活動展開を支えた。

(5) 各国への頻繁な訪問・指導

5カ国を対象とした本プロジェクトは、プロジェクト拠点をエルサルバドルに構え、日本人専門家リーダー及びエルサルバドル人指導者が各国への指導にあたった。日本人専門家リーダーとエルサルバドル人材（特に広域協力プロジェクトテクニカルマネージャー）は、周辺4カ国に対し、月2回、1回4日間で4～5委員会の指導及びプロジェクト管理者らとの会合のため出張し、C/Pと顔を合わせて直接の技術指導・相談にあたった。複数にまたがる広域案件にとって、専門家等指導的立場にある人物が各国で直接の指導を行うために定期的な出張を行うことは、電子メールや電話等では伝えきれない各国の進捗確認・課題把握とこれに応じた技術指導、及びC/Pのモチベーション維持・向上等のために必要不可欠であるが、拠点国における業務取りまとめや事務的作業等もあり、対象国が多くなれば多くなるほど頻繁な訪問が困難になるのが実情である。日本人専門家リーダー及びエルサルバドル人指導者は、プロジェクト期間中これを遂行し、現場での直接指導を頻繁に行ったことが、プロジェクトの成功を支えた1つの要因であるといえる。

(6) 各国C/Pの連帯感、競争意識、これを支えたコミュニケーションツール

一般に、中南米地域（この場合西語圏諸国）は、歴史、言語、宗教等の社会・経済的背景に多くの共通点を有し、各国間の連帯意識、競争意識が強い地域である。この地域において、2002年から2006年まで実施された第三国研修を通じて、既に広域展開の地ならしが行われた。このような背景をもとに、今回のプロジェクトでは、エルサルバドルを拠点に、共通のプロジェクトデザインの下、5カ国で同じ目標を掲げ、国ごとの課題はあるものの、進捗や課題を常に共有し、解決の糸口を他国ケースから学ぶなどして共通の活動に取り組んだ。これらプロジェクト活動を支える基盤として存在していたものが当地域における連帯意識、競争意識であり、プロジェクトという共通のステージを提供することにより、各国関係者はこの連帯意識、競争意識をポジティブに作用させ、更に強化しながら、プロジェクトの成果発現にシナジー的効果を与えた。また、これを支えたツールがスカイプやビデオ会議といった遠隔コミュニケーションツールであり、時差のほとんどない各国間における日常の技術指導、情報・課題の共有などを可能とし、プロジェクトの成功に大きく貢献した。

(7) 各国保健大臣レベルのプロジェクトへの参画とこれを可能にした大臣への積極的なアプローチ

本プロジェクトは、保健大臣が各国におけるプロジェクト総責任者を務めており（グアテマラは次官）、これら大臣レベルがプロジェクトに高い理解を示し、合同調整委員会の際には国境を越えて参集するなど、大臣レベルのプロジェクト活動に関する強力なバックアップを得て展開することが可能となった。大臣レベルが合同調整委員会のために国境を越えて参加し、大臣からのコミットメントを引き出すことはプロジェクト成功に大きく貢献した一要因であるが、これは、日本人専門家リーダーが大臣レベルに対し熱心に行ってきた「営業努力」

「政治センス」の賜物である。同専門家は、各国への出張機会をとらえ、保健大臣に対しても熱心に訪問・報告を行うとともに、公私にわたる細心の交流努力を重ねてきた。日本人専門家及び各国C/Pの活動努力に大臣が応えた、容易には実現しない努力の結晶である。

(8) C/Pの努力

上記(7)のとおり、日本人専門家リーダーは、その「政治センス」をもって保健大臣レベルに対しても積極的に「営業努力」を行ってきた。この努力によって大臣レベルからのトップダウンによるプロジェクト推進力が働いたが、日本人専門家の働きかけにあわせ、現場を担うC/Pも大臣レベルを動かすだけの努力と結果を残してきたことにより、意思決定レベルと現場の双方からプロジェクトの成功に相乗効果を与えた。大臣レベルへの「営業」だけに注力すると、ややもすると現場の実情・ニーズが未反映の、日本人専門家に都合のいい営業活動となり、C/Pや中間管理職が窮する危険性もあるが、本プロジェクトにおいては、現場におけるC/Pの努力がプロジェクトの成功を大きく支えたという点も挙げておきたい。

## 第7章 団長所感

終了時評価調査団の本体は、ニカラグアとホンジュラスで現地調査をした後、エルサルバドルで5カ国代表団と協議をし、6月18日にエルサルバドル保健大臣とM/Mの署名に至った。広域協力については、妥当性、インパクトは極めて高いと判断されたものの、昨年のメキシコを発生源とする新型インフルエンザのため、半年間プロジェクト活動が停滞するなど、外部条件の阻害要因によって、プロジェクト目標の達成は本年8月の終了時までには見込めないと判断され、1年間の延長が適当であると結論された。ただし、C/Pの育成は進展してきており、日本人専門家の投入は業務調整員1名の長期派遣とプロジェクトリーダーのシャトル型短期派遣とし、第三国専門家（エルサルバドル、ドミニカ共和国、パラグアイ）の活用が望ましいと思料される。エルサルバドルの二国間協力については、所期の成果を達成し成功裡に終了することと結論された。保健省看護課及びサンタ・アナ県のC/Pの人材育成は大きく進展し、成果4の西部保健地域事務所管内の他の2県への成果の普及も開始されたところである。サンタ・アナ県での成果が高いこともあり、2県でサンタ・アナ県同様の成果を出すためのプロジェクト期間延長の希望が大きく表明されたが、育成されたC/Pによる自立発展に委ねることとされた。

広域協力の延長期間についてのPDMは、延長R/Dの締結までにプロジェクトで作成することとなった。基本的考え方は、成果1「看護基礎教育指導者に対する教育が改善される」と成果3「看護に関する教育と臨地の連携が強化される」については、遅れを取り戻し所期の成果を達成することである。成果2「看護教育の標準化に向けた活動が計画・実施される（グアテマラ、ニカラグア）」については、カナダの看護カリキュラム作成の援助の影響もあり、成果をカリキュラム案の作成までにとどめることが考えられる。成果4「自立発展のための活動が推進される」については、その活動の拡大として現行プロジェクト開始時には予定されていなかったエルサルバドル、ドミニカ共和国とグアテマラのリプロダクティブヘルス委員会の強化、5カ国看護教育ネットワークへの他のSICA域内国の自主的参加の促進が考えられよう。

5月27、28日にパナマシティで開催されたCOMISCAで、コンスエロ広域PTMから広域看護プロジェクトの発表があり、それに対してパナマの保健大臣から5カ国看護ネットワークへの参加の希望が述べられた。2002年から2006年まで実施されたエルサルバドルでの中米カリブ看護教育第三国研修にはパナマとコスタリカも参加しており、この両国が参加すればほぼSICA域内をカバーすることとなる。COMISCA事務局では保健人材育成プログラムを展開しており、本ネットワークとの連携の維持強化を希望している。

今回訪問したホンジュラスでは、担当副大臣が、JICAプロジェクトで建設され屋根の破損のためほとんど使用されていない保健省看護研修センターを保健省予算で改修すると表明した。プロジェクトから再三申し入れてきたことであり、実現されれば現在ホンジュラス自治大学看護学部内にあるプロジェクト事務所を看護研修センターに移転し、プロジェクト運営が本来あるべき姿を取り戻し、活動が大きく進展することが期待される。

臨地連携によって得られるC/Pの高い達成感と自己効力感が、人材開発の成果を象徴しており、

保健大臣のイニシアティブ発揮が看護行政組織の強化を象徴しており、双方相まってJICAプロジェクトがめざすキャパシティディベロップメントが非常に高く達成されつつあることが印象づけられたことを、本所感の結論とする。

## 付 属 資 料

1. ミニッツ・合同評価報告書（西語）
2. PDM（日本語）
3. 供与機材 維持管理/使用状況表（日本語）

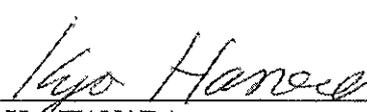
**MINUTA DE REUNIONES**  
**ENTRE LA MISION DE EVALUACION FINAL DE LA AGENCIA DE**  
**COOPERACIÓN INTERNACIONAL DEL JAPÓN**  
**Y LOS MINISTERIOS DE SALUD DE EL SALVADOR, GUATEMALA,**  
**NICARAGUA Y REPÚBLICA DOMINICANA**  
**Y LA SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS**  
**SOBRE LA COOPERACIÓN TÉCNICA JAPONESA**  
**PARA EL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN**  
**BÁSICA Y PERMANENTE DE ENFERMERÍA EN EL SALVADOR,**  
**GUATEMALA, HONDURAS, NICARAGUA Y REPÚBLICA DOMINICANA**

La Misión Japonesa de Evaluación Final (en adelante referida como la “Misión Japonesa”) organizada por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante referida como la “JICA”) y encabezada por el Dr. Kyo Hanada, visitó El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana del 15 de mayo al 17 de junio de 2010, con el propósito de conducir una revisión de las actividades del Proyecto de Fortalecimiento de la Educación Básica y Permanente de Enfermería en El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana (en adelante referido como el “Proyecto”).

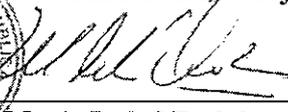
Durante su estancia, la Misión Japonesa sostuvo una serie de discusiones con los representantes de las autoridades concernientes de El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana, así como con los expertos japoneses asignados, para realizar una evaluación integral .

Como resultado de las discusiones arriba mencionadas, las partes estuvieron de acuerdo en los asuntos referidos en el documento adjunto elaborado en español.

San Salvador, 17 de junio de 2010

  
**Dr. Kyo HANADA**  
Líder  
Equipo de Evaluación Final  
Agencia de Cooperación Internacional  
del Japón (JICA)  
Japón



  
**Dra. María Isabel Rodríguez**  
Ministra de Salud y  
Directora General del Proyecto “Ángeles”  
Sede El Salvador  
El Salvador

Como resultado de la evaluación final del Proyecto, la Misión y los evaluadores de los 5 países del Proyecto, acordaron en presentar las siguientes recomendaciones y lecciones a las autoridades competentes a fin de que las recomendaciones sean consideradas como tareas a seguir durante y después del período del Proyecto. Asimismo, llegaron a la conclusión de que es necesario que el Proyecto Regional tenga una prórroga de un (1) año, con el objetivo de conseguir todos los resultados del Proyecto realizando las actividades pendientes. El resultado detallado de la presente evaluación se describe en el informe anexo.

## 1. Proyecto Regional

### Recomendaciones

**(1) Preparar planes de actividades por componentes a fin de completar la capacitación, monitoreo y evaluación.**

*- Recomendación para el Proyecto y los Ministerios (Secretarías) de Salud -*

**(2) Completar a través de los Comités Locales la capacitación a docentes e instructores de educación básica de enfermería sobre Proceso de Atención de Enfermería (PAE), Enfermería Comunitaria (EC), Integración Docencia-Servicio (IDS), Salud Reproductiva (SR)**

*- Recomendación para el Proyecto y los Ministerios (Secretarías) de Salud -*

**(3) Continuar actividades para la estandarización (desarrollo curricular) de la educación básica de enfermería**

*- Recomendación para el Proyecto y los Ministerios de Salud de Guatemala y Nicaragua -*

**(4) Impulsar la incorporación en las políticas de salud de los componentes de SC, PAE, SSR, IDS y DC desarrollados con las enfermeras a través del proyecto y continuar gerenciando los comités nacionales y locales y otorgar permiso para la participación de los integrantes de los comités en las actividades.**

*- Recomendación para los Ministerios (Secretarías) de Salud -*

B.A.R.9

**(5) Apoyar la estandarización de los manuales, guías de capacitación y modelos en cada componente**

*- Recomendación para los Ministerios (Secretarías) de Salud -*

Handwritten signatures and initials scattered across the bottom of the page, including a circled 'M', 'A', 'E', 'S', 'W', and 'J'.

(6) Continuar con la capacitación, monitoreo y evaluación utilizando los propios recursos financieros o el financiamiento externo para lograr la sustentabilidad

- Recomendación para el Proyecto y los Ministerios (Secretarías) de Salud -

(7) Formación continua del cuerpo docente por componentes y su utilización en los países

- Recomendación para el Proyecto y los Ministerios (Secretarías) de Salud -

(8) Apoyar a los países para intercambiar informaciones y experiencias a través de videoconferencia

- Recomendación para JICA -

(9) Formar la red regional de enfermería a fin de multiplicar las actividades (Educación Básica y Permanente de Enfermería) hacia otros países.

- Recomendación para los Ministerios (Secretarías) de Salud, El Proyecto, JICA en coordinación con Instituciones Formadoras de Recursos Humanos de Enfermería (Universidades y Educación Superior no Universitaria), Asociaciones de Profesionales de Enfermería y Colegios.

Asimismo, estudiar la utilización del sistema regional y programas de Cooperación Sur-Sur con el apoyo de JICA.

- Recomendación para los Ministerios (Secretarías) de Salud, el Proyecto y JICA.

(10) Desarrollar la red regional de enfermería para incidir en las áreas de otras disciplinas (ejemplo; Formación de los equipos de salud para la contingencia).

- Recomendación para los Ministerios (Secretarías) de Salud, el Proyecto y JICA -

B. A. R. G

### Lecciones

(1) Estructuración y efectividad del sistema eficiente y permanente para formar recursos humanos a través de los comités nacionales y locales.

(2) Fortalecimiento del desarrollo de actividades del Proyecto por la participación y acompañamiento de los Ministros (Secretarios) de Salud.

(3) Mantenimiento de la motivación y la generación de la conciencia de la solidaridad y superación entre los países a través de la utilización de las herramientas de comunicación y la asesoría periódica de los expertos en los países

(4) Utilización efectiva y eficiente de los recursos humanos de terceros países

(5) Efectividad de los programas de capacitación con énfasis en la práctica

(6) Efectividad de administrar un proyecto regional utilizando un único PDM

M  
(M)

Kyo

AS

B

S

M

Ute

J

2. Proyecto Bilateral entre El Salvador y Japón .

Recomendaciones

- (1) Preparar planes de actividades y su ejecución, monitoreo y evaluación en la Región Occidental de Salud respecto a la capacitación del componente obstétrico en el marco de la educación permanente a través de la Unidad de Enfermería del Nivel Central con miras a su implementación a nivel nacional .

- Recomendación para la Región Occidental de Salud, el Ministerio de Salud, el Proyecto -

- (2) Asegurar los recursos financieros internos y externos para dar continuidad a la capacitación, monitoreo y evaluación en la Región Occidental de Salud. Asimismo, asegurar la conservación y mantenimiento del material, mobiliario, equipo y vehículo; así como la utilización de la infraestructura de los centros de Habilidades Obstétricas Perinatales para enfermería que funcionan en la Región Occidental de Salud.

- Recomendación para la Región Occidental de Salud, el Ministerio de Salud, el Proyecto -

- (3) Elaborar en el futuro un manual de gerencia y administración sobre la educación permanente de enfermería.

- Recomendación para la Región Occidental de Salud, el Ministerio de Salud, el Proyecto -

- (4) Fortalecer la capacidad como personal docente de salud reproductiva en el ámbito de la cooperación regional y asimismo fortalecer el rol de promover a compartir informaciones y experiencias entre los países participantes.

- Recomendación para la Región Occidental de Salud, el Ministerio de Salud, el Proyecto -

B.A.R.G

Lecciones

- (1) Desarrollo expedito de actividades basado en los resultados obtenidos en los proyectos anteriores (estrategia de trabajo en red de los comités nacionales y locales).

- (2) Cambio de percepción de médicos hacia las enfermeras por el fortalecimiento de capacidad de enfermeras.

- (3) Captación precisa del latido cardíaco fetal permitiendo el fortalecimiento del vínculo afectivo entre la madre y los miembros de la familia por la introducción de Doppler.

- (4) Mejoramiento en la calidad de atención a las embarazadas a través de los comités multidisciplinares formados a iniciativas de enfermeras.

*Handwritten initials: M, (M)*

*Handwritten initials: Kya*

*Handwritten initials: A*

*Handwritten initials: R*

*Handwritten initials: S/L*

*Handwritten initials: Udet*

*Handwritten initials: S, D, J*

那須隆

Sr. Ryuichi NASU  
Representante Residente de JICA en El Salvador



Sr. Takao SASAKI  
Representante Residente de JICA en Guatemala

Dr. Pedro Ricardo Rosales Arroyo  
Vice-Ministro de Salud y Director Nacional del Proyecto "Ángeles" en Guatemala



Sr. Akihiko YAMADA  
Representante Residente de JICA en Honduras

Dr. Arturo Bendaña Pinel  
Secretario de Estado de Salud y Director Nacional del Proyecto "Ángeles" en Honduras



Sr. Takao ISHIKAWA  
Representante Residente de JICA en Nicaragua

Dra. Sonia Castro González  
Ministra de Salud y Director Nacional del Proyecto "Ángeles" en Nicaragua



Sr. Tadashi IKESHIRO  
Representante Residente de JICA en República Dominicana

Dr. Bautista Rojas Gómez  
Ministro de Salud y Director Nacional del Proyecto "Ángeles" en República Dominicana

**DOCUMENTO ADJUNTO**

**Informe de la Evaluación Final  
Proyecto Regional para Centroamérica y El Caribe  
Proyecto para el Fortalecimiento de la Educación Básica y Permanente  
de Enfermería**

**Estudio de Evaluación Final**

B.A.R.G

Junio, 2010

*Q*  
*(M)*

*Kyo*

*AA*

*E*

*S*

*Uic*  
*Ur*

*S*

*(D)*

*Jez*

## Índice

### Cuadro de Abreviaturas

<b>Capítulo 1. Generalidades del Estudio de Evaluación Final</b> .....	1
<b>1-1 Antecedentes del envío de la Misión de estudio de evaluación</b> .....	1
<b>1-2 Objetivos del envío de la misión</b> .....	1
<b>1-3 Miembros de la misión y el cronograma del estudio</b> .....	3
<b>1-4 Generalidades del Proyecto</b> .....	8
<b>Capítulo 2. Métodos de evaluación</b> .....	10
<b>2-1 Evaluación conjunta</b> .....	10
<b>2-2 Procedimientos de evaluación</b> .....	10
<b>2-3 5 criterios de evaluación</b> .....	10
<b>2-4 Confirmación de la PDM</b> .....	11
<b>Capítulo 3. Confirmación de los resultados y el proceso de implementación</b> .....	12
<b>3-1 Insumos aportados para el Proyecto Regional</b> .....	12
<b>3-1-1 Aportaciones realizadas para el Proyecto Regional</b> .....	12
<b>3-1-2 Actividades realizadas para el Proyecto Regional</b> .....	17
<b>3-1-3 Grado de Alcance de los Resultados</b> .....	29
<b>3-1-4 Grado de Alcance del Objetivo del Proyecto</b> .....	35
<b>3-1-5 Perspectiva del Alcance del Objetivo Superior</b> .....	36
<b>3-1-6 Proceso de implementación</b> .....	37
<b>3-2 Insumos aportados para el Proyecto Bilateral</b> .....	38
<b>3-2-1 Aportaciones realizadas para el Proyecto Bilateral</b> .....	38
<b>3-2-2 Actividades realizadas por el Proyecto Bilateral</b> .....	39
<b>3-2-3 Grado de alcance de los Resultados</b> .....	45
<b>3-2-4 Grado de Alcance del Objetivo del Proyecto</b> .....	49
<b>3-2-5 Perspectiva del Alcance del Objetivo Superior</b> .....	50
<b>3-2-6 Proceso de implementación</b> .....	52
<b>Capítulo 4. Resultados de evaluación por 5 criterios</b> .....	53
<b>4-1 Resultados de la Evaluación por 5 Criterios del Proyecto Regional</b> .....	53
<b>4-1-1 Relevancia</b> .....	53
<b>4-1-2 Efectividad</b> .....	54
<b>4-1-3 Eficiencia</b> .....	55
<b>4-1-4 Impacto</b> .....	57
<b>4-1-5 Sostenibilidad</b> .....	57
<b>4-2 Cooperación del Proyecto Bilateral</b> .....	60

4-2-1 Relevancia .....	60
4-2-2 Efectividad .....	60
4-2-3 Eficiencia .....	61
4-2-4 Impacto .....	61
4-2-5 Sostenibilidad .....	63
<b>Capítulo 5. Recomendaciones .....</b>	<b>65</b>
5-1 Recomendaciones para el Proyecto Regional .....	65
5-2 Recomendaciones para el Proyecto Bilateral .....	66
<b>Capítulo 6. Lecciones .....</b>	<b>67</b>
6-1 Lecciones para el Proyecto Regional .....	67
6-2 Lecciones para el Proyecto Bilateral .....	67

ANEXOS:

1. Anexo 1-1 PDM Versión 1 (Proyect Regional)  
Anexo 1-2 PDM Version 1 (Proyect Bilateral)
2. Insumos aportados (Expertos japoneses, asignación del personal)  
Anexo 2-1 Insumos Aportados para Proyecto Regional  
Anexo 2-2 Lista de Equipo Donado para el Proyect Regional  
Anexo 2-3 Insumos Aportados para Proyecto Bilateral  
Anexo 2-4 Lista de Equipo Donado para el Project Bilateral

## Abreviaturas

C/P	Contraparte
CCC	Comité Coordinador Conjunto
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
EC	Enfermería comunitaria
FUDEN	Fundación para Desarrollo de la Enfermería
IDS	Integración docencia servicio
INAM	Instituto Nacional de la Mujer
JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ODA	Asistencia Oficial para Desarrollo
ODMs	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	Organización Non Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Proceso de atención de enfermería
PDM	Matriz de Diseño de Proyecto
PO	Plan de Operación
POLISAL	Instituto Politécnico de la Salud
R/D	Registro de Discusiones
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
SILAIS	Systema Local de Atencion Integral a la Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UASD	Universidad Autónoma de Santo Domingo
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNAN	Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

## **Capítulo 1. Generalidades del Estudio de Evaluación Final**

### **1-1. Antecedentes del envío de la Misión de estudio de evaluación**

En la región de Centroamérica y El Caribe, el tema del mejoramiento de la calidad de servicios de salud y asistencia médica es considerado como una tarea importante. Sobre todo, son retos de carácter prioritario el mejoramiento de la calidad de la educación básica (educación formativa) y de la educación permanente en los establecimientos de salud para los enfermeros que se encargan de brindar servicios médicos en dichos establecimientos, junto con el aseguramiento del empleo para las personas de esta profesión.

En cuanto a la educación básica de enfermería, todavía no existe un plan estandarizado de estudio en muchos países de la Región, tampoco existe mecanismo que asegure la calidad de la educación que se realiza en diferentes instituciones educativas. También se informa de las brechas existentes entre el contenido aprendido mediante la educación formativa y las técnicas requeridas en los establecimientos de salud.

Ante esta situación, Japón recibió la solicitud de cooperación en el área de educación en enfermería por parte de 5 países de la Región: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana. Para responder a esta solicitud de manera eficiente y efectiva, la JICA decidió implementar un proyecto de cooperación regional en el área de educación en enfermería, con sede en El Salvador a partir de septiembre de 2007 con un plazo de 3 años. Con el propósito de mejorar la calidad de la educación en enfermería, se implementan acciones concretas de cooperación en las siguientes dos vertientes simultáneamente; 1) cooperación en el área de educación básica de enfermería para los 5 países arriba mencionados (cooperación regional), y 2) cooperación en el área de educación permanente de enfermería para El Salvador (cooperación bilateral normal).

Se acerca la fecha de terminación del Proyecto, que es agosto de 2010, por lo que se tomó la decisión de enviar una misión de estudio de evaluación con el propósito de llevar a cabo una evaluación final para evaluar y verificar los logros obtenidos, los resultados producidos y el nivel alcanzado del objetivo del Proyecto, así como para formular recomendaciones para futuras actividades del Proyecto e identificar lecciones aprendidas que sean provechosas para la implementación de futuros proyectos similares.

### **1-2. Objetivos del envío de la misión**

- (1) Con base en el Registro de Discusiones (R/D), el Plan de Operación (PO), la Matriz de Diseño de Proyecto (PDM) y otros documentos relacionados, revisar los logros obtenidos y el proceso de implementación del Proyecto. De igual manera, confirmar los logros obtenidos, resultados producidos y el nivel alcanzado del objetivo del Proyecto junto con las personas relacionadas de cada uno de los países, basándose en los cuestionarios.
- (2) Con base en los resultados del estudio antes mencionado, identificar los factores que

contribuyeron o impidieron los logros del Proyecto para realizar su evaluación desde el punto de vista de los 5 criterios de evaluación: pertinencia, efectividad, eficiencia, impacto y sostenibilidad.

- (3) Con base en los resultados de la evaluación antes mencionada, hacer un intercambio de opiniones sobre los problemas que existen para llevar a cabo las actividades en el plazo restante del Proyecto, sus contramedidas, así como las medidas para mantener constantes los efectos del Proyecto aun después de haberlo terminado. Los resultados se presentarán como “Recomendaciones” en el Informe de Evaluación.
- (4) Encontrar las “Lecciones Aprendidas” que sean útiles para la implementación de futuros proyectos similares.
- (5) Registrar todos los resultados del estudio y evaluación antes mencionados en el Informe de Evaluación Conjunta.
- (6) Verificar los resultados de la evaluación y de los intercambios de opiniones en la reunión del Comité de Coordinación Conjunta para llegar a un acuerdo, dejando su registro en el Acta de Reuniones (Minuta) que será suscrita por las partes interesadas.

### 1-3. Miembros de la misión y el cronograma del estudio

#### (1) Miembros del equipo de evaluación conjunta

< Japón >

Nombre	Cargo	Pertenencia	Período
Kyo HANADA (Dr.)	Líder de la misión	Asesor veterano (en Salud) Departamento de desarrollo humano, JICA	5-19 Junio, 2010
Tomoyuki ODANI (Sr.)	Cooperación y planeación	División de salud 4, Grupo de salud 2, Departamento de desarrollo humano, JICA	5-21 Junio, 2010
Michiko FUJIMOTO (Srta.)	Evaluación y análisis	Consultor veterano, Departamento de asuntos exteriores Fujita Planning Co., Ltd.	15 Mayo -21 Junio, 2010
1) Yuko YAGI (Sra.) 2) Keiko SUZUKI (Sra.) 3) Kyoko Ota (Sra.)	Intérprete	1) 2) Ambas intérpretes serán enviadas de México. 3) Ambas intérpretes serán enviadas de El Salvador	1) 16 Mayo-5 Junio, 2010 2) 5-14 Junio, 2010 3) 14-16 Junio, 2010

< Contraparte >

#### Proyecto Regional

Nombre	Área
<b>El Salvador</b>	
Vilma Elena Martínez Martínez	Coordinadora General
María Consuelo Olano de Elías	Coordinadora Técnica Regional
Elsy Beatriz Henríquez de Guzmán	Miembro del Consejo Asesor
María Angela Elías Marroquín	Miembro del Consejo Asesor
Sonia Margarita Centeno Rivera	Coordinadora Técnica Bilateral
Maria Benita de Rivera	Funcionaria local de JICA
Mary de Rivera	Experta
Alegandra Castillo	Experta
Yesenia Flores de Santos	Experta
María Elena de Zelaya	Experta
Salomé Palacios	Experta
Patricia de Alfaro	Experta
Carmen de Arriaza	Experta
<b>Guatemala</b>	
Blanca Lidia García de Carrillo	Coordinadora Técnica del Proyecto
Glenda Martínez	Funcionaria local de JICA

<b>Honduras</b>	
Lesly Xiomara López	Coordinadora Nacional del Proyecto
María Fidelina Flores de Euceda	Coordinadora Técnica del Proyecto
Reina Lidylia Grogam Núñez	Miembro del Consejo Asesor
Leda Yanet Sánchez	Miembro del Consejo Asesor
Sakiko Watanabe	Funcionaria local de JICA
Mayra Yolany Carbajal	Funcionaria local de JICA
<b>Nicaragua</b>	
Miriam Chavez Gonzalez	Coordinadora Nacional del Proyecto
Fátima Zúniga Arévalo	Coordinadora Técnica del Proyecto
Zeneyda Quiroz Flores	Miembro del Consejo Asesor
Gloria del S. Orozco Hernández	Miembro del Comité de IDS
Elizabeth Hernandez	Funcionaria local de JICA
<b>República Dominicana</b>	
Ercilia Cruz de Tamayo	Coordinadora Nacional del Proyecto
Minerva Hilario Peralta	Coordinadora Técnica del Proyecto
Juana María Méndez	Miembro del Consejo Asesor
Luz Caridad Pantaleón	Miembro del Comité de IDS
Doris Holguin	Funcionaria local de JICA

#### Proyecto Bilateral

<b>Nombre</b>	<b>Área</b>
<b>Sede del Proyecto</b>	
Vilma Elena Martínez Martínez	Coordinadora General
María Consuelo Olano de Elías	Coordinadora Técnica Regional
Sonia Margarita Centeno Rivera	Coordinadora Técnica Bilateral
<b>Facilitadoras del Salud Reproductiva</b>	
Ana Cristina Vanegas de Velásquez	Facilitadora
Jessica Johanna Solórzano Aguirre	Facilitadora
María de los Angeles García	Facilitadora
Matilde del Tránsito Alfaro Sánchez	Facilitadora
Norma Angélica Cáceres de López	Facilitadora
Silvia Griselda Vasquez Villata de Garza	Facilitadora
<b>Región Occidental de Salud</b>	
Beatriz Ortíz de Aguilar	Sub Directora Ejecutiva del Proyecto

	Directora Región Occidental de Salud
Ana Miriam Guadrón de Fuentes	Sub Coordinadora Técnica del Proyecto Jefa Unidad de Enfermería Región Occidental de Salud

(2) Cronograma

DIA Y FECHA	HORA	ACTIVIDAD	HORA	ACTIVIDAD
		<b>Fujimoto(Srta), Intérprete</b>		<b>Hanada(Dr) y Sr. Odani(Sr.)</b>
<b>M A Y O</b>				
SABADO 15	16:35	Salida de Narita (CO008) Llegada a New York		
DOMINGO 16	07:15 10:54 17:50	Salida de New York (CO743) Llegada a Santo Domingo Reunión con Expertos Japoneses		
LUNES 17	11:30 13:00	Visita de cortesía a JICA Entrevista con Coordinadora Nacional y Técnica		
MARTES 18	9:00 13:00 15:00	Entrevista con Integrantes de Comités Nacional y Locales de Proceso de Atención de Enfermería Entrevista con Integrantes del Consejo Asesor Entrevista con Integrantes de Comités Nacional y Locales de Salud Sexual y Reproductiva		
MIERCOLES 19	8:00 9:00 14:00	Visita de cortesía a Ministro de Salud de República Dominicana Entrevista con Integrantes del Comité Nacional y Locales de Integración Docencia Servicio. Entrevista con Integrantes de Comité Nacional y Local de Enfermería Comunitaria.		
JUEVES 20	9:00 14:00 16:00	Visita al Hospital Plaza de la Salud y Hospital R. Read. Visita a la Carrera de Enfermería de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Visita a la Asociación de Enfermeras		
VIERNES 21	9:10 13:17 14:30	Salida de Santo Domingo (Vía Panamá) (CM271) Llegada a Tegucigalpa (CM824) Visita a la Oficina del Proyecto "Angeles" Entrevista con Coordinadora Nacional y Técnica del Proyecto		
SABADO 22	AM PM	Elaborar Informe		
DOMINGO 23	AM PM	Elaborar Informe		
LUNES 24	9:00 13:30	Entrevista con Integrantes de Consejo Asesor en la Oficina del Proyecto (Representante de Docencia y Presidenta de ANES) Entrevista con integrantes del Comité de Integración Docencia Servicio en la oficina del Proyecto		
MARTES 25	9:00 10:30 13:30	Visita a Centro de Capacitación e Investigación de Enfermería(C.C.I.E.) Visita al Hospital donde se está aplicando el Proceso de Atención de Enfermería. (Hospital San Felipe y Instituto Nacional Cardiopulmonar) Entrevista con integrantes del Comité Nacional y		

DIA Y FECHA	HORA	ACTIVIDAD	HORA	ACTIVIDAD
		Locales de Proceso de Atención de Enfermería.		
MIERCOLES 26	9:00 14:00	Entrevista con Integrantes del Comité Nacional y Local de Salud Sexual Reproductiva Reunión con la Coordinadora Nacional y Técnica, sobre sostenibilidad del Proyecto.		
JUEVES 27	6:49 9:20 13:30 14:00 16:15	Salida de Tegucigalpa (Vía San Salvador) (TA214) Llegada a Guatemala (TA320) Visita de cortesía a la oficina de JICA Participación en Videoconferencia del Componente de Salud Sexual y Reproductiva Entrevista con integrantes del Comité de Salud Sexual y Reproductiva que participan en la videoconferencia		
VIERNES 28	9:00 10:00 14:00	Visita de cortesía al Viceministro de Salud Entrevista con la Coordinadora Nacional y Coordinadora Técnica. Entrevista con las integrantes del Consejo Asesor.		
SABADO 29	AM PM	Elaborar Informe		
DOMINGO 30	AM PM	Elaborar Informe		
LUNES 31	9:00 13:30	Entrevista con integrantes del Comité de Proceso de Atención de Enfermería. Entrevista con integrantes del Comité de Integración Docencia Servicio.		
<b>J U N I O</b>				
MARTES 1	9:00 13:30	Entrevista con integrantes del Comité de Diseño Curricular Entrevista con Integrantes de Comité Nacional de Enfermería Comunitaria.		
MIERCOLES 2	5:00 11:29 12:24 14:00	Salida de Guatemala (Vehículo) Llegada a El Salvador Salida de El Salvador (CM410) Llegada a Nicaragua Entrevista con Coordinadoras Nacional y Técnica.		
JUEVES 3	9:00 13:00 16:00	Entrevista con integrantes del Comité Desarrollo Curricular Entrevista con integrantes del Comité de Integración Docencia Servicio en POLISAL Entrevista con integrantes de Consejo Asesor		
VIERNES 4	9:00 12:00 14:00	Entrevista con integrantes del Comité Proceso de Atención de Enfermería. Salida de Managua a León Entrevista con integrantes del Comité Nacional y Locales de Enfermería Comunitaria		
SABADO 5		Elaborar informe	16:55 19:56	Salida de Narita (vía Houston) Llegada a Managua
DOMINGO 6		Reunión con Misión Evaluadora		
LUNES 7	9:00 11:00 13:00 14:30	Visita de cortesía a JICA Visita de cortesía a Exministro de Salud Visita de cortesía a Ministra de Salud Reunión con Coordinadoras Nacional, Técnica; y Consejo Asesor en la oficina del Proyecto.		

DIA Y FECHA	HORA	ACTIVIDAD	HORA	ACTIVIDAD
MARTES 8	6:38 7:33 9:30 14:00	Salida de Nicaragua (TA 314) Llegada a El Salvador Entrevista con Coordinadora Regional y del Componente Nacional. Entrevista con Expertas del Comité de Currículo.	6:38 9:30 AM 14:00	Salida de Nicaragua (Vía San Salvador)(TA314) Llegada a Tegucigalpa Visita de Cortesía a JICA y Reunión con funcionarios de JICA Reunión con Coordinadora Nacional, Técnica y Consejo Asesor
MIERCOLES 9	9:00 14:00	Entrevista con Expertas de Comité Integración Docencia Servicio. Entrevista con Expertas de Comité de Enfermería Comunitaria.	AM AM PM	Visita de Cortesía a Ministro de Salud de Honduras Visita a Centro de Capacitación e Investigación de Enfermería Evaluación Intermedia del Proyecto de Salud Sexual Reproductiva para Adolescentes en el Departamento de Olancho.
JUEVES 10	9:00 13:00 14:00	Entrevista con Expertas de Comité de Proceso de Atención de Enfermería Traslado de San Salvador a Santa Ana Entrevista con Integrantes de Comité de Salud Sexual Reproductiva	AM PM	Evaluación Intermedia del Proyecto de Salud Sexual Reproductiva para Adolescentes en el Departamento de Olancho.
VIERNES 11	9:00 11:00	Entrevista con la Directora Ejecutiva del Proyecto (Licda. Angela Elías Marroquín) Entrevista con Expertas y Voluntarias Japonesas.		
SABADO 12	AM	Elaborar Informe		
DOMINGO 13	AM PM	Elaborar Informe Reunión con Misión Evaluadora	6:49 7:54 PM	Salida de Tegucigalpa (TA214) Llegada a San Salvador Reunión con Consultora
LUNES 14	8:00	Reunión con Coordinadoras, Funcionarios Locales de JICA y Expertos Japoneses de los 5 países y expertas Salvadoreñas.		
MARTES 15	8:00 19:00	Reunión de Coordinadoras, Funcionarios Locales de JICA y Expertos Japoneses de los 5 países y expertas Salvadoreñas. Cena por la Misión Evaluadora		
MIERCOLES 16	8:00	Reunión con Sub-Directora Ejecutiva del Proyecto, Componente Nacional		
JUEVES 17	AM PM	Elaboración de la Minuta de Reunión Conjunta		
VIERNES 18	AM AM PM	Visita a Centro de Habilidades Obstétricas en Santa Ana y a la Unidad de Salud San Rafael Visita a la Embajada de Japón Firma de Minuta de Discusión		
SABADO 19		<Fujimoto (Srta.)> 14:45 Salida de San Salvador a Japón (Vía Houston) (CO774)	<Hanada (Dr.)> 8:35 Salida de San Salvador a Guatemala (TA320)	<Odani (Sr.)> 14:45 Salida de San Salvador a Japón (Vía Houston) (CO774)
DOMINGO 20	10:50	Salida de Houston (CO007)		Salida de Houston (CO007)
LUNES 21	14:20	Llegada a Narita, Japón.		Llegada a Narita, Japón.

#### **1-4. Generalidades del Proyecto**

El Proyecto se inició en septiembre de 2007, con un período previsto de 3 años, teniendo como instituciones de la contraparte a los ministerios de salud de los 5 países. Actualmente, están asignados 4 expertos de largo plazo; asesor en jefe / educación en enfermería (El Salvador), coordinador administrativo del Proyecto (El Salvador), experto en salud reproductiva (El Salvador) y coordinador administrativo del Proyecto / experto de educación en enfermería (Nicaragua). Como se ha mencionado anteriormente, el Proyecto tiene dos vertientes que se llevan a cabo paralelamente; un proyecto en el área de educación básica de enfermería (cooperación regional) y otro proyecto en el área de educación permanente de enfermería con El Salvador (cooperación bilateral normal).

A continuación, se muestran los principales aspectos del proyecto regional y del proyecto bilateral:

#### **(1) Cooperación regional: cooperación en el área de educación básica de enfermería en los 5 países**

<b>Objetivo del Proyecto</b>
Se ha mejorado la capacidad de los docentes de enfermería e instructores de servicio de la educación básica de enfermería en El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana.
<b>Objetivo superior (objetivo que se espera alcanzar después de la terminación del período de cooperación)</b>
Se ha mejorado la calidad de educación de enfermería en Centroamérica y el Caribe.
<b>Resultados esperados</b>
Resultado 1: Se ha mejorado la educación de los docentes de enfermería e instructores de servicio de la educación básica de enfermería. Resultado 2: Se han planificado y ejecutado las actividades para estandarizar la educación de enfermería. (Guatemala y Nicaragua) Resultado 3: Se ha fortalecido la integración de docencia y asistencia en el área de enfermería. Resultado 4: Se han promocionado las actividades para el desarrollo sustentable.

**(2) Cooperación bilateral: cooperación en el área de educación permanente de enfermería en El Salvador**

<b>Objetivo del Proyecto</b>
Se ha mejorado la calidad de capacitación de la educación permanente para el personal de enfermería en el componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana.
<b>Objetivo superior (objetivo que se espera alcanzar después de la terminación del período de cooperación)</b>
Se ha mejorado el servicio de enfermería en el componente obstétrico en los Departamentos de Santa Ana, Sonsonate y Ahuachapan.
<b>Resultados esperados</b>
Resultado 1: Se ha establecido y conducido el proceso de la capacitación de educación permanente para enfermeras y auxiliares de enfermería en el componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana.
Resultado 2: Se ha establecido y ejecutado el método de monitoreo y evaluación de la capacitación de educación permanente para enfermeros en el componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana.
Resultado 3: Se ha mejorado el sistema de gerencia y administración de la capacitación de educación permanente de enfermería en el componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana.
Resultado 4: Se han promocionado las actividades para el desarrollo sostenible.

## **Capítulo 2. Métodos de evaluación**

### **2-1. Evaluación conjunta**

La evaluación del Proyecto se realizará por un equipo conjunto de evaluación, compuesto por el lado japonés y el lado de las instituciones de la contraparte (de los 5 países).

### **2-2. Procedimientos de evaluación**

La evaluación se hará con base en las PDMs tanto para el proyecto regional como para el proyecto bilateral. Se seguirán los siguientes procedimientos de evaluación para cada uno de los proyectos.

- (1) Establecer las preguntas para la evaluación. Se preparan las preguntas con el fin de verificar los aspectos necesarios para realizar la evaluación desde el punto de vista de los 5 criterios de evaluación (los cuales se explicarán más adelante). Estas preguntas se muestran en los Cuadros de Verificación y Evaluación de los Resultados y del Proceso de Implementación. (Las preguntas para la evaluación pueden ser modificadas, aumentadas y disminuidas en el proceso de evaluación.)
- (2) Revisar la información y datos necesarios, así como su método de recolección. Éstos también se muestran en el Cuadro de Evaluación. (De igual manera, éstos pueden ser modificados, aumentados y disminuidos en el proceso de evaluación.)
- (3) Recolectar la información y datos necesarios de acuerdo con el Cuadro de Evaluación.
- (4) Comparar los resultados reales y los planeados del Proyecto desde el punto de vista de los 5 criterios de evaluación (los cuales se explicarán más adelante).
- (5) Revisar los resultados de la presente evaluación realizada desde el punto de vista de los 5 criterios de evaluación.
- (6) Ordenar los resultados de evaluación tomando en consideración sus objetivos.
- (7) Ordenar las recomendaciones y lecciones aprendidas.

### **2-3. 5 criterios de evaluación**

#### (1) Pertinencia

Es el criterio que se usa para cuestionar si la dirección del Proyecto, expresada en el objetivo y el objetivo superior del Proyecto, coincide con las políticas de desarrollo del sector de salud de El Salvador, Guatemala, República Dominicana, Nicaragua y Honduras, en el momento de la evaluación. También se usa para cuestionar si esta dirección del Proyecto antes mencionada coincide con las políticas de asistencia del gobierno de Japón, además de cuestionar si coincide con las necesidades del grupo beneficiario y/o de las instituciones involucradas.

#### (2) Efectividad

A través de este criterio se revisa que el objetivo del proyecto se haya logrado, o se logrará, gracias a la implementación de las actividades del proyecto (y no por otros factores ajenos al proyecto). También se revisa si los resultados del proyecto realmente hayan contribuido al logro del objetivo del proyecto (incluyendo la revisión de la situación de los factores externos).

#### (3) Eficiencia

A través de este criterio se pretende observar qué tanto hayan contribuido los insumos del proyecto para lograr resultados. Es el criterio utilizado para cuestionar la productividad del proyecto. Se revisa no solamente desde el punto de vista del volumen de los insumos invertidos sino también de la calidad y del momento en que estos se aportaron.

#### (4) Impacto

Se refiere al impacto como efecto directo o indirecto creado por el proyecto de manara positiva o negativa. El objetivo superior es el efecto directo y positivo esperado por la implementación del proyecto, por lo que se revisa la posibilidad de su realización. En el momento de la evaluación final, se revisa el estado de aparición de los impactos o su perspectiva.

#### (5) Sostenibilidad

A través de este criterio, se cuestiona si perduran los beneficios alcanzados por el proyecto aun después del término del período de cooperación. (No es para cuestionar la continuidad del proyecto.) Se trata del punto de vista para pronosticar el futuro, por lo tanto, se revisa si existen suficientes factores para que perduren, tomando en consideración los aspectos organizacionales, financieros, de recursos humanos y de respaldos políticos entre otros. En el momento de la evaluación final del proyecto, se revisa la perspectiva de sostenibilidad de este momento, desde estos criterios antes descritos.

### **2-4. Confirmación de la PDM**

En la mayoría de los proyectos de la JICA, la PDM es utilizada como una herramienta para mostrar el resumen del proyecto. En esta evaluación, se considera la PDM1 acordada por las instituciones relacionadas en febrero de 2009 durante el Estudio de la Evaluación Intermedia como el plan del proyecto para llevar a cabo la evaluación.

### Capítulo 3. Confirmación de los resultados y el proceso de implementación

#### 3-1 Insumos aportados para el Proyecto Regional

##### 3-1-1 Aportaciones realizadas para el Proyecto Regional

(1) Insumos aportados por el lado japonés

1) Envío de expertos (ver el Anexo 1 del Informe de la Evaluación Conjunta para los detalles)

En el momento de esta evaluación final, están asignados al Proyecto 3 expertos de largo plazo<sup>1</sup> (un asesor en jefe, un coordinador y un coordinador/experto en educación en enfermería). El asesor en jefe y el coordinador están asignados a El Salvador en donde existe la sede del Proyecto, mientras que el coordinador/experto en educación en enfermería está asignado a Nicaragua. Se envió también a El Salvador un especialista mexicano<sup>2</sup> (en enfermería comunitaria) como un experto de terceros países de corto plazo.

2) Costo de actividades en el extranjero

A continuación se muestra el costo de actividades en el extranjero para cada uno de los países:

**Cuadro 1: Costo de actividades en el extranjero (unidad: dólares)**

Año fiscal	El Salvador Regional	Guatemala	Honduras	Nicaragua	República Dominicana
2007	233,488.18	26,890.37	21,034.36	41,266.75	19,614.99
2008	299,676.65	38,077.05	38,077.15	34,441.00	16,998.18
2009	221,155.66	35,797.30	51,350.72	59,605.00	24,557.86
2010 <sup>3</sup>	81,716.95	12,535.05	17,443.36	26,454.00	6,979.50
Total	836,037.44	113,299.77	127,905.59	159,494.73	51,823.53

3) Donación de equipos (Ver el Anexo 2 del Informe de la Evaluación Conjunta para los detalles)

Se muestran los montos correspondientes a los equipos donados por el Proyecto. En El Salvador, se donó una computadora personal para celebrar conferencias por skype, como la sede del Proyecto Regional. Para los otros 4 países, se donaron equipos necesarios para establecer las oficinas del Proyecto (computadoras, copiadoras, escritorios, sillas, etc.). Aunado a éstos, para la República Dominicana y Honduras se donaron los equipos médicos y los educativos que se requieren para las capacitaciones sobre las etapas de embarazo y parto, los cuales son utilizados por el Comité de Salud Sexual y Reproductiva.

<sup>1</sup> Asignados tanto al Proyecto Bilateral como al Proyecto Regional.

<sup>2</sup> Contratado con el costo de actividades en el extranjero.

<sup>3</sup> Los montos correspondientes al año fiscal 2010 son los programados para aportar hasta el final del Proyecto en agosto de 2010.

**Cuadro 2: Donación de equipos (unidad: dólares)**

Año Fiscal	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	República Dominicana
2007	71,760.21	17,033.07	24,943.17	10,273.00	14,917.58
2008	59,326.57	14,530.10	18,314.46	8,479.39	7,609.22
Total	131,086.78	31,563.17	43,257.63	18,752.39	22,526.80

(2) Insumos aportados por los 5 países

1) Asignación del personal (El número del personal asignado en el momento de la evaluación final.

Vea el Anexo 1 para los detalles)

**Cuadro 3: Asignación del personal en El Salvador**

Áreas del Proyecto		Número de personas
Coordinador del Proyecto		1
Coordinador Técnico del Proyecto Regional		1
Miembros del Consejo Asesor		2
Expertos de Terceros Países	Proceso de atención de enfermería	3
	Enfermería comunitaria	4
	Integración docencia servicio	3
	Diseño curricular de educación básica de enfermería	4
	Elaboración de materiales didácticos	2
	Elaboración del planeamiento didáctico	1
	Ética en enfermería	1
	Salud Reproductiva	4
Secretaria de tiempo completo		1

**Cuadro 4: Asignación del personal en 4 países participantes del Proyecto excepto El Salvador**

Áreas del Proyecto		Guatemala	Honduras	Nicaragua	República Dominicana
Coordinador Nacional del Proyecto		1	1	1	1
Coordinador Técnico Nacional del Proyecto		1	1	1	1
Miembros del Consejo Asesor		2	2	2	2
C/P	Proceso de atención de enfermería	4	4	4	4
	Enfermería comunitaria	2	2	8	4
	Diseño curricular de educación básica de enfermería	3	-	12	-
	Integración docencia servicio	0	4	6	6
	Salud sexual reproductiva	4	6	-	4
Total de C/P		13 <sup>4</sup>	16	30	18
Integrantes del comité nacional de desarrollo curricular de enfermería		-	-	1	-
Comisionados de apoyo para el desarrollo curricular de enfermería		3	-	-	-
Facilitadores	Proceso de atención de enfermería	5	3	6	10
	Enfermería comunitaria	7	5	6	10
	Integración docencia servicio	12	5	7	7
	Salud sexual reproductiva	7	4	-	6
Total de facilitadores		31	17	19	33
Comités Locales	Proceso de atención de enfermería	34	8	0	30
	Enfermería comunitaria	17	0	26	10
	Integración docencia servicio	0	0	0	44
	Salud sexual reproductiva	25	0	-	45
Total de miembros de comités locales		76	8	26	129
Secretaria de tiempo completo		1	1	0	1
Secretaria de tiempo compartido		0	0	1	1
<b>Total del personal asignado del Proyecto</b>		<b>128</b>	<b>46</b>	<b>81</b>	<b>186</b>

<sup>4</sup>Las contrapartes quienes recibieron la capacitación de C/P en la etapa inicial son 13 y participarán como comisionados de apoyo en las actividades tales como la provación para la aplicación del currículo etc.

2) Aportación de las oficinas para el Proyecto

**Cuadro 5: Oficinas del Proyecto en 5 países**

País	Ubicación de la oficina/ sala de juntas
El Salvador	Unidad de Enfermería, Centro de Capacitación e Investigación en Enfermería, MSPAS (oficina y sala de juntas)
Guatemala	Ministerio de Salud (oficina y sala de juntas) Escuela de Enfermería de Alta Verapaz Cobán, Jefatura de área de Salud, San Marcs.
Honduras	Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (oficina central) , Sedes regionales (Hospital Regional de Atlántida en la ciudad de La Ceiba. Area de Salud de la Ciudad de San Pedro de Sula)
Nicaragua	Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud (oficina), Sedes regionales (SILAIS León)
Rep. Dominicana	Unidad de Educación de Enfermería, Ministerio de Salud (oficina y sala de juntas)

3) Financiadores de los gastos de las actividades de grupo (de los comités) y de capacitación; espacios utilizados para estas actividades

**Cuadro 6: Aportaciones de 5 países en las actividades del Proyecto**

	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	República Dominicana
<b>Actividades de los Comités</b>					
Transporte	—	Ministerio de Salud (una parte) y por la propia cuenta de los miembros de los comités	UNAH(escuela de enfermería), Ministerio de Salud (una parte)	OPS (una parte), POLISAL(Instituto Politécnico de la Salud / Campus Managua de UNAN)	Asociación de Enfermeras (una parte), UASD (escuela de enfermería)
Espacio	—	Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo (aportación de	Asociación de Enfermeras, Oficina del Proyecto <sup>5</sup>	Asociación de Enfermeras/os Nicaragüenses POLISAL/UNA	Oficina del Proyecto

<sup>5</sup> Se utiliza muy poco la oficina del Proyecto.

		instalaciones)		N (en campus en Managua)	
Alojamiento	—	Ministerio de Trabajo	Asociación de Enfermeras	N/A	N/A
Gastos varios	—	N/A	Asociación de Enfermeras, Escuela de enfermería de la UNAH, Ministerio de Salud	Asociación de Enfermeras/os Nicaragüenses, Proyecto Nacional de Salud de Niaragua	Ministerio de Salud, Colegio de Enfermeras
<b>Celebración de los cursos de capacitación</b>					
Gastos de capacitación <sup>6</sup>	Gastos varios relacionados con el curso	El Ministerio de Salud cubre sólo viáticos de todos los gastos relacionados con los participantes del curso.	N/A	N/A	N/A
Salón para la capacitación	Centro de Investigación y Capacitación en Enfermería, Centro de capacitación de salud sexual y reproductiva del Departamento de Santa Ana	Para la capacitación en las provincias, las Instituciones médicas e instalaciones del Ministerio de Educación	Asociación de Enfermeras, Universidad Nacional Autónoma	Salones del Ministerio de Salud, Asociación de Enfermeras/os Nicaragüenses, UNAN	Salones de la Unidad de Enfermería del Ministerio de Salud
Transporte	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Presupuesto para la capacitación para el año fiscal 2009	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Si se compara la situación encontrada en el momento de la evaluación intermedia, en cuanto a los gastos de las actividades de los comités, no se observa casi nada de cambio en las aportaciones. En cuanto a los gastos relacionados a la celebración de los cursos de capacitación, Guatemala y Honduras tenían apoyo parcial brindado por parte de las ONGs, sin embargo, ya no lo tienen en este momento. En cuanto a la República Dominicana, en el momento de la evaluación intermedia, tenían asegurados 17,000 dólares americanos para cubrir los gastos de capacitaciones. Pero, posteriormente había una sola vez de la ejecución del presupuesto para cubrir parcialmente los gastos necesarios para llevar a cabo una capacitación. Después ya no se vió ninguna ejecución más.

<sup>6</sup>Los cursos de capacitación referidos aquí son dirigidos a C/P solamente en El Salvador, mientras que para otros 4 países se refieren a los cursos de capacitación que implementan cada uno de los comités en sus países.

5) Gastos de luz, agua, teléfono entre otros de la Oficina

Estos gastos son pagados por cada uno de los países, salvo los gastos de Internet, que son cubiertos por el Proyecto.

### 3-1-2 Actividades realizadas para el Proyecto Regional

Actividades planeadas		Actividades realizadas antes de la Evaluación Final
<b>Resultado 1: Se ha mejorado la educación de los docentes de enfermería e instructores de servicio de la educación básica de enfermería</b>		
1-1	Elaborar los programas de capacitación estandarizados para los países en los Comités existentes salvadoreños: Comité de Proceso de Enfermería, Comité de Enfermería Comunitaria y Comité de Planeamiento Didáctico.	Se elaboraron los programas de capacitación estandarizados para los países por los Comités salvadoreños existentes: Comité de Proceso de Atención de Enfermería (PAE), Comité de Enfermería Comunitaria (EC) y Comité de Planeamiento Didáctico.
1-2	Los Comités arriba citados preparan los materiales y herramientas adecuadas para el programa de cada capacitación.	Los Comités arriba citados prepararon los materiales y herramientas adecuadas para el programa de cada capacitación.
1-3	Los Comités arriba citados realizan los cursos de capacitación sobre el proceso de enfermería y enfermería comunitaria.	Los Comités arriba citados realizaron los cursos de capacitación sobre el proceso de enfermería y enfermería comunitaria.
1-4	Se lleva a cabo la capacitación para formar facilitadores en cada país.	Con el motivo de implementar la capacitación para formar las(os) facilitadoras(es), al intentar convertir el programa estandarizado en un programa adecuado a cada uno de los países, se generó la necesidad de conocer la situación real de cada país sobre el tema, por lo que se implementó la actividad 1-4*. Por otra parte, se sintió la necesidad de fortalecer la capacidad del personal de contraparte para enseñar a los facilitadores. Por esta razón, se formaron grupos del personal de contraparte que se dedicaron a la autodidaxia antes de que se establecieran los comités por

		tema (actividad 1-4**). Posteriormente se revisó de nuevo el programa de capacitación para formar los facilitadores (actividad 1-6). Luego de elaborar el programa de capacitación, se llevó a cabo la capacitación de las facilitadoras(es) (actividad 1-4), y posteriormente los grupos establecieron los comités nacionales sobre los temas correspondientes (actividad 1-5).
1-4*	(Ejecución del estudio de la situación real para elaborar el programa adecuado de cada país)	A la mitad del camino del período del Proyecto, los tres países, excepto Nicaragua, elaboraron informes del estudio de la situación real de "PAE" y "EC". Nicaragua, en este momento, está en proceso de la elaboración de dichos informes.
1-4**	(Ejecución de autodidaxia y reuniones de transferencia)	<p>[Autodidaxia]</p> <p><u>PAE</u></p> <p>Como actividad de autodidaxia, se hicieron tres estudios de caso en el hospital, aplicando la Teoría del Modelo de Salud Funcional de Enfermería de Marjory Gordon y posteriormente se elaboraron informes respectivos.</p> <p><u>EC</u></p> <p>Como actividad de autodidaxia, se llevaron a cabo las actividades en las comunidades, basadas en la Teoría General del Deficit de Autocuidado de Dorotea E. Orem. Se realizaron las actividades de promoción de salud dirigidas a las comunidades, con base en el diagnóstico comunitario, y luego se ofrecieron servicios de atención de enfermería individualizados, incluyendo la atención de enfermería familiar por medio de las visitas domiciliarias.</p> <p>[Reuniones de Transferencia]</p> <p>Se llevaron a cabo las reuniones de transferencia del PAE y EC en los lugares de trabajo de C/P y de facilitadoras(es).</p>

1-5	Se establecen los Comités de Proceso de Enfermería y el de Enfermería Comunitaria en cada país, a excepción de Nicaragua que establecerá solo el segundo.	<p>Antes de la evaluación intermedia, solamente la República Dominicana tenía establecido el Comité de EC. Posterior a dicha evaluación, la formación de los comités se encuentra en la siguiente situación.</p> <p><u>P AE</u></p> <p>En cuanto a Guatemala, se estableció el comité el 17 de febrero de 2009, más temprano de lo planeado en el momento de la evaluación intermedia, mientras que en Honduras y la República Dominicana se establecieron los comités con un retraso de aproximadamente 5 meses.</p> <p>Guatemala: 17 de febrero de 2009 Honduras: 28 de agosto de 2009 Nicaragua: 15 de febrero de 2010 República Dominicana: 15 de julio 2009</p> <p><u>EC</u></p> <p>En Guatemala y Honduras se establecieron los comités con un retraso de aproximadamente 5 meses en comparación con lo programado en el momento de la evaluación intermedia.</p> <p>Guatemala: 7 de agosto de 2009 Honduras: 21 de agosto de 2009 Nicaragua: 22 de septiembre de 2010 República Dominicana: 15 de julio de 2009</p>
1-6	Los comités de cada país revisan el programa adecuado de capacitación elaborado durante la capacitación en El Salvador. (Nota: en el caso de Nicaragua, únicamente “Enfermería comunitaria, en el caso de otros 3 países, “enfermería comunitaria” y “proceso de enfermería”.)	<p><u>P AE</u></p> <p>En todos los 4 países se revisó el programa adecuado de capacitación para formar las(os) facilitadoras(os).</p> <p><u>EC</u></p> <p>En los 3 países excepto Honduras, se revisó el programa adecuado de capacitación para formar las(os) facilitadoras(os), mientras que en Honduras se presentaron retrasos en la revisión del programa y la elaboración de materiales didácticos.</p>
1-7	Los comités arriba citados elaboran el plan de ejecución de	Capacitación para la formación de facilitadoras(es): Se elaboró el plan de capacitación que incluyó: participantes,

	capacitación.	<p>fechas de cursos, entre otros.</p> <p>Capacitación de los comités locales: En los 4 países, en este momento están en el proceso de elaboración del plan de capacitación de los comités locales.</p>
1-7*	(Capacitación de los miembros de los comités locales y el establecimiento de los mismos)	<p>Se está llevando a cabo la capacitación de los miembros de los comités locales, quienes se encargan de capacitar en cada institución a docentes e instructoras(es) de educación básica de enfermería. Esta capacitación será la última etapa en el mecanismo de capacitaciones por cascada. El proceso para establecer los comités locales consiste en; 1) preparación de la capacitación a los miembros de los comités locales, 2) elaboración del programa de la capacitación, 3) ejecución de la capacitación a los miembros de los comités locales, 4) establecimiento de los comités locales, 5) realización de autodidaxia y reuniones de transferencia por parte de los miembros de los comités locales quienes han participado en la capacitación. El mismo proceso se aplicó con personal C/P y facilitadoras(es).</p> <p>A continuación se muestra la situación del establecimiento de los comités locales.</p> <p><u>Estado del establecimiento de los comités locales de PAE:</u>  <u>El número escrito entre paréntesis significa el número de los comités locales.</u></p> <p>Guatemala (5), Honduras (3), Nicaragua (0), República Dominicana (7).</p> <p>En la República Dominicana se incrementaron las actividades de los comités a 2 veces por semana para agilizar la formación de los comités locales. En Nicaragua se planeaba formar en mayo de 2010.</p> <p><u>Estado del establecimiento de los comités locales de EC:</u>  <u>El número escrito entre paréntesis significa el número de los comités locales.</u></p> <p>Guatemala (2), Nicaragua (3).</p>

		En Honduras y República Dominicana actualmente están en proceso de preparación para implementar la capacitación de formación de los comités locales, pero no se sabe la fecha concreta del establecimiento de los comités locales.
1-8	Se organiza la capacitación, conforme al plan de ejecución.	La capacitación de docentes e instructores(as) de educación básica de enfermería organizada por los comités locales establecidos por la actividad 1-7* no ha sido implementada todavía.
1-9	Se realiza el monitoreo a partir de los tres meses después de la capacitación.	No se ha implementado.
1-10	Según el resultado del monitoreo, se mejora el contenido del programa o la metodología de capacitación, si es necesario.	No se ha implementado.
<b>Resultado 2: Se han planificado y ejecutado las actividades para estandarizar la educación de enfermería (Guatemala y Nicaragua).</b>		
2-1	El Comité de Desarrollo Curricular salvadoreño elabora el programa de capacitación sobre el diseño curricular de la educación básica de enfermería.	El Comité de Desarrollo Curricular existente en El Salvador, revisó el currículo de las escuelas de enfermería de Guatemala y Nicaragua, y elaboró un programa de capacitación y elaboró un programa para el diseño curricular de la Educación Básica de Enfermería.
2-2	Se elaboran en el Comité de Desarrollo Curricular los materiales necesarios para la capacitación del diseño curricular de la educación básica de enfermería.	El Comité de Desarrollo Curricular de El Salvador citado en la actividad 2-1 elaboró los materiales didácticos necesarios para el programa de capacitación sobre diseño curricular de la educación básica de enfermería.
2-3	Se conduce en El Salvador la capacitación curricular sobre la educación básica de enfermería.	El Comité de Desarrollo Curricular de El Salvador realizó la capacitación sobre el tema de “Diseño Curricular de la Educación Básica de Enfermería” al personal contraparte de los dos países partícipes de este componente.

2-4	Se establece el Comité de Desarrollo Curricular de la educación básica en enfermería en Guatemala y Nicaragua.	<p>En los dos países arriba mencionados, se crearon los Comités de Revisión del Currículo de la Educación Básica de Enfermería.</p> <p>A continuación se muestran las fechas de establecimiento del Comité:</p> <p>Guatemala: Primero de enero de 2008</p> <p>Nicaragua: 18 de enero de 2008</p>
2-5	El Comité elabora el currículo de educación básica de enfermería en Guatemala y Nicaragua.	<p>Para elaborar el currículo de educación básica de enfermería, se toma el siguiente proceso en el Proyecto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Realizar el estudio para conocer la situación real de su país.</li> <li>2) Definir y documentar el “perfil ideal de una enfermera”, “perfil de un estudiante recién egresado de la carrera de estudio de la enfermera profesional y de la auxiliar de enfermería” y los “requisitos para ingresar a la carrera de estudios de las mismas”, los cuales son conceptos básicos para el currículo de educación básica de enfermería de cada país. En otras palabras, definir los niveles requeridos de los conocimientos y técnicas para ingresar y egresar de las escuelas de enfermería en cada país.</li> <li>3) Elaborar el currículo de educación básica de enfermería.</li> </ol> <p>A continuación se describen los avances del proceso antes citado de los dos países respectivos.</p> <p><u>1) Ejecución del estudio de la situación real</u></p> <p>En Guatemala 3 días consecutivos al mes y en Nicaragua una vez a la semana se reunían los comités para ejecutar el estudio antes mencionado y su análisis. Ambos países ya han entregado el informe de dicho estudio.</p> <p><u>2) Definición del “perfil ideal de una enfermera”, “perfil de un estudiante recién egresado de la carrera de estudio de la enfermera profesional y de la auxiliar de enfermería” y “requisitos para ingresar a la carrera de estudios de las mismas”</u></p> <p>En Guatemala están en proceso de elaboración del “<u>perfil de un estudiante recién egresado</u>”, mientras que el “<u>perfil</u></p>

		<p><u>ideal de una enfermera” y “requisitos para ingresar” ya están documentados.</u></p> <p>En Nicaragua todos estos conceptos ya están documentados.</p> <p><u>3) Elaboración del currículo de educación básica de enfermería</u></p> <p>Ambos países no han entrado en la fase de elaboración concreta del currículo.</p>
2-5*	(Monitoreo y asesoría por la sede del Proyecto)	Según el plan, la experta japonesa iba a ejecutar monitoreo y asesoría bimestralmente y la experta salvadoreña mensualmente. Sin embargo, debido a las razones externas presentadas en cada país, después de la evaluación intermedia se han realizado monitoreos y asesorías menos de la mitad de frecuencias originalmente planeadas.
2-6	Se entrega el currículo elaborado en Guatemala al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Consejo Superior Universitario, y en Nicaragua al Consejo Superior de Educación.	Hasta la fecha todavía el currículo no está terminada de su elaboración.
<b>Resultado 3: Se ha fortalecido la integración de docencia y asistencia en el área de enfermería.</b>		
3-1	El Comité de Integración de Docencia y Asistencia de El Salvador elabora el programa de capacitación.	El Comité de Integración Docencia Asistencia (IDS) existente en El Salvador revisó y analizó los problemas identificados en la práctica de servicio entregados por los 4 países, y elaboró un programa de capacitación sobre IDS.
3-2	El Comité elabora materiales didácticos, de acuerdo al programa de capacitación.	El Comité de IDS existente en El Salvador elaboró los materiales didácticos acordes al programa de capacitación. Los Comités de Planeamiento Didáctico, de Material Didáctico y de Ética también elaboraron materiales didácticos para la capacitación en IDS.
3-3	El Comité ejecuta la capacitación.	El Comité de IDS existente en El Salvador ejecutó la capacitación a las(os) docentes de enfermería que son dirigentes de la práctica de enfermería y los instructores en servicio (personal de contraparte) de los 4 países.

3-3*	(Estudio de la situación real)	Antes de establecer el comité de IDS, actividad citada en 3-4, era necesario identificar la situación real de la integración docencia y servicio de cada país, por lo tanto, se llevó a cabo dicho estudio. En 4 países el informe de los resultados del estudio de la situación real está terminado. Estos resultados han sido aprovechados para determinar el número de estudiantes por un docente, así como para establecer las normas del hospital donde se realizan las prácticas de estudiantes.
3-3**	(Ejecución de capacitación de transferencia)	Se llevó a cabo la capacitación de transferencia en cada país con el objetivo de que las(os) participantes de la capacitación profundizaran su comprensión y elevaran los niveles de conocimientos y habilidades técnicas adquiridos en la capacitación y les permitiera transmitirlos a otras personas.
3-3***	(Elaboración del programa adecuado y la ejecución de la capacitación de facilitadores)	En 4 países se finalizó la elaboración del programa adecuado de capacitación de facilitadoras(es) y posteriormente se llevó a cabo dicha capacitación.
3-4	Se establece el Comité de Integración Docencia Asistencia en cada país.	Se estableció el Comité IDS en 4 países. A continuación se muestran las fechas del establecimiento: Guatemala: 14 de enero de 2010 Honduras: 9 de octubre de 2009 Nicaragua: 18 de abril de 2009 República Dominicana: 15 de noviembre de 2008
3-5	El Comité de cada país elabora y difunde el modelo de integración adecuado para cada país.	En Guatemala y Nicaragua están en proceso de elaboración del modelo de IDS: En Honduras y la República Dominicana el comité nacional de IDS finalizó la elaboración del modelo de IDS y están en la fase final para oficializarlo. Por otra parte, una vez que se finalizara la elaboración del modelo de IDS, estaba planeado implementar la capacitación para socializar el modelo. Pero, se formaron los comités locales (actividad 3-5* ) con el fin de implementar en forma más eficiente la capacitación por cascada. Está planeado que cada comité local implemente la capacitación de los docentes de educación básica de

		enfermería, una vez que esté formado dicho comité.
3-5*	(Capacitación del comité local y establecimiento del mismo)	<p>La capacitación de último nivel en el sistema de capacitaciones por cascada, es la que se da a docentes de educación básica de enfermería. En cada región local se está formando el comité local que se encarga de impartir esa capacitación. El proceso de establecer el comité local consiste en; 1) preparación de la capacitación para el comité local, 2) elaboración del programa de la capacitación, 3) ejecución de la capacitación para el comité local, 4) establecimiento del comité local, 5) realización de autodidaxia y reuniones de transferencia por parte de los miembros de los comités locales quienes participaron en la capacitación, ésto igual que el personal C/P y facilitadoras(es).</p> <p>A continuación se muestra el estado de establecimiento del comité local.</p> <p><u>Estado del establecimiento de los comités locales de IDS:</u>  <u>El número escrito entre paréntesis significa el número de los comités locales.</u></p> <p>Guatemala (0), Honduras (0), Nicaragua (0), República Dominicana (8).</p> <p>En la República Dominicana se incrementaron las actividades de los comités a 2 veces por semana para agilizar la formación de los comités locales. Además, algunos comités locales ya han iniciado la capacitación.</p>
3-5**	(Monitoreo y asesoría por la sede del Proyecto)	<p>Según el plan, el experto japonés iba a ejecutar monitoreo y asesoría bimestralmente y el experto salvadoreño mensualmente. Sin embargo, debido a las razones externas presentadas en cada país, después de la evaluación intermedia se han realizado monitoreo y asesoría menos de la mitad de frecuencias originalmente planeadas.</p>

<b>Resultado 4: Se ha promocionado las actividades para el desarrollo sostenible.</b>		
4-1	Se organiza la capacitación en gerencia y administración del Proyecto, destinada a Coordinadoras Técnicas del Proyecto en cada país.	<p>Del 18 al 20 de octubre de 2007, en una etapa inicial del Proyecto, se llevó a cabo la capacitación en gerencia y administración del Proyecto, dirigida a los NPTM de 4 países por los expertos japoneses, salvadoreños y paraguayos.</p> <p>Del 22 al 24 de marzo de 2009, en una etapa intermedia del Proyecto, también se llevó a cabo en El Salvador la capacitación en gerencia y administración del Proyecto, dirigida a los NPM y NPTM de 4 países.</p> <p>Posteriormente, se presentaron unos cambios en PM y miembros del Consejo Asesor en algunos países, por lo tanto, los expertos japoneses y salvadoreños de la sede del Proyecto brindaban apoyos en la gerencia y administración del Proyecto al nuevo personal, aprovechando el viaje que hacían aquellos expertos para realizar monitoreo y brindar asesoría en cada país.</p>
4-2	Se establece en cada país el esquema de cooperación para el Proyecto.	<p>En cada uno de los países, se estableció un esquema de colaboración acorde a la realidad del país. Estos esquemas cuentan con la aprobación del Ministerio de Salud de cada país y muestra un buen funcionamiento del Proyecto en cada país.</p> <p>En cada país participante, cuentan con la cooperación, cubriendo parcialmente el costo de la capacitación y aportando presupuesto para algunas actividades de los comités. Sin embargo, se encuentran en una situación difícil de asegurar los fondos económicos para realizar de forma constante la capacitación y el monitoreo.</p>

4-3	Se celebran reuniones periódicamente con los comités, según el tema, en cada país.	<p>Todos los comités y grupos de los 4 países elaboraron el plan de operación de 2009 con la asesoría de los expertos japoneses y salvadoreños. El plan de operación de 2010 fue elaborado por el Consejo Asesor, NPM y NPTM principalmente. Las actividades de los comités han sido realizadas periódicamente de acuerdo con estos planes.</p> <p>Los NPTM de 4 países han resumido en el formato preestablecido los informes de avances que les han enviado mensualmente los comités para enviarlo a la sede del Proyecto en El Salvador. La sede ha retroalimentado sus comentarios sobre los informes de avances por medio de la comunicación por Skype y/o en el momento de viajar a cada país para monitorear o asesorar.</p>
4-4	Cada Comité lleva a cabo el monitoreo y la evaluación en cada país.	Hasta el momento no se han realizado actividades del monitoreo y la evaluación.
4-5	Cada país aprovecha los ex becarios del programa de capacitación en tercer país.	<p>En cada uno de los países, el NPTM realizó un estudio sobre los ex becarios de los Cursos para Terceros Países. En Nicaragua y la República Dominicana, ya se celebró una reunión con los ex becarios de estos cursos, los que expresaron su interés en colaborar con el Proyecto. En la República Dominicana, algunos ex becarios participan en las actividades del comité. En Honduras, los ex becarios expresan su participación como miembros del comité local. En Guatemala, una enfermera que participó hace años en una capacitación organizada por el proyecto de educación permanente de enfermería en Paraguay, participa en actividades del comité local como miembro del mismo.</p>

4-6	Desarrollar actividades integradas de los comités en red, entre los 5 países.	<p><u>Video Conferencia:</u> Se ha realizado bimestralmente videoconferencias en las que participaron; el PM, PTM, Consejo Asesor, miembros del comité de cada tema correspondiente y el personal de la sede. El Comité de Salud Sexual y Reproductiva realiza la video conferencia bimestralmente en que participan; los miembros del comité de cada país, PTM, expertos paraguayos.</p> <p><u>Reunión de los Coordinadores de 5 países:</u> Se llevaron a cabo estas reuniones en mayo de 2008 en Guatemala y en diciembre de 2009 en Nicaragua, donde se hizo un intercambio de opiniones sobre los avances de cada componente y las actividades concretas futuras, relacionadas con la sostenibilidad del Proyecto. Se hicieron 2 reuniones en total.</p> <p><u>Reuniones del Comité de Coordinación Conjunta (JCC por la sigla en inglés):</u> Se llevó a cabo la segunda reunión de JCC en El Salvador en que se aprobó el plan de operación de 2010 de cada país y se firmó la minuta de acuerdos por los titulares del Ministerio de Salud de 5 países y los representantes residentes de las oficinas de JICA.</p> <p><u>Elaboración del himno del Proyecto:</u> Se entregaron 75 copias en CD del himno a cada país para distribuir las a las personas involucradas del Proyecto en los 5 países y cantarlo siempre en diferentes ocasiones de capacitación y eventos organizados por el Proyecto.</p>
-----	---	--

### 3-1-3 Grado de Alcance de los Resultados

Resultado 1: Se ha mejorado la educación de los docentes de enfermería e instructores de servicio de la educación básica de enfermería.

Indicadores	Situación del Indicador en Cada País en el Momento de Evaluación Final	
	El Salvador	Guatemala, Honduras, Nicaragua y Rep. Dominicana
Indicador 1-1: Los programas de capacitación desarrollados y materiales didácticos utilizados.	Se elaboraron los programas estandarizados de capacitación y sus materiales didácticos en los Comités de PAE, SC, Planeamiento Didáctico y Ética.	Se elaboraron los programas de capacitación adaptados a la situación de cada país y sus materiales didácticos para los Comités de PAE y SC.
Indicador 1-2: La asistencia a los cursos (asistentes/invitados) supera el 90%.	<p><b>【Capacitación del personal de C/P】</b> (ejecutada en El Salvador)</p> <p><b>PAE:</b> Participaron todas las 12 personas provenientes de Guatemala, Honduras y la Rep. Dominicana, de acuerdo con el programa establecido. No se habían planeado las actividades del PAE para Nicaragua; a mediados del período del Proyecto, se expresó el interés por parte del Ministerio de Salud de Nicaragua, y asistieron 4 personas de C/P a esta capacitación, después de obtener la autorización correspondiente en una reunión del CCC.</p> <p><b>SC:</b> Asistieron todas las 20 personas que estaban programadas para participar. Una docente de enfermería de Nicaragua participó con financiamiento de la institución donde se desempeña.</p> <p><b>DC:</b> Todas las 24 personas de Guatemala y Nicaragua programadas para este curso asistieron a la capacitación. Se realizó un nuevo curso de capacitación para 3 personas C/P de Guatemala, para reestructurar el Comité de ese país.</p> <p><b>IDS:</b> Asistieron las 24 personas programadas de los 4 países.</p> <p><b>SSR:</b> Ocho personas de C/P de Guatemala y la Rep. Dominicana, junto con el personal salvadoreño de C/P del Proyecto Bilateral, asistieron a este curso. A mediados del período del Proyecto, la Secretaría de Salud de Honduras expresó su interés en participar; 6 personas hondureñas de C/P asistieron en la capacitación del Proyecto Bilateral después de lograr la autorización correspondiente en una reunión del CCC.</p>	

		<p><b>【 Capacitación para la formación de facilitadores】</b></p> <p>Un 100% de las personas programadas recibieron la capacitación para facilitadoras(es) en todos los componentes(sólo en Honduras fue de 83.3%) (Se programó esta capacitación para el número total de miembros del Comité Nacional y los facilitadoras(es) o sea 10 por cada país. Por lo tanto, las personas programadas para esta capacitación fue de 20, y el número de participantes fue de 20).</p> <p><b>【 Capacitación para la formación de miembros de los Comités Locales】</b></p> <p>Como se muestra en la Tabla 8, se está empezando esta capacitación en el momento de evaluación final.</p>
Indicador 1-3: Capacitación desarrollada conforme al Plan de Ejecución.	La capacitación para el personal de C/P en El Salvador se inició con 3 semanas de retraso.	Con algunas diferencias por país, se elaboraron los programas de capacitación en 2009 y 2010, pero su implementación se atrasó grandemente.
Indicador 1-4: El 90% de las instituciones que participaron en los cursos desarrollan internamente la capacitación.		<p>En todos los componentes, el personal de C/P y facilitadoras(es) realizaron la capacitación de transferencia en un 100% de instituciones a las que pertenecen el personal de C/P y facilitadoras(es).</p> <p>Los miembros de los Comités Locales que recibieron la capacitación, están organizando la capacitación de transferencia en este momento.</p>

**Cuadro 7 : Programa y resultado de capacitaciones para los facilitadores**

Componente	Guatemala			Honduras			Nicaragua			Rep. Dominicana		
	No. de C/P	No. Prog. F/T	No. Capac. F/T	No. de C/P	No. Prog. F/T	No. Capac. F/T	No. de C/P	No. Prog. F/T	No. Capac. F/T	No. de C/P	No. Prog. F/T	No. Capac. F/T
PAE	4	6	7	4	6	4	4	6	6	4	6	10
SC	4	6	7	4	6	6	8	6	6	4	6	10
IDS	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6
SSR	4	6	7	6	6	5	/	/	/	4	6	6

**Cuadro 8 : Comités Locales formados**

Componente	Guatemala		Honduras		Nicaragua		Rep. Dominicana	
	Núm. de comités	Núm. de miembros						
PAE	5	34	3	8	0	0	7	30
SC	2	17	0	0	3	26	7	10
IDS	0	0	0	0	0	0	8	44
SR	3	25	0	0	/	/	9	45

Como se muestra la revisión del grado de alcance de los indicadores arriba mencionada, se logró el Resultado 1: se ha mejorado la educación de los docentes de enfermería e instructores de servicio de la educación básica de enfermería. Se considera que ha mejorado la capacitación a a docentes e instructoras(es) de educación básica de enfermería, al nivel de los Comités Nacionales en los componentes de Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y de Salud Comunitaria (SC) por la capacitación en cascada. Hasta ahora, las(os) enfermeras(os) solo reconocían su trabajo como la asistencia a la consulta médica, a los tratamientos y la administración de medicamentos bajo órdenes médicas. En las áreas clínicas de un hospital o de un centro de salud comunitaria, ellas(os) conocían la teoría del Proceso de Atención de Enfermería, pero se aplicaba de manera parcial. Este Proyecto les ofreció las oportunidades de aprender las teorías del PAE y de SC. Además, las(os) enfermeras(os) experimentaron el proceso de autodidaxia y aplicaron el proceso de atención de enfermería de acuerdo con la teoría aprendida. Como resultado, reconocieron de nuevo que el trabajo de enfermeras(os) es planear e implementar la atención a los pacientes, conociendo y analizando a los pacientes como un ser humano integral, y aplicando la teoría del Modelo de Salud Funcional de Enfermería de Marjory Gordon en los hospitales y aplicando la teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem en el caso de las comunidades. Con esta experiencia se evidenció que era necesario adquirir conocimientos científicos para llevar a cabo la valoración

fisiológica y patológica del usuario y las enfermeras empezaron a leer más literaturas. También es necesario analizar los aspectos psicológicos y sociales; las enfermeras deben acercarse a los pacientes para conocer la situación en que se encuentran y para tratar de resolver los problemas por medio de la atención de enfermería. A través de los componentes de PAE y de SC docentes e instructoras(es) de educación de enfermería de los países participantes están aplicando los instrumentos necesarios para ofrecer una atención de enfermería de mayor calidad, de acuerdo con las necesidades del usuario. También han adquirido las técnicas requeridas para transferir con certeza estos conocimientos a otras enfermeras, utilizando las actividades de autodidaxia y capacitación.

Resultado 2: Se han planificado y ejecutado las actividades para estandarizar la educación de enfermería (Guatemala y Nicaragua)	
Indicador	Situación del Indicador en Cada País en el Momento de Evaluación Final
	Guatemala, Nicaragua
Indicador 2: Currículo de educación básica de enfermería elaborados en Guatemala y Nicaragua	Doce (12) personas de C/P de cada país, en total, 24 personas participaron en la capacitación de “elaboración de currículo de educación básica de enfermería”; en noviembre de 2007, se creó el Comité de Revisión de Currículos de Educación Básica de Enfermería. Posteriormente, como una etapa preparatoria para la elaboración del programa curricular, se realizaron estudios de diagnóstico para conocer la situación del país, y se elaboraron documentos denominados “Perfil de la enfermera ideal”, “Perfil de ingreso” y “Perfil de egreso” de los estudiantes de cada nivel. Actualmente, se recolectan y se analizan los currícula utilizados en diferentes instituciones formadoras de enfermeras(os). En Guatemala, se han recolectado casi todos los programas curriculares necesarios, y se está trabajando en el análisis de estos documentos. En Nicaragua, la recolección de currículos es insuficiente.

Por la situación arriba mencionada del indicador, se estima difícil alcanzar el Resultado 2 para el término del período de cooperación del Proyecto, y va a ser necesario un plazo mayor para el logro de este Resultado. Guatemala estaba en una etapa anterior al inicio del trabajo de estandarización del programa curricular a nivel nacional. Se intentó introducir un nuevo concepto curricular en esta coyuntura, lo que no permitió establecer una orientación unificada de actividades en el Comité Nacional. Por esta situación, se retrasaron los trabajos prácticos de elaboración del programa curricular. Ante este problema, la Coordinadora Nacional, la Coordinadora Nacional Técnica y los miembros del Consejo Asesor plantearon la necesidad de reemplazar a las personas de C/P; se seleccionaron 3 nuevos miembros después de la consulta con la oficina del Proyecto para formar un

nuevo Comité Nacional. Por otra parte, para estandarizar el programa curricular, es necesario analizar los programas vigentes en el momento. En Nicaragua, los programas curriculares utilizados en diferentes instituciones educativas no han sido recolectados suficientemente hasta ahora, lo que no ha permitido el inicio del trabajo de análisis en términos reales. En el futuro, se planea analizar los programas curriculares reunidos y elaborar un programa curricular con base en este análisis. La versión final del programa será presentada al Ministerio de Salud y el Consejo Superior del Ministerio de Educación (Guatemala) y al Consejo Nacional de Universidades (Nicaragua). En ambos países, se planea terminar el (primer) borrador del programa curricular en julio. Sin embargo, se requiere de medio año el proceso de ajuste y modificación desde el primer borrador hasta la versión final, y después la versión final se presentará como el borrador del programa curricular ante el Ministerio de Salud y el Consejo Superior del Ministerio de Educación. Por esta situación, se estima que va a ser necesario un plazo de un año aproximadamente para lograr el resultado esperado de este Proyecto.

Resultado 3: Se ha fortalecido la integración de docencia y asistencia en el área de enfermería.	
Indicadores	Situación del Indicador en Cada País en el Momento de Evaluación Final
	Guatemala, Honduras, Nicaragua y Rep. Dominicana
Indicador 3-1: Modelos de integración docencia asistencia elaborado en cada país.	Se elaboró el borrador del modelo de integración docencia asistencia en los 4 países. En Guatemala y Honduras, se está modificando el borrador del modelo como resultado del proceso de validación. Después de su terminación, el modelo de IDS será presentado al Ministerio de Salud para su oficialización. El borrador del modelo se terminará en julio, y la oficialización por parte del Ministerio de Salud (Guatemala) y Secretaria de Salud (Honduras) está prevista para el mes de septiembre. En Nicaragua, se realizó el proceso de validación del borrador del modelo. Está planificada en septiembre su oficialización por el Ministerio de Salud. En Rep. Dominicana, se terminó la modificación del borrador del modelo con los resultados de la validación. En este momento, el modelo está en el proceso de oficialización en el Ministerio de Salud. Se piensa que en el mes de julio, se va a lograr su oficialización por parte del Ministerio de Salud.
Indicador 3-2: Comité de enlace docencia asistencia en cada país	Las normas en el borrador del modelo de IDS fueron elaboradas en los 4 países.

aplicando normas de funcionamiento.

Como resultado del grado de alcance de los indicadores mencionados, es altamente probable que el Resultado 3 se alcance antes del momento de la terminación del período del Proyecto. Aunque se observan diferencias en cuanto al avance del trabajo, los 4 países han terminado el borrador del modelo de IDS, que se encuentra en la etapa de oficialización. A nivel de los Comités Nacionales, ya se está construyendo el marco de fortalecimiento de la integración entre la docencia y el servicio, de acuerdo con el resultado esperado. Una vez difundido e implementado el modelo, se logrará una coordinación entre el servicio y la docencia en el área de enfermería; se realizarán prácticas estudiantiles de enfermería con el número adecuado de estudiantes asignados a un(a) instructor (a) (más o menos 8 estudiantes por instructor(a), en principio), de acuerdo con un programa previamente establecido. Paralelo al proceso de oficialización del modelo por el Ministerio de Salud, en la República Dominicana, algunos miembros del Comité Nacional ya empezaron a difundir el concepto del modelo de IDS y se observan mejoramientos en la realización de la práctica y en la atención de enfermería de los(as) instructores(as) del área clínica. Para que se logre este resultado esperado en los 4 países participantes, es necesario que el modelo se difunda en las diferentes instituciones formadoras de enfermeras(os) y en las instituciones donde se realizan las prácticas estudiantiles.

Resultado 4: Se han promocionado las actividades para el desarrollo sostenible.	
Indicadores	Situación del Indicador en Cada País en el Momento de Evaluación Final
	Guatemala, Honduras, Nicaragua, Rep. Dominicana
Indicador 4-1: Establecimiento de comités y continuación de sus actividades en cada país.	<b>【Comité Nacional】</b> Se formaron comités nacionales de los componentes del Proyecto (PAE, SC, Currículo, IDS y SSR) en cada uno de los países y se realizan sus actividades en forma rutinaria.
	<b>【Comité Local】</b> (Entre todos los comités nacionales arriba mencionados, el componente del currículo no va a tener comités locales.) Guatemala: Excepto el comité de IDS se formaron los comités locales de los 3 otros componentes. Honduras: Se formaron comités locales en los componentes de PAE e IDS. En los otros 2 componentes, no se ha formado ningún comité local. Nicaragua: Se formó el comité local de SC. En los otros 2 componentes, no se ha formado ningún comité local. Rep. Dominicana: Se formaron los comités locales en todos los 4

	componentes.
Indicador 4-2: Solución de problemas en base a los resultados de monitoreo y evaluación (4 países).	No se ha realizado ni el monitoreo ni la evaluación.

En los 4 países, se han realizado diversas actividades en el marco de los Comités Nacionales en forma periódica (1 ó 2 veces a la semana), y se están formando Comités Locales en diversos componentes. Sin embargo, no se han llevado a cabo las actividades de capacitación para los(as) facilitadores(as) de educación básica de enfermería por parte de los miembros de los Comités Locales, lo que se considera como la última fase del sistema de capacitación en cascada, por lo que no se han podido realizar las actividades de monitoreo y evaluación. Por otra parte, los recursos necesarios para la capacitación no están suficientemente garantizados; es necesario fortalecer, aún más, las actividades para asegurar la sostenibilidad del Proyecto.

### 3-1-4 Grado de Alcance del Objetivo del Proyecto

**Objetivo del Proyecto:** Se ha mejorado la capacidad de los docentes de enfermería e instructores de servicio de educación básica de enfermería en El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana.

Indicadores	Situación del Indicador en el Momento de Evaluación Final
El 80% de los docentes de enfermería y los instructores de servicio capacitados reciben más de 3.5 puntos de evaluación (de la escala máxima de 5) por sus estudiantes.	El número de cursos de capacitación para docentes e instructores(as) de servicio de educación básica de enfermería es reducido, por lo que no se ha podido realizar la evaluación por parte de los estudiantes.
Los estudiantes reciben más de 3.5 puntos de evaluación (de la escala máxima de 5) por los instructores en servicio del establecimiento de capacitación.	

El proyecto aprovechó el método de capacitación en cascada, implementado con los proyectos anteriores, encabezado por el Comité Nacional al desarrollar las capacitaciones nacionales. Dentro de ese marco, se está mejorando la educación básica de enfermería y la capacidad de las(os) docentes con los componentes de PAE e IDS, lo que beneficia a los estudiantes como último grupo de la cascada. No obstante, es insuficiente la expansión de la implementación de capacitación, por lo

tanto, no se ha realizado la evaluación de la educación básica de enfermería por parte de estudiantes. Por consiguiente, al implementar el monitoreo y evaluación en la etapa final y concretar el ciclo del control de la capacitación, se alcanzará el objetivo del proyecto.

### 3-1-5 Perspectiva del Alcance del Objetivo Superior

Objetivo Superior: Se ha mejorado la calidad de educación de enfermería en Centroamérica y el Caribe	
Indicadores	Situación del Indicador en el Momento de Evaluación Final
Se establece la red de facilitadores y se hace periódicamente el intercambio de información.	Se ha establecido una red entre líderes y facilitadoras(es) de educación de enfermería a través de los cursos de capacitación para el personal de C/P, videoconferencias y reuniones por skype realizados en el marco del Proyecto. El intercambio de información también se realiza periódicamente. El Proyecto adquirió un equipo de videoconferencias para El Salvador, y se espera que Guatemala, Honduras y Nicaragua consigan un equipo similar con el apoyo del FUDEN. Se realizan muchas comunicaciones por skype-internet. Se ha establecido una plataforma de intercambio de información a través de esta red.
Se presenta el resultado de investigación de educación de enfermería en eventos nacionales e internacionales.	En una conferencia internacional de enfermería organizada por el Instituto Hondureño de Seguridad Social, se presentaron los resultados del Proyecto en cada uno de los países participantes. Algunos países fuera del marco del Proyecto (Panamá y otros) expresaron su interés en el Proyecto. En septiembre próximo, se espera una presentación sobre el PAE en el Congreso Nacional del Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras/Capitulo La Ceiba. En noviembre de 2010 Se planea presentar los resultados del Proyecto en una Conferencia de Enfermería de Centroamérica y del Caribe que se realizará en Guatemala, para hacer públicos los resultados del Proyecto.

Como el establecimiento de una red entre los 5 países constituye un componente del Proyecto, ya la red está construida en este momento. Esta red está siendo compartida y aprovechada por los países participantes del Proyecto para mejorar la educación de enfermería en cada país. Con el propósito de difundir el Proyecto fuera de los 5 países, se presentan sus resultados en el Congreso de Enfermería de la Región de Centroamérica y el Caribe, que se organiza fuera del marco del Proyecto. Las presentaciones han llamado la atención de los otros países no participantes del Proyecto. En la

Región, existen asociaciones y grupos de enfermeras(os) (por ejemplo, el Grupo de Profesionales de Enfermería de Centroamérica y el Caribe, cuyos miembros son Directoras/Jefas del Área de Enfermería del Ministerio de Salud, Presidentas de las Asociaciones de Enfermeras(os) y/o Colegios de Profesionales y Directoras de las Instituciones Educativas de Enfermería de los 9 países de la Región), los cuales sirven como foros de presentación de los resultados del Proyecto, para promover el mejoramiento de la calidad de educación de enfermería en la región de Centroamérica y el Caribe.

### 3-1-6 Proceso de implementación

No se observan grandes cambios en el proceso de implementación después de la evaluación intermedia. Los aspectos que deben ser mencionados se muestran a continuación:

#### (1) Cambio del personal en la parte operativa del Proyecto de los 4 países

Guatemala	Honduras	Nicaragua	Rep. Dominicana
CN del proyecto: un cambio por jubilación. CTN del Proyecto: un cambio por jubilación.	CN: La Jefa de Enfermería fue sustituida por excesiva carga de trabajo, después de una consulta con el Proyecto. CTN: no hubo cambios.	CN: 2 cambios por razones políticas. CTN. Un cambio por razones políticas.	No hay cambios de CN ni de CTN.
No hubo cambios de la jefa de la facultad de enfermería. Dos cambios de la presidente de la Asociación de Enfermeras(os) por agotarse el período de asignación.	No hubo cambio de la Directora de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Si hubo cambio de la Presidenta del Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras por agotarse el período de asignación.	Dos cambios de la Directora de la Escuela de Enfermería POLISAL/UNAN por terminar su período de asignación. Cambio de la Presidenta de la Asociación de Enfermeras(os) por agotarse el período de asignación.	Cambió de la Directora de Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) por terminar su período de asignación. Cambio de la Presidente de la Asociación de Enfermeras(os) por agotarse el período de asignación.

#### (2) Reunión de expertos en El Salvador

Hasta ahora, se impartía la capacitación para la formación de expertas por las expertas Japón y la Coordinadora Técnica del Proyecto Regional a las especialistas salvadoreñas. A partir del mes de junio de 2010, están programadas las reuniones mensuales de las expertas, para identificar las tareas pendientes y buscar soluciones a estas tareas, además de esforzarse por lograr una superación cada vez mayor como expertas.

### 3-2 Insumos aportados para el Proyecto Bilateral

#### 3-2-1 Aportaciones realizadas para el Proyecto Bilateral

(1) Insumos aportados por el lado japonés

1) Envío de expertos (ver el Anexo 3 del Informe de Evaluación Conjunta para los detalles.)

Para el desarrollo : 3 expertos de largo plazo<sup>7</sup> (una jefa asesora, una experta en salud reproductiva y un coordinador administrativo). En el año 2008 se contó con una experta de corto plazo en salud reproductiva japonesa; Además 8 especialistas en salud reproductiva paraguayos y una especialista en administración de enfermería mexicana que fueron enviados como expertas(os) de terceros países<sup>8</sup> de corto plazo.

2) Donación de equipos (ver el Anexo 4 del Informe de Evaluación Conjunta para los detalles)

Hasta el momento de esta evaluación final, se han donado 198,000 dólares estadounidenses en total, en equipos, materiales modelos anatómicos, maniquies, básculas, equipos de ultrasonido Doppler y vehículos.

**Cuadro 9: Donación de equipos (unidad: dólares estadounidenses)**

Año fiscal	Monto
2007	5,973.80
2008	102,709.33
2009	89,252.94
Total	197,936.07

3) Costo de actividades en el extranjero

Para el Proyecto Bilateral, se utilizó un monto aproximado de 292,000 dólares. En este monto, están incluidos los gastos de ampliación de la oficina de la sede del Proyecto realizada en 2007.

**Cuadro 10: Costo de actividades en el extranjero (unidad: dólares estadounidenses)**

Año fiscal	Montos aportados
2007	66,485.87
2008	59,419.79
2009	137,750.91
2010 (programado)	28,250.68
Total	291,907.25

(2) Aportaciones de El Salvador

1) Asignación del personal (ver el Anexo 3 del Informe de Evaluación Conjunta para los detalles.)

<sup>7</sup> Asignados tanto al Proyecto Bilateral como al Proyecto Regional.

<sup>8</sup> Empleados con los gastos de operación local.

**Cuadro 11: Asignación del personal para el Proyecto Bilateral (El Salvador)**

Área responsable	Número
Coordinador del Proyecto <sup>9</sup>	1
Consejo Asesor (máximas autoridades de la docencia y del gremio)	2
Coordinador Técnico del Proyecto Bilateral <sup>10</sup>	1
Facilitadores (Depto. de Santa Ana)	14
Facilitadores (Depto. de Sonsonate)	8
Facilitadores (Depto. de Ahuachapán)	9
Comité Gerencial de Educación Permanente <sup>11</sup>	4

### 2) Costos locales

El MSPAS de El Salvador desembolsó las siguientes cantidades, como gastos de personal, combustible, electricidad y agua, etc. Este monto es global para el Proyecto Bilateral y el Proyecto Regional, ya que existe solo una oficina sede para los dos Proyectos.

**Cuadro 12: Aportación de costos locales por parte de El Salvador**

Concepto	Año fiscal 2007	Año fiscal 2008	Año fiscal 2009	Año fiscal 2010 <sup>12</sup>	Total concepto
Personal	122,030	192,200	211,420	88,100	613,750
Combustible	4,600	7,700	10,000	4,170	26,470
Luz	1,200	2,535	4,200	1,750	9,685
Agua	800	1,760	1,940	810	5,310
Total año fiscal	128,630	204,195	227,560	94,830	655,215

### 3) Oficina y otros espacios necesarios para las actividades del Proyecto

La sede del Proyecto está en el Centro de Capacitación e Investigación de Enfermería, donde se ubica la Unidad de Enfermería del MSPAS. Se realizó una obra de ampliación del Centro para agregar un espacio de oficina y una sala de reuniones que son utilizadas por el Proyecto. El Centro de Habilidades Obstétricas Perinatales para Enfermería del Departamento de Santa Ana ubicado en el tercer piso del edificio de la ex - Escuela Nacional de Enfermería, adscrito al Hospital Nacional San Juan de Dios, fue remodelado con los recursos económicos aportados por Japón y El Salvador,

<sup>9</sup> Asume esta área de responsabilidad de Coordinadora del Proyecto Regional y del Proyecto Bilateral la jefa de la Unidad de Enfermería que se jubiló el 3 de enero de 2010, y actualmente la subjefa de la Unidad de Enfermería, provisionalmente. Asume esta función

<sup>10</sup> La Coordinadora Técnica del Proyecto Bilateral apoya las funciones del Proyecto Regional.

<sup>11</sup> El Comité Gerencial de Educación Permanente dejó de funcionar desde el 2008.

<sup>12</sup> En cuanto al año fiscal 2010, son cifras registradas hasta abril, disponibles en el momento de la Evaluación Final.

con una oficina, un salón de reuniones y una sala de capacitación. Los gastos de luz, agua y el mantenimiento del local son cubiertos por el Hospital San Juan de Dios del lado salvadoreño.

### 3-2-2 Actividades realizadas por el Proyecto Bilateral

Actividades planeadas		Actividades realizadas antes de la Evaluación Final
<b>Resultado 1: Se ha establecido y conducido el proceso de la capacitación de educación permanente para enfermeras y auxiliares de enfermería en el componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana.</b>		
1-1	Establecer el programa de capacitación adecuado para la realidad del Depto. de Santa Ana.	La experta japonesa, las Coordinadoras Técnicas de los Proyectos Regional y Bilateral y la Coordinadora del Comité de SSR revisaron la situación actual de la educación permanente de enfermería. Tomando en cuenta los resultados de este estudio, se elaboró el programa de capacitación para El Salvador, con base en el programa de capacitación en SSR establecido por el Proyecto para el Fortalecimiento de Educación Permanente para Enfermeras y Obstetras en el Sur de Paraguay, que se llevó a cabo por JICA en el pasado.
1-2	Elaborar manual de capacitación adecuados al Depto. y participantes del curso (manual de SR para enfermeras y auxiliares de enfermería).	En este momento, se está elaborando el manual de salud sexual y reproductiva para enfermeras y auxiliares de enfermería, con base a la normativa de SSR del Ministerio de Salud de El Salvador y con materiales didácticos para la capacitación producidos por el proyecto en Paraguay.
1-3	Elaborar materiales didácticos teóricos y prácticos, adecuados para el Depto. y participantes del curso.	Se han elaborado materiales didácticos teóricos y prácticos de acuerdo a la situación del Depto. de Santa Ana y participantes del curso.
1-4	Presentar el Manual de Capacitación de SR elaborado a las autoridades del MSPAS para su oficialización.	Previo a esta actividad, se llevó a cabo un ensayo de capacitación con las expertas paraguayas, instructoras del curso, con la asesoría de la experta japonesa. Las expertas paraguayas realizaron la capacitación en SSR a 24 personas: 16 salvadoreñas, 4 dominicanas y 4 guatemaltecas..

1-5	Llevar a cabo la capacitación de facilitadores.	Previo a esta actividad, se llevó a cabo un ensayo de capacitación a las expertas paraguayas, instructoras del curso, con la asesoría de la experta japonesa. Se realizó la capacitación en SR a 24 personas: 16 salvadoreñas, 4 dominicanas y 4 guatemaltecas por parte de las expertas paraguayas.
1-6	Conducir la capacitación para las enfermeras y auxiliares de enfermería en el componente obstétrico para el Depto. de Santa Ana.	<p>La capacitación sigue el siguiente proceso: 1) formación del Comité, 2) elaboración del programa de capacitación, 3) preparación de capacitación, 4) ejecución del curso de capacitación.</p> <p>1) Formación del Comité: Se creó el Comité de SSR con las facilitadoras formadas en la actividad 1-5, que está realizando sus actividades en forma periódica los jueves de cada semana. Entre abril y agosto del 2009, las reuniones del Comité se vieron afectadas por la situación de emergencia ocasionada por la influenza A H1N1 y las campañas de vacunación.</p> <p>2) Elaboración del programa de capacitación: El Comité, iba a elaborar un programa de capacitación para enfermeras y auxiliares de enfermería, que incluyera la atención del parto, pero en vista de que en el Depto. de Santa Ana en ese momento enfermería no tenía la oportunidad de atender partos, se elaboró un programa de capacitación para la atención de la mujer en periodo prenatal para enfermeras, que se utilizó en 4 cursos dirigidos a 55 enfermeras(os) y un programa de capacitación para la atención de la mujer en el periodo prenatal para auxiliares de enfermería que se utilizó en 2 cursos dirigidos a 46 auxiliares de enfermería. Ambos grupos trabajan en instituciones del primer nivel de atención en salud.</p> <p>3) Preparación de la capacitación: El personal de C/P y las facilitadoras del Proyecto realizaron la preparación de capacitación (gestión de permisos, planificación de contenidos, preparación para las prácticas, organización de ensayos, ajuste del contenido según las características de los participantes, adquisición de papelería, etc.).</p> <p>4) Ejecución del curso de capacitación: Se realizaron los 4 cursos por los miembros del Comité de SSR, de acuerdo con el programa establecido; 66 enfermeras participaron en el curso de “Atención de Enfermería en el Período de Embarazo por Enfermeras”.</p>

1-7	Realizar la capacitación sobre el tema de SR al personal de C/P del Comité de SR de Honduras.	Seis enfermeras C/P de Honduras participaron junto con 10 enfermeras del Depto de Santa Ana en la tercera capacitación realizada por el Comité de SSR en abril de 2009. Las enfermeras C/P de Honduras se constituyeron como Comité de SSR el 4 de noviembre de 2009.
<b>Resultado 2: Se ha establecido y ejecutado el método de monitoreo y evaluación de la capacitación de educación permanente para enfermeras en el componente obstétrico en el Depto. de Santa Ana.</b>		
2-1	Elaborar criterios de monitoreo y evaluación de la capacitación.	Se elaboró los criterios de monitoreo y evaluación de la capacitación.
2-2	Elaborar el plan de ejecución de monitoreo y evaluación de la capacitación en el Depto. de Santa Ana.	Se elaboró el plan de ejecución de monitoreo y evaluación.
2-3	Ejecutar el plan de ejecución de monitoreo y evaluación en el Depto. de Santa Ana.	A través del monitoreo, se confirmó el nivel de conocimientos y se constató la técnica de las enfermeras al realizar la atención prenatal y se confirmó el estado de las áreas físicas donde se realizan las atenciones. Se ejecutó el plan de monitoreo y evaluación con 39 enfermeras que trabajan en 19 establecimientos de salud.
2-4	Analizar el resultado de monitoreo de la capacitación. Si es necesario, mejorar el programa y el método de capacitación.	Los resultados del monitoreo fueron analizados y se tomaron las decisiones y se mejoró el contenido del programa incluyendo el proceso de atención en enfermería y fortalecer el método de capacitación para realizar una atención más personalizada a las usuarias.

**Resultado 3: Se ha mejorado el sistema de gerencia y administración de la capacitación de educación permanente de enfermería en el componente obstétrico.**

3-1	Realizar la capacitación sobre la Gerencia de Cuidado de Enfermería a las jefas de enfermería de hospitales del Ministerio.	Se realizó la “capacitación en gerencia de enfermería” con 48 jefas de enfermería regionales y de hospitales del Ministerio de Salud por una experta mexicana, comisionada por el Proyecto, del 7 al 9 de febrero de 2009.
3-2	Establecer el Comité Gerencial de Educación Permanente para Enfermería.	Cuatro jefas de enfermería fueron nombradas para integrar el Comité pero no se realizaron las gestiones para su funcionamiento.  En la Región Occidental, se formó el Comité Gerencial de Educación Permanente el 25 de mayo de 2010, con la participación de la jefa de la Unidad de enfermería de la Región, 3 jefas de enfermería de 3 hospitales del segundo nivel, 3 enfermeras supervisoras de SIBASIs. Este Comité funcionará como un organismo de apoyo a las actividades de educación permanente en la Región, como la capacitación en SSR que se acaba de terminar y otras actividades de capacitación sobre otros temas. La Unidad de Enfermería del Nivel Central funcionará como asesora del Comité. Por ser un Comité recién formado, sus actividades aún no están detalladas
3-3	El Comité conduce la capacitación para la gerencia de enfermería en los establecimientos de salud de Ministerio en el Depto. de Santa Ana.	Por no funcionar el Comité Gerencial de Educación Permanente, no se ha realizado esta actividad.

**Resultado 4: Se han promocionado las actividades para el desarrollo sustentable.**

4-1	El comité arriba citado elabora el manual de gerencia y administración de educación permanente de enfermería.	No se ha elaborado el manual ni el plan de capacitación de educación permanente, por lo citado en el 3.3.
4-2	El comité arriba citado gestiona la educación permanente de enfermería, conforme al plan de capacitación y el plan de monitoreo de capacitación.	En relación al 4.3 el proyecto planificó y ejecutó con el comité de SSR la capacitación para facilitadoras de Sonsonate y Ahuachapán del 21 al 24 de abril, 3 al 5 y 10 al 12 de junio del 2010.
4-3	El Comité Gerencial de Educación Permanente organiza la capacitación para facilitadores de los Deptos. de Sonsonate y Ahuachapán.	

### 3-2-3 Grado de alcance de los Resultados

Resultado 1: Se ha establecido y conducido el proceso de la capacitación de educación permanente para enfermeras y auxiliares de enfermería en el componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana.

Indicadores	Situación encontrada al momento de la evaluación final																												
Indicador 1-1: Programa de Capacitación elaborado.	Con base en el programa de capacitación elaborado por el Proyecto de cooperación técnica de JICA en Paraguay, y tomando en cuenta la normativa de SSR del Ministerio de Salud de El Salvador, el Proyecto estableció el Programa Estandarizado de Capacitación para El Salvador (para la formación de facilitadoras(es), programas de capacitación para enfermeras y auxiliares de enfermería). También se elaboraron materiales e instrumentos didácticos.																												
Indicador 1-2: Plan de Ejecución de la capacitación elaborado.	Se estableció un Plan de Ejecución de la capacitación para las enfermeras del Depto. de Santa Ana.																												
Indicador 1-3: Doce (12) enfermeras facilitadoras formadas.	Se formaron 16 facilitadoras, como líderes de capacitación. Catorce de estas facilitadoras están formando el Comité de SSR.																												
Indicador 1-4: Más del 80% de personas sujetas a la capacitación en el Departamento de Santa Ana reciben el curso de formación antes de finalizar el Proyecto (2010).	<p>Se planeaba realizar la capacitación para 258 personas consideradas como receptoras (instituciones de salud del primer nivel: 55 enfermeras y 49 auxiliares; instituciones de salud del segundo nivel: 91 enfermeras y 60 auxiliares, y 3 docentes) del Depto. de Santa Ana. Sin embargo, los cursos realizados fueron dirigidos a las enfermeras y auxiliares del primer nivel de atención, ya que la capacitación se dió sobre el tema de atención de enfermería en el período prenatal. Antes de la terminación del Proyecto, se realizaron 4 cursos para enfermeras, y 2 cursos para auxiliares, como se desglosan a continuación:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Establecimientos de salud del primer nivel</th> <th colspan="2">Establecimientos de salud del segundo nivel</th> <th rowspan="2">Docentes</th> </tr> <tr> <th>Enfermeras</th> <th>Auxiliares</th> <th>Enfermeras</th> <th>Auxiliares</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No. participantes de</td> <td>60</td> <td>46</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>No. participantes programados</td> <td>55</td> <td>49</td> <td>91</td> <td>60</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tasa de asistencia</td> <td>109.1%</td> <td>93.9%</td> <td>2.2%</td> <td>0.0%</td> <td>133.3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: El proyecto</p> <p>El número programado de las enfermeras de los establecimientos del</p>		Establecimientos de salud del primer nivel		Establecimientos de salud del segundo nivel		Docentes	Enfermeras	Auxiliares	Enfermeras	Auxiliares	No. participantes de	60	46	2	0	4	No. participantes programados	55	49	91	60	3	Tasa de asistencia	109.1%	93.9%	2.2%	0.0%	133.3%
	Establecimientos de salud del primer nivel		Establecimientos de salud del segundo nivel		Docentes																								
	Enfermeras	Auxiliares	Enfermeras	Auxiliares																									
No. participantes de	60	46	2	0	4																								
No. participantes programados	55	49	91	60	3																								
Tasa de asistencia	109.1%	93.9%	2.2%	0.0%	133.3%																								

	<p>primer nivel eran 55 personas; todas estas personas participaron en el curso, logrando el 100% de la tasa de asistencia. El número de participantes se aumentó a 60, ya que se agregaron 5 personas más, quienes laboran en el Equipo de Extensión de Cobertura (equipos médicos itinerantes en las comunidades). Además, participaron dos enfermeras del segundo nivel por su participación cotidiana en la atención prenatal.</p> <p>Por otra parte, las auxiliares de los establecimientos del primer nivel programadas para la capacitación fueron 49, de las cuales 46 asistieron al curso. La tasa de asistencia era de 93.9%. El número de participantes se redujo en 4, por las 3 auxiliares que no pudieron asistir por cuestiones de salud y una auxiliar que estaba próxima a jubilarse, no obstante, participó una auxiliar de una Casa de Salud que desarrolla intervenciones con la mujer durante la atención prenatal.</p>
--	--

Como se muestra la evaluación por los indicadores arriba citados, se logró el Resultado 1. En el Departamento de Santa Ana, se estableció e implementó el proceso de capacitación para la educación permanente en obstetricia.

<p><b>Resultado 2: Se ha establecido y ejecutado el método de monitoreo y evaluación de la capacitación de educación permanente para enfermeras en el componente obstétrico en el Depto. de Santa Ana.</b></p>	
Indicadores	Situación encontrada al momento de la evaluación final
<p>Indicador 2-1: Se elaboran “Criterios de monitoreo y evaluación de la capacitación”.</p>	<p>Se elaboraron “Criterios de Monitoreo y Evaluación de la Capacitación” por dos versiones; una para enfermeras y otra para auxiliares. El Plan de Implementación de Monitoreo para los participantes capacitados del Departamento de Santa Ana fue elaborado.</p>
<p>Indicador 2-2: El 100% de instituciones con enfermeras capacitadas reciben monitoreo y evaluación de la capacitación durante el Proyecto.</p>	<p>Las facilitadoras que llevaron a cabo la capacitación, con la asesoría de la Coordinadora Técnica Nacional y Expertas japonesas, realizaron monitoreos utilizando los “Criterios de Monitoreo y Evaluación de la Capacitación” elaborados en el Indicador 2-1. El 59.3% de los establecimientos a los que pertenecen las enfermeras capacitadas, fue monitoreado (19 de 32 establecimientos). Hasta la finalización del proyecto, se espera cumplir el 100% de monitoreos de los establecimientos.</p> <p>En cuanto al número de personas monitoreadas, 39 de 62 enfermeras capacitadas (62.9%) fueron monitoreadas, y 3 de 46 auxiliares capacitadas (6.5%).</p>

<p>Indicador 2-3: Programa de Capacitación revisado de acuerdo a resultados del monitoreo y evaluación de la capacitación.</p>	<p>Como consecuencia del análisis de los resultados de monitoreo realizado por las Expertas japonesas y la Coordinadora Técnica del Proyecto Bilateral, se identificaron los siguientes aspectos a mejorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el 50% de enfermeras existen algunos problemas para aplicar las maniobras de Leopold, que es una técnica obstétrica<sup>13</sup></li> <li>• En algunos casos se observó que era insuficiente la recolección de información (observación y preguntas verbales) para ofrecer una atención integral de enfermería a las usuarias.</li> <li>• En algunos casos la enfermera no relaciona correctamente la información recolectada con los signos y síntomas de alarma<sup>14</sup></li> <li>• El 34% de las enfermeras monitoreadas no se realizan la orientación apropiada a las embarazadas de acuerdo a sus necesidades.</li> <li>• En el 21 % de las enfermeras monitoreadas se observan deficiencias en las técnicas básicas de enfermería, como la medición de peso, talla, y la presión arterial.</li> </ul> <p>Para solucionar estos problemas, se pretende mejorar el programa de capacitación, como la modificación de la pática del procedimiento de Leopold y la introducción del PAE en el programa.</p>
--	---

Como se muestra la evaluación por los indicadores arriba citados, se estima que el Resultado se logrará hasta la finalización del Proyecto. Se estableció el método de monitoreo y evaluación de la capacitación en la educación permanente obstétrica, y se puso en práctica también. El monitoreo se aplicó al 60% de los establecimientos de donde pertenecen las participantes del curso. Al momento, el objetivo no se ha alcanzado cuantitativamente. Sin embargo, para la finalización del proyecto, se completará el monitoreo en todos los establecimientos.

<p>Resultado 3: Se han mejorado el sistema de gerencia y administración de la capacitación de educación permanente de enfermería en el componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana.</p>	
Indicador	Situación encontrada al momento de la evaluación final
<p>Indicador 3: El Departamento de Enfermería de la Región</p>	<p>A partir de la evaluación intermedia, se cumplió con el 100% de los cursos programados ( 4 cursos), incluyendo uno para la formación de facilitadoras.</p>

<sup>13</sup> Se ha detectado tres puntos débiles en las técnicas de control prenatal. 1) Identificación de la sínfisis del púbis, 2) realización de procedimiento correcto (cuatro maniobras de Leopold) 3) posición adecuada de la usuaria para realizar examen físico.

<sup>14</sup> Por ejemplo; algunas enfermeras no pueden observar y detectar los síntomas de alarma como edema, visión borrosa, dolor de cabeza que son de los síntomas de trastorno hipertensivo.

Occidental de Salud conduce, monitorea y evalúa la capacitación según el Plan de Implementación.	Se realizaron las actividades de monitoreo.
--	---

De acuerdo al indicador, la Unidad de Enfermería de la Región Occidental de Salud realizó 100% de las actividades de capacitación y un 60% de monitoreo y evaluación. No obstante hubo un atraso de la implementación, según el plan.

Resultado 4: Se han promocionado las actividades para el desarrollo sostenible.	
Indicadores	Situación encontrada al momento de la evaluación final
Indicador 4-1: “Manual de Gerencia y Administración” elaborado.	Estuvo programada la reunión del Comité Gerencial de Educación Permanente, aprovechando las ocasiones de la reunión técnico administrativa de enfermeras jefas del nivel nacional que se celebraban en el Ministerio de Salud, con el motivo de establecer “el Manual de Gerencia y Administración”. Sin embargo, debido a las emergencias y cambio del gobierno, se suspendió esa reunión mensual. Dada esa situación, se hizo difícil para realizar las actividades del comité, por lo que no se ha elaborado el Manual.
Indicador 4-2: Ocho (8) facilitadoras del Depto. de Sonsonate y 8 facilitadoras de Depto. de Ahuachapán formados.	Los cursos de capacitación para la formación de facilitadoras en los Departamentos de Sonsonate y Ahuachapán estaban programados en diciembre de 2009 y enero de 2010. Sin embargo, esos cursos no se realizaron como lo programado originalmente, por algunos factores externos como la emergencia declarada por la influenza AH1N1 y la tormenta IDA. Por consiguiente, se hizo una reprogramación e inició el 21 de abril de 2010. No obstante, se tuvo que posponer de nuevo por la campaña de vacunación contra la AH1N1 realizada en mayo. Finalmente, se realizó la capacitación en el mes de junio, para las 17 facilitadoras de ambos departamentos; 9 enfermeras del primer nivel y 8 del segundo nivel.

El Comité Gerencial de Educación Permanente descontinuó, pero la Unidad de Enfermería del Ministerio de Salud sigue apoyando las actividades de educación permanente. Desde el punto de vista de la sostenibilidad del proyecto, es posible que la Región Occidental de Salud maneje el ciclo gerencial de capacitación, dando seguimiento a las actividades de capacitación obstétrica. Por otro lado, por iniciativa propia de la Región Occidental de Salud, se formó un Comité Gerencial de Educación Permanente, y de esta manera, está construyendo un sistema para que los

establecimientos de salud de donde proceden las enfermeras capacitadas colaboren con las actividades futuras de educación permanente. Se formaron facilitadoras de capacitación en los Departamentos de Sonsonate y Ahuachapán, lo que permitió consolidar la base para ampliar las actividades de capacitación en la Región Occidental de Salud del país.

### 3-2-4 Grado de Alcance del Objetivo del Proyecto

<b>Objetivo del Proyecto: Se ha mejorado la calidad de capacitación de educación permanente para el personal de enfermería en el componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana.</b>	
<b>Indicadores</b>	<b>Situación encontrada al momento de la evaluación final</b>
Los facilitadores reciben una calificación superior a 3.5 de la escala máxima de 5 por los participantes del curso.	Después de la capacitación, cada una de las facilitadoras recibe la evaluación de parte de los(as) participantes (a partir del Primer Curso de Capacitación en SSR para las Enfermeras del Depto. de Santa Ana se introdujo la calificación en 5 niveles). Todas las facilitadoras han recibido una calificación de 4 y 5.
Los que han participado en la capacitación reciben una calificación superior a 3.5 de la escala máxima de 5 sobre su servicio por otros profesionales del sector de salud.	Se establecerán las normas de evaluación en el futuro. Hasta ahora, no se ha realizado la evaluación. Se planea elaborar diferentes tipos de instrumentos para evaluar el cambio de actitud y el mejoramiento en la atención de enfermería (sobre todo, enfocado a la atención integral a la usuaria como ser humano).
El “Programa de capacitación” y el “Programa de ejecución de capacitación” son aprobados como el modelo de educación permanente de enfermería por el Ministerio de Salud.	El “Programa de capacitación” y el “Programa de ejecución de capacitación” son aprobados por la Unidad de Enfermería del MSPAS.
Los “Criterios de monitoreo y evaluación de la capacitación” son aprobados por el Ministerio de Salud.	Los “Criterios de monitoreo de capacitación” son aprobados por la Unidad de Enfermería del MSPAS.

Ya se ha logrado el objetivo del proyecto. Los(as) participantes de la capacitación califican altamente a las facilitadoras en el manejo de capacitación y las técnicas didácticas. De hecho, las enfermeras capacitadas están realizando el chequeo obstétrico en los establecimientos de donde proceden, utilizando conocimientos y técnicas adquiridas en las capacitaciones. Según el monitoreo, las enfermeras de las instituciones de donde pertenecen las enfermeras capacitadas aprecian muy positivamente sus labores. Además se ha aprobado “el programa de capacitación”, “plan para la implementación de capacitaciones” y “norma de monitoreo de capacitaciones” por parte del Ministerio de Salud como modelo, y se ha construido el sistema administrativo de capacitaciones, de acuerdo al ciclo del control de las capacitaciones. A lo largo de la ejecución de siete cursos<sup>15</sup>, se está mejorando firmemente la calidad de educación permanente obstétrica. Considerando lo mencionado, se puede afirmar que alcanzó el objetivo del proyecto.

### 3-2-5 Perspectiva del Alcance del Objetivo Superior

**Objetivo superior: Se ha mejorado el servicio de enfermería en el componente obstétrico en los Deptos. de Santa Ana, Sonsonate y Ahuachapán.**

Indicadores	Situación encontrada al momento de la evaluación final						
Se reduce el número del parto en el hogar o el parto asistido por una partera tradicional, y aumenta el parto institucional para 2015.		Médicos	Enfermeras (os)	Enfermeras(os) del área materno infantil	Otros	Parteras tradicionales	Núm. total de partos
	2005	7,916	1	0	2		7,919
	2006	7,333	3	0	1		7,337
	2007	7,334	5	0	0		7,339
	2008	7,921	4	0		223	8,148
	2009	7,815	13	0		92	7,920
Fuente: Sitio web del Ministerio de Salud de El Salvador, 2005-2007 MSPAS de El Salvador, 2008-2009 <sup>16</sup>							
El cuadro de arriba muestra la tendencia de los partos en el Dpto. Santa Ana. Hasta 2007 los partos atendidos por parteras sin licencia no estaban registrados como tales estos partos están registrados a partir del 2008. En comparación con los 13 casos atendidos por enfermeras, existen 92 partos atendidos por parteras tradicionales, lo cual demuestra una alta incidencia en el número total de partos registrados. Sin embargo el número de partos atendidos por parteras se redujo drásticamente respecto con 223 de 2008. Por otra parte, en el siguiente cuadro se comparan los datos de enero-abril de 2009 con							

<sup>15</sup>4 cursos para enfermeras, 2 cursos para auxiliares de enfermeras, 1 curso para la formación de facilitadores de los Dptos. Sonsonate y Ahuachapán.

	<p>los datos del mismo período de 2010.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Médicos</th> <th>Enfermeras</th> <th>Enfermeras del área materno infantil</th> <th>Parteras tradicionales</th> <th>Núm. total de partos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enero-abril, 2009</td> <td>2,484</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>25</td> <td>2,517</td> </tr> <tr> <td>Enero-abril, 2010</td> <td>2,570</td> <td>17</td> <td>0</td> <td>26</td> <td>2,613</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: MSPAS de El Salvador</p> <p>Se inició la capacitación en el marco de este Proyecto en diciembre de 2008, por lo que es conveniente observar sus influencias a partir de los datos de 2009. En estos 2 años posteriores de la capacitación, el número de partos atendidos por enfermeras se incrementó más del doble.</p> <p>En cuanto al número de partos en los Deptos. de la Región Occidental, se registra un 6% de partos atendidos por las parteras tradicionales en Sonsonate y Ahuachapán.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Santa Ana</th> <th>Sonsonate</th> <th>Ahuachapán</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Partos atendidos por médicos</td> <td>7,815</td> <td>6,585</td> <td>3,214</td> </tr> <tr> <td>Partos atendidos por enfermeras</td> <td>13</td> <td>6</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>Partos atendidos por licenciadas materno infantil</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Partos atendidos por parteras tradicionales</td> <td>92</td> <td>414</td> <td>225</td> </tr> <tr> <td>No. total de partos por año</td> <td>7,920</td> <td>7,005</td> <td>3,523</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: MSPAS de El Salvador, 2009</p>		Médicos	Enfermeras	Enfermeras del área materno infantil	Parteras tradicionales	Núm. total de partos	Enero-abril, 2009	2,484	8	0	25	2,517	Enero-abril, 2010	2,570	17	0	26	2,613		Santa Ana	Sonsonate	Ahuachapán	Partos atendidos por médicos	7,815	6,585	3,214	Partos atendidos por enfermeras	13	6	84	Partos atendidos por licenciadas materno infantil	0	0	0	Partos atendidos por parteras tradicionales	92	414	225	No. total de partos por año	7,920	7,005	3,523
	Médicos	Enfermeras	Enfermeras del área materno infantil	Parteras tradicionales	Núm. total de partos																																						
Enero-abril, 2009	2,484	8	0	25	2,517																																						
Enero-abril, 2010	2,570	17	0	26	2,613																																						
	Santa Ana	Sonsonate	Ahuachapán																																								
Partos atendidos por médicos	7,815	6,585	3,214																																								
Partos atendidos por enfermeras	13	6	84																																								
Partos atendidos por licenciadas materno infantil	0	0	0																																								
Partos atendidos por parteras tradicionales	92	414	225																																								
No. total de partos por año	7,920	7,005	3,523																																								
El servicio de salud ofrecido por enfermeras y auxiliares de enfermería en el componente obstétrico obtiene una evaluación elevada por los clientes (más de 6 de la escala máxima de 10) hasta 2015.	Hasta ahora, no se ha realizado un estudio sobre el grado de satisfacción de las usuarias (estudio de salida).																																										
La tasa de mortalidad de mujeres embarazadas se reduce en el 30% hasta 2015.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Región Occidental</th> <th>Santa Ana</th> <th>Sonsonate</th> <th>Ahuachapán</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2006</td> <td>24</td> <td>9</td> <td>9</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2007</td> <td>13</td> <td>7</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2008</td> <td>19</td> <td>10</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>17</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>		Región Occidental	Santa Ana	Sonsonate	Ahuachapán	2006	24	9	9	6	2007	13	7	4	2	2008	19	10	4	5	2009	17	5	6	6																	
	Región Occidental	Santa Ana	Sonsonate	Ahuachapán																																							
2006	24	9	9	6																																							
2007	13	7	4	2																																							
2008	19	10	4	5																																							
2009	17	5	6	6																																							

<sup>16</sup> Desde 2008 la metodología estadística de procesamiento en MSPAS se ha modificado.

	Fuente: Región Occidental de Salud, MSPAS
--	---

Según la evaluación realizada con los indicadores, en el Departamento de Santa Ana, se observó la mejoría del servicio de enfermería desempeñado por las enfermeras profesionales en el campo obstétrico. Entre las usuarias embarazadas que recibieron la atención de las enfermeras y auxiliares capacitadas, se escuchan comentarios que evalúan positivamente el mejoramiento de los servicios de atención de enfermería. Los siguientes son los datos subjetivos recolectados por el Proyecto en su monitoreo, de parte de las usuarias embarazadas que reciben el servicio de control:

- Comentario de una usuaria que recibió la atención de una enfermera: “cuando vengo, quiero que la doctora vestida de azul (enfermera) me atienda siempre, ya que me cuenta del crecimiento del bebé y de los alimentos con contenido de fierro que previenen anemia.” “Se mejoró mucha la anemia.” (Unidad de Salud de Santa Lucía)
- Junto con el control prenatal, la enfermera aplicó a la usuaria el examen de cáncer cervical y el asesoramiento de salud. Comenta la usuaria: “es mejor que me atienda una enfermera, ya que pude recibir una atención más precisa e integral. Nadie me dijo que hiciera el examen de cáncer cervical hasta ahora, con bastantes semanas de embarazo.” (Unidad de Salud de Candelaria de La Frontera).
- “Me dio gusto escuchar el sonido del corazón del bebé por primera vez” (Unidad de Salud de Masahuat, Unidad de Salud de “Casa del Niño”, entre otros)
- “En la próxima consulta, también quiero que me atienda una enfermera.” (Unidad de Salud de San Rafael, El Porvenir, entre otros)

Si las facilitadoras de los Deptos. de Sonsonate y Ahuachapán, que han sido capacitadas por el Proyecto, continúan sus actividades de la capacitación en cascada, es probable que la atención de enfermería en el componente obstétrico mejore en la Región Occidental.

### **3-2-6 Proceso de implementación**

No se observan grandes cambios en el proceso de implementación después de la evaluación intermedia.

## Capítulo 4. Resultados de evaluación por 5 criterios

### 4-1 Resultados de la Evaluación por 5 Criterios del Proyecto Regional

#### 4-1-1 Relevancia

Las políticas y los programas de salud de los países participantes manifiestan claramente la necesidad de formación de recursos humanos y de mejoramiento de servicios de salud, mostrando una alta congruencia con la orientación del Proyecto. A continuación se señalan las políticas y los programas de salud de los países participantes:

El Salvador	Programa Nacional de Capacitación 2010 – 2012, Mejoramiento de la Calidad de Atención de Enfermería del Personal de Enfermería
Guatemala	Políticas, Lineamientos Estratégicos y Prioridades del Gobierno de Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Mejoramiento de la calidad de educación de enfermería: Política 5 Mejoramiento del servicio médico: Política 2
Honduras	Políticas Nacionales de Salud 2006-2010 4.1.1 Ampliación de la cobertura y el control de calidad de los servicios médicos ofrecidos.
Nicaragua	Políticas de Salud y la Ley General de Salud Mejoramiento de la calidad de los recursos humanos en salud: Política 7, Artículo 111 y Artículo 112. Mejoramiento de servicios de salud: Política 8
Rep. Dominicana	Mejoramiento de la calidad de educación de enfermería: Políticas Pública de Salud. Mejoramiento de la calidad de servicios de salud: Ley General de Salud 42-01 y Ley de Seguridad Social 87-01.

Adicionalmente, los Resultados de este Proyecto están de acuerdo con “el desarrollo y fortalecimiento del personal de salud”, que se considera como uno de los objetivos del “Plan de Salud para Centroamérica y la República Dominicana 2010-2015” del Sistema de Integración Centroamericana (SICA). Se puede afirmar que el Proyecto tiene una alta relevancia como un proyecto de carácter regional.

Las políticas de la Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD) del gobierno de Japón es realizar acciones de cooperación en los sectores de educación y de salud y asistencia médica entre otros, para apoyar las políticas apropiadas de desarrollo social. En la región centroamericana, existen tareas comunes de desarrollo, por lo que se impulsa la realización de proyectos que beneficien a diversos países al mismo tiempo para contribuir a solucionar estos desafíos comunes de desarrollo que

trasciendan fronteras, desde el punto de vista del aprovechamiento eficiente y efectivo de los recursos de asistencia japonesa. Por otra parte, en el Foro Japón Centroamérica de agosto de 2005, se aprobó la “Declaración de Tokio”, en que se manifiestan las firmes intenciones de fortalecer la integración regional por parte de los países miembros del SICA y el apoyo de Japón a este proceso de integración centroamericana. En la misma Declaración, Japón confirma su decisión de continuar sus apoyos a los proyectos regionales. El Proyecto tiene una alta congruencia con las políticas manifiestas por Japón.

En Japón, existe un importante acervo de experiencias de los proyectos de educación en enfermería en Centro y Sudamérica, como el Proyecto del Fortalecimiento de Educación Básica de Enfermería en Honduras, el Proyecto del Fortalecimiento de Educación Básica de Enfermería en El Salvador, el Proyecto del Fortalecimiento de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia en el Sur de Paraguay, y los Cursos Colectivos para Terceros Países: Educación de enfermería. Este Proyecto aprovecha este acervo de recursos humanos y metodología cultivado por medio de las actividades anteriores de cooperación en el sector de salud. En este sentido, Japón tiene una ventaja técnica significativa para realizar este Proyecto.

#### **4-1-2 Efectividad**

Puesto que los componentes seleccionados por el Proyecto, el PAE, la SC, la IDS y la SSR se combinan armoniosamente y los procesos de capacitación de transferencia, de autodidaxia y de estudio de diagnóstico funcionan eficientemente, docentes e instructoras(es) de educación de enfermería adquirieron los conocimientos y técnicas adecuados para las necesidades en las áreas clínicas. Se espera que todo esto se refleje en la educación de enfermería en el futuro. Hasta este momento, se ha realizado la capacitación de los Comités Locales por parte de los Comités Nacionales, pero la capacitación por los Comités Locales a los niveles inferiores del sistema de cascada apenas se está iniciando; existen unos cuantos casos únicamente. Para llegar a un juicio sobre el grado de alcance del Objetivo del Proyecto, es necesario confirmar la calidad de educación ofrecida a estudiantes de enfermería. Sin embargo, en este momento el Proyecto no ha llegado a la fase de evaluación y monitoreo de parte de las(os) estudiantes; el ciclo de control de capacitación todavía no está completo. Por otra parte, el Resultado 4 del Proyecto se refiere a las actividades que promuevan la sostenibilidad del Proyecto, incluyendo el aseguramiento de recursos necesarios para las actividades de capacitación y de los comités. De hecho, estos recursos son difíciles de conseguir; después de la Evaluación Intermedia, las actividades de capacitación para los Comités Locales están siendo financiadas por el presupuesto del Proyecto parcialmente. En el momento de la Evaluación Final, la dificultad presupuestaria no ha cambiado. La continuación de las actividades de capacitación a nivel local programadas para el futuro depende grandemente de la disponibilidad

financiera, ya que se pretende expandir especialmente la cobertura del Proyecto. Es necesario fortalecer, drásticamente, las actividades dirigidas al aseguramiento de la sostenibilidad.

Los programas curriculares de educación básica de enfermería todavía no han sido terminados, por lo que el contenido de la educación no se ha mejorado. Es un proceso lento; requiere de tiempo para finalizarlo. Además, en el marco del Proyecto, únicamente se elaborarán los programas curriculares aplicables a la formación de las(os) enfermeras(os), dejando a un lado los programas curriculares para las(os) “enfermeras(os) universitarias(os)” y las(os) “auxiliares de enfermería”. Es necesario elaborar programas curriculares de estas otras dos categorías de educación. Para que se alcance el Objetivo del Proyecto, se espera la terminación de los programas curriculares lo más pronto posible. Para lograr el Objetivo del Proyecto, es necesario lograr la terminación de los programas curriculares lo más pronto posible, que se considera como uno de los resultados del Proyecto, y poner en práctica los procesos de monitoreo y evaluación mencionados anteriormente.

#### **4-1-3 Eficiencia**

Los siguientes factores promovieron la eficiencia del Proyecto:

(1) Referente al proceso de implementación:

- Por la introducción de las actividades de comités en cascada, se pudo ahorrar los gastos necesarios para reunir a docentes e instructoras(es) de la educación básica en la ciudad capital, y se hizo posible una operación eficiente del Proyecto.
- Por la aplicación del proceso de autodidaxia, los participantes de la capacitación profundizaron su comprensión sobre el componente en que participan; adquirir los conocimientos y las técnicas aplicables a los trabajos diarios como enfermeras(os) contribuyó directamente al mejoramiento de la calidad de educación de enfermería.

(2) Referente a los gastos de operación:

- Desde el punto de vista del ahorro de los gastos de operación, se utilizaron videoconferencias y reuniones por Skype, lo que permitió un desarrollo más eficiente de actividades del Proyecto.
- La operación del Proyecto en los 5 países participantes ha sido realizada por un solo experto, lo que permitió una aportación oportuna de recursos necesarios.
- Se aprovecharon los recursos humanos formados a través de otros proyectos de la JICA (expertas salvadoreñas y paraguayas).
- Aprovechamiento de las expertas de terceros países aledaños (expertas mexicanas).

(3) Referente al sistema de implementación del Proyecto:

- La asignación de figuras centrales de las instituciones educativas y de servicio: Directoras de Enfermería a nivel nacional en docencia y servicio, Presidentas de Asociaciones de

Enfermeras(os) y/o Colegios Profesionales, Coordinadoras Nacionales y miembros del Consejo Asesor contribuyó a la operación armoniosa del Proyecto.

- La administración integral del Proyecto en los 5 países participantes por parte de un solo experto japonés.
- Por el diseño regional del proyecto, se fortaleció una red de comunicación entre los 4 países en torno a El Salvador. Por medio de las videoconferencias y reuniones por Skype, se compartieron las experiencias de otros países, lo que facilitó su aplicación en el propio país.
- Al compartir el avance del Proyecto en los diferentes países integrantes, se creó un sentido positivo de competencia, que contribuyó la aceleración de sus actividades.

Los siguientes factores inhibieron la eficiencia del Proyecto:

Demora en la formación de los Comités Nacionales

- El hecho de que las personas de C/P eran de la provincia, impidió el avance ágil de las actividades del Proyecto.
- En el proceso de actividades del Comité Nacional, el estudio de diagnóstico consumió un largo tiempo.

Retraso de las actividades por los factores externos:

- En todos los países participantes:  
La declaración de emergencia por la influenza H1N1 (abril-octubre de 2009)
- En todos los países participantes menos la República Dominicanas:  
Declaración de emergencia por la Epidemia de Dengue (febrero-marzo de 2010)
- En El Salvador:  
Reestructuración del Ministerio de Salud por el cambio del gobierno (a partir de junio de 2009)
- En Honduras:  
Declaración del estado de excepción por el golpe de estado (a partir de junio de 2009)  
Seis cambios de Secretarios de Salud.
- En Nicaragua:  
Reducción de las horas de trabajo: desde las 8 de la mañana hasta la 1 de la tarde (a partir de agosto de 2009)
- En la República Dominicana:  
Cooperación y apoyo a Haití en el desastre sísmico (enero-febrero de 2010)

#### **4-1-4 Impacto**

##### **(1) Perspectiva de alcance del Objetivo Superior:**

El Proyecto tiene como objetivo mejorar la capacidad de docentes de enfermería e instructoras(es) de servicio de educación básica de enfermería. Por introducir el proceso de autodidaxia y por seleccionar a las personas de las instituciones educativas y de servicio en sus comités, el Proyecto pudo mejorar la calidad de atención de enfermería por las participantes de la capacitación en las áreas clínicas. El Proyecto ha tenido oportunidades para presentar sus resultados frente a los especialistas reunidos en los congresos y conferencias de enfermería en la región de Centroamérica y el Caribe, y está llamando la atención de los países que quedan fuera del marco del Proyecto Regional. Si se mantiene este tipo de actividades en el futuro, y si los resultados positivos informados por el Proyecto realmente se introducen en otros países, la perspectiva para lograr el Objetivo Superior del Proyecto se incrementará.

##### **(2) Impactos positivos:**

- Los resultados del Proyecto fueron conocidos por el COMISCA, y también fueron informados en el Plan de Salud de Centroamérica del Sistema de Integración Centroamericana (SICA). En la reunión del COMISCA realizada en junio de 2010, los resultados del Proyecto fueron presentados ante sus miembros, llamando la atención de los Ministro de Salud de los países centroamericanos.
- Por asignar como Director Nacional del Proyecto a los Ministros de Salud de los países participantes (en el caso de Guatemala, el Viceministro de Salud), se logró asegurar su asistencia a las reuniones del Comité Coordinador Conjunto. Está en incremento el interés político hacia el Proyecto.
- Las actividades relacionadas con la elaboración del programa curricular realizadas por Guatemala y Nicaragua fueron compartidas a través de la red de comunicación entre los países participantes, y despertó el interés de la República Dominicana donde se realizan las actividades de estandarización curricular por su propia iniciativa.
- Por la introducción de la teoría del proceso de atención de enfermería, las(os) enfermeras(os) empiezan a reunir más información de los(os) usuarios(as), para transferirla al médico correspondiente. Por esta situación, las(os) enfermeras están consiguiendo el entendimiento del rol de enfermería dentro del equipo de salud.

#### **4-1-5 Sostenibilidad**

##### **(1) Aspecto técnico**

Desde el punto de vista técnico, se considera alta la sostenibilidad del Proyecto. Los Comités Nacionales son capaces de llevar a cabo las actividades de capacitación, en cuanto a la programación

de cursos y elaboración de materiales didáctico, además de la elaboración del programa anual de actividades de los comités. En cuanto a los componentes de la capacitación, las actividades del Proyecto se llevan a cabo por los comités, donde se aprenden, por iniciativa de sus miembros, las teorías y prácticas de cada componente. Esta situación permitirá la continuación de estas actividades después del término del período de cooperación. En el futuro, es necesario realizar la evaluación por estudiantes, considerados como últimos beneficiarios del proceso, y el monitoreo de capacitación a través de las actividades de los comités para asegurar la sostenibilidad del Proyecto.

El hecho de que la Unidad de Enfermería del Ministerio de Salud haya asignado a una persona como la Coordinadora Técnica del Proyecto, funcionando como eje central de la operación del mismo, permite que las actividades del Proyecto continúen después del período de cooperación, en torno a esta figura altamente capacitada.

## (2) Aspecto institucional

En el aspecto de la sostenibilidad institucional, las actividades de los comités son realizadas como actividades de la Unidad de Enfermería del Ministerio de Salud actualmente, y se considera que este hecho incrementa la sostenibilidad del Proyecto en el futuro.

Por otra parte, las Directoras de Enfermería a nivel nacional de docencia y las Presidentas de Asociaciones de Enfermeras(os) y/o Colegios Profesionales están integradas en el Proyecto como miembros del Consejo Asesor, lo que constituye un factor que incrementa la sostenibilidad de las actividades de los comités aún después del período de cooperación del Proyecto.

La introducción de la estrategia de trabajo con los comités constituye otro factor que aumenta la posibilidad de que el personal de C/P continúe trabajando después del plazo establecido del Proyecto.

El sistema de colaboración entre los 5 países creado por el Proyecto fortaleció el mecanismo de apoyo de las expertas salvadoreñas al personal de otros países y él de apoyo mutuo entre los 4 países participantes. Entre estos países, existe una relación de asesoría y apoyo mutuos. Para mantener este mecanismo, es necesario ordenar herramientas de comunicación, por lo menos. Ya está prevista la cooperación del FUDEN, que se comprometió a donar un equipo completo de videoconferencias a algunos países participantes.<sup>17</sup> El Salvador posee un equipo de videoconferencias adquirido por el Proyecto.

Una mención aparte merece la situación de Honduras, ya que en este país, la Coordinadora Nacional del Proyecto representa a la Secretaría de Salud, pero a la vez es docente de la Universidad, lo que favorece el trabajo con la Coordinadora Técnica que es docente y pertenecen a la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

---

<sup>17</sup> En Nicaragua, el equipo se instalará en 2010, mientras que para Guatemala y Honduras su introducción está prevista para 2011.

El involucramiento de la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud no ha sido substancial y es necesaria su participación. Para incrementar la sostenibilidad del Proyecto, se considera indispensable un apoyo más sólido de la Secretaría de Salud de Honduras.

### (3) Aspecto financiero

La sostenibilidad financiera parece baja en términos generales. En el diseño mismo del Proyecto, están previstos los resultados que puedan incrementar la sostenibilidad del Proyecto. Siguiendo esta orientación, en todos los países, las Coordinadoras Nacionales, las Coordinadoras Técnicas y los miembros del Consejo Asesor han realizado sus esfuerzos para apartar recursos presupuestarios, pero de hecho, el aseguramiento presupuestario parece muy difícil.

Actualmente, el FUDEN está realizando los proyectos sobre el tema de salud reproductiva en todos los países participantes del Proyecto. El Comité guatemalteco de SSR está realizando las actividades de capacitación de los componentes del Proyecto JICA, aprovechando los recursos de capacitación del proyecto de FUDEN. Por otro lado, se busca la posibilidad de solicitar un financiamiento a otros organismos operantes, como el FUDEN, INAM, la OPS y algunas otras ONGs.

## **4-2 Cooperación del Proyecto Bilateral**

### **4-2-1 Relevancia**

En El Salvador, con el cambio del gobierno ocurrido en junio de 2009, se reestructuró el MSPAS, y se estableció un nuevo lineamiento de la política de salud. En el nuevo lineamiento, el mejoramiento de la salud materno infantil, considerado como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) sigue siendo la prioridad nacional; el Programa “Construyendo la esperanza: estrategias y recomendaciones en salud 2009-2014” establece, en su estrategia 2: Rectoría y Formulación de Políticas y Planes de Salud, y su estrategia 15: Salud Sexual y Reproductiva, la identificación de anomalías en las etapas de preembarazo, parto y puerperio, como un asunto prioritario. Este lineamiento está de acuerdo con el Objetivo del Proyecto y el Objetivo Superior.

Antes del inicio del Proyecto, las actividades de educación permanente de enfermería no estaban sistematizadas. Por el Proyecto, se hizo posible la operación de estas actividades basadas en el ciclo gerencial de capacitación, que consiste en planeación, implementación, evaluación y retroalimentación. Se introdujo un sistema que incrementa la calidad de las actividades de educación permanente. El Proyecto está respondiendo a las necesidades de la Unidad de Enfermería de Nivel Central y Región Occidental del MSPAS.

El gobierno de Japón considera el mejoramiento del nivel del sector de salud como una de las áreas prioritarias de cooperación en El Salvador, con base en los ODMs y de acuerdo con las políticas del gobierno salvadoreño. El Proyecto realiza las actividades que contribuyen directamente al alcance de los ODMs, y está totalmente de acuerdo con las políticas de Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD) de Japón.

Japón llevó a cabo un proyecto de cooperación en el ramo de educación permanente de enfermería del componente obstétrico en Paraguay, desde 2001 hasta 2005. El Proyecto pudo aprovechar los programas de capacitación y materiales didácticos elaborados sobre los temas similares. El personal de C/P formado por el proyecto de Paraguay fue aprovechado como expertas de terceros países; estas expertas continúan ofreciendo asesorías muy valiosas para el Proyecto, a través de videoconferencias y otros medios. Por esta situación, Japón tiene un acervo muy nutrido de experiencias y técnicas sobre los temas incluidos en el Proyecto, a través de otros proyectos realizados en el pasado. Se puede aseverar que Japón tiene ventajas comparativas en cuanto a las técnicas ofrecidas por este Proyecto.

### **4-2-2 Efectividad**

Como se explica al comentar el grado de alcance de los Resultados 1 y 2, la Unidad de Enfermería

de la Región Occidental tiene capacidad de administrar las actividades de capacitación, aplicando el ciclo gerencial de capacitación. Por los diversos factores externos que se presentaron en El Salvador, en la segunda mitad del período de cooperación, las actividades del Proyecto se vieron impedidas en algunas ocasiones, pero se ha podido aplicar el monitoreo al 60% de las personas que participaron en los cursos de capacitación. Se está modificando el contenido de la capacitación, para corregir las debilidades identificadas a través de este monitoreo. Por lo tanto, se considera que ha sido logrado el Objetivo del Proyecto: “se ha mejorado la calidad de capacitación de educación permanente para el personal de enfermería en el componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana”. Aunque el grado de alcance del Resultado 4 es bajo, este Resultado fue considerado principalmente para sentar las bases para la difusión a nivel nacional del Proyecto, con miras al logro del Objetivo Superior y a un desarrollo sostenible mayor en el futuro. Por lo tanto, la sostenibilidad de la capacitación en el Depto. de Santa Ana se considera sólida gracias a la base construida en la Región Occidental. El poco grado de alcance que se registra en el Resultado 4 no afectará grandemente al logro del Objetivo del Proyecto.

#### **4-2-3 Eficiencia**

Las facilitadoras capacitadas se sienten seguras por repetir las actividades basadas en el ciclo de administración, asimismo llegaron a un nivel satisfactorio para gerenciar la capacitación a solas aunque hay veces que necesitan asesoría de la Unidad de Enfermería del Nivel Central. Los factores que influenciaron a elevar la suficiencia para conseguir los resultados son los siguientes.

- Los equipamientos proporcionados por el Proyecto contribuyeron a la capacitación, la cual es la columna vertebral del Proyecto.
- Se continúa el apoyo de los JOCV (voluntarias jóvenes japoneses) en la orientación obstétrica y el gerencia de la capacitación, asimismo ellas contribuyeron al fortalecimiento técnico de las participantes de la capacitación. De tal manera la coordinación entre los expertos japoneses y JOCV coadyuvó a la elevación de la eficiencia.

Aprovechamiento de los resultados adquiridos en la cooperación japonesa en Paraguay, por ejemplo el aprovechamiento de la capacitación eficiente, los materiales y expertos paraguayos, elevó la eficiencia del Proyecto.

#### **4-2-4 Impacto**

(1) Probabilidad de alcanzar el Objetivo Superior

Tras verificar el grado de alcance de los indicadores, se ha confirmado el mejoramiento del servicio de la enfermería en el componente obstétrico en el Dpto. Santa Ana, por lo tanto se prevé la probabilidad de alcanzar el Objetivo Superior, sin embargo en los Dptos. de Sonsonate y Ahuachapán existen limitantes por el hecho de que no se ha planificado la presupuestación necesaria

para llevar a cabo la capacitación.

Por otro lado, aunque no se ha llevado a cabo la encuesta de satisfacción, a través de las actividades de monitoreo se confirmaron comentarios de mujeres embarazadas que reconocieron el mejoramiento del servicio realizado por el personal capacitado. Asimismo se observaron los siguientes cambios positivos relacionados al servicio de enfermería.

- Las participantes de la capacitación emprendieron activamente el ordenamiento en sus lugares de trabajo y en 17 de los 33 establecimientos de salud se proporcionaron áreas para la atención de las embarazadas.
- En un centro de salud se estableció el comité de atención a las mujeres embarazadas involucrando personal de varias disciplinas y se inició la atención de emergencia para embarazadas, lo cual influenció a los médicos a incrementar la apreciación a enfermeras.
- Se viene aumentando el número de controles de mujeres embarazadas realizado por las enfermeras que participaron en la capacitación y por consiguiente el mejoramiento del servicio de enfermería en el componente obstétrico.

**Cuadro 13: Número de control prenatal y puerperio realizado por enfermeras en el Dpto. Santa Ana**

	2007	2008	2009
Primer Control	57	43	104
Controles (del Segundo al quinto)	283	228	622
Control puerperio	75	90	114
Total	415	361	840

Fuente : Región Occidental de Salud

Teniendo en cuenta la situación arriba mencionada, se considera que las enfermeras quienes participaron en la capacitación ya ponen en práctica el conocimiento y técnica adquiridos en la misma y sus servicios son apreciados por las mujeres embarazadas, quienes son las últimas beneficiarias. Pero en los Dptos. de Sonsonate y Ahuachapan no está planeado el presupuesto necesario para la capacitación, ya que la capacitación de ellas finalizó el 12 de junio de 2010. Por lo tanto la probabilidad del Objetivo Superior del Proyecto depende mucho de la continuación de las actividades por parte de la Región Occidental de Salud, dado que no habrá mejoramiento cualitativo en el servicio si no se realizan y se continúan la capacitación, el monitoreo.

Como muestra el cuadro 13, entre las causas de muerte materna en el Dpto. de Santa Ana en 2008 se identifican unas causas que son controlables o prevenibles a través de la atención de enfermería. Por ende se estima que se podrá coadyuvar a la reducción de la muerte materna si se refuerzan la instrucción y la atención de enfermería en función de la necesidad individual.

**Cuadro 14 :Causas de la muerte materna en el Depto. de Santa Ana, 2009**

Causa	Muertes
Transtornos hipertensivos	5
Infecciones intoxicaciones (suicidio)	3
Hemorragias	2
Enfermedades infecciosas	1
Cardiopatía	1
Anemia megaloblástica	1
Colitis ulcerativa	1
Influenza AH1N1	1
Perforación intestinal	1
Perforación de anastomosis	1

Fuente: Oficina de Salud de la Región Occidental

En la Región Occidental existen muchos partos atendidos por parteras tradicionales, por ejemplo en 2009 hubo más de 700 casos(aproximadamente el 4 % de todos los partos ) . Sin embargo no hubo ni una sola muerte relacionada al parto atendido por parteras. Asimismo el número de partos por parteras se ha reducido en comparación con el de 2008, por lo tanto se estima baja la posibilidad del aumento de la muerte derivada de partos atendidos por este recurso.

#### (2)Impacto Positivo

- Fue reconocido el mejoramiento del servicio de enfermería realizado posterior a la capacitación, y como consecuencia se percibe el apoyo a las actividades del comité SSR de parte de las autoridades de la Región Occidental de Salud.
- Como consecuencia de lo anterior, se estableció de forma voluntaria el Comité Gerencial de Educación Permanente en la Región Occidental
- Las facilitadoras capacitadas por el Comité SSR visitan 3 países del Proyecto Regional como instructoras y también participan en videoconferencias y reuniones Skype.
- Las facilitadoras realizan talleres de transferencia del conocimiento a sus colegas en sus hospitales, para mejorar la atención a las embarazadas.

#### **4-2-5 Sostenibilidad**

##### (1) Aspecto técnico

El Comité de SSR establecido por las facilitadoras del Depto. de Santa Ana realizó sus actividades de manera periódica y se concluyó la ejecución de todas las capacitaciones planeadas a pesar de la suspensión temporal causada por varias limitantes externas. Estas facilitadoras son capaces de sostener sus acciones siguiendo el ciclo de gestión de capacitación aún después de la terminación del

Proyecto. Se considera que se mantendrán las actividades de capacitación, su monitoreo y evaluación por parte del Comité de SSR, con el apoyo de las autoridades de la Región Occidental de Salud.

#### (2) Aspecto organizativo e institucional

Para que las facilitadoras puedan llevar a cabo sus actividades de capacitación, es necesario obtener los permisos de los jefes de las instituciones donde trabajan, En las instituciones de salud a las que están asignadas estas facilitadoras, es evidente el mejoramiento de la atención de enfermería, lo que se reconoce por sus jefes. Como resultado, se empieza a organizar el Comité Gerencial de Educación Permanente en torno a la Unidad de Enfermería de la Región Occidental, para apoyar las actividades de los comités. Para fomentar estas actividades, es necesario mantener la conducción técnica constante de la Unidad de Enfermería del MSPAS a través de la continuidad del trabajo de la coordinadora técnica nacional del componente bilateral y para asegurar los permisos por parte de los jefes de las enfermeras y auxiliares de enfermería que participan en las actividades del proyecto y por consiguiente se podrá incrementar la sostenibilidad institucional.

El Ministerio cubre los gastos de luz y agua de las salas de capacitación que se utilizan para estas actividades; las autoridades de la Región Occidental también aprueban su uso para las acciones de capacitación. No habrá ningún problema para continuar las actividades de capacitación utilizando estos espacios.

#### (3) Aspecto político y financiero

En el momento de la evaluación, la sostenibilidad financiera se considera baja. En la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos del MSPAS se está elaborando el Plan Nacional de Capacitación 2010-2012, que cubre los 3 años mencionados. Una parte de este Plan corresponde al sector de enfermería. Las actividades de educación permanente se realizarán básicamente de manera descentralizada, por lo que no está previsto un presupuesto para este fin. En el futuro, la capacitación se dará por parte de la Región Occidental de Salud; es necesario buscar financiamiento de algunos donantes para disponer de recursos. Como se ha mencionado anteriormente, en la Región Occidental se formó recientemente el Comité Gerencial de Educación Permanente. En el futuro, este Comité debe tomar la iniciativa para buscar recursos necesarios para la capacitación, para lograr la continuación de estas actividades en Sonsonate y Ahuachapán, y para desarrollar nuevas capacitaciones sobre otros temas pertinentes en Santa Ana. Por lo tanto, en el futuro, a corto plazo, es necesario determinar las funciones de este Comité, y tomar medidas requeridas después de la terminación del Proyecto para incrementar la sostenibilidad.

## **Capítulo 5. Recomendaciones**

### **5-1 Recomendaciones para el Proyecto Regional**

**(1) Preparar planes de actividades por componentes a fin de completar la capacitación, monitoreo y evaluación.**

*- Recomendación para el Proyecto y los Ministerios (Secretarías) de Salud –*

**(2) Completar a través de los Comités Locales la capacitación a docentes e instructores de educación básica de enfermería sobre Proceso de Atención de Enfermería (PAE), Enfermería Comunitaria (EC), Integración Docencia-Servicio (IDS), Salud Reproductiva (SR)**

*- Recomendación para el Proyecto y los Ministerios (Secretarías) de Salud –*

**(3) Continuar actividades para la estandarización (desarrollo curricular) de la educación básica de enfermería**

*- Recomendación para el Proyecto y los Ministerios de Salud de Guatemala y Nicaragua –*

**(4) Impulsar la incorporación en las políticas de salud de los componentes de SC, PAE, SSR, IDS y DC desarrollados con las enfermeras a través del proyecto y continuar gerenciendo los comités nacionales y locales y otorgar permiso para la participación de los integrantes de los comités en las actividades.**

*- Recomendación para los Ministerios (Secretarías) de Salud –*

**(5) Apoyar la estandarización de los manuales, guías de capacitación y modelos en cada componente**

*- Recomendación para los Ministerios (Secretarías) de Salud –*

**(6) Continuar con la capacitación, monitoreo y evaluación utilizando los propios recursos financieros o el financiamiento externo para lograr la sustentabilidad**

*- Recomendación para el Proyecto y los Ministerios (Secretarías) de Salud -*

**(7) Formación continua del cuerpo docente por componentes y su utilización en los países**

*- Recomendación para el Proyecto y los Ministerios (Secretarías) de Salud -*

**(8) Apoyar a los países para intercambiar informaciones y experiencias a través de videoconferencia**

*- Recomendación para JICA -*

**(9) Formar la red regional de enfermería a fin de multiplicar las actividades (Educación Básica y Permanente de Enfermería) hacia otros países.**

*- Recomendación para los Ministerios (Secretarías) de Salud, El Proyecto, JICA en coordinación con Instituciones Formadoras de Recursos Humanos de Enfermería (Universidades y Educación Superior no Universitaria), Asociaciones de Profesionales de Enfermería y Colegios.*

**Asimismo, estudiar la utilización del sistema regional y programas de Cooperación Sur-Sur con el apoyo de JICA.**

*- Recomendación para los Ministerios (Secretarías) de Salud, el Proyecto y JICA.*

**(10) Desarrollar la red regional de enfermería para incidir en las áreas de otras disciplinas (ejemplo; Formación de los equipos de salud para la contingencia).**

*- Recomendación para los Ministerios (Secretarías) de Salud, el Proyecto y JICA -*

#### **5-2 Recomendaciones para el Proyecto Bilateral**

**(1) Preparar planes de actividades y su ejecución, monitoreo y evaluación en la Región Occidental de Salud respecto a la capacitación del componente obstétrico en el marco de la educación permanente a través de la Unidad de Enfermería del Nivel Central con miras a su implementación a nivel nacional .**

*- Recomendación para la Región Occidental de Salud, el Ministerio de Salud, el Proyecto –*

**(2) Asegurar los recursos financieros internos y externos para dar continuidad a la capacitación, monitoreo y evaluación en la Región Occidental de Salud. Asimismo, asegurar la conservación y mantenimiento del material, mobiliario, equipo y vehículo; así como la utilización de la infraestructura de los centros de Habilidades Obstétricas Perinatales para enfermería que funcionan en la Región Occidental de Salud.**

*- Recomendación para la Región Occidental de Salud, el Ministerio de Salud, el Proyecto –*

**(3) Elaborar en el futuro un manual de gerencia y administración sobre la educación permanente de enfermería.**

*- Recomendación para la Región Occidental de Salud, el Ministerio de Salud, el Proyecto –*

**(4) Fortalecer la capacidad como personal docente de salud reproductiva en el ámbito de la cooperación regional y asimismo fortalecer el rol de promover a compartir informaciones y experiencias entre los países participantes.**

## **Capítulo 6. Lecciones**

### **6-1 Lecciones para el Proyecto Regional**

- (1) Estructuración y efectividad del sistema eficiente y permanente para formar recursos humanos a través de los comités nacionales y locales.**
- (2) Fortalecimiento del desarrollo de actividades del Proyecto por la participación y acompañamiento de los Ministros (Secretarios) de Salud.**
- (3) Mantenimiento de la motivación y la generación de la conciencia de la solidaridad y superación entre los países a través de la utilización de las herramientas de comunicación y la asesoría periódica de los expertos en los países**
- (4) Utilización efectiva y eficiente de los recursos humanos de terceros países**
- (5) Efectividad de los programas de capacitación con énfasis en la práctica**
- (6) Efectividad de administrar un proyecto regional utilizando un único PDM**

### **6-2 Lecciones para el Proyecto Bilateral**

- (1) Desarrollo expedito de actividades basado en los resultados obtenidos en los proyectos anteriores (estrategia de trabajo en red de los comités nacionales y locales).**
- (2) Cambio de percepción de médicos hacia las enfermeras por el fortalecimiento de capacidad de enfermeras.**
- (3) Captación precisa del latido cardíaco fetal permitiendo el fortalecimiento del vínculo afectivo entre la madre y los miembros de la familia por la introducción de Doppler.**
- (4) Mejoramiento en la calidad de atención a las embarazadas a través de los comités multidisciplinarios formados a iniciativas de enfermeras.**

## Matriz de Diseño del Proyecto

## Anexo 1-1

Nombre del Proyecto: Proyecto para el Fortalecimiento de la Educación Básica y Permanente de Enfermería en El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana

Área del Proyecto: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana

Período: de agosto de 2007 a julio de 2010

Grupo objetivo: Docentes de enfermería e instructores en servicio de salud

Resumen Narrativo	Indicadores	Fuentes de Verificación	Supuestos
<p><u>Objetivo Superior</u></p> <p>Se ha mejorado la calidad de educación de enfermería en Centroamérica y El Caribe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se establece la red de facilitadores y se hace periódicamente el intercambio de información.</li> <li>- Se presenta el resultado de investigación de educación de enfermería en eventos internacionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revistas y boletín de la asociación de educación de enfermería de Centroamérica y El Caribe.</li> <li>- Página Web.</li> </ul>	
<p><u>Objetivo del Proyecto</u></p> <p>Se ha mejorado la capacidad de los docentes de enfermería e instructores de servicio de educación básica de enfermería en El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El 80% de los docentes de enfermería y las (os) instructores de servicio capacitados, reciben más de 3,5 puntos de evaluación (de la escala máxima de 5) por sus estudiantes.</li> <li>- Los estudiantes reciben más de 3,5 puntos de evaluación (de la escala máxima de 5) por los instructores en servicio del establecimiento de capacitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuestas</li> <li>- Encuestas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se puede garantizar el costo de capacitación y monitoreo en Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana.</li> </ul>
<p><u>Resultados</u></p> <p>1. Se ha mejorado la educación de los docentes de enfermería e instructores de servicio de la educación básica de enfermería..</p> <p>2. Se han planificado y ejecutado las actividades para estandarizar la educación de enfermería. (Guatemala y Nicaragua).</p> <p>3. Se ha fortalecido la integración de docencia y asistencia en el área de enfermería.</p> <p>4. Se han promocionado las actividades para el desarrollo sostenible.</p>	<p>1-1 Los programas de capacitación desarrollados y materiales didácticos utilizados.</p> <p>1-2 La asistencia a los cursos (asistentes/invitados) supera el 90 %.</p> <p>1-3 Capacitación desarrollada, conforme al plan de ejecución.</p> <p>1-4 El 90% de las instituciones que participaron en los cursos desarrollan internamente la capacitación</p> <p>2 Currículo de educación básica de enfermería elaborado en Guatemala y Nicaragua.</p> <p>3-1 Modelo de integración docencia asistencia elaborado en cada país.</p> <p>3-2 Comité de enlace docencia asistencia en cada país aplicando normas de funcionamiento.</p> <p>4-1 Establecimiento de Comités y continuación de sus actividades en cada país.</p> <p>4-2 Solución de problemas en base a los resultados de monitoreo y evaluación. (4 países).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos del programa de capacitación y materiales didácticos.</li> <li>- Informe del Proyecto</li> <li>- Informe del Proyecto</li> <li>- Informe de Coordinadora Técnica del Proyecto de cada país.</li> <li>- Documentos de currículo de educación básica en enfermería.</li> <li>- Modelo escrito de integración docencia asistencia</li> <li>- Normas de funcionamiento del comité de docencia asistencial</li> <li>- Informe de Coordinadora Técnica de de cada país</li> <li>- Informe de Coordinadora Técnica de cada país</li> </ul>	

<u>Actividades</u>	<u>Insumo</u>	<u>Insumo</u>	
<p>1-1 Elaborar los programas de capacitación estandarizados para los países en los Comités existentes salvadoreños: Comité de Proceso de Enfermería, Comité de Enfermería Comunitaria y Comité de Planeamiento Didáctico.</p> <p>1-2 Los Comités arriba citados preparan los materiales y herramientas adecuadas para el programa de cada capacitación.</p> <p>1-3 Los Comités arriba citados realizan los cursos de capacitación sobre el proceso de enfermería y enfermería comunitaria.</p> <p>1-4 Se lleva a cabo la capacitación para formar facilitadores en cada país.</p> <p>1-5 Se establecen los Comités de Proceso de Enfermería y el de Enfermería Comunitaria en cada país, a excepción de Nicaragua que establecerá solo el segundo.</p> <p>1-6 Los comités de cada país revisan el programa adecuado de capacitación elaborado durante la capacitación en El Salvador.</p> <p>1-7 Los comités arriba citados elaboran el plan de ejecución de capacitación.</p> <p>1-8 Se organiza la capacitación, conforme al plan de ejecución.</p> <p>1-9 Se realiza el monitoreo a partir de los tres meses después de la capacitación.</p> <p>1-10 Según el resultado del monitoreo, se mejora el contenido del programa o la metodología de capacitación, si es necesario.</p> <p>2-1 El Comité de Desarrollo Curricular salvadoreño elabora el programa de capacitación sobre el diseño curricular de la educación básica de enfermería.</p>	<p>Japón</p> <p>- Recursos Humanos</p> <p>Expertos de largo plazo</p> <p>Jefa Asesor (El Salvador)</p> <p>Coordinador (El Salvador)</p> <p>Educación de Enfermería / Coordinador (Nicaragua)</p> <p>Expertos de corto plazo</p> <p>- Equipos y Materiales</p> <p>Mobiliario y equipos para la oficina del Proyecto, según la necesidad de cada país.</p> <p>- Curso en tercer país para C/P y facilitadoras (El Salvador)</p> <p>- Presupuesto para la capacitación que reciben las facilitadoras en cada país, por tema.</p> <p>- Presupuesto para fortalecer las actividades internacionales</p> <p>El Salvador</p> <p>- Recursos Humanos</p> <p>C/P</p> <p>Expertos</p> <p>Secretaria y motorista</p> <p>- Instalaciones</p> <p>Centro de Capacitación e Investigación de Enfermería (CCIE)</p> <p>Oficina del Proyecto</p> <p>- Equipos y Materiales</p> <p>Equipos de oficina del Centro</p> <p>Equipos para la práctica</p> <p>Vehículos</p>	<p>Cada País</p> <p>- Recursos Humanos</p> <p>C/P</p> <p>Facilitadores</p> <p>Secretaria</p> <p>- Instalaciones</p> <p>Oficina del Proyecto</p> <p>Ambiente físico para la capacitación</p> <p>- Equipos y Materiales</p> <p>Equipos y materiales para la capacitación</p> <p>- Costo local</p> <p>Costo para las capacitaciones</p> <p>Gastos del monitoreo de capacitación.</p> <p>Gastos relacionados con las reuniones de los comités</p> <p>Electricidad, agua, luz, teléfono, etc.</p>	<p>- No hay cambio de C/P y facilitadores capacitados.</p>

<p>2-2 Se elaboran en el Comité de Desarrollo Curricular los materiales necesarios para la capacitación del diseño curricular de la educación básica de enfermería.</p> <p>2-3 Se conduce en El Salvador la capacitación curricular sobre la educación básica de enfermería.</p> <p>2-4 Se establece el Comité de Desarrollo Curricular de la educación básica en enfermería en Guatemala y Nicaragua.</p> <p>2-5 El Comité elabora el currículo de educación básica de enfermería en Guatemala y Nicaragua.</p> <p>2-6 Se entrega el currículo elaborado en Guatemala al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Consejo Superior Universitario y Nicaragua al Consejo de Superior de Educación</p> <p>3-1 El Comité de Integración de Docencia y Asistencia de El Salvador elabora el programa de capacitación.</p> <p>3-2 El Comité elabora materiales didácticos, de acuerdo al programa de capacitación.</p> <p>3-3 El Comité ejecuta la capacitación.</p> <p>3-4 Se establece el Comité de Integración Docencia Asistencia en cada país.</p> <p>3-5 El Comité de cada país elabora y difunde el modelo de integración adecuado para cada país.</p> <p>4-1 Se organiza la capacitación en gerencia y administración del proyecto, destinada a Coordinadoras Técnicas del Proyecto de cada país.</p> <p>4-2 Se establece en cada país el esquema de cooperación para el Proyecto.</p> <p>4-3 Se celebran reuniones periódicamente con los comités, según el tema, en cada país.</p> <p>4-4 Cada Comité lleva a cabo el monitoreo y la evaluación en cada país.</p> <p>4-5 Cada país aprovecha los ex-becarios del programa de capacitación en tercer país.</p> <p>4-6 Desarrollar actividades integradas de los comités en red, entre los 5 países.</p>	<p>- Costos Locales</p> <p>Electricidad, agua, luz, teléfono, gasolina, etc.</p>		<p>Condiciones Previas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El ministerio o secretaria de salud de cada país es responsable de la mejora del servicio de enfermería y obstetricia.</li> <li>- Participan activamente las Líderes de enfermería: Docencia, Servicio y Gremio.</li> </ul>
--	--	--	---

**Matriz de Diseño (El Salvador)**

**Anexo 1-2**

**Nombre del Proyecto: Proyecto para el Fortalecimiento de la Educación Básica y Permanente de Enfermería en El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana**

Período: de agosto de 2007 a julio de 2010

Área del Proyecto: Departamento de Santa Ana de El Salvador

Grupo objetivo: Facilitadores y personal de enfermería asignadas al componente obstétrico del Departamento de Santa Ana.

Resumen Narrativo	Indicadores	Fuentes de Verificación	Supuestos
<p><u>Objetivo Superior</u></p> <p>Se ha mejorado el servicio de enfermería en el componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana, Sonsonate y Ahuachapan.</p>	<p>-Se reduce el número del parto en el hogar o el parto asistido por partera tradicional y aumenta el parto institucional hasta 2013.</p> <p>-El servicio de salud ofrecido por enfermeras y auxiliares de enfermería en el componente obstétrico obtiene una evaluación elevada por los clientes (más de 6 de la escala máxima de 10) hasta el 2013.</p> <p>-La tasa de mortalidad de mujeres embarazadas se reduce en el 30% hasta 2013.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Datos estadísticos del MSPAS</li> <li>- Encuesta de satisfacción a los clientes (encuesta en el establecimiento de salud)</li> <li>- Datos estadísticos del MSPAS.</li> <li>- Indicadores de Maternidad (OPS/OMS)</li> </ul>	
<p><u>Objetivo del Proyecto</u></p> <p>Se ha mejorado la calidad de capacitación de educación permanente para el personal de enfermería en el componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana.</p>	<p>-Los facilitadores reciben una calificación superior a 3.5 de la escala máxima de 5 por los participantes del curso.</p> <p>-Los que han participado en la capacitación reciben una calificación superior a 3.5 de la escala máxima de 5 sobre su servicio por otros profesionales del sector de salud.</p> <p>-“El programa de capacitación” y “el plan de ejecución de capacitación” son aprobados como el modelo de educación permanente de enfermería por MSPAS.</p> <p>Los criterios de monitoreo y evaluación de la capacitación son aprobados por el MSPAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuesta</li> <li>- Encuesta</li> <li>- Informe del Proyecto</li> <li>- Documentos del comité de estudio</li> <li>- Informe del Proyecto.</li> <li>- Documentos del comité de estudio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se mantiene el apoyo del gobierno salvadoreño en el área de servicio de enfermería.</li> <li>- Se mantiene el mismo número de establecimientos de salud y el mismo número de parto en el Departamento de Santa Ana.</li> <li>- Los equipos que se requiere para el servicio de enfermería mantienen como mínimo el estado actual.</li> </ul>
<p><u>Resultado</u></p> <p>1. Se ha establecido y conducido el proceso de la capacitación de educación permanente para enfermeras y auxiliares de enfermería en el componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana.</p> <p>2. Se ha establecido y ejecutado el método de monitoreo y evaluación de la capacitación de educación permanente para enfermeras en el</p>	<p>1-1 Programa de Capacitación elaborado.</p> <p>1-2 Plan de Ejecución de la capacitación elaborado.</p> <p>1-3 12 enfermeras facilitadoras formadas.</p> <p>1-4 Más del 80% de personas sujetas a la capacitación en el Departamento de Santa Ana reciben el curso de formación antes de finalizar el Proyecto (2010).</p> <p>2-1 Se elaboran “Criterios de monitoreo y evaluación de la capacitación”.</p> <p>2-2 El 100% de establecimientos con enfermeras</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de programa de capacitación</li> <li>- Manuales de capacitación y materiales didácticos</li> <li>- Informe del Proyecto</li> <li>- Listado de chequeo de la capacidad de facilitadores</li> <li>- Informe del Proyecto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los facilitadores formados funcionan continuamente.</li> </ul>

<p>componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana.</p> <p>3. Se ha mejorado el sistema de gerencia y administración de la capacitación de educación permanente de enfermería en el componente obstétrico en el Departamento de Santa Ana.</p> <p>4. Se han promocionado las actividades para el desarrollo sostenible.</p>	<p>capacitadas reciben monitoreo y evaluación de la capacitación durante el Proyecto.</p> <p>2-3 Programa de Capacitación revisado de acuerdo a resultados del monitoreo y evaluación de la capacitación.</p> <p>3-1 La subcoordinadora técnica del Proyecto y las facilitadoras del Departamento de Santa Ana, conducen y monitorean la capacitación según el plan de ejecución.</p> <p>4-1 "Manual de Gerencia y Administración" elaborado.</p> <p>4-2 8 facilitadores del Departamento de Sonsonate y 8 facilitadores del Departamento de Ahuachapán formados .</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criterios de monitoreo de capacitación</li> <li>- Informe del Proyecto</li> <li>- Programa revisado de capacitación</li> <li>- Registro de capacitación y monitoreo realizado</li> <li>- "Manual de Gerencia y Administración"</li> </ul>	
<p><u>Actividades</u></p> <p>1-1 Elaborar el programa de capacitación adecuado para la realidad del Departamento de Santa Ana.</p> <p>1-2 Elaborar manuales de capacitación adecuados para el Departamento y participantes del curso (manual de salud reproductiva para enfermeras y auxiliares de enfermería).</p> <p>1-3 Elaborar materiales didácticos teóricos y prácticos, adecuados para el Departamento y participantes del curso.</p> <p>1-4 Presentar el Manual de Capacitación de Salud Reproductiva elaborado a las autoridades del MSPAS para su oficialización.</p> <p>1-5 Llevar a cabo la capacitación de facilitadoras</p> <p>1-6 Conducir la capacitación para las enfermeras y auxiliares de enfermería en el componente obstétrico para el Departamento de Santa Ana.</p> <p>2-1 Elaborar criterios de monitoreo y evaluación de la capacitación.</p> <p>2-2 Elaborar el plan de ejecución de monitoreo y evaluación de la capacitación en el Departamento de Santa Ana.</p>	<p><u>Insumo</u> (Japón)</p> <p>Recursos humanos  <b>【Experto de largo plazo】</b>  Jefe asesor  Coordinador  <b>【Experto de corto plazo】</b>  Experto japonés (salud reproductiva)  Consultor paraguayo (salud reproductiva)  Consultor mexicano (Gerencia de enfermería)</p> <p>Equipos y Materiales  Equipos y materiales para la capacitación de salud reproductiva</p> <p>Curso en Tercer País (Paraguay)</p> <p>Presupuesto para fortalecer actividades exteriores</p>	<p><u>Insumo</u> (El Salvador)</p> <p>Recursos Humanos  C/P, facilitadores, secretaria y motorista.</p> <p>Instalaciones  Sitio de Capacitación  Oficina del Proyecto</p> <p>Equipos y Materiales  Equipos de oficina del Centro  Equipos de la práctica</p> <p>Costos Locales  Electricidad, agua, energía, teléfono, gasolina, etc.</p>	<p>No hay cambio de facilitadoras.</p> <p>Condiciones previas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participan en el curso todas las personas sujetas a la capacitación de enfermería del departamento.</li> <li>- Se disponen de las facilitadoras que se dedican exclusivamente al Proyecto.</li> <li>- El Centro de Capacitación e Investigación de Enfermería (CCIE) dispone del lugar de capacitación para el Proyecto.</li> </ul>

<p>2-3 Ejecutar el plan de ejecución de monitoreo y evaluación de la capacitación en el departamento de Santa Ana</p> <p>2-4 Analizar el resultado de monitoreo de la capacitación. Si es necesario, mejorar el programa y el método de capacitación.</p> <p>3-1 Realizar la capacitación sobre la Gerencia de Cuidado de Enfermería a las jefas de enfermería de hospitales del Ministerio.</p> <p>3-2 Establecer el Comité Gerencial de Educación Permanente para Enfermería.</p> <p>3-3 El Comité conduce la capacitación para la gerencia de enfermeras en los establecimientos de salud del Ministerio en el Departamento de Santa Ana.</p> <p>4-1 El comité arriba citado elabora el manual de gerencia y administración de educación permanente de enfermería.</p> <p>4-2 El comité arriba citado gestiona la educación permanente de enfermería, conforme al plan de capacitación y el plan de monitoreo de capacitación.</p> <p>4-3 El Comité Gerencial de Educación Permanente organiza la capacitación para facilitadores de los Departamentos de Sonsonate y Ahuachapán.</p>			
--	--	--	--

### Insumos Aportados para el Proyecto Regional

#### 1. Asignación de Expertos Japoneses (Expertos de Largo Plazo)

No	Nombre	Área	Periodo
1	Masako Ogawa <sup>1</sup>	Jefa Asesora	27/08/2007~26/08/2010
2	Naoko Ishihara	Educación en Enfermería/Coordinadora	6/09/2007~26/08/2010
3	Masahiro Mikami <sup>2</sup>	Coordinador	6/09/2007~26/08/2010

#### 2. Expertos de Terceros Países<sup>3</sup>

No	Nombre	Área
1	Guadalupe Pérez de Hernández	Experta (Salud Comunitaria)

#### 3. Asignación del Personal en los 5 Países

##### 3-1. Sede del Proyecto en El Salvador, Consejo Asesor, Expertos de Terceros Países

No	Nombre	Área
<b>Sede del Proyecto</b>		
1-1	Elena Elizabeth Reyes de Guzmán <sup>4</sup>	Coordinadora General
1-2	María Consuelo Olano de Elías <sup>5</sup>	Coordinadora Técnica Regional
<b>Consejo Asesor</b>		
2-1	Elsy Beatríz Henríquíz de Guzmán	Miembro del Consejo Asesor
2-2	María Angela Elías Marroquín	Miembro del Consejo Asesor
<b>Expertos de Terceros Países</b>		
3-1	María Salomé Palacios Rivera	Experta (Proceso de Atención de Enfermería)
3-2	Ana Miriam Peñate Flores	Experta (Proceso de Atención de Enfermería)
3-3	Patricia de Murcia	Experta (Proceso de Atención de Enfermería)
3-4	Ana Cecilia Vásquez Alfaro	Experta (Salud Comunitaria)
3-5	Carmen de Arriaza	Experta (Salud Comunitaria)
3-6	María Ester López de Figueroa	Experta (Salud Comunitaria)
3-7	Patricia del Rosario Sánchez de Alfaro	Experta (Salud Comunitaria)
3-8	Ileana Valencia	Experta (Integración Docencia Servicio)
3-9	María Elena de Zelaya	Experta (Integración Docencia Servicio)
3-10	Rosa Amabel de Cordero	Experta (Integración Docencia Servicio)
3-11	Zoila Liborio de Ramírez	Experta (Desarrollo Curricular)
3-12	Regina Puente de Sosa	Experta (Desarrollo Curricular)
3-13	Yesenia Flores de Santos	Experta (Desarrollo Curricular)
3-14	Ruth Eugenia de Delgado	Experta (Desarrollo Curricular)
3-15	Concepción Bran de Casares	Experta (Elaboración de Material Didáctico)

<sup>1</sup> Trabaja también en el Proyecto Bilateral.

<sup>2</sup> Trabaja también en el Proyecto Bilateral.

<sup>3</sup> Contratada como experta de terceros países con el costo de operación en el extranjero.

<sup>4</sup> Trabaja también en el Proyecto Bilateral.

<sup>5</sup> Trabaja también en el Proyecto Bilateral.

3-16	Sonia Guevara de Torres	Experta (Elaboración de Material Didáctico)
3-17	Marta Elena Serrano	Experta (Elaboración de Libros de Texto)
3-18	Ana Vellini Guardado	Experta (Ética de Enfermería)
3-19	Hilda Gladis Martínez de Peñate	Experta (Salud Reproductiva)
3-20	Rosa Lidia Morán de León	Experta (Salud Reproductiva)
3-21	Sonia Guadalupe Lemus Peñate	Experta (Salud Reproductiva)
3-22	Victoria Elizabeth Chávez de Zeledón	Experta (Salud Reproductiva)

3-2. Sede del Proyecto en Cada País, Consejo Asesor, Personal de Contraparte, Facilitadores y miembro del Comité Local

(1) Guatemala

<b>Sede del Proyecto en Cada País</b>		
1-1	Delia Veronica Pineda de Orellana	Coordinadora Nacional del Proyecto
1-2	Blanca Lidia García de Carrillo	Coordinadora Técnica del Proyecto
<b>Consejo Asesor</b>		
2-1	Rutilia Herrera	Miembro del Consejo Asesor
2-2	Enma Porras	Miembro del Consejo Asesor
<b>PAE</b>		
<b>CONTRAPARTES</b>		
1-1	Anabella Edith Maldonado	Hospital General de Quetzaltenango
1-2	Gilda Floridalma Yat Herrera de Ponce	Escuela de Enfermeras de Guatemala
1-3	María Antonieta Ayala	Hospital Nacional de Totonicapán
1-4	Sara Judith López Romero	Universidad Mariano Gálvez
<b>FACILITADORAS</b>		
2-1	Lesbia Flores	Hospital Nacional de Amatitlan
2-2	Keila Illu	Hospital Roosevelt Hospital
2-3	Brenda Marisol Luch	Hospital Roosevelt
2-4	Candi Mendoza	Hospital Roosevelt
2-5	Blanca Lidia Soto	Hospital Nacional de Amatitlan
<b>COMITÉ LOCAL</b>		
<b>Hospital Roosevelt</b>		
3-1	Brenda Verónica González	Hospital Roosevelt
3-2	Brenda Sucely Paniagua	Hospital Roosevelt
3-3	Rafael Antonio Martínez	Hospital Roosevelt
3-4	Lucrecia Castillo Quiñones	Hospital Roosevelt
<b>Hospital Jorge Fon Ahn</b>		
3-5	Mercedes Vásquez	Hospital Jorge Fon Ahn
3-6	Dinora Ruiz	Hospital Jorge Fon Ahn
3-7	Gladys Pinituj	Hospital Jorge Fon Ahn
3-8	Elsa Mazariegos	Hospital Jorge Fon Ahn
3-9	Telma Carolina Sarat de Paz	Hospital Jorge Fon Ahn
3-10	Fabiola de Leon	Hospital Jorge Fon Ahn
<b>Hospital de Amatitlan</b>		

3-11	María del Tránsito Santos	Hospital de Amatitlan
3-12	Evelyn Paredes	Hospital de Amatitlan
3-13	Blanca Ondina Santos	Hospital de Amatitlan
3-14	Irma Yolanda Agustín	Hospital de Amatitlan
<b>Hospital de Chimaltenango</b>		
3-15	Isaura Elizabeth Bamaca	Hospital de Chimaltenango
3-16	Alfrodita Chali	Hospital de Chimaltenango
3-17	Eugenia Chanta Velásquez	Hospital de Chimaltenango
3-18	Brenda Mariela Figueroa	Hospital de Chimaltenango
<b>Hospital Regional de Escuintla</b>		
3-19	Edwin Henry Mauro	Hospital Regional de Escuintla
3-20	Goldin Valle Díaz	Hospital Regional de Escuintla
3-21	Blanca Maribel Agustín	Hospital Regional de Escuintla
3-22	Astrid Pineda Castillo	Hospital Regional de Escuintla
3-23	Rosa María Mejía	Hospital Regional de Escuintla
3-24	Betzabe Escobar	Hospital Regional de Escuintla
3-25	Francisco López Rivera	Hospital Regional de Escuintla
3-26	Nora Marcelina Quezada	Hospital Regional de Escuintla
3-27	Elena Lucrecia Méndez	Hospital Regional de Escuintla
3-28	Alba Lizeth Garcia	Hospital Regional de Escuintla
3-29	Ofelia Valle	Hospital Regional de Escuintla
3-30	Mirna Herrera	Hospital Regional de Escuintla
3-31	Clara Luz Orellana	Hospital Regional de Escuintla
3-32	Tomasa Yuque	Hospital Regional de Escuintla
3-33	Brenda García	Hospital Regional de Escuintla
3-34	Astrid Pineda castillo	Hospital Regional de Escuintla
<b>EC</b>		
<b>CONTRAPARTES</b>		
1-1	Carmen Alicia Nájera	Hospital Nacional de Antigua
1-2	Corina Nochez	Área de Salud Guatemala Sur, Amatitlan
<b>FACILITADORAS</b>		
2-1	Marleny Escobar	Centro de Salud de San Antonio la Paz El progreso
2-2	Mariela Gamarro	Área de Salud de Guatemala Central
2-3	Mayra González	Área de Salud Sur, Amatitlan (Centro de Salud Villa Nueva)
2-4	Darío de León Gil	Área de Salud de Escuintla
2-5	Débora Chojolan	Guatemala Nororiente
2-6	María de los Ángeles Ordoñez	Centro de Salud Santiago Sacatepéquez
2-7	Sandra Mazariegos	Área de Salud Escuintla
<b>COMITÉ LOCAL</b>		
<b>Escuintla</b>		
3-1	Vilma Corina Cano Oliva	Centro de Salud de Escuintla

3-2	Paula María Arriaza Reyes	Centro de Salud de Masagua
3-3	María del Carmen Cortez	Centro de Salud de Iztapa
3-4	Mercedes Son González	Centro de Salud de Escuintla
3-5	María Balbina Pérez Castañeda	Centro de Salud la Gomera
3-6	Mayling Odaliz Jiménez Mejía	Centro de Salud de Guanagazapa
3-7	Ana Cristina González	Centro de Salud de Alotenango
<b>Alta Verapaz–Coban</b>		
3-8	Gladys Floridalma García Riveiro	Docente Escuela de Enfermería de Coban
3-9	Carolina Bin Isem	Centro de Salud de Lanquin
3-10	Julia Herrera López	Enfermera Ambulatoria
3-11	Verónica Milena Alvarado Jasse	Enfermera Ambulatoria
3-12	Nicolás Xicay Buch	ONG FUNDEMI Talita Kumi
3-13	Elías Alfredo Pop Caal	Centro de Salud Sur Oriente uno Carcha
3-14	Mirna Yolanda Hass Tercero	ADEMAQK ONG Frany Bartolome de las Casas
3-15	Velbeth Patricia de Jesús López	Docente Escuela de Enfermería de Coban
3-16	Paola Madai Lavagnino del Valle	Fundameno Carcha
3-17	Angelina Butz Caal	Enfermera Ambulatoria
<b>COMITÉ NACIONAL DE DISEÑO CURRICULAR</b>		
<b>CONTRAPARTES</b>		
1-1	María Trinidad Ovando	Ministerio de Salud, Unidad de Desarrollo de Enfermería
1-2	María Eugenia de Hernández	Escuela de Enfermería de Guatemala, Universidad de San Carlos
1-3	Ximena Carolina Enríquez de Sajquim	Escuela de Enfermería de Quetzaltenango, Universidad de San Carlos
<i>Comite de Apoyo para el Comite Nacional de Curricular</i>		
1'-1	Francisco Gamaliel Hernández	Hospital General San Juan de Dios de Guatemala
1'-2	Silvia Consuelo Juárez	Área de Salud San Marcos
1'-3	Liliam Victoria Villatoro	Área de Salud de Huehuetenango
1'-4	José Alfredo Cárdenas	Hospital de Jutiapa
1'-5	Estela Rodas de Morales	Universidad Rafael Landivar
1'-6	Bárbara Anleu Pérez	Escuela de Enfermería de Guatemala
1'-7	Patricia Dolores Sintuj	Escuela de Enfermería de Cobán
1'-8	Alba Muños de Galicia	Universidad Mariano Gálvez
1'-9	Sheila Karina Riveiro	Escuela de Enfermería de Cobán
1'-10	Irma Yolanda Vallejos Hidalgo	Escuela de Enfermería de Guatemala
1'-11	Carlota Maldonado Tello	Escuela de Enfermería Mazatenango
1'-12	Nancy Agustín	Escuela de Enfermería de Guatemala
1'-13	Francisca Micaela Chávez	Área de Salud de Sacatepéquez
<b>IDS</b>		
<b>FACILITADORAS</b>		

2-1	Zulma Bernal de González	Programa de Inmunizaciones, MSPAS
2-2	María Elda Molineros	Hospital de Salud Mental
2-3	Elida Elvira Coronado	Hospital de Coatepeque
2-4	María Edelma González Lopez	Hospital Nacional de Antigua
2-5	Verónica Romero de Maldonado	Hospital de UNICAR
2-6	Gilda Mariana Gerónimo	Hospital de Oncología Pediátrica
2-7	Lilian Rodas de Argueta	URL de Retalhuleu
2-8	Elsy López Orozco de Hidalgo	DAS San Marcos
2-9	Gloria Esperanza Cheguen	Escuela de Enfermería de Cobán
2-10	Angélica María Coxaj Boj	San Juan de Dios Hospital General
2-11	Ninfa Esmeralda Ramírez	Hospital de Infectología
2-12	Gemma Victoria Abaj Mazat	Hospital de Chimaltenango
<b>SR</b>		
<b>CONTRAPARTES</b>		
1-1	María del Rosario Orozco de Arango	Área de Salud de Totonicapán
1-2	María Esther López	Área de Salud Guatemala Central Centro de Salud Zona 18 Alameda
1-3	Anabibia Ramos Bravo	Área de Salud de Suchitepéquez Centro de Salud de Patulul
1-4	Claudia Rosylbeth Tatuaca de Barrera	Escuela de Enfermeras de Guatemala
<b>FACILITADORAS</b>		
2-1	Carlos Ávila Samayoa	Área de Salud Guatemala Central Centro de Salud Zona 18 Santa Elena III
2-2	Sara Panjoj de Zapeta	Área de Salud de Quiché Programa de Salud Reproductiva
2-3	Siomara Ruiz	Área de Salud Escuintla Programa de Salud Reproductiva
2-4	Sandra Recinos	Área de Salud Guatemala Central Maternidad Periférica Zona 13
2-5	Rosario Morales	Hospital Nacional de Amatitlan
2-6	Ana Reyes de Velásquez	Área de Salud Guatemala Nororiental
2-7	Amalia Lima	Área de Salud de Escuintla
<b>COMITÉ LOCAL</b>		
<b>Escuintla</b>		
3-1	Julia Raquel Aguilar	Maternidad del puerto de San José
3-2	Francisco Turuy	Distrito de San Vicente Pacaya
3-3	Sully E. Peralta de León	Distrito de la nueva concepción
3-4	Mercedes Díaz de Valdez	Distrito de Siquinala
3-5	Norma Ixtecoc	C/salud Siquinala
3-6	Beatriz Yaxcal Argueta	Distrito de Sipacate
<b>Quetzaltenango</b>		
3-7	Karla Imelda Chávez Ávila	Puesto de Salud San Mateo
3-8	Roselia Noreyra Rabanales Tobar	CAIMI de Cabrican

3-9	Eneida Méndez García	Centro de Salud de Coatepeque
3-10	Melina López Escobar	CAP de Cajola
3-11	Jova Alejandra Santizo	Dirección de Área de Salud
3-12	Alicia Pérez Gálvez	Dirección de Área de Salud
3-13	Julia Catalina Xiap	Centro de Salud de Almolonga
3-14	Ana Patricia de León	CAP de Flores Costa Cuca
3-15	Karina Gálvez Reyes	CAP de El Palmar
3-16	Gloria Rivera	CAP de San Martín Sacatepéquez
3-17	Ana María Barrios	CAP de San Carlos Sija
<b>Totonicapán</b>		
3-18	Mabel Robles de Palacios	Centro de Salud de Totonicapán
3-19	María Deberilda Chochon	Centro de Salud de San Cristóbal
3-20	Sheny Aname Ramírez	Centro de Salud de Andrés Xicul
3-21	Carolina Cifuentes Herrera	Centro de Salud San Francisco El Alto
3-22	Lilian Ninet Velásquez Cos	Centro de Salud de San Bartolomé Aguas Calientes
3-23	Beatriz YaxSoch	Centro de Salud de Momostenango
3-24	Judith Puac Aldana	Centro de Salud de San Vicente Buena Baj
3-25	Lucrecia Sumuch Sumix	Centro de Salud de Santa Lucía la Reforma

(2) Honduras

<b>Sede del Proyecto en Cada País</b>		
1-2	Lesly Xiomara López	Coordinadora Nacional del Proyecto
1-3	María Fidelina Flores de Euceda	Coordinadora Técnica del Proyecto
<b>Consejo Asesor</b>		
2-1		Miembro del Consejo Asesor
2-2	Belinda E. Montejo	Miembro de Consejo Asesor
<b>PAE</b>		
<b>CONTRAPARTE</b>		
1-1	Marta Adelina Sabio	HGSF
1-2	Eda Beatriz Macías	HGSF
1-3	Lourdes Suyapa Muñoz Guzmán	Santa Bárbara
1-4	Delia Patricia Jones J	Hospital Roatán
<b>FACILITADORAS</b>		
2-1	Ana Mercedes Medina	Instituto Nacional Cardiopulmonar
2-2	Erika Ponce	IHSS
2-3	Julia Benítez	IHSS
<b>COMITÉ LOCAL</b>		
<b>INCP</b>		
3-1	Damary Vidal	INCP
3-2	Sindia Villalobo	INCP
3-3	Jessie Salazar	INCP
<b>HGSF</b>		
3-4	Patricia Moya	HGSF

3-5	Dunia Araceli Díaz	HGSF
<b>Santa Barbara</b>		
3-6	Rita Cerrato	Santa Barbara
3-7	Irma Soledad Garcia	Santa Barbara
3-8	Denia Ibet Aranda	Santa Barbara
<b>EC</b>		
<b>CONTRAPARTES</b>		
1-1	Suly Valeriano	UNAH
1-2	Iveth Castañeda	CURLA
<b>FACILITADORAS</b>		
2-1	Eros Loa Salinas	CESAMO 3
2-2	Yudhy Sánchez	CESAMO Sagrada Familia
2-3	Francia Janett Carranza	Programa Nacional Etnias
2-4	Sara Elia Johnson	CESAMO EL Pedregal
2-5	Lourdes Moncada	IHSS
<b>IDS</b>		
<b>CONTRAPARTES</b>		
1-1	Ana María Ferguson	Hospital san Francisco Olancho, Atacamas Olancho
1-2	Griselda Murillo	Hospital Regional Atlántida La Ceiba
1-3	Mirta Lorena Morales	Docente CERARH- Norte
1-4	Silvia Acosta	UNAH
<b>FACILITADORAS</b>		
2-1	Ana María Suazo	Instituto Nacional Cardiopulmonar
2-2	Esther Martínez Garay	Docente CENARH
2-3	Iris Marlene Mejía Sierra	Hospital General San Felipe
2-4	Maritza Ivonne Cacho	Instituto Nacional Cardiopulmonar
2-5	Reina Isabel Rivera	Hospital General San Felipe
<b>SR</b>		
<b>CONTRAPARTES</b>		
1-1	Nalda Gomez	Nivel Central
1-2	Olga Almendares	UNAH
1-3	Gelzomina Lopez	Hospital Escuela
1-4	Laura Martinez	Nivel Central
1-5	Doris Ochoa	Hospital Escuela
1-6	Behula Aguilar	Nivel Central
<b>FACILITADORAS</b>		
2-1	Edna Mercedes Avila	Hospital Escuela
2-2	Elba Arce	Región Francisco Morazan
2-3	Regina Sierra	Region Metropolitana
2-4	Karen Lucato	HGSF

(3) Nicaragua

Sede del Proyecto en Cada País		
1-1	Miriam Chavez Gonzalez	Coordinadora Nacional del Proyecto
1-2	Fátima Zúniga Arévalo	Coordinadora Técnica del Proyecto
Consejo Asesor		
2-1	Zeneyda Quiroz Flores	Miembro del Consejo Asesor
2-2	Cruz Bertilda Olivas	Miembro de Consejo Asesor
PAE		
CONTRAPARTE		
1-1	Celenia Garcia	Hospital Lenin Fonseca
1-2	Daysis Gaitan	Hospital Bertha Calderon
1-3	Abraham Granados	Hospital Roberto Calderon
1-4	Julia Palacio Chang	POLISAL/UNAN-Managua
FACILITADORAS		
2-1	Ángela Garay Obregón	POLISAL/UNAN-Managua
2-2	Lidia Téllez Aguilera	UPOLI
2-3	Marlene López	Hospital Lenin Fonseca
2-4	Yesrenia Cárcamo	Hospital Bertha Calderon
2-5	Carlota Zepeda Ortega	Hospital Roberto Calderon
2-6	Marlene Chávez Law	Hospital Aleman Nicaragüense
EC		
CONTRAPARTES		
1-1	Liliam del S. García Espinoza	Centro de Salud Somotillo
1-2	Luisa del Socorro Rivas	Centro de Salud Julio Duran
1-3	Martina Campos Ney	Centro de Salud Chinandega
1-4	Norma de los A. Salgado Téllez	Centro de Salud Telica
1-5	Saida Hernández Baca	Centro de Salud Martin Ibarra
1-6	Darling Margarita Torrez Hernández	Centro de Salud Dr. Roberto Cortez
1-7	Yolanda Matute Salazar	POLISAL/UNAN-Leon
1-8	Noemi Sanchez	UPOLI
FACILITADORAS		
2-1	Leonor Ortega Marquez	Centro de Salud Chinandega
2-2	Milagros Barbas Picado	Centro de Salud Realejo
2-3	Ubelda Milena Lopez Martinez	Centro de Salud Posoltega
2-4	Ignacia de Jesus Martinez	Centro de Salud Perla Maria Norori
2-5	Beatriz Grijalva Narvaez	Centro de Salud Achuapa
2-6	Flor de Maria Torres Palma	Centro de Salud Mantica Berio
COMITÉ LOCAL		
Chinandega		
3-1	Susana Tijerino	SILAIS Chinandega
3-2	Ángela Barrera	Centro de Salud San Francisco
3-3	Sochil Gaso Toval	Centro de Salud San Pedro
3-4	María Cleoffer Hernández	Centro de Salud Cinco Pinos

3-5	Nancy Obando	Centro de Salud Santo Tomas
3-6	Flor de María Pérez V	Centro de Salud Villa Nueva
3-7	Rosa María Acosta	Centro de Salud Puerto Morazán
3-8	Margarita Poveda	Centro de Salud Viejo Norte
3-9	Corina González	Centro de Salud Viejo Sur
3-10	Maura Paredes	Centro de Salud Corinto
3-11	Daysis Larios	Centro de Salud Villa 15 de julio
<b>León</b>		
3-12	Marcia Espinoza	SILAIS LEON
3-13	Mayra Pichardo Martínez	Centro de Salud Santa Rosa
3-14	Modesta del Socorro Quiñonez	Centro de Salud El Sauce
3-15	María Ayde Mendoza	Centro de Salud La paz centro
3-16	Cándida Romero	Centro de Salud Nagarote
3-17	Blanca Rosa Mejía	Centro de Salud Jicaral
3-18	Juana Escobar	Centro de Salud Malpaisillo
3-19	Yeny Reyes Toruño	Centro de Salud Sutiaba
<b>Managua</b>		
3-20	Patricia Peña	Hospital primario Yolanda Mayorga, Tipitapa
3-21	Maria Masarello Castro	Hospital primario Amistad Mexico, Ticuantepe
3-22	Magelda Juarez Urbina	Centro de Salud Villa Libertad Distrito VII
3-23	Carmen Tellez Reyes	Centro de Salud Ciudad Sandino
3-24	Damaris Morales	Centro de Salud Edgar Lang
3-25	Maria del Carmen Castellon	Centro de Salud Francisco Buitrago
3-26	Gisselle Cerda	POLISAL/UNAN-Managua
<b>COMITÉ NACIONAL DE DISEÑO CURRICULAR</b>		
<b>CONTRAPARTES</b>		
1-1	Marlene Gaitan D	POLISAL/UNAN-Managua
1-2	Martha López C	POLISAL/UNAN-Managua
1-3	Bethsabe Castillo M	POLISAL/UNAN-Managua
1-4	Laura Ines Rivas	POLISAL/UNAN-Managua
1-5	Nubia Meza Herrera	POLISAL/UNAN-Leon
1-6	Angeles Bustillos C	POLISAL/UNAN-Leon
1-7	Darling Webster S	Escuela de Enfermeria Puerto Cabezas
1-8	Jeannette Cash Forbes	Escuela de Enfermeria RAAS
1-9	Sandra Mojica Navarro	Escuela de Enfermeria de Carazo
1-10	Maria Castilla E	CUR-Chontales
1-11	Marlene Aquilar P	Escuela de Enfermeria de Nueva Segovia
1-12	Azucena Melgara Z	Escuela de Enfermeria de Trinidad
<b>Miembro de COMITÉ NACIONAL</b>		
2-1	Alba Siles González	UPOLI
<b>IDS</b>		
<b>CONTRAPARTES</b>		
1-1	Gloria del S. Orozco Hernández	Centro de Salud Carlos Rugama

1-2	Norma Alicia Pérez Hernández	Hospital Fernando Vélez Paiz
1-3	Maria del Carmen Aguirre	Hospital Manuel de Jesús Rivera la Mascota
1-4	Carmina Ortiz García	POLISAL/UNAN-MANAGUA
1-5	Milena Molina Gurdian	Escuela de Enfermería La Trinidad
1-6	Cornelia García Cerda	Escuela de Enfermería Carazo
<b>FACILITADORAS</b>		
2-1	Bertha Velasquez González	Centro de Salud Carlos Rugama
2-2	Martha Morales	Hospital Fernando Vélez Paiz
2-3	Carolina Mejia Chang	Hospital Manuel de Jesús Rivera la Mascota
2-4	Elizabeth Urbina	POLISAL/UNAN-MANAGUA
2-5	Senayda Laguna	Escuela de Enfermería La Trinidad
2-6	Luisa Casco	Escuela de Enfermería Carazo
2-7	Aura Ruth Cruz Gomez	UPOLI

(4) Republicana Dominicana

<b>Sede del Proyecto en Cada País</b>		
1-1	Ercilia Cruz de Tamayo	Coordinadora Nacional del Proyecto
1-2	Minerva Hilario Peralta	Coordinadora Técnica del Proyecto
<b>Consejo Asesor</b>		
2-1	Juana María Méndez	Miembro del Consejo Asesor
2-2	Dulce Emilia Medina	Miembro de Consejo Asesor
<b>PAE</b>		
<b>CONTRAPARTES</b>		
1-1	Asunción Ledesma Muñoz	UASD
1-2	María Yanira Mella Turbi	RRC / Gremio
1-3	Nuris Jocelin Reyes Mercedes	Hospital Dr. Luís E. Aybar
1-4	Paulina Contreras Heredia	Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello
<b>FACILITADORAS</b>		
2-1	Eularia Jiménez Rodríguez	Hospital Dr. Robert Reid Cabral
2-2	Ana Adalgisa Cabrera Cruz	Hospital Dr. Robert Reid Cabral
2-3	Yocasta Cuevas Terrero	Hospital Dr. Salvador B. Gautier
2-4	Eularia Rosario Moreno	Hospital Dr. Luís E. Aybar
2-5	Basílica Pérez Arache	Hospital Dr. Luís E. Aybar
2-6	Clotide Aquino De La Cruz	Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello
2-7	Mercedes De La Cruz Almonte	Hospital Dr. Marcelino Vélez Sanatana
2-8	Rosa Ana Sabbetta	Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello
2-9	Magaly Martínez	Hospital General, Plaza de la Salud
2-10	Mercedes Tejeda (Ex Becaria)	San Lorenzo de los Mina
<b>COMITÉ LOCAL</b>		
<b>Salvador B. Gautier</b>		
3-1	Altigracia Ferreras	Salvador B. Gautier
3-2	Ana Morillo	Salvador B. Gautier
3-3	Germania De La Rosa	Salvador B. Gautier

3-4	Alexandra Tejeda Sepulveda	Salvador B. Gautier
3-5	Ysabel De Paula	Salvador B. Gautier
3-6	Yocasta Cuevas	Salvador B. Gautier
<b>Robert Read Cabral</b>		
3-7	Altagracia Sención	Robert Read Cabral
3-8	Carlita Mary Guerra	Robert Read Cabral
3-9	Persida Reinoso	Robert Read Cabral
3-10	Angela Rodriguez Pimentel	Robert Read Cabral
<b>Fco. Moscoso Puello</b>		
3-11	Salome Bello	Fco. Moscoso Puello
3-12	Ibertha Corporan	Fco. Moscoso Puello
3-13	Dominga Guante	Fco. Moscoso Puello
3-14	Matilde Valdez	Fco. Moscoso Puello
3-15	Cruz Maria	Fco. Moscoso Puello
<b>Marcelino Velez Santana</b>		
3-16	Alina Yokasta Encarnación	Marcelino Velez Santana
3-17	Ana Linares	Marcelino Velez Santana
3-18	Flavia Moreno	Marcelino Velez Santana
<b>UASD</b>		
3-19	Fermina Faña	USAD
3-20	Luz Esperanza Marrero	USAD
3-21	Manna Parez	USAD
<b>Maternidad San Lorenzo de Los Mina</b>		
3-22	Mercedes Tejada	Maternidad San Lorenzo de Los Mina
3-23	Francisca Valdez	Maternidad San Lorenzo de Los Mina
3-24	Virginia Zorilla	Maternidad San Lorenzo de Los Mina
3-25	Rosaira Brito	Maternidad San Lorenzo de Los Mina
<b>Luis E. Aybar</b>		
3-26	Olquis Beatriz Pérez Diaz	Luis E. Aybar
3-27	Maria A. Marte	Luis E. Aybar
3-28	Maria E. Almonte	Luis E. Aybar
3-29	Eladia De Paula	Luis E. Aybar
3-30	Zahiris Gonzales	Luis E. Aybar
<b>EC</b>		
<b>CONTRAPARTES</b>		
1-1	Ana Maria Vizcaíno	SESPAS
1-2	Maritza Pérez	SESPAS
1-3	Niurka Esther Gómez	Servicio – ÁDEG Barahona
1-4	Faviola Mateo	Docencia (UASD)
<b>FACILITADORAS</b>		
2-1	Ana Maria Solís	Sespas
2-2	Dulce Maria García	SESPAS
2-3	Benita Aria Pérez	Sub- centro Días Piñeiro

2-4	Marcelina aurora López	Centro comunitario los cocos Pedro Bran
2-5	Ana Altagracia Ramos	Sub- centro Mata Hambre
2-6	Blasina Rojas	Hosp. Municipal
2-7	Ana Luisa Sena	Sespas Área I
2-8	Altagracia de La Cruz	Sespas área VIII
2-9	Maria Josefina Ulloa	SESPAS
2-10	Griselda Gálvez	Sub- centro los girasoles
<b>COMITÉ LOCAL</b>		
<b>Sub Centro Las Caobas</b>		
3-1	Esperanza Peña	Sub Centro Las Caobas
3-2	Segunda Abad B.	Sub Centro Las Caobas
<b>Clínica Rural las Cuabas</b>		
3-3	Brigida Correa	Clínica Rural las Cuabas
<b>Sub Centro Mata Hambre</b>		
3-4	Rudys Magalis D´ Oleo	Sub Centro Mata Hambre
<b>Rodolfo De La Cruz</b>		
3-5	Armelinda Cuevas Beltre	Rodolfo De La Cruz
<b>Plaza de la Salud</b>		
3-6	Martina De La Rosa	Plaza de la Salud
3-7	Teodora M. Uribe	Plaza de la Salud
<b>UNAP Evangelina Rodríguez</b>		
3-8	Betania Mordan	UNAP Evangelina Rodríguez
<b>Hospittal Engombe</b>		
3-9	Maria Tereza Guzmán	Hospital Emgombe
3-10	Carmen Lidia Clemente Castro	Hospittal Engombe
<b>IDS</b>		
<b>CONTRAPARTES</b>		
1-1	Luz Melanie Uribe Dipré	Universidad Autónoma Santo Domingo
1-2	Mercedes De Cena	Hospital Padre Billini
1-3	Andrea Miranda	DPS- Da jabón- Gremio ADEG
1-4	Carmen Nelly Méndez	Hospital Regional Universitario J.M. Cabral y Baez Santiago
1-5	Ana Maritza Figuerero	Centro adiestramiento auxiliares enfermería FFAA – Gremio ADEG
1-6	Luz Caridad Pantaleón	Unidad Educación Dirección Nacional de Enfermería SESPAS
<b>FACILITADORAS</b>		
2-1	Andrea Hernández	Universidad Católica Santo Domingo
2-2	Berta De la Cruz	Hospital Robert Read Cabral
2-3	Dircia Sierra R.	Universidad Federico Henríquez y Carvajal
2-4	Teresa Olga Castillo	Universidad Eugenio Maria de Hostos
2-5	Flor Maria Martinez Mateo	Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia
2-6	Altagracia Josefina Ramírez	Hospital Luis Eduardo Aybar

2-7	Esmelda María García Ruiz	Universidad Autónoma Santo Domingo
<b>COMITÉ LOCAL</b>		
<b>Luis E. Aybar</b>		
3-1	Nidia Espinal	Luis E. Aybar
3-2	Santa Rita Pimentel	Luis E. Aybar
3-3	Carmen Ozuna	Luis E. Aybar
3-4	Juliana Sanchez Tapia	Luis E. Aybar
3-5	Maria Nieve Jimenez	Luis E. Aybar
<b>Fco. Moscoso Puello</b>		
3-6	Ana Luisa Matos Acosta	Fco. Moscoso Puello
3-7	Ramona Rivera	Fco. Moscoso Puello
3-8	Venecia Garcia	Fco. Moscoso Puello
3-9	Juanita Perez Mendez	Fco. Moscoso Puello
3-10	Olivia Johnson K.	Fco. Moscoso Puello
3-11	Norma Sena	Fco. Moscoso Puello
<b>Juan Pablo Pina</b>		
3-12	Ana Celeste Pared Pinales	Juan Pablo Pina
3-13	Dainis Alt. Rodriguez Bello	Juan Pablo Pina
3-14	Mary Sanchez Valdez	Juan Pablo Pina
3-15	Xiomara Adon	Juan Pablo Pina
3-16	Virgenes Reyes	Juan Pablo Pina
<b>Salvador B. Gautier</b>		
3-17	Maria Elena Severino	Salvador B. Gautier
3-18	Concepcion Diaz	Salvador B. Gautier
3-19	Maria Concepcion Frias	Salvador B. Gautier
3-20	Jacqueline Alcantara	Salvador B. Gautier
3-21	Brigida Torres	Salvador B. Gautier
3-22	Mariana Alt. Salazar Peña	Salvador B. Gautier
3-23	Ana Frias Contreras	Salvador B. Gautier
<b>Robert Read Cabral</b>		
3-24	Matilde Pinales Bautista	Robert Read Cabral
3-25	Vitalina Sanchez Mueses	Robert Read Cabral
3-26	Juana Mariano	Robert Read Cabral
<b>Maternidad La Altegracia</b>		
3-27	Dioselina Montero M.	Maternidad La Altegracia
3-28	Dignora Milagros Cuello Solano	Maternidad La Altegracia
3-29	Olga Migdalia Ferreras	Maternidad La Altegracia
<b>Jose Maria Carbral Baez</b>		
3-30	Gabriel Castillo	Jose Maria Carbral Baez
3-31	Reyna Curiel	Jose Maria Carbral Baez
3-32	Ana Joaquina Quezada	Jose Maria Carbral Baez
3-33	Ana Crisóstomo	Jose Maria Carbral Baez
3-34	Carmen Crouset	Jose Maria Carbral Baez

3-35	Milagros Martínez	Jose Maria Carbral Baez
3-36	Marcelina Polanco	Jose Maria Carbral Baez
3-37	Elena De León	Jose Maria Carbral Baez
<b>Arturo Grullon</b>		
3-38	Maria Arita Valerio	Arturo Grullon
3-39	Altagracia Neris	Arturo Grullon
3-40	Ingrid Encarnación	Arturo Grullon
3-41	Candida Flores	Arturo Grullon
3-42	Maria Marte	Arturo Grullon
3-43	Norka Bueno	Arturo Grullon
3-44	Edurda Cedano	Arturo Grullon
<b>SSR</b>		
<b>CONTRAPARTES</b>		
1-1	Milagros González Germónsén	Área III SESPAS
1-2	Carmen Luisa Payano Payano Pinales	Hospital Juan Pablo Pina
1-3	Luz Esther Núñez Valdez	Hosp. Dr. A. Cabral San Juan de la Maguana
1-4	Zoila Del Carmen Taveras Guzmán	Universidad Autónoma Santo Domingo (UASD) San Francisco Macorís
<b>FACILITADORAS</b>		
2-1	Nieve Luisa Méndez Prensa	Hosp. Municipal Alcarrizos II Hosp. Salvador B. Gautier
2-2	Damaris Rosa De León	Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, Santo Domingo Este
2-3	Miriam Altagracia Jiménez	Hospital Marcelino Vélez y Hospital V. Calventi
2-4	Octavia Balbuena	Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, Santo Domingo Este
2-5	Vicenta Herrera Ureña	Hospital Maternidad Nuestra Sra. de la Altagracia
2-6	Rosa Maria Reinoso Gil	Hospital Dr. Luís E. Aybar
<b>COMITÉ LOCAL</b>		
<b>Hospital Regional San Juan de la Maguana</b>		
3-1	Marcela Segura Díaz	Hospital Regional San Juan de la Maguana
3-2	Rosa Maria Ramirez Lebrón	Hospital Regional San Juan de la Maguana
3-3	Sandra De La Rosa Jimenez	Hospital Regional San Juan de la Maguana
3-4	Santa Tejeda Feliz	Hospital Regional San Juan de la Maguana
3-5	Sandra Montero Decena	Hospital Regional San Juan de la Maguana
3-6	Rita Valdez Cabrera	Hospital Regional San Juan de la Maguana
3-7	Aurora Montilla Pérez	Hospital Regional San Juan de la Maguana
3-8	Ironelis Cabrera Segura	Hospital Regional San Juan de la Maguana
3-9	Petronila Ramona Quezada Méndez	Hospital Regional San Juan de la Maguana
3-10	Josefina De La Rosa De Los Santos	Hospital Regional San Juan de la Maguana
<b>Luis E. Aybar</b>		

3-11	Aide Altagracia Rondón	Luis E. Aybar
3-12	Juana Arielta Potter Bonilla	Luis E. Aybar
3-13	Ana Ivelisse Marte Pareces	Luis E. Aybar
3-14	Juana Sallumina Valerio Mezón	Luis E. Aybar
<b>San Lorenzo de Los Mina</b>		
3-15	Catalina Fulgencio	San Lorenzo de Los Mina
3-16	Lover Altagracia Vargas	San Lorenzo de Los Mina
3-17	Amarilis Lizardo Caraballo	San Lorenzo de Los Mina
3-18	Radelkis Elna Monción Jimenez	San Lorenzo de Los Mina
3-19	Esther Alexandra Ortiz Cruz	San Lorenzo de Los Mina
<b>Nuestra Señora de La</b>		
3-20	Ramona Ramón	Nuestra Señora de La
3-21	Grecia Delfina Díaz Paulino	Nuestra Señora de La
3-22	Carmen Garcés	Nuestra Señora de La
3-23	Carmen Berzón	Nuestra Señora de La
3-24	Nieves Moreno Maleno	Nuestra Señora de La
3-25	Mercedes Germania Núñez Reyes	Nuestra Señora de La
3-26	Cristiana Altagracia Sepúlveda	Nuestra Señora de La
3-27	Inocencia Jackson Figaro	Nuestra Señora de La
<b>Vinicio Calventti</b>		
3-28	Maribel Piña Cabral	Vinicio Calventti
3-29	Ana Antonia Santos Caraballo	Vinicio Calventti
3-30	Johanna Montero Montero	Vinicio Calventti
<b>Plaza de Salud</b>		
3-31	Zeneyda Maria Serrano Rojas	Plaza de Salud
3-32	Maria Elena Mora Corporan	Plaza de Salud
3-33	Maria Antonia Sánchez Fígaro	Plaza de Salud
<b>Marcelino Velez Santana</b>		
3-34	Lucy Esther Roa Montero	Marcelino Velez Santana
3-35	Dulce Maria Amezquita Mosquea	Marcelino Velez Santana
3-36	Maximina Pérez Medrano	Marcelino Velez Santana
3-37	Esperanza Maritza R. De Los Santos	Marcelino Velez Santana
<b>Juan Pablo Pina</b>		
3-38	Romelia Adames Corporal	Juan Pablo Pina
3-39	Viannet De Los Santos Lucas	Juan Pablo Pina
3-40	Thelma Nurys Uribe	Juan Pablo Pina
<b>Maternidad de la Mujer</b>		
3-41	Mercedita Reinoso	Maternidad de la Mujer
3-42	Ana Rosa Estévez Rosario	Maternidad de la Mujer
3-43	Yanet Altagracia Carvajal Amador	Maternidad de la Mujer
3-44	Ana Francisco Soriano	Maternidad de la Mujer
3-45	Yeudy Altagracia Rosario López	Maternidad de la Mujer

### Lista de Equipo Donado para el Proyecto Regional

Frecuencia de uso (A: Siempre, B: Muchas veces, C: Alguna vez)

Condición (A: Bueno, B: Regular, C: Malo)

\* mención de los equipos(US\$200 o más) se compraron presupuesto de la actividad local y suministro de equipamiento

No.	Fecha de Compra	Descripción			Cantidad	Precio unidad (US\$)	Total (US\$)	Lugar de almacenaje	Frecuencia de uso	Condicion	Nota
		Item	Marca	Numero de Modelo							
1	07.10.08	Caja Fuerte	CENTINELA	ME	1	300.88	300.88	San Salvador	A	A	
2	07.12.28	Multifuncional(Impresora,Escaner,Copiadora y Fax)	CANON	PIXMA MX300	1	250.88	250.88	San Salvador	A	A	
3	07.12.28	Escáner	HP	Scanjet 5590	1	308.85	308.85	San Salvador	A	A	
4	08.01.11	Escritorio Ejecutivo	BENISSIMO	RG-707-01	1	495.00	495.00	Guatemala	A	A	
5	08.01.11	Archivo Robot	BENISSIMO	RG-707-10	1	250.00	250.00	Guatemala	A	A	
6	08.01.11	Librerías con puertas de vidrio	BENISSIMO	RG-707-03	2	450.00	900.00	Guatemala	A	A	
7	08.01.11	Credenza	BENISSIMO	RG-707-05	1	900.00	900.00	Guatemala	A	A	
8	08.01.11	Dispensador de agua	GE	909	1	228.45	228.45	Guatemala	A	A	(Q1,749.99)
9	08.01.11	Mesa de conferencia	MDREU	3M	1	1,827.67	1,827.67	Guatemala	A	A	(Q14,000.00)
10	08.03.06	Camara digital	CANON	Powershot SD630	1	353.10	353.10	San Salvador	A	A	

11	08.03.08	Computador Desktop	CYBERTECH	Case Media Torre	1	4,650.00	4,650.00	San Salvador	A	A	
12	08.03.11	Proyector Multimedia	EPSON	Power Lite 1715C	1	1,988.80	1,988.80	San Salvador	A	A	
13	08.03.11	DVD Recorder	PHILLIP	R3380	1	350.00	350.00	San Salvador	A	A	
14	08.03.11	Computador Laptop	HP	Pavillion TX1332LA	2	2,100.00	4,200.00	San Salvador	A	A	
15	08.03.11	Computador Laptop	TOSHIBA	Satellite A210	1	1,392.00	1,392.00	San Salvador	A	A	
16	08.03.11	Computador Desktop	HP	COMPAQ DX2300	1	1,099.00	1,099.00	San Salvador	A	A	
17	08.03.17	Proyector Multimedia	EPSON	Power Lite 1715C	1	1,988.80	1,988.80	San Salvador	A	A	
18	08.03.17	Computador Laptop	TOSHIBA	Satellite A210	1	1,392.00	1,392.00	San Salvador	A	A	
19	08.03.24	Fotocopiadora	CANON	Image Runner 2020I	2	2,699.99	5,399.98	San Salvador	A	A	
20	08.03.25	Sofa Sala	Cuero	Brown 105B	1	1,238.06	1,238.06	San Salvador	A	A	
21	08.03.25	Armario de Persiana	PANAVISION	0.9m*1.2m	2	230.00	460.00	San Salvador	A	A	
22	08.03.25	Escritorio con Credenza y Archivo	CREDENZA		1	371.65	371.65	San Salvador	A	A	
23	08.03.25	Mesa Fiori con 4 Sillas	REDONDA		1	290.00	290.00	San Salvador	A	A	
24	08.03.25	Mesa de Reunion	HON		1	966.37	966.37	San Salvador	A	A	
25	08.03.25	Escritorio Ejecutivo	SAUDER	7341	1	510.44	510.44	San Salvador	A	A	

26	08.03.25	Escritorio Ejecutivo	SAUDER	7344	1	414.87	414.87	San Salvador	A	A	
27	08.03.25	Armario de Persiana	PANAVISION	1.2m*1.8m	1	397.44	397.44	San Salvador	A	A	
28	08.03.25	Armario de Persiana	PANAVISION	0.9m*1.8m	1	358.41	358.41	San Salvador	A	A	
29	08.03.26	Impresora	CANON	Pixma IP90	3	550.00	1,650.00	San Salvador	C	A	
30	08.03.26	Impresor Laser Color	SAMSUNG	CPL300	1	398.00	398.00	San Salvador	A	A	
31	08.07.07	Computador Laptop	ACER	ASP 5520	1	817.00	817.00	Rep.Dominicana	A	A	
32	08.09.16	Impresor Laser Color	CANON	LBP-5200	1	427.94	427.94	Rep.Dominicana	A	A	
33	08.09.16	Armario de Persiana	SAUDER	100907	1	359.58	359.58	Rep.Dominicana	A	A	
34	08.09.16	Archivo Vertical	HACHE	4 Gavetas	3	201.42	604.26	Rep.Dominicana	A	A	
35	08.09.16	Librero	MONTILLA	72° *120°	1	720.58	720.58	Rep.Dominicana	A	A	
36	08.10.08	Computador Laptop	COMPAQ	F755LA	1	645.13	645.13	Guatemala	A	A	
37	09.01.29	Aire acondicionador	LG	Art Cool C242	1	1,296.46	1,296.46	San Salvador	A	A	
38	09.02.26	Proyector Multimedia	EPSON	Power Lite 1715C	1	1,196.00	1,196.00	San Salvador	A	A	
39	09.03.16	Proyector Multimedia	EPSON	Power Lite 1715C	3	1,196.00	3,588.00	San Salvador(1) Guatemala(2)	A	A	
40	09.03.17	Computador Laptop	TOSHIBA	L305	5	697.30	3,486.50	San Salvador	A	A	
41	09.03.17	Computador Laptop	TOSHIBA	L305	7	697.30	4,881.10	Honduras(4)	A	A	

								Guatemala(3)			
42	09.03.23	Camara digital	PANASONIC	DMC-FS3	5	264.60	1,323.00	San Salvador(4) Santa Ana(1)	A	A	
43	09.03.24	Polycom Sound Station	POLYCOM	VTX1000	1	7,680.16	7,680.16	San Salvador	A	A	
44	09.03.24	Polycom Ceiling Microphone Array	POLYCOM	VSX	1	7,235.00	7,235.00	San Salvador	A	A	
45	09.03.24	Polycom Power Cam auxiliary camera	POLYCOM	PPC	1	7,281.28	7,281.28	San Salvador	A	A	
46	09.03.24	Polycom VSX Presenter	POLYCOM	VSX7000E	1	8,976.63	8,976.63	San Salvador	A	A	
47	09.06.29	Computador Laptop	ACER	ASPIRE5315	6	825.00	4,950.00	San Salvador	A	A	
48	09.06.30	Armario de Persiana	PANAVISION	71043-XPN	1	247.79	247.79	San Salvador	A	A	
49	09.09.14	Camara digital	CASIO	EXZ9	4	227.45	909.80	Rep.Dominicana	A	A	
50	10.03.05	Computador Laptop	ACER	AS5534	4	605.00	2,420.00	San Salvador	A	A	
51	10.03.05	Proyector Multimedia	EPSON	Power Lite 1715C	4	1,399.00	5,596.00	San Salvador	A	A	
52	10.03.16	Bascula para adulto con tallmetro	PREMIER	RGTA-200	4	279.80	1,119.20	Guatemala(2)/ Honduras(2)	A	A	
53	10.03.16	Bascula para Bebe	DETECTO	459	4	265.00	1,060.00	Guatemala(2)/ Honduras(2)	A	A	
54	10.03.16	Maniqui de práctica de Citologia	Nasco Simulaids	cuello uterino	4	1,200	4,800	Guatemala(2)/ Honduras(2)	A	A	
55	10.03.16	Mesa Ginecológica	IMED		4	350.00	1,400.00	Guatemala(2)/ Honduras(2)	A	A	

56	10.03.16	Mesa para bebe con tallimetro	IMED		4	300.00	1,200.00	Guatemala(2)/ Honduras(2)	A	A	
57	10.03.16	Pizarra acrilica con base	SANDRA		1	290.00	290.00	Guatemala	A	A	
58	10.03.25	Dopler fetal Portatil	IMEX	ELITE EN30R	9	490.00	4,410.00	Guatemala(4)/ Honduras(5)	A	A	

### Insumos Aportados para el Proyecto Bilateral

#### 1. Asignación de Expertos Japoneses

##### (1) Expertos de Largo Plazo

No	Nombre	Área	Periodo
1	Masako Ogawa <sup>1</sup>	Jefa Asesora	27/08/2007~26/08/2010
2	Masahiro Mikami <sup>2</sup>	Coordinador	6/09/2007~26/08/2010
3	Michiko Yamane	Salud Reproductiva	16/07/2009~26/08/2010

##### (2) Expertos de Corto Plazo

No	Nombre	Área	Periodo
1	Michiko Yamane	Salud Reproductiva	20/09/2008~14/12/2008

#### 2. Expertos de Terceros Países <sup>3</sup>

No	Nombre	Área
1	Juana Jiménez Sánchez	Experta (Administración de Enfermería)

#### 3. Asignación del Personal Salvadoreño

No	Nombre	Área
<b>Sede del Proyecto</b>		
1-1	Elena Elizabeth Reyes de Guzmán <sup>4</sup>	Coordinadora General
1-2	Sonia Margarita Centeno Rivera <sup>5</sup>	Coordinadora Técnica Bilateral
<b>Consejo Asesor</b>		
2-1	Elsy Beatríz de Guzmán	Miembro del Consejo Asesor
2-2	María Angela Elías Marroquín	Miembro del Consejo Asesor
<b>Expertos de Terceros Países</b>		
3-1	Ignacia Cubilla Espinoza	Experta (Salud Reproductiva)
3-2	María del Carmen Cardozo	Experta (Salud Reproductiva)
3-3	María del Carmen Ramirez Cabarias	Experta (Salud Reproductiva)
3-4	Max Derlis Candeo Acosta	Experta (Salud Reproductiva)
3-5	Nancy Concepcion Pereira de Alvarez	Experta (Salud Reproductiva)
3-6	Nancy Marlene Mujica Ojeda	Experta (Salud Reproductiva)
3-7	Ueronica Beateiz Coronel	Experta (Salud Reproductiva)
3-8	Zoraida Alcaraz de Salirias	Experta (Salud Reproductiva)
<b>Facilitadoras</b>		
4-1	Hilda Gladis Martínez de Peñate	Salud Reproductiva

<sup>1</sup> También participa en el Proyecto Regional.

<sup>2</sup> También participa en el Proyecto Regional.

<sup>3</sup> Contratado como experto de terceros países con el costo de operación en el extranjero

<sup>4</sup> También participa en el Proyecto Regional.

<sup>5</sup> También participa en el Proyecto Regional.

4-2	Ana Cristina Vanegas de Velásquez	Salud Reproductiva
4-3	Jessica Johanna Solórzano Aguirre	Salud Reproductiva
4-4	Juana Haydeé Arévalo Gálvez	Salud Reproductiva
4-5	María de Los Angeles García	Salud Reproductiva
4-6	Matilde del Tránsito Alfaro Sánchez	Salud Reproductiva
4-7	Mirian Elizabeth Rivera de Pacheco	Salud Reproductiva
4-8	Norma Angélica Cáceres de López	Salud Reproductiva
4-9	Rosa Lidia Morán de León	Salud Reproductiva
4-10	Silvia Griselda Vásquez Villata de Garza	Salud Reproductiva
4-11	Sonia Guadalupe Lemus Peñate	Salud Reproductiva
4-12	Sonia Maribel Méndez Castro	Salud Reproductiva
4-13	Victoria Elizabeth Chávez de Zeledón	Salud Reproductiva
4-14	Virginia María Argueta de López	Salud Reproductiva

### Lista de Equipo Donado para el Proyecto Bilateral

Frecuencia de uso (A: Siempre, B: Muchas veces, C: Alguna vez)

Condición (A: Bueno, B: Regular, C: Malo)

\* mención de los equipos(US\$200 o más) se compraron presupuesto de la actividad local y suministro de equipamiento

No.	Fecha de Compra	Descripcion			Cantidad	Precio unidad (US\$)	Total (US\$)	Lugar de almacenaje	Frecuencia de uso	Condicion	Nota
		Item	Marca	Numero de Modelo							
1	08.03.28	Mesa para Bebe con Tallimetro	IMED		7	300.00	2,100.00	Santa Ana	A	A	
2	08.03.28	Bascula para Bebe	VIAMED		7	203.40	1,423.80	Santa Ana	A	A	
3	08.03.28	Mesa Ginecológica	IMED		7	350.00	2,450.00	Santa Ana	A	A	
4	08.04.11	Equipo completo para la práctica de parto, tacto vaginal, sutura (Simulador de madre, bebé, placenta, modelo de vulva, modelo de dilatación de cuello uterino, episiotomía y sutura)	KOKEN	LM-063A	1	8,039.08	8,039.08	Santa Ana	A	A	Desde Japon
5	08.04.11	Equipo de práctica de parto (Simulador de madre y bebé, placenta, modelo de vulva)	KOKEN	LM-063B	6	4,489.88	26,939.28	Santa Ana	A	A	Desde Japon
6	08.04.11	Equipo para la práctica de tacto vaginal (Modelo de vulva y dilatación de cuello uterino)	KOKEN	LM-0631	1	2,709.24	2,709.24	Santa Ana	A	A	Desde Japon
7	08.04.11	Modelo de vulva para simulador de parto	KOKEN	LM-0632	19	473.36	8,993.84	Santa Ana	A	A	Desde Japon

8	08.04.11	Modelo de vulva para práctica de sutura de episiotomía (vulva y refill)	KOKEN	LM-0635	1	755.36	755.36	Santa Ana	A	A	Desde Japon
9	08.04.11	Refille de modelo para práctica de sutura episiotomía	KOKEN	LM-0636	1	241.72	241.72	Santa Ana	A	A	Desde Japon
10	08.05.28	Aire acondicionador	COMFORT	Mini Split 60,000BTU	1	1,264.02	1,264.02	Santa Ana	A	A	
11	08.07.31	Armario de Persiana	INDUMETSAL	1.8m*0.9m	1	270.00	270.00	Santa Ana	A	A	
12	08.09.08	Aire acondicionador	COMFORT	Mini Split 36,000BTU	1	1,064.23	1,064.23	Santa Ana	A	A	
13	08.09.08	Aire acondicionador	LENNOX	KF-36-12C	1	442.39	442.39	Santa Ana	A	A	
14	08.09.16	Bascula para adulto con tallimetro	PREMIER	RGTA-200	5	230.00	1,150.00	Santa Ana	A	A	
15	08.09.29	Librera	ACACSA	8213	1	255.00	255.00	Santa Ana	A	A	
16	08.10.03	Estante de Deposito	CASTELLA SAGARRA		1	452.30	452.30	Santa Ana	A	A	
17	08.10.07	Refrigeradora	MABE	MA062	1	379.65	379.65	Santa Ana	A	A	
18	08.10.17	Bascula para adulto con tallimetro	PREMIER	RGTA-200	1	230.00	230.00	Santa Ana	A	A	
19	08.10.22	Placa Inauguracion	TOROGOZ	07-007PE	1	430.00	430.00	Santa Ana	A	A	
20	08.11.28	Dopler fetal Portatil	IMEX	ELITE EN30R	1	560.00	560.00	Santa Ana	A	A	
21	09.01.22	Dopler fetal Portatil	IMEX	ELITE EN30R	25	420.35	10,508.75	Santa Ana	A	A	
22	09.02.26	Dopler fetal Portatil	IMEX	ELITE EN30R	22	470.00	10,340.00	Santa Ana	A	A	

23	09.02.27	Dopler fetal Portatil	IMEX	ELITE EN30R	10	470.00	4,700.00	Santa Ana	A	A	
24	09.03.10	Bascula para adulto con tallimetro	DETECTO	339	25	275.00	6,875.00	Santa Ana	A	A	
25	09.03.10	Bascula para adulto con tallimetro	PREMIER	RGTA-200	18	230.00	4,140.00	Santa Ana	A	A	
26	09.03.23	Lavadora y Secadora Frigidaire	FRIGIDAIRE	FEX831FS	1	954.87	954.87	Santa Ana	A	A	
27	09.03.23	Camara digital	PANASONIC	DMC-FS3	1	264.60	264.60	Santa Ana	A	A	
28	09.03.24	Bascula para Bebe	DETECTO	459	12	250.00	3,000.00	Santa Ana	A	A	
29	09.03.30	Bascula para Bebe	DETECTO	459	31	250.00	7,750.00	Santa Ana	A	A	
30	09.05.26	Mueble con puertas vidrio	BELEN		1	1,190.00	1,190.00	Santa Ana	A	A	
31	10.03.05	Dopler fetal Portatil	IMEX	ELITE EN30R	20	490.00	9,800.00	Santa Ana	A	A	
32	10.03.15	Dopler fetal Portatil	IMEX	ELITE EN30R	20	490.00	9,800.00	Sonsonate/ Ahuachapan	A	A	
33	10.03.16	Bascula para adulto con tallimetro	PREMIER	RGTA-200	49	279.80	13,710.20	Santa Ana	A	A	
34	10.03.16	Bascula para Bebe	DETECTO	459	9	265.00	2,385.00	Santa Ana	A	A	
35	10.03.17	Aire acondicionador	COMFORT	Mini Split 60,000BTU	2	1,837.96	3,675.92	Sonsonate	A	A	
36	10.03.17	Aire acondicionador	COMFORT	Mini Split 60,000BTU	1	1,699.32	1,699.32	Ahuachapan	A	A	
37	10.03.17	Mesa Ginecológica	IMED		7	350.00	2,450.00	Sonsonate/ Ahuachapan	A	A	

38	10.03.17	Mueble con puertas vidrio	BELEN		1	550.00	550.00	Santa Ana	A	A	
39	10.03.17	Mesa para bebe con tallimetro	IMED		8	300.00	2,400.00	Sonsonate/ Ahuachapan	A	A	
40	10.03.17	Mesa Ginecológica	IMED		7	350.00	2,450.00	Sonsonate/ Ahuachapan	A	A	
41	10.03.18	Dopler fetal Portatil	IMEX	ELITE EN30R	20	490.00	9,800.00	Sonsonate/ Ahuachapan	A	A	
42	10.03.19	Maniqui de práctica de parto	Nasco Simulaid	PP00180U	2	1,341	2,683	Sonsonate/ Ahuachapan	A	A	
43	10.03.19	Maniqui de práctica de Citologia	Nasco Simulaid	cuello uterino	2	1,200	2,400	Santa Ana	A	A	
44	10.03.19	Pizarra acrilica con base	SANDRA		2	290.00	580.00	Sonsonate/ Ahuachapan	A	A	
45	10.03.19	Bascula para Bebe	DETECTO	459	40	265.00	10,600.00	Sonsonate/ Ahuachapan	A	A	
46	10.03.22	Maniqui de práctica de Citologia	Nasco Simulaid	cuello uterino	6	1,200	7,200	Sonsonate/ Ahuachapan	A	A	
47	10.03.25	Dopler fetal Portatil	IMEX	ELITE EN30R	12	490.00	5,880.00	Santa Ana	A	A	

2. PDM (日本語)

Ver. No.1

PROJECT DESIGN MATRIX (広域)

プロジェクト名: 中央カリブ地域/西インド諸島・離群教育強化プロジェクト  
対象国: エルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国

期間: 2007年8月~2010年7月  
ターゲットグループ: 基礎基礎教育指導者 (基礎教育および現地実習指導者)

上位目標	プロジェクト要約	指標	入手手段	前提条件
<p>中米カリブ地域における基礎教育の質が向上する</p> <p>エルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国における基礎基礎教育指導者の能力が向上する</p>	<p>指導者のネットワークが構築され、定期的な情報交換を行う。</p> <p>国内での看護学会等において、看護教育研究の成果が発表される。</p> <p>看護基礎教育指導者の研修が研修受講者から、5段階評価で平均4.5以上の評価を得る。</p> <p>学生が、実習施設の臨床指導者から、5段階評価で平均4.5以上の評価を得る。</p>	<p>研修プログラム文書、教材</p> <p>プロジェクト報告書</p> <p>プロジェクトレポート報告書</p> <p>各国プロジェクトテクニカルマネージャーの報告書</p> <p>看護基礎教育カリキュラム文書</p> <p>教育・現地連携モデル文書</p> <p>教育・現地連携委員会報告書</p> <p>各国プロジェクトテクニカルマネージャーの報告書</p> <p>各国プロジェクトテクニカルマネージャーの報告書</p>	<p>グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国において研修強化プロジェクト・評価の費用を分担することができる。</p>	<p>各国の養成されたカウンセラー・バーバートおよびファシリテーターが賛同しない。</p>
<p>1 基礎基礎教育指導者に対する教育が改善される</p>	<p>1-1 各種研修プログラムおよび研修教材が開発される。</p> <p>1-2 エルサルバドルおよび他4カ国において開催される全研修コースへの出席率/出席した研修生数が90%以上になる。</p> <p>1-3 エルサルバドルおよび他4カ国において研修実施計画に沿った研修が実施されている。</p> <p>1-4 研修受講者のいる施設の90%以上が伝達講習会を実施する。</p> <p>2 看護基礎教育カリキュラムが開発される。(グアテマラ、ニカラグア)</p> <p>3-1 各国において、教育・現地連携モデルが開発される。</p> <p>3-2 各国において教育・現地連携委員会規約が開発される。</p> <p>4-1 各国における各種委員会が発足し活動が継続される。</p> <p>4-2 モニタリング・評価結果に基づき、問題点が改善される。</p>	<p>1-1 各種研修プログラムおよび研修教材が開発される。</p> <p>1-2 エルサルバドルおよび他4カ国において開催される全研修コースへの出席率/出席した研修生数が90%以上になる。</p> <p>1-3 エルサルバドルおよび他4カ国において研修実施計画に沿った研修が実施されている。</p> <p>1-4 研修受講者のいる施設の90%以上が伝達講習会を実施する。</p> <p>2 看護基礎教育カリキュラムが開発される。(グアテマラ、ニカラグア)</p> <p>3-1 各国において、教育・現地連携モデルが開発される。</p> <p>3-2 各国において教育・現地連携委員会規約が開発される。</p> <p>4-1 各国における各種委員会が発足し活動が継続される。</p> <p>4-2 モニタリング・評価結果に基づき、問題点が改善される。</p>	<p>研修プログラム文書、教材</p> <p>プロジェクト報告書</p> <p>プロジェクトレポート報告書</p> <p>各国プロジェクトテクニカルマネージャーの報告書</p> <p>看護基礎教育カリキュラム文書</p> <p>教育・現地連携モデル文書</p> <p>教育・現地連携委員会報告書</p> <p>各国プロジェクトテクニカルマネージャーの報告書</p> <p>各国プロジェクトテクニカルマネージャーの報告書</p>	<p>グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国において研修強化プロジェクト・評価の費用を分担することができる。</p>
<p>2 看護教育の標準化に向けた活動が計画・実施される。(グアテマラ、ニカラグア)</p>	<p>2 看護基礎教育カリキュラムが開発される。(グアテマラ、ニカラグア)</p>	<p>2 看護基礎教育カリキュラムが開発される。(グアテマラ、ニカラグア)</p>	<p>研修プログラム文書、教材</p> <p>プロジェクト報告書</p> <p>プロジェクトレポート報告書</p> <p>各国プロジェクトテクニカルマネージャーの報告書</p> <p>看護基礎教育カリキュラム文書</p> <p>教育・現地連携モデル文書</p> <p>教育・現地連携委員会報告書</p> <p>各国プロジェクトテクニカルマネージャーの報告書</p> <p>各国プロジェクトテクニカルマネージャーの報告書</p>	<p>グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国において研修強化プロジェクト・評価の費用を分担することができる。</p>
<p>3 看護に関する教育と地域の連携が強化される</p>	<p>3-1 各国において、教育・現地連携モデルが開発される。</p> <p>3-2 各国において教育・現地連携委員会規約が開発される。</p>	<p>3-1 各国において、教育・現地連携モデルが開発される。</p> <p>3-2 各国において教育・現地連携委員会規約が開発される。</p>	<p>教育・現地連携モデル文書</p> <p>教育・現地連携委員会報告書</p> <p>各国プロジェクトテクニカルマネージャーの報告書</p> <p>各国プロジェクトテクニカルマネージャーの報告書</p>	<p>グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国において研修強化プロジェクト・評価の費用を分担することができる。</p>
<p>4 自立発展のための活動が推進される</p>	<p>4-1 各国における各種委員会が発足し活動が継続される。</p> <p>4-2 モニタリング・評価結果に基づき、問題点が改善される。</p>	<p>4-1 各国における各種委員会が発足し活動が継続される。</p> <p>4-2 モニタリング・評価結果に基づき、問題点が改善される。</p>	<p>教育・現地連携モデル文書</p> <p>教育・現地連携委員会報告書</p> <p>各国プロジェクトテクニカルマネージャーの報告書</p> <p>各国プロジェクトテクニカルマネージャーの報告書</p>	<p>グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国において研修強化プロジェクト・評価の費用を分担することができる。</p>
<p>活動</p>	<p>1-1 エルサルバドル既存の看護基礎教育委員会、地産学連携委員会、教材作成委員会、教材作成委員会、看護地理委員会において各国向けの標準研修プログラムを作成する</p> <p>1-2 上記委員会において各国研修プログラムに沿った教材・教材を準備する</p> <p>1-3 上記委員会が看護基礎教育カリキュラムを開発する</p> <p>1-4 各国において、C/Pが自己学習を行う。</p> <p>1-5 C/Pグループによる現状調査を行う。</p> <p>1-6 各国の各委員会において、エルサルバドル研修中に作成した標準研修プログラムを再検討する。</p> <p>1-7 各国においてファシリテーター研修を実施する</p> <p>1-8 各国において看護実践(ニカラグアを除く)、地域看護の委員会を発足させる</p> <p>1-9 上記各委員会において、研修実施計画を作成する。</p> <p>1-10 上記研修実施計画に沿って研修を開発する。</p> <p>1-11 研修受講者月次から研修モニタリングを実施する。</p> <p>1-13 研修モニタリング結果により、必要であれば研修プログラムの内容や実施方法を改善する。</p> <p>2-1 エルサルバドル既存のカリキュラム委員会において看護基礎教育カリキュラムを作成する</p> <p>2-2 上記委員会において看護基礎教育カリキュラム研修に必要な教材を作成する</p> <p>2-3 上記委員会が看護基礎教育カリキュラム研修を実施する</p> <p>2-4 グアテマラ、ニカラグアにおいて看護基礎教育カリキュラム検討委員会を発足させる</p> <p>2-5 グアテマラ、ニカラグアにおいて看護基礎教育カリキュラムに関する現状調査を実施する。</p> <p>2-6 グアテマラ、ニカラグアにおいて看護基礎教育カリキュラム検討委員会が発足する</p> <p>2-7 グアテマラ、ニカラグアにおいて作成したカリキュラムを改定し、看護大学審議会(グアテマラ)、看護大学審議会(ニカラグア)へ提出する。</p> <p>3-1 エルサルバドル既存の教育・現地連携委員会が教育・現地連携に関する研修プログラムを作成する</p> <p>3-2 上記委員会が教育・現地連携研修プログラムに沿った教材を作成する</p> <p>3-3 上記委員会が教育・現地連携に関する研修を実施する</p> <p>3-4 各国のC/Pグループによる現状調査を実施する。</p> <p>3-5 各国において、C/Pによるファシリテーター研修を実施する。</p> <p>3-6 各国において教育・現地連携委員会を発足させる。</p> <p>3-7 各国教育・現地連携委員会において、各国に選んだ連携モデルを作成し普及する。</p> <p>3-8 各国プロジェクトテクニカルマネージャーに対するプロジェクトに関する研修を実施する。</p> <p>4-1 各国において、自国プロジェクトの協力体制を構築する。</p> <p>4-2 各国において、各施設に基づいた委員会を定例化する。</p> <p>4-3 各国において、各委員会がモニタリング・評価を実施する。</p> <p>4-4 各国において、第三国研修生研修員を効果的に活用する。</p> <p>4-5 各国において、第三国研修生研修員を効果的に活用する。</p> <p>4-6 5カ国のネットワークを構築し、連携した活動を展開する。</p>	<p>&lt;日本&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人材             <ul style="list-style-type: none"> <li>【長期専門家】                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員(エルサルバドル)</li> <li>・看護職員(エルサルバドル)</li> <li>・看護職員/研修員(ニカラグア)</li> </ul> </li> <li>【短期専門家】                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・第三国の研修(エルサルバドル)</li> <li>・ファシリテーター研修(各国各テーマ)</li> <li>・C/P研修(各国各テーマ)</li> <li>・C/P研修(各国各テーマ)</li> <li>・在外事業強化員</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;エルサルバドル&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人材             <ul style="list-style-type: none"> <li>C/P</li> <li>専門家</li> <li>地産学連携</li> <li>ファイバー</li> <li>プロジェクトオフィス</li> <li>看護基礎教育センター</li> <li>セクター所有の事務施設</li> <li>実習用施設</li> </ul> </li> <li>・ローカルコスト             <ul style="list-style-type: none"> <li>電気、水道、光熱費、電話代、ガソリン等</li> </ul> </li> </ul>	<p>前提条件</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各国の既成者が看護領域のサービス向上に責任を負う。</li> <li>・各国の既成者看護員、看護教育者、看護協会が積極的に参加する。</li> </ul>	



供与機材 維持管理/使用状況

凡例

使用頻度 (A:常時 B:頻回 C:たまに)

稼働状況 (A:良好 B:普通 C:不適)

\*機材供与費と在外事業費にて購入した 200USD 以上の機材について掲載

No.	購入 年月日	詳細			数量	単価(US\$)	合計金額(US\$)	納入場所	使用 頻度	稼働 状況	備考
		品名	製造業者	型番							
1	07.10.08	金庫	CENTINELA	ME	1	300.88	300.88	サンサルバドル	A	A	
2	07.12.28	FAX 複合機	CANON	PIXMA MX300	1	250.88	250.88	サンサルバドル	A	A	
3	07.12.28	スキャナー	HP	Scanjet 5590	1	308.85	308.85	サンサルバドル	A	A	
4	08.01.11	事務机	BENISSIMO	RG-707-01	1	495.00	495.00	グアテマラ	A	A	
5	08.01.11	引出キャビネット	BENISSIMO	RG-707-10	1	250.00	250.00	グアテマラ	A	A	
6	08.01.11	本棚	BENISSIMO	RG-707-03	2	450.00	900.00	グアテマラ	A	A	
7	08.01.11	整理棚	BENISSIMO	RG-707-05	1	900.00	900.00	グアテマラ	A	A	
8	08.01.11	冷温水器	GE	909	1	228.45	228.45	グアテマラ	A	A	(1,749.99 ケツ アル)
9	08.01.11	会議テーブル	MDREU	3M	1	1,827.67	1,827.67	グアテマラ	A	A	(14,000.00 ケ ツアル)
10	08.03.06	デジタルカメラ	CANON	Powershot SD630	1	353.10	353.10	サンサルバドル	A	A	

11	08.03.08	デスクトップ型コンピューター (DVD 編集用)	CYBERTECH	Case Media Torre	1	4,650.00	4,650.00	サンサルバドル	A	A	
12	08.03.11	液晶プロジェクター	EPSON	Power Lite 1715C	1	1,988.80	1,988.80	サンサルバドル	A	A	
13	08.03.11	DVDレコーダー	PHILLIP	R3380	1	350.00	350.00	サンサルバドル	A	A	
14	08.03.11	ノート型パーソナルコンピューター	HP	Pavillion TX1332LA	2	2,100.00	4,200.00	サンサルバドル	A	A	
15	08.03.11	ノート型パーソナルコンピューター	TOSHIBA	Satellite A210	1	1,392.00	1,392.00	サンサルバドル	A	A	
16	08.03.11	デスクトップ型コンピューター	HP	COMPAQ DX2300	1	1,099.00	1,099.00	サンサルバドル	A	A	
17	08.03.17	液晶プロジェクター	EPSON	Power Lite 1715C	1	1,988.80	1,988.80	サンサルバドル	A	A	
18	08.03.17	ノート型パーソナルコンピューター	TOSHIBA	Satellite A210	1	1,392.00	1,392.00	サンサルバドル	A	A	
19	08.03.24	コピー機	CANON	Image Runner 2020I	2	2,699.99	5,399.98	サンサルバドル	A	A	
20	08.03.25	事務所用ソファ	Cuero	Brown 105B	1	1,238.06	1,238.06	サンサルバドル	A	A	
21	08.03.25	書類整理棚	PANAVISION	0.9m*1.2m	2	230.00	460.00	サンサルバドル	A	A	
22	08.03.25	事務機(秘書用)	CREDENZA		1	371.65	371.65	サンサルバドル	A	A	
23	08.03.25	作業テーブル(椅子4脚付)	REDONDA		1	290.00	290.00	サンサルバドル	A	A	
24	08.03.25	会議テーブル	HON		1	966.37	966.37	サンサルバドル	A	A	
25	08.03.25	事務機	SAUDER	7341	1	510.44	510.44	サンサルバドル	A	A	

26	08.03.25	事務机	SAUDER	7344	1	414.87	414.87	サンサルバドル	A	A	
27	08.03.25	書類整理棚	PANAVISION	1.2m*1.8m	1	397.44	397.44	サンサルバドル	A	A	
28	08.03.25	書類整理棚	PANAVISION	0.9m*1.8m	1	358.41	358.41	サンサルバドル	A	A	
29	08.03.26	プリンター	CANON	Pixma IP90	3	550.00	1,650.00	サンサルバドル	C	A	
30	08.03.26	レーザープリンター	SAMSUNG	CPL300	1	398.00	398.00	サンサルバドル	A	A	
31	08.07.07	ノート型パーソナルコンピューター	ACER	ASP 5520	1	817.00	817.00	ドミニカ共和国	A	A	
32	08.09.16	レーザープリンター	CANON	LBP-5200	1	427.94	427.94	ドミニカ共和国	A	A	
33	08.09.16	書類整理棚	SAUDER	100907	1	359.58	359.58	ドミニカ共和国	A	A	
34	08.09.16	ファイリングキャビネット	HACHE	4 Gavetas	3	201.42	604.26	ドミニカ共和国	A	A	
35	08.09.16	設置式本棚	MONTILLA	72°*120°	1	720.58	720.58	ドミニカ共和国	A	A	
36	08.10.08	ノート型パーソナルコンピューター	COMPAQ	F755LA	1	645.13	645.13	グアテマラ	A	A	
37	09.01.29	エアコンディショナー	LG	Art Cool C242	1	1,296.46	1,296.46	サンサルバドル	A	A	
38	09.02.26	液晶プロジェクター	EPSON	Power Lite 1715C	1	1,196.00	1,196.00	サンサルバドル	A	A	
39	09.03.16	液晶プロジェクター	EPSON	Power Lite 1715C	3	1,196.00	3,588.00	エルサルバドル(1) グアテマラ(2)	A	A	
40	09.03.17	ノート型パーソナルコンピューター	TOSHIBA	L305	5	697.30	3,486.50	サンサルバドル	A	A	
41	09.03.17	ノート型パーソナルコンピューター	TOSHIBA	L305	7	697.30	4,881.10	ホンジュラス(4)	A	A	

								グアテマラ(3)			
42	09.03.23	デジタルカメラ	PANASONIC	DMC-FS3	5	264.60	1,323.00	サンサルバドル(4) サンタ・アナ(1)	A	A	
43	09.03.24	ビデオ会議サウンドシステム	POLYCOM	VTX1000	1	7,680.16	7,680.16	サンサルバドル	A	A	
44	09.03.24	ビデオ会議マイクシステム	POLYCOM	VSX	1	7,235.00	7,235.00	サンサルバドル	A	A	
45	09.03.24	ビデオ会議カメラシステム	POLYCOM	PPC	1	7,281.28	7,281.28	サンサルバドル	A	A	
46	09.03.24	ビデオ会議サウンドシステム	POLYCOM	VSX7000E	1	8,976.63	8,976.63	サンサルバドル	A	A	
47	09.06.29	ノート型パーソナルコンピューター	ACER	ASPIRE5315	6	825.00	4,950.00	サンサルバドル	A	A	
48	09.06.30	書類整理棚	PANAVISION	71043-XPN	1	247.79	247.79	サンサルバドル	A	A	
49	09.09.14	デジタルカメラ	CASIO	EXZ9	4	227.45	909.80	ドミニカ共和国	A	A	
50	10.03.05	ノート型パーソナルコンピューター	ACER	AS5534	4	605.00	2,420.00	サンサルバドル	A	A	
51	10.03.05	液晶プロジェクター	EPSON	Power Lite 1715C	4	1,399.00	5,596.00	サンサルバドル	A	A	
52	10.03.16	成人体重身長計	PREMIER	RGTA-200	4	279.80	1,119.20	グアテマラ(2) ホンジュラス(2)	A	A	
53	10.03.16	新生児体重身長計	DETECTO	459	4	265.00	1,060.00	グアテマラ(2) ホンジュラス(2)	A	A	
54	10.03.16	子宮内診モデルセット	Nasco Simulaidis	cuello uterino	4	1,200	4,800	グアテマラ(2) ホンジュラス(2)	A	A	
55	10.03.16	分娩台	IMED		4	350.00	1,400.00	グアテマラ(2) ホンジュラス(2)	A	A	

56	10.03.16	新生児処置台	IMED		4	300.00	1,200.00	グアテマラ(2) ホンジュラス(2)	A	A	
57	10.03.16	ホワイトボード	SANDRA		1	290.00	290.00	グアテマラ	A	A	
58	10.03.25	携帯胎児超音波ドップラー装置	IMEX	ELITE EN30R	9	490.00	4,410.00	グアテマラ(4) ホンジュラス(5)	A	A	

