

**ホンジュラス共和国  
オランチョ県  
思春期リプロダクティブヘルス強化  
プロジェクト  
終了時評価調査報告書**

平成 24 年 5 月  
( 2012 年 )

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

人間
J R
12-040

**ホンジュラス共和国  
オランチョ県  
思春期リプロダクティブヘルス強化  
プロジェクト  
終了時評価調査報告書**

平成 24 年 5 月  
( 2012 年 )

**独立行政法人国際協力機構  
人間開発部**

## 序 文

ホンジュラス共和国の母子保健医療指数は乳幼児死亡率27対出生1,000（ホンジュラス保健省2008年）、妊産婦死亡率108対出生10万（同2008年）と、近年は改善傾向にありますが、思春期の妊産婦死亡率においては12歳から14歳の妊産婦死亡率391対出生10万（2005年）、15歳から19歳の妊産婦死亡率160対出生10万（2005年）であるなど、依然として高い傾向にあります。

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

今回の終了時評価調査は、協力予定期間終了に先立ち、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、2011年11月から12月にかけて実施しました。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、本調査にご協力を頂いた内外の関係者の方々に対し、深い謝意を表するとともに、プロジェクトの更なる発展に向けて引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成24年5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

## 終了時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 調査団派遣の経緯と目的	1
1 - 2 調査団構成	2
1 - 3 調査日程	2
1 - 4 主要面談者	2
第 2 章 終了時評価調査の方法	5
2 - 1 評価方法	5
2 - 2 評価項目・評価基準	5
2 - 3 評価に用いたデータ・情報	6
第 3 章 プロジェクトの実績と実施プロセス	7
3 - 1 投入実績	7
3 - 1 - 1 日本側の投入	7
3 - 1 - 2 「ホ」国側の投入	8
3 - 2 活動実績	8
3 - 3 アウトプットの達成状況	13
3 - 4 プロジェクト目標の達成状況	17
3 - 5 上位目標の達成見込み	19
3 - 6 実施プロセス	19
第 4 章 評価 5 項目による評価結果	24
4 - 1 妥当性	24
4 - 2 有効性	25
4 - 3 効率性	26
4 - 4 インパクト	28
4 - 5 持続性	29
4 - 6 結論	30

第5章 提言・教訓	31
5 - 1 提言	31
5 - 2 教訓	32
5 - 3 団長所感	33

#### 付属資料

1 . M/M・合同評価報告書（西語）	37
2 . PDM（Project Design Matrix）version 3	108
3 . PO（Plan of Operations）	114
4 . 日本側投入実績	116
5 . ホンジュラス側投入実績	119
6 . 研修実績	121
7 . 教材作成実績	126

# 地 図

< ホンジュラス >



フティカルパ市、カタカマス市、ドゥルセ・ノブレ・デ・クルミ市  
パトゥッカ市、サラマ市、サン・エステバン市、グアヤペ市

写 真



保健省外観



オランチョ県保健事務所外観



ピアリーダーによる啓発活動風景  
(サンフランシスコ病院内のピアルーム)



ARHサービス委員会でのワークショップ



M/M協議



M/M署名式

## 略 語 表

略 語	欧 文	和 文
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
ARH	Adolescent Reproductive Health	思春期リプロダクティブヘルス
ATA	Formulario de Atención Ambulatoria	外来診療記録フォーマット(ホンジュラス保健省の保健情報システム)
CESAMO	Centro de Salud con Médico y Odontólogo	医師駐在保健所
CESAR	Centro de Salud de Atención Rural	村落保健所
CMI	Clínica Materno Infantil	母子保健クリニック
COMVIDA	Programa de Comunicación y Vida	市による青少年プログラム Comunicación ( Communication ) と Vida ( Life ) の造語
C/P	Counterpart	カウンターパート
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
IEC	Information, Education and Communication	情報・教育・コミュニケーション
IUD	Intrauterine Device	子宮内避妊用具
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
KAP 調査	Knowledge, Atitudes and Practices Survey	知識・態度・行動に関する調査
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
M/M	Minutes of Meeting	協議議事録、ミニッツ
MM	Man Month	人月
NGO	Non-Governmental Organizations	非政府組織
OJT	On-the-Job Training	オンザジョブ・トレーニング
PAIA	Programa de Atención Integral para la Adolescencia	思春期統合ケアプログラム
PASOS	Proyecto para Adolescentes Olanchanos en Salud	「オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト」のスペイン語名称での愛称
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PMIAJ	Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud	市の青少年プログラム
PO	Plan of Operations	活動計画



PROSARE	Proyecto de Salud Reproductiva	リプロダクティブヘルス向上プロジェクト
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略文書
QOL	Quality of Life	クオリティー・オブ・ライフ
RAMNI	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez	妊産婦及び乳幼児死亡率の減少促進
R/D	Record of Discussions	討議議事録
STI	Sexually Transmitted Infection	性感染症
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
WHO	World Health Organization	世界保健機構
YFS	Youth Friendly Service	ユース・フレンドリー・サービス

## 終了時評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：ホンジュラス共和国	案件名：オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト
分野：保健医療 / 母子保健・リプロダクティブヘルス	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部保健第四課	協力金額（評価時点）：3億8,000万円
協力期間 2008年6月～2012年5月 （4年間）	相手国実施機関：保健省（本省、第15保健地域事務所）
	日本側協力機関：システム科学コンサルタンツ株式会社、特定非営利活動法人HANDS
<p>1 - 1 協力の背景と概要</p> <p>ホンジュラス共和国（以下、「ホ」国）においては、人口の39%を15歳未満が占め〔世界保健機構（World Health Organization：WHO）2006年〕、全人口における10代の若者の割合が大きい状況のなか、若年妊娠が増加している。これに伴い、保健医療施設における思春期女性の出産件数割合は全出産件数のうち35%を占めており（「ホ」国統計局2001年）、12歳から14歳の妊産婦死亡率は出生10万対391、15歳から19歳では160と高く、若年妊娠が妊産婦死亡や周産期死亡のリスクを大幅に高めていると考えられている。若年妊娠は、望まない妊娠だけでなく、性感染症（Sexually Transmitted Infection：STI）やHIV / AIDSの感染、思春期における自己の確立に対する影響や就学問題を招くなど、貧困問題とも関連した社会問題となっており、「ホ」国保健分野における大きな課題のひとつと位置づけられている。</p> <p>若者に提供される避妊や妊産婦ケアにかかわる保健サービスのカバー率の低さやアクセスの問題及びその質の低さが影響し、このような若年妊娠を含む思春期リプロダクティブヘルス（Adolescent Reproductive Health：ARH）の問題となっているため、これらサービス・アクセスの改善と同時に、思春期の若者の性行動等の行動変容を支援していく必要がある。独立行政法人国際協力機構（JICA）は、「ホ」国政府の要請に基づき、保健省（保健省保健推進総局及び第15保健地域事務所）をカウンターパート（Counterpart：C/P）機関とし、思春期妊娠率の低下及び思春期の若者のリプロダクティブヘルスに関する知識と責任ある性行動を確保するため、オランチョ県内7市（フティカルパ市、カタカマス市、ドゥルセ・ノンブレ・デ・クルミ市、パトゥカ市、サラマ市、サン・エステバン市、グアヤペ市）をパイロット市とした「オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト」を2008年6月から2012年5月までの4年間の予定で実施している。</p> <p>今般プロジェクト期間終了の6カ月前を迎えるにあたり、終了時評価が実施された。</p>	
<p>1 - 2 協力内容</p> <p>（1）上位目標 オランチョ県の思春期妊娠数の低下に貢献する。</p> <p>（2）プロジェクト目標 性とリプロダクティブヘルスのケアを受けるオランチョ県7市の思春期の若者の数が増加する。</p> <p>（3）アウトプット 1. 思春期の若者がアクセスしやすい質の高いARHサービス提供システムを構築する。</p>	

2. 思春期の若者がARHサービスへアクセスしやすいピアシステムを構築する。
3. 思春期の若者がARHサービスを利用することに積極的になる。
4. ARHサービス提供のための管理・運営システムを構築する。

### 1 - 3 投入実績（評価時点）

#### <日本側>

専門家派遣：7分野、計12名（計79.4MM）  
 資機材供与：合計1,900万円相当  
 現地業務費：合計約8,500万円（機材供与費、本邦・第三国研修費を含む）  
 本邦研修：2回（計C/P10名参加）  
 第三国研修：ニカラグア1回（C/P8名参加）

#### <相手国側>

C/P配置：保健省本省6名、第15保健地域事務所15名、及び対象7市の市医師長・主任看護師等  
 施設・設備：オランチョ県保健事務所敷地内のプロジェクト事務所及び設備。  
 プロジェクト経費：プロジェクト事務所の水道光熱費・車両運転手手当て。ピアルーム建設工事費（対象2市）、同賃貸料・水道光熱費等を各自治体が負担

## 2. 評価調査団の概要

調査者	（担当分野：氏名 職位） 団長・総括：佐藤 真司 JICA人間開発部保健第二グループ保健第四課 課長 評価分析：大橋 由紀 合同会社適材適所 コンサルタント 通訳・翻訳：八木 優子 JICAメキシコ事務所契約通訳	
調査期間	2011年11月14日～12月2日	評価の種類：終了時評価

## 3. 評価結果の概要

### 3 - 1 実績の確認

#### （1）アウトプットの達成状況

#### アウトプット1：若者がアクセスしやすい、質の高いARHサービスの提供システムが確立される

ARHサービスの改善の方策としてプロジェクトが導入しているユース・フレンドリー・サービス（YFS）の枠組みは策定され、それに基づいた研修は目標人数に達している。研修受講者がYFSを各保健医療施設で適切に実施し、YFS提供施設として認定されることをめざしており、プレ審査とそのフォローアップにより2012年3月の本審査では目標の90%以上が合格することが見込まれている。ピアリーダーから保健医療施設へのリファラルについては、プロジェクトが導入したフォーマットを活用せずに行われているケースがあることから、今後は記録の徹底を進める必要がある。ARHサービスの満足度は、エンドライン値でも高い水準に保たれているといえる。また、保健医療従事者にARHに関する相談をしたいかどうかについては、妊娠の際に保健医療施設を利用したいと答える割合が増加していることが確認された。

#### アウトプット2：若者のサービスへのアクセスを促進するピアシステムが確立される

ピア活動の各アクターの育成が進んでおり、活動開始後1年に満たないピアルームもあるものの年間合計1,000人の訪問者といった目標を達成している。リファラルについてはアウトプット1で述べたとおり、今後の記録の方法に改善の余地がある。ピア活動が維持されるための実施体制については、今後更に強化していく必要がある。

### アウトプット3：若者がARHサービスを受けることに積極的になる

保健医療従事者にARHに関する相談をしたいかどうかについては、妊娠の際に保健医療施設を利用したいと答える割合が増加していることが確認された。また、エンドライン調査の結果ピアリーダーからARHに関する情報を入手したいと答えた若者の割合は多くなかったが、ピアルームの訪問者は年間の目標人数を超えるなど、若者に活用されていることも確認されている。また、避妊方法の利用も増加し、ピア活動における啓発活動に参加した若者の人数も3,700人以上であることから、ARHサービスを受けることへの積極性は増しているといえる。

### アウトプット4：ARHサービスを提供するための運営管理システムが確立される

ARHサービス委員会はほぼ毎月開催されており、定期モニタリングも実施されていることが確認されている。ARH活動に関連する組織とのコーディネーションについては、今まで体制の確立に努めてきたが、今後更に維持に向けた強化を図ることが期待されている。

#### (2) プロジェクト目標達成状況

産前健診の指標においては、数値目標には若干到達していないものの、ARHサービス委員会メンバー及び専門家からの聞き取りの結果、データの制約や経済的・社会的要因を考慮すると、各達成度は満足のいく結果であると解釈できる。その他、思春期の若者の施設分娩の割合、避妊に関するサービス受診数、ARHに関するカウンセリング受診数は目標を達成した。

#### 3 - 2 評価結果の要約

##### (1) 妥当性

「ホ」国国家政策及び優先課題、対象地域のニーズ、日本の支援政策との整合性、ほかの関連機関との連携などの点から、本プロジェクトの妥当性は引き続き高い。また、開発課題に貢献する手段としては、クオリティ・オブ・ライフ(QOL)及びYFS研修の適切性は先方プロジェクト関係者から高く評価されていることが確認された。一方、ピア活動については成果発現までには時間がかかり、現時点では明確な貢献度の測定は難しいが、ピア活動に対する関係者の評価・期待は高く、参加している若者や周囲の大人のモチベーションも高いことから、多くの関係者から今後の継続が望まれている。

##### (2) 有効性

プロジェクト目標と成果の因果関係については、ピア活動の展開に地域によってばらつきがみられるものの、YFS活動はプロジェクト目標との因果関係を確認できた。ARHサービスを受ける思春期の若者の数は増加しており、本プロジェクトの有効性は高いといえる。一方、これらの成果は市の中心地や各保健医療施設に近い地域を中心に広がっており、今後は遠隔地まで広げるための活動の更なる継続・普及が期待される。

##### (3) 効率性

YFS提供施設の認定、ピア活動の周知化及び活発化(リファラルを含む)、ピア活動維持のための実施体制の強化が主な課題として残されているが、その他のアウトプットの指標はおおむね達成していることが確認された。オランチョ県内の治安の悪化、クーデターによる行政機能の停止、新型インフルエンザやデング熱の大流行などの外部要因や、「ホ」国側の活動経費が一部の経費以外提供されてこなかったことは、円滑な活動実施の阻害要因となったが、プロジェクト関係者のモラルや意欲、能力が高く、柔軟かつ積極的な対応で活動全般はおおむね計画どおりに実施された。

#### (4) インパクト

データ比較は困難なものの、聞き取り調査の結果からは若干の思春期妊娠数の低下が生じていることが予想される。また、オランチョ県における対象7市の人口カバー率が高いため（県全体の80%）、対象7市内で活動を継続・発展させていくこと、さらにまだプロジェクト活動が導入されていない16市においても活動を普及していき、ARH政策の重要性に変更が生じなければ、上位目標の達成が期待される。波及効果として、中央レベルでの思春期妊娠削減のための政策に本プロジェクトのYFSに関する概念が含まれる予定であることから、今後、本プロジェクトの全国レベルでの活用に向けて更に政策を具体化することが期待される。また、一部の保健所では独自に若者のグループを組織するなど、プロジェクトが期待する活動を超えたさまざまなグッドプラクティスが確認されている。さらに、本プロジェクトでARHサービスに関するデータ収集のため導入されたフォーマット（PASOS 1・2及び若者のピア教育に関する記録フォーマット）及びこれを活用したARH情報システムを通じて、「ホ」国で初めてARHに関する情報が蓄積されることとなったことが確認された。

#### (5) 持続性

政策面では今後も引き続き政府の支援が期待できる。YFSの継続は技術の定着やモニタリング体制の確立などから、今後も組織的に活動を継続していくことが期待できる。

保健所レベルでは既存の限られた予算で活動継続が可能であるが、県レベルで実施するモニタリングや研修の予算は現時点までに保健省からは支出された実績はない。2012年予算は計上されており、承認・執行されることが望まれる。

ピア活動は対象7市それぞれの状況に合わせた体制の強化が必要とされている。財政面では、市レベルでの研修の実施などでコストの軽減をめざしているが、イベントに必要な経費・活動の際の交通費等の出所はまだ明確になっていない。

プロジェクト活動のオランチョ県内他市への普及については、県レベルの運営・管理・モニタリング体制が確立していること、各研修に必要な講師が育成されていることから、組織的には可能であるが、普及に必要な予算は現時点では確保されていない。

### 3 - 3 効果発現に貢献した要因

#### 【計画内容に関すること】

- ◆ オランチョ県の関係者の多くが若者の問題に対して危機感をもっており、ARHに関するニーズが高いことが、プロジェクト活動全般の促進に貢献した。
- ◆ C/Pやその他医療従事者のモラルや意欲、能力が高く、技術移転やプロジェクト活動が効率的に実施された。また、後述のさまざまな制約により円滑な活動実施が困難な状況にも、C/P等の関係者が日程の変更や必要な調整作業に柔軟かつ積極的に対応し、遅れを取り戻すことができた。

#### 【プロセスに関すること】

- ◆ 保健セクターのみならず市役所や教育セクター等も巻き込むアプローチにより、ピア活動の促進につながった。当初必ずしも協力的ではないケースもあったが、時間をかけて説明することで、最終的には支援を受けている。
- ◆ 県保健事務所と県教育局との間の協定により、ピア活動参加の許可、ピア活動による社会奉仕活動の単位授与などで、学生がピア活動に参加しやすくなった。
- ◆ 若者に対してアプローチする際に、まずは保護者や地域の大人に対する啓発を実施したこと、また直接性に関するテーマを取り上げるのではなく、若者が直面する問題を緩和するプ

プロジェクトとして説明したことで、関係者の理解を得ることができた。

### 3 - 4 問題点及び問題を惹起した要因

#### 【プロセスに関すること】

- オランチョ県の治安の悪化により、日本人専門家の外出や移動、ピアリーダーの活動時間や活動場所等に制約が生じ、円滑な活動実施に影響を及ぼした。具体的には活動日程の変更、研修期間の短縮や、情報・教育・コミュニケーション（IEC）活動の実施回数の減少、ピア活動の参加校の減少、調整コストの増幅などの影響が挙げられる。また、プロジェクト活動を連携して行っていた青年海外協力隊（JOCV）のオランチョ県派遣が取りやめとなった。
- クーデターによる行政機能の停止、新型インフルエンザやデング熱の大流行、政権交代による関係再構築等の影響から、円滑な活動の実施に困難が生じた（具体的な影響は同上）。
- ピア活動において学校の協力を得て活動が行われてきたが、教職員のストライキが頻繁に発生し、研修やIEC活動等の実施における制約となっている（具体的な影響は同上）。
- 「ホ」国側の活動経費が一部の経費以外提供されてこなかったことは、円滑な活動実施の阻害要因となったが、プロジェクト関係者のモラルや意欲、能力が高く、柔軟かつ積極的な対応で活動全般はおおむね計画どおりに実施された。

### 3 - 5 結論

本プロジェクトは、関係者の尽力により終了時評価時点までに活動はおおむね計画どおりに実施され、各アウトプットが順調に産出されていることから、予定どおり終了する。妥当性はニーズ、優先度、手段としての適切性の点から、現時点でも引き続き高いことが確認された。有効性については、プロジェクト目標であるARHサービスを受ける対象7市の思春期の若者の数は増加していることが確認されており、高い効果が認められた。効率性は、期待されるアウトプットは終了時までにおおむね達成される見込みであること、実施上のさまざまな制約が生じたものの県・市レベルの関係者の貢献で活動がおおむね計画どおりに実施できていること、またプロジェクトのアプローチが資金・人材を効率的に活用するものであったことが高く評価される。一方、上述の制約により活動の頻度や量は減らざるを得なかったこと、「ホ」国側の活動経費が一部の経費以外提供されてこなかったことは、プロジェクト全体に影響を及ぼした。インパクトについては、プロジェクト活動の継続・普及により上位目標の達成が期待できるため、まずはオランチョ県全体のARHサービスの普及が期待される。また、波及効果として、中央レベルでの思春期妊娠削減のための政策に本プロジェクトのYFSに関する概念が含まれる予定であることから、本プロジェクトの今後全国レベルでの活用に向けて更に政策を具体化することが期待される。また、本プロジェクトの期待を超えた実施レベルでの医療施設やピア活動における積極的な取り組みや効果が確認された。持続性については、YFSは医療従事者に通常業務として受け入れられていることや研修講師が養成されていることで、技術の定着が期待できる一方、各活動の継続・普及に向けた資金面や、ピア活動の実施体制面での強化が必要とされる。

### 3 - 6 提言

- 1 .(保健省、県及び市へ) 遠隔地での活動は事前に十分な計画を立てること。また、今後のアウトリーチ活動は、遠隔地に点在する村落保健所（CESAR）等保健医療施設を中心に既に形成されている若者グループの有効活用等を柔軟に行うこと。
- 2 .(保健省へ) 保有する既存のARHに関するビデオ・DVD教材などの保健医療施設への配布に関して前向きに検討すること。
- 3 .(プロジェクトへ) ARHサービスに関するデータの収集精度の向上やデータの解釈など

具体的な活用策について支援を行うとともに、ARHサービス委員会等の場で定期的にデータ活用が行われるよう体制を整備すること。

- 4 .(保健省、県及びプロジェクトへ) 本プロジェクト成果の他県やオランチョ県内他地域への普及策を、予算措置を含めて具体的に検討すること。またプロジェクトは同取り組みに対し、本プロジェクトの成果を裏づける基礎的データの提供をはじめとする支援を行うこと。
- 5 .(プロジェクトへ) プロジェクトで養成されたピアリーダー養成者自身によって、関係機関との調整やコースの企画・立案・実施・フォローアップといった一連のピアリーダー養成に関する業務が行われるようプロジェクトとして配慮すること。
- 6 .(ピア活動関係者へ) リファラルやカウンセリングなどのピア活動に関する記録を徹底すること。
- 7 .(プロジェクト関係者へ) オランチョ県准看護師養成校におけるYFS研修の導入については、積極的に進めること。
- 8 .(保健省へ) ARHに関する技術委員会は重要であり、同委員会を維持していくこと。

### 3 - 7 教訓

- 1 . 国家思春期統合ケアプログラム (PAIA) の概念に沿ったARHサービスの明確化とそれに応じたYFSガイドラインの作成という活動を行ったことで、PAIAの現場レベルでの実現をプロジェクト活動が支援する形となった。これが、保健省によるYFSに対する高評価と、同省が現在検討を進める国家戦略へのYFSの取り込みと全国普及につながったと考えられることから、国の政策の現場レベルの実現というプロジェクトアプローチは有効である。
- 2 . 思春期層の健康増進というセクター横断的な取り組みにおいて、県教育局や自治体、NGO、教会など異なるアクターとの連携を促進したことでプロジェクト活動に対する包括的な支援を得ることができ、結果として同活動の活発化に貢献した。
- 3 . プロジェクトの働きかけにより、保健省PAIA課を中心として、ドナー間でARHの技術的課題について協議する技術委員会が設置された。同委員会では、本プロジェクトの対象7市に優先的にUNFPAの支援によるPAIAの研修が実施されたり、本プロジェクトで導入した思春期の若者のARHに係る情報システム (PASOS 1 及び 2) を全国に広げるための議論がもたれるなど、中央レベルでのドナー調整が促進されている。関係機関とのプロジェクト活動の調整のみならず、プロジェクトの展開の観点からも、プロジェクト立ち上げ早期にこうした調整の場を設置することが重要である。
- 4 . 思春期の若者をプロジェクトの裨益対象者としてではなく、プロジェクトを推進する主体として取り込み、ピア活動の計画や実施、評価を行わせたことで、彼らの主体者意識を喚起することができ、プロジェクトの持続性を高める一因となった。またほかのプロジェクト関係者にとっては、若者のニーズや彼ら自身が考える人生の質、自発性、若者の立場からみた問題解決案などを知る良い機会となった。
- 5 . ベースラインやエンドライン調査においては、できる限り精度の高いデータ収集が行えるよう、時間的余裕をもってあらかじめサンプル数や調査方法に十分配慮する必要がある。

## Summary of the Terminal Evaluation Results

<b>1. Outline of the Project</b>		
Country: Republic of Honduras		Project Title: Project for Strengthening Adolescent Reproductive Health in Olancho Department in Honduras
Issue/Sector: Health/Maternal and Child Health, Reproductive Health		Cooperation Scheme: Technical Cooperation Project
Division in Charge: Health Division 4, Human Development Department		Total Cost (as of the moment of this evaluation): 383 million yen
Period of Cooperation	(R/D): June 2008 – May 2012, 4 years)	Partner Country's Implementation Organization: Secretariat of Health (Headquarter, Health Region No.15)
		Supporting Organization in Japan: System Science Consultants Inc., NPO Health and Development Service (HANDS)
<b>1-1. Background of the Project</b>		
<p>In the Republic of Honduras (hereinafter referred to as Honduras), 39% of the total population was under 15 years of age (World Health Organization: WHO, 2006), and the pregnancy in adolescence has been increasing, given the high proportion of the population of teenagers. Under the circumstance, deliveries at health facilities by women in adolescent years reached to 35% (Secretariat of Health of Honduras, 2001) and the maternal mortality of young women has risen, as high as 391 out of 100,000 for the age group of 12-14 and 160 for the age group of 15-19. It is considered that the pregnancy in adolescence increases the risks of maternal and perinatal mortality, and it is a social issue associated with poverty, which can result in not only the unintended pregnancy but also the Sexually Transmitted Infection (STI) and HIV/AIDS. It also has negative influences on the growing up process and the issues related to school attendance and education. The Secretariat of Health of Honduras recognizes that it is one of the challenges for the health sector in the country.</p> <p>The issues of Adolescent Reproductive Health (ARH), including the pregnancy in adolescence, are caused by low coverage of accessible health services, such as birth control and maternal care, for young people. It is necessary to improve the access to such services and to change the sexual behavior among adolescents as well. Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as JICA), in accordance to the request made by Honduran Government, has been implementing the Project for Strengthening Adolescent Reproductive Health in Olancho Department in Honduras, which aims at reducing the percentage of pregnancy in adolescence and ensuring the knowledge of reproductive health and responsibility for sexual behavior among adolescents. The Project is for 4 years, starting from June 2008 and end in May 2012, and the counterpart organization is Secretariat of Health (Health Promotion Department and Health Region No. 15), with 7 cities in the Department of Olancho (Juticalpa, Catacamas, Dulce Nombre de Crumi, Patuca, Salama, San Esteban, and Guayape) as target areas.</p>		
<b>1-2. Project Overview</b>		
(1) Overall Goal: To contribute to reduce the percentage of pregnancy in adolescence in Olancho Department		



(2) Project Purpose: The number of adolescents who receive sexual and reproductive health care increases in the 7 cities of Olancho Department

(3) Outputs

1. A health system to provide high-quality ARH services which facilitate the access of adolescents is established.
2. A peer system to facilitate the access of adolescents is established.
3. Adolescents take a positive attitude about receiving ARH services.
4. A system of administration and management for provision of ARH services is established.

(4) Inputs (as of the moment of evaluation)

Japanese side:

Dispatch of Experts: 7 fields of expertise, 12 experts (79.4MM in total)

Equipment and materials: worth a total of 19,620,000 Japanese Yen

Local Expense: a total of approximately 85,851,000 Japanese Yen

Training in Japan: twice (10 counterpart personnel in total)

Training in the third country: once in Nicaragua (8 counterpart personnel)

Honduran side:

Counterpart personnel: 6 persons from Headquarter of Secretariat of Health, 15 persons from Health Region No.15, and City Doctors, Chief Nurses, etc. from 7 target cities

Facilities and equipment: Project office and equipment in the premises of health office of Olancho Department

Budget Allocation: utilities cost of the Project office, salary of drivers, construction cost of peer room (2 target cities), and rental cost and utilities of peer rooms (bared by each municipality)

**2. Evaluation Team**

Members of Evaluation Team	Leader: Shinji Sato, Director, Health Division 4, Department of Human Development, JICA	
	Evaluation Analysis: Yuki Ohashi, Consultant, Tekizaitekisho LLC Interpreting and Translation: Yuko Yagi, Contracted Interpreter of JICA Mexico Office	
Period of Evaluation	14 November, 2011 – 2 December, 2011	Type of Evaluation: Terminal Evaluation

**3. Evaluation Results**

**3-1 Project Performance**

**(1) Progress of the Outputs**

Output 1: A health system to provide high-quality ARH services which facilitate the access of adolescents is established.

The Project established the framework of Youth Friendly Services (YFS), which was introduced as a measure to improve ARH services, and provided training based on the framework to the target number of trainees. The intention of the Project was to have the trainees performing adequately the YFS in their respective health facility and get the facilities accredited as YFS providers. As a result, 90% of them are expected to pass the official screening to be held in March 2012, by way of providing the pre-screening and follow-up. Regarding the referral from peer leaders to health facilities, it was necessary to enforce the record taking because some of the referral cases were not registered using the format introduced by the Project. The level of satisfaction with ARH services was high regarding to the end-line data. Also, as to the preference of adolescents in consulting health service providers about issues related to ARH, the

percentage of adolescents who prefer to use health facilities in the case of pregnancy was increased.

Output 2: A peer system to facilitate the access of adolescents is established.

The training for the actors of peer activities has been progressed, and even though some peer rooms were opened less than a year ago, the numerical target of the total visitors, 1000 per year, was achieved. On the other hand, as it was described in the “Output 1”, there was room for improvement in the way of record taking. It is necessary to strengthen further the implementation system to maintain the peer activities in the future.

Output 3: Adolescents take a positive attitude about receiving ARH services.

Regarding the preference of consulting to health service providers about issues related to ARH, it was identified that the percentage of adolescents who prefer to use health facilities in the case of pregnancy was increased. Although the number of adolescents who answered that they want to obtain information related to ARH from peer leaders was not high, it was identified that the peer rooms were utilized by adolescents, surpassing the numerical target of total visitors per year. Also the use of contraceptive methods was increased, and more than 3,700 adolescents participated in the educational activities which were a part of peer activities. Therefore, it is considered that adolescents take more positive attitude than before about receiving ARH services.

Output 4: A system of administration and management for provision of ARH services is established.

It was confirmed that the ARH service committee has been held almost every month, and the periodical monitoring has been done. On the other hand, although the Project has made an effort to establish the cooperation with various organizations related to ARH, it is necessary to strengthen further the coordination in order to sustain the activities in the future.

**(2) Progress of the Project Purpose**

In terms of the indicators on the prenatal care, although the results of end-line survey were slightly below the numerical target, it was confirmed through the interview with ARH committee members and Japanese experts that the level of achievement was satisfactory, considering the restriction of data as well as economic and social factors. As to the other indicators, such as the percentage of delivery in health facilities among adolescents, the number of counseling about anticonception, and the number of counseling about ARH, their numerical target were achieved respectively.

**3-2. Summary of Evaluation Results**

**(1) Relevance**

The Relevance of the Project was confirmed high, in terms of the national policies and prioritized issues of Honduran Government, the needs of target areas, the Japanese assistance policies, as well as the coordination with other related organizations. Also, it was identified that the Quality of Life (QOL) and YFS training were recognized by stakeholders as adequate methods to contribute to the development theme. On the other hand, the peer activities take time to produce their results and are difficult to say their level of contribution at this moment. However, since the stakeholders highly value and expect the peer activities and those adolescents and adults who participate in the activities are also highly motivated, many stakeholders hope to continue them in the future.

**(2) Effectiveness**

Since the number of adolescents who received ARH services was increased, it is considered the effectiveness of the Project is high enough. Meanwhile, the outputs of the Project have been produced mainly in central area of the target cities and near health facilities. It is expected to continue and develop

activities to extend the outputs to remote areas in the future.

### **(3) Efficiency**

It was confirmed that most of indicators of Outputs were generally achieved, although there are some issues left, such as the accreditation of YFS providers, the further publication and activation of peer activities (including the referral), and the strengthening of implementation system to maintain peer activities. There were some external factors, such as the worsening security of Olancho Department, the suspension of administrative functions caused by the coup, the outbreak of a new strain of influenza and dengue fever, and the lack of Honduran budget for project activities except a part of it, which constrained the smooth implementation of project activities. However, the stakeholders involved in the Project demonstrated their moral, motivation and abilities to deal flexibly with them, and contributed to the implementation as planned.

### **(4) Impact**

Since the target 7 cities have high population coverage in Olancho Department (80% of total population), it is expected to achieve the Overall Goal by continuing and developing the activities in the same 7 cities, while also extending them in the other 16 cities where the Project has not been introduced yet. As a multiple effect of the Project, the concept of YFS has been incorporated in a national policy to reduce the pregnancy in adolescence. It is expected that the related national policies are materialized further to utilize the results of the Project at national level in the future. Also, some good practices beyond the expectation of the Project have been observed, for instance, some health facilities have independently organized groups of adolescents.

### **(5) Sustainability**

In terms of the political aspect, it is expected that a continuous support from the Honduran Government to the Project is ensured. Also, it is expected to maintain the YFS activities in an organized manner, since the necessary skills and monitoring system have been established.

The project activities will be maintained at health facility level, using their limited budget. However, as to the monitoring and training activities implemented at department level, so far the costs necessary have not disbursed by Secretariat of Health. The budget for 2012 has been planned at the moment of the Evaluation, and it is expected to be approved and executed adequately.

Regarding the peer activities, it is necessary to strengthen the implementation system which is suitable to the different conditions of each city. As to the financial aspect, while some measures such as realizing training activities at city level have been attempted to reduce the implementation cost, the source of budget necessary for events and travel cost of different activities has not been determined yet.

In terms of organizational aspects, the dissemination of project activities to other cities in Olancho Department is possible, considering that the operation, management and monitoring system has been established and the trainers necessary for the training have been developed. However, the budget necessary for the dissemination has not been guaranteed yet.

### **3-3. Factors that promoted the production of effects**

- Many stakeholders in Olancho Department were alarmed by the issues of adolescents, and there was high demand on the ARH services. Such situations in Olancho brought the project activities forward.
- The project activities were carried out effectively owing to the counterpart personnel and other

health service providers with diligent work ethic, motivation and ability. Also, the stakeholders such as counterpart personnel dealt flexibly and positively with the changes of schedule and coordination, which allowed the Project to make up for the delay when several factors described below caused difficulties in the smooth implementation of the Project.

- The Project intended to get different actors involved, working with not only those from health sector but also from city authorities and education sector among others. This approach contributed to the promotion of the peer activities. Although there were some uncooperative cases in the earlier stage, eventually the activities were supported by means of explaining patiently the concept of the Project.
- The agreement between the Health Region and Departmental Office of Education allowed the students participating in peer activities and receiving credits working in some voluntary services in peer activities. This arrangement facilitated the participation of students in the activities.
- Before approaching adolescents, the Project tried to educate parents and adults from the local community, and explained the project activities as an attempt to alleviate problems faced by the adolescents, rather than raising directly the themes to do with sexuality. This approach helped the Project gain understandings from stakeholders.

#### **3-4. Factors that inhibited the production of effects**

- ◆ The deteriorating condition of public safety in Olancho Department limited the travel of Japanese Experts as well as time and place of activities for peer leaders in the area, which affected negatively the implementation of project activities. In particular, the schedule was changed, the training was shortened, the number of IEC activities was reduced, the number of schools participating in peer activities was reduced, and coordination cost was increased, and so on. Also, the missions of Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCV) in Olancho Department who were collaborating with the Project were cancelled due to the security issue.
- ◆ The suspension of the national administrative function caused by the coup, the outbreak of a new strain of influenza and dengue fever, and the reestablishment of relationship after the change of government affected negatively the smooth implementation of project activities (details of the influences are same as described above).
- ◆ While the peer activities were carried out getting assistance from schools, the strikes of teachers happened frequently and limited the implementation of training and IEC activities (details of the influences are same as described above).

#### **3-5. Conclusion**

The Project will be concluded as planned, since it was confirmed that the activities up to the moment of Terminal Evaluation were generally implemented according to the plan, owing to the efforts made by stakeholders, and as a result the Outputs were produced steadily. It was identified that the relevance was high in the aspects of needs, priority and suitability as means of intervention. Regarding the effectiveness, the Project Purpose, which is the increase of adolescents who receive ARH services in the target 7 cities, has been achieved, and the Project confirmed its potent effect on the development theme. The Efficiency was also considered high, since the planned Outputs will be generally achieved by the end of the project period, the activities were implemented in accordance with the plan owing to the contribution of stakeholders especially at department and city level in spite of the various constraining factors encountered during the implementation, and the Project took an approach to utilize financial and human resources effectively in the project activities. On the other hand, the above mentioned constraining factors resulted in the reduction of frequency and volume of activities, and the insufficiency

in a part of budget responsible for Honduran side affected the project. As to the Impact, since the Overall Goal can be achieved by continuing and extending the project activities, the diffusion of ARH services in Olancho Department can be expected. Also, as a multiple effect, it is expected that the embodiment of national policy will be progressed in the future and will enable the results of project activities to be applied at national level, since a policy for the reduction of pregnancy in adolescence under preparation has included the concept of YFS of the Project. In addition, some positive efforts and effects beyond the expectation of the Project were observed in the health facilities and peer activities. Regarding the sustainability, while the transferred skills on the YFS will be maintained since they are accepted as a part of routine works of health service providers, it is necessary to strengthen the financial arrangement to maintain and extend project activities as well as the implementation system of peer activities.

### **3-6. Recommendations**

1. (To Secretariat of Health, Regional Health Office, and city authorities) The activities in remote areas should be well planned in advance. And the outreach activities from now on need to be carried out in a flexible manner, taking measures such as an effective use of adolescents' groups which are already formed by Rural Health Center (CESAR) and other health facilities scattered in the areas.
2. (To Secretariat of Health) The secretariat should positively consider providing existing educational materials about ARH, such as videos and DVDs, for health facilities.
3. (To the Project) It is necessary to provide a support to improve the accuracy of data collection related to ARH services, and prepare a system to review the data periodically in ARH service committee and other occasions.
4. (To Secretariat of Health, Regional Health Office and the Project) It is necessary to discuss the concrete measures, including the budget, to extend the results of the Project to the rest of areas inside and outside Olancho Department. The Project should support such efforts by providing basic information which confirms the achievements of the Project.
5. (To the Project) It is necessary to assist trainers of peer leaders formed by the Project so that trainers themselves realize a series of activities related to the training, such as the coordination with related organizations, design, planning, implementation and follow-up.
6. (To stakeholders of the peer activities) The recording of activities, including referral and counseling, should be ensured.
7. (To stakeholders of the Project) The introduction of YFS training in the school of assistant nurses in Olancho should be positively promoted.
8. (To Secretariat of Health) As the ARH technical committee is very important, it is necessary to maintain its function.

### **3-7 Lessons Learned**

1. As the ARH services were clearly articulated to the concepts of the National Program of Integrated Care for Adolescents (PAIA) and the YFS guidelines were prepared based on such services, the Project was able to assist in putting the PAIA into practice. It is considered that this is the reason why the secretariat highly acclaimed the YFS and showed its interest in incorporating the YFS in the national strategy of the secretariat to disseminate at national level. Therefore, it is proved the effectiveness of the Project's approach, implementing the national strategy at the field level.
2. In order to deal with the health enhancement of adolescents, which is considered a multi-sectorial theme, the Project promoted the coordination with different sectors such as education, NGOs, churches, and achieved their support in a comprehensive manner. Such approach, as a result,

contributed to the activation of project activities.

3. The Project encouraged the establishment of a technical committee to discuss technical issues of ARH among donors chaired by PAIA department, Secretariat of Health, and the committee has been promoting the coordination among donors at central level. The examples of such coordination include; the preferential support provided by UNFPA for the implementation of training on PAIA to the 7 target cities of the Project, and the discussion about the national level application of the information system on ARH introduced by the Project (PASOS 1 and 2). It is important to set up such measures for the coordination at earlier stage of project, not only for the coordination necessary for project activities but also for the future development of the project.
4. By means of getting adolescents involved in the project activities as main actor of the planning, implementation and evaluation of peer activities, instead of treating them as target beneficiaries of the Project, the Project achieved to raise their initiative, which resulted in one of the reasons to enhance the sustainability of the Project. Also it was a good opportunity for the other stakeholders to recognize the needs of adolescents and their quality of life, motivation, ideas to solve problems, and so on.
5. In the baseline and end-line survey, it is necessary to have sufficient time to consider the number of samples and study methods, to be able to collect data and information as precisely as possible.

# 第1章 終了時評価調査の概要

## 1-1 調査団派遣の経緯と目的

ホンジュラス共和国（以下、「ホ」国）においては、人口の39%を15歳未満が占め世界保健機構（World Health Organization：WHO、2006年）全人口における10代の若者の割合が大きい状況のなか、若年妊娠が増加している。これに伴い、保健医療施設における思春期女性の出産件数割合は全出産件数のうち35%を占めており（「ホ」国統計局、2001年）12歳から14歳の妊産婦死亡率は出生10万対391、15歳から19歳では160と高く、若年妊娠が妊産婦死亡や周産期死亡のリスクを大幅に高めていると考えられている。若年妊娠は、望まない妊娠だけでなく、性感染症（Sexually Transmitted Infection：STI）やHIV/AIDSの感染、思春期における自己の確立に対する影響や就学問題を招くなど、貧困問題とも関連した社会問題となっており、「ホ」国保健分野における大きな課題のひとつと位置づけられている。

上述のような若年妊娠を含む思春期リプロダクティブヘルス（Adolescent Reproductive Health：ARH）<sup>1</sup>の問題は、若者に提供される避妊や妊産婦ケアにかかわる保健サービスのカバー率の低さやアクセスの問題及びその質の低さが影響を与えており、これらサービス・アクセスの改善と同時に、思春期の若者の性行動等の行動変容を支援していく必要がある。独立行政法人国際協力機構（JICA）は、「ホ」国政府の要請に基づき保健省（保健省保健推進総局及び第15保健地域事務所）をカウンターパート（Counterpart：C/P）機関とし、思春期妊娠率の低下及び思春期の若者のリプロダクティブヘルスに関する知識と責任ある性行動を確保するため、オランチョ県内7市（フティカルパ市、カタカマス市、ドゥルセ・ノンブレ・デ・クルミ市、パトゥカ市、サラマ市、サン・エステバン市、グアヤペ市）をパイロット市とした「オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト」を2008年6月から2012年5月までの4年間の予定で実施している。プロジェクトの概要は以下のとおり（詳細は「付属資料2 . PDM ver. 3」を参照）。

上位目標	オランチョ県の思春期妊娠数の低下に貢献する。
プロジェクト目標	性とリプロダクティブヘルスのケアを受けるオランチョ県7市の思春期の若者の数が増加する。
アウトプット	1．思春期の若者がアクセスしやすい質の高いARHサービス提供システムを構築する。 2．思春期の若者がARHサービスへアクセスしやすいピアシステム <sup>2</sup> を構築する。 3．思春期の若者がARHサービスを利用することに積極的になる。 4．ARHサービス提供のための管理・運営システムを構築する。

出所：PDM ver. 3（2010年6月11日作成）

今回の終了時評価調査は、本プロジェクトが2012年5月に終了するにあたり、プロジェクトの実績を確認し、計画に対する達成度を確認するとともに、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、

<sup>1</sup> スペイン語では「思春期の性とリプロダクティブヘルス」と記述しており、本プロジェクトは思春期の性に関するテーマも扱っているが、プロジェクト名と整合するため、和文では「思春期のリプロダクティブヘルス」と記述を統一している。

<sup>2</sup> ピアルームにおいて、若者（ピアリーダー）が同世代の若者に寄り添いながら若者の性の健康に係る主体的な行動変容を支えるためのピアカウンセリングと、ピアリーダーがピアルームや、学校、コミュニティにおいて実施する健康教育や性に対する啓発活動等のピア教育から成る。

インパクト、持続性)の視点から評価を行い、残存する活動期間における提言や、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実施された。なお、同評価結果は本合同評価報告書に取りまとめられ、「ホ」国関係者との協議議事録 (Minutes of Meeting : M/M) が締結される。

#### 1 - 2 調査団構成

本終了時評価は、日本側の調査団員と「ホ」国側評価委員による合同評価である。メンバーは以下のとおり。

##### ( 1 ) 日本側評価調査団メンバー

氏名	担当	所属
佐藤 真司	団長・総括	JICA人間開発部保健第二グループ保健第四課 課長
大橋 由紀	評価分析	合同会社適材適所 コンサルタント
八木 優子	通訳・翻訳	JICAメキシコ事務所契約通訳

##### ( 2 ) 「ホ」国側評価委員メンバー

氏名	担当	所属
Dr. Mario Najera	評価委員	保健省保健推進局長
Dr. Oscar González	評価委員	保健省思春期統合ケアプログラム ( PAIA ) 課長
Dr. Ernesto Calix	評価委員	第15地域 ( オランチョ県 ) 保健事務局長

#### 1 - 3 調査日程

現地調査期間：2011年11月14日から12月2日 ( 19日間 )

#### 1 - 4 主要面談者

本調査の主な面談者は以下のとおり ( 敬称略 )。

##### 【保健省中央】

Mirian Paz	保健省副大臣
Mario Najera	保健推進総局長
Miguel O. Guerrero Pavón	思春期統合ケアプログラム長
Maribel Navarro Flores	思春期プログラム看護師

##### 【第15地域 ( オランチョ県 ) 保健事務所】

Santos Ernesto Calix	第15地域保健局長
Lizandro Martinez	第15地域保健局プロジェクトアドバイザー
Gladis Cruz Munguía	思春期プログラム長
Jesús Caceres	保健推進課教育担当
Lenin Banegas	サンフランシスコ病院長



Lesbia Sandoval	サンフランシスコ病院外来診療長
Ana Oferia Motiño	サンフランシスコ病院外来担当医師
Mirian Suyapa Ulloa	フティカルパ市ラス・ミナス・レパグアレCESAMO准看護師
Yolani Yaquelin Guardado	フティカルパ市プヌアレCESAR准看護師
Marixa Mendoza	フティカルパ市プヌアレCESAR准看護師
Carlos Omar Caballero	サラマ市タルグアCESAMO准看護師
Mary Suyapa Garrido	サラマ市タルグアCESAMO准看護師
Osiris Mariana Torres	サラマ市タルグアCESAMO環境衛生準担当
Esteban Ucles	パトゥカ市医師長
Mayra Ruth Mendez	パトゥカ市主任看護師
Delmi Berenice Alvarez	パトゥカ市ラ・ラグナCESAR准看護師
Romona Isabel Brevie	パトゥカ市ラ・ラグナCESAR准看護師
Rubi Elizabeth Padilla	サン・エステバン市主任看護師
Arnoldo Rigoberto Martinez	サン・エステバン市環境衛生担当主任
Francis Idalia Mendez	サン・エステバン市コンキレCESAR准看護師
Herman Jiménez	サン・エステバン市サン・マルティンCESAMO医師
Noemí Urbina	サン・エステバン市サン・マルティンCESAMO准看護師
Maria Sarmiento	サン・エステバン市サン・マルティンCESAMO環境衛生担当
Juana Padilla	サン・エステバン市サン・マルティンCESAMO准看護師
Dimas Merlo	グアヤペ市医師長
Dora Carlina Leiva	グアヤペ市サンタ・クルスCESAMO医師
Teresa de Jesús Trejo	グアヤペ市サンタ・クルスCESAMO准看護師
Marlene Urbina Ortiz	グアヤペ市エル・コヨルCESAR准看護師
Luis Mariano Euceda	ドゥルセ・ノンブレ・デ・クルミ市医師長
Wendy Yasmin Miralda	ドゥルセ・ノンブレ・デ・クルミ市主任看護師
Nicolas Santos	ドゥルセ・ノンブレ・デ・クルミ市プエプロ・ピエホCESAR准看護師
Rony Menjivar	カタカマス市医師長
Yesenia Sanchez	カタカマス市主任看護師
Arnaldo Navarro	カタカマス市教育担当主任
Luisa Matute	カタカマス市バカディジャスCESAR准看護師

【ピア活動関係者（個人名省略）】

フティカルパ市：	ピアリーダー 8人及びピアコーディネーター 3人
サラマ市：	ピアリーダー 15人及びピアコーディネーター 5人
パトゥカ市：	ピアリーダー 4人及びピアコーディネーター 4人
グアヤペ市：	ピアリーダー 5人及びピアコーディネーター 4人
カタカマス市：	ピアリーダー 17人及びピアコーディネーター 4人

サン・エステバン市：ピアリーダー7人及びピアコーディネーター7人  
ドゥルセ・ノンブレ・デ・クルミ市：ピアリーダー7人及びピアコーディネーター4人

【対象7市自治体】

Minelio Ramirez	パトゥカ市長
Walter Alexander Gomez	パトゥカ市青少年プログラム担当
Rudis Reyes Vallejo	パトゥカ市青少年プログラムネットワーク担当
Huniberto Madrid	フティカルパ市副市長
Marlen Mendez	フティカルパ市青少年プログラム担当 / UNICEFプログラム県レベルコーディネーター
Juan Jose Arguera	サラマ市長
Gerardo Aquilino Gimenez	サラマ副市長
Sagrario Melissa Torres	サラマ市秘書
Denia Osiris Padilla	サラマ市青少年プログラム担当
Fatima Domínguez	サラマ市青少年プログラムネットワーク担当
Julio Andrés Pineda Lopez	サン・エステバン市市会議員
Rubenia Aguilar R.	サン・エステバン市秘書
Blanca Torres	サン・エステバン市青少年プログラム担当
Mervin Vargas	グアヤペ市長
Carla Carolina Méndez	グアヤペ市青少年プログラム担当
Rita Chaver	ドゥルセ・ノンブレ・デ・クルミ市長
Fanny Maldonado Medina	ドゥルセ・ノンブレ・デ・クルミ市青少年プログラム担当
Oscar Canelas	カタカマス市副市長
Ernesto Matamoros	カタカマス市青少年プログラム担当

【日本側関係者】

加来 至誠	在ホンジュラス特命全権大使
土田 浩一	在ホンジュラス日本国大使館二等書記官
山田 章彦	JICAホンジュラス事務所 所長
小原 学	JICAホンジュラス事務所 次長
高砂 大	JICAホンジュラス事務所 所員
渡辺 咲子	JICAホンジュラス事務所 所員
阿保 宏	プロジェクト専門家〔総括 / 思春期保健(1)〕
Ernest Torres	プロジェクト専門家(地域保健 / ARHサービス)
大西 真由美	プロジェクト専門家(ヘルスプロモーション)
西原 三佳	プロジェクト専門家(副総括 / 教材作成)

## 第2章 終了時評価調査の方法

### 2 - 1 評価方法

本終了時評価調査は、「新JICA事業評価ガイドライン 第一版」に沿い、以下の手順で行った。

- (1) 評価グリッドを作成し、評価のデザインに合意する。
- (2) 評価グリッドに基づいて文献調査、質問票、インタビュー調査により情報を収集する。
- (3) 実施討議議事録(R/D)に記載された投入計画やPDMに記載された指標に基づき、達成状況や進捗を確認する。
- (4) プロジェクトの計画や実施プロセスにおける貢献要因や阻害要因を明らかにする。
- (5) 評価5項目(妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性)に基づき、プロジェクト全体の分析を行う。
- (6) 分析結果を基に提言や教訓を抽出し、評価結果案を取りまとめる。
- (7) 評価結果案に基づき関係者で協議を行い、その結果を終了時評価報告書に取りまとめる。
- (8) 「ホ」国・日本の双方で終了時評価報告書に合意し、M/Mに署名交換を行う。

### 2 - 2 評価項目・評価基準

本終了時評価では、評価時点のプロジェクト・デザイン・マトリックス( Project Design Matrix : PDM )であるPDM ver. 3 ( 2010年6月作成 ) に基づき、以下の点からプロジェクトの現状把握・検証を行った。

検証項目	検証の視点
実績	プロジェクト実施の結果何が達成されたのか、それらは期待どおりであるか。
実施プロセス	プロジェクトを実施する過程(プロセス)で何が起きているのか、それらはプロジェクトのアウトカム目標の達成にどのような影響を与えているか。
因果関係	プロジェクトのアウトカム目標の達成が本当にプロジェクト実施によってもたらされたものであるか、あるいはもたらされるものであるか。

出所：新JICA事業評価ガイドライン第1版(JICA評価部2010年6月)

上記の検証結果を以下に示す評価5項目による評価基準から分析した。

5項目	視 点
妥当性	開発援助と、ターゲットグループ・相手国・ドナーの優先度並びに政策・方針との整合性の度合い。
有効性	開発援助の目標の達成度合いを測る尺度。
効率性	インプットに対するアウトプット（定性並びに定量的）を計測する。開発援助が期待される結果を達成ために最もコストのかからない資源を使っていることを示す経済用語。最も効率的なプロセスが採用されたかを確認するため、通常、他のアプローチとの比較を必要とする。
インパクト	開発援助によって直接または間接的に、意図的または意図せずに生じる正・負の変化。開発援助が、地域社会・経済・環境並びにその他の開発の指標にもたらす主要な影響や効果を含む。
持続性	ドナーによる支援が終了しても、開発援助による便益が継続するかを測る。開発援助は、環境面でも財政面でも持続可能でなければならない。

出所：新JICA事業評価ガイドライン第1版（JICA評価部2010年6月）

## 2 - 3 評価に用いたデータ・情報

本終了時評価調査では以下の方法で情報収集を行った。

### （1）文献調査

プロジェクトの事前調査報告書、R/D、進捗報告書、その他の関連文書から必要な情報を入手。

### （2）質問票

事前に日本人専門家、「ホ」国側C/P人材に対する質問票による収集の収集（調査準備時間の都合から、C/Pからの質問票回答は聞き取り調査時に口頭で入手）。

### （3）聞き取り調査

専門家、C/P、オランチョ県対象7市の保健医療施設関係者、市役所、ピア活動関係者等に対し、インタビューによる必要な情報の入手。

### （4）現地踏査

プロジェクトサイトを訪問し、活動の展開を確認。

### （5）ワークショップ

ARHサービス委員会において、PDMの指標の達成状況及びデータの解釈に関する関係者の共通認識を確認。

## 第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス

### 3 - 1 投入実績

#### 3 - 1 - 1 日本側の投入

2011年10月末までの日本側の投入各項目における実績は、以下に示すとおりである。なお、各投入実績の詳細は「付属資料4 . 日本側投入実績」に示されている。

#### (1) 専門家派遣

7分野（総括／思春期保健（1）、思春期保健（2）、ヘルスプロモーション、モニタリング・評価・統計、教材作成／IEC、ピア活動普及支援／コミュニティ参加、業務調整／プロジェクト運営管理支援）の日本人専門家と、1分野（地域保健／ARHサービス）の第三国専門家が派遣されており、2011年10月までに合計79.4人月（MM）の派遣となっている。

表3 - 1 専門家派遣実績

	日本人専門家	第三国専門家	全体（MM）
第1年次	16.30	3.80	20.10
第2年次	19.70	4.50	24.20
第3年次	19.00	4.50	23.50
第4年次（～10月）	9.50	2.10	11.60
合計	64.50	14.90	79.40

#### (2) 資機材供与

車両2台、オートバイ7台、ピアルーム<sup>3</sup>用資機材（パソコン、AV機器等）、保健医療施設環境整備用資機材（ペンキ、清掃用具等）などを含む合計約1,962万円相当の資機材が供与されている。

#### (3) 現地業務費

視聴覚教材作成費、各署研修経費、ピアルーム内外装整備等など、合計約8,585万円（資機材供与費、本邦・第三国研修費を含む）が支出されている。

#### (4) 本邦研修

以下の2回の本邦研修が実施された。

- ・ 「保健行政マネジメント／思春期保健サービス向上研修」（2009年8月、23日間）  
参加人数6名
- ・ 「思春期保健サービス向上研修」（2010年8月、23日間）  
参加人数4名

<sup>3</sup> ARHに関する情報の提供やピアカウンセリング等の活動を実施するピアリーダーの活動拠点となる物理的なスペースとして、本プロジェクトでは対象7市に1カ所ずつとサンフランシスコ病院内に1カ所、合計8カ所設置した。

#### (5) 第三国研修

JICAの技術協力プロジェクト「ニカラグア国思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト」との技術交換が2009年9月の6日間ニカラグアで実施され、C/P 8名、専門家4名、プロジェクトの現地職員1名の合計13名が参加した。

#### 3 - 1 - 2 「ホ」国側の投入

ホンジュラス側の投入実績は以下に示すとおりである。詳細は「付属資料5．ホンジュラス側投入実績」を参照のこと。

#### (1) C/Pの配置

保健省本省レベルでは、公衆衛生担当副大臣がプロジェクトダイレクターとして配置されているほか、保健推進局長、統合家庭保健課長、国家思春期統合ケアプログラム(PAIA)課長、STI・HIV/AIDS課長、国家精神衛生プログラム課長が配置されている。

県レベルでは、第15地域(オランチョ県)保健事務所長がプロジェクトのエクゼクティブダイレクターとして配置されている他、プロジェクトの国家アドバイザー及び思春期プログラム長の2名が主要なC/Pとなっている。また、保健サービス提供課長、県セクター開発課長、県看護師長、品質保証ユニット長、女性ケアプログラム長、県統計課長、保健推進課長、サンフランシスコ病院長、同病院の外来課長、同病院思春期クリニック長、同病院教育担当看護師長もC/Pとして各プロジェクト活動に参加している。

また、対象の7市のレベルでは、市医師長(Medico Municipal)、主任看護師(Supervisora de Enfermería)、市保健教育主任などがそれぞれの市でC/PとしてARHサービス委員会を含む各活動に従事している。

#### (2) 施設・設備等

オランチョ県保健事務所敷地内にプロジェクト事務所及び設備が提供されている。

#### (3) プロジェクト経費

プロジェクト事務所の水道光熱費や、車両運転手手当てがホンジュラス側から提供されている。その他の活動経費の保健省負担分については、オランチョ県保健事務所からの予算請求がなされた実績はあるものの実現していない。

プロジェクト対象市においては、対象2市においてピアルーム建設工事費が負担されたほか、ピアルーム賃貸料・水道光熱費などの維持費を各市で負担している。

#### 3 - 2 活動実績

活動計画(PO)<sup>4</sup>が示すとおり、おおむね計画どおりに活動が実施されている。以下にアウトプットごとの各活動の進捗状況を示す。

<sup>4</sup> 中間レビューの結果を受けた2010年6月のPDM改定により、活動レベルでも変更が生じたことから、POの改訂が行われた。よって、現行のPOは2010年7月からとなっている。

(1) アウトプット1

若者がアクセスしやすい、質の高いARHサービスの提供システムが確立される。

本アウトプットでは、クオリティー・オブ・ライフ (Quality of Life : QOL) 研修<sup>5</sup>及びユース・フレンドリー・サービス (Youth Friendly Service : YFS) 研修<sup>6</sup>による人材育成 (研修内容・方法・教材・講師の整備を含む) とYFSの実施及びモニタリング方法の導入により、ARHサービスの提供システムの確立に取り組んできた。各活動の進捗状況は以下のとおり。

表3-2 アウトプット1の活動進捗状況

活動	進捗状況
1-1. PAIAの規範に基づいてオランチョ県におけるARHサービスを定義する。	プロジェクト関係者間でPAIAの概念及び、オランチョ県の特性を確認した。それらの内容とプロジェクトで実施しようとしているARHサービスの整合性を確認したうえで活動内容を明確化した。
1-2. 保健医療従事者向けにYFSの提供のためのガイドを策定する。	上記の内容に基づき、「YFSガイドライン」が作成された。
1-3. 研修の内容と参加者を決定する。	保健医療従事者のエンパワメントとモチベーションの向上を目的としたQOL研修、及びARHサービス向上のためのYFSの研修を、対象7市の全医療従事者 (正規職員) を対象に実施することが決定された。
1-4. 研修プログラムを策定する。	QOL研修及びYFS研修のプログラムは作成され、各研修マニュアル・ガイドラインに記載されている。
1-5. 研修教材を作成する。	QOL研修については、研修マニュアル (講師用及び受講者用) が2010年度に作成され、その後の使用結果を基に現在改定作業を行っている。YFS研修については、上記の「YFSガイドライン」を研修に活用するほか、「YFS研修パッケージ」が作成され、教材として活用されている。
1-6. 講師を選定する。	YFS研修については、保健省中央のPAIA課の職員2名と県保健事務所の職員3名が講師として育成された。QOL研修については、この5名の職員も講師として育成される際に事前に受講したが、QOL研修の講師は後述のピアリーダー養成者が担当することになっている。
1-7. 講師の研修を行う (ホンジュラスにおける経験の共有や日本または第三国研修)。	1-6. で記した講師には、各研修の実習を通じた訓練が実施された。
1-8. ARHサービス提供者を対象に研修を行う。	プロジェクト対象7市全保健医療施設の職員に対しQOL研修及びYFS研修が実施された。対象7市の全医療従事者 (正職員) 323名中 <sup>7</sup> 、QOL研修は合計322名、YFS研修の基礎コースは合計307名が受講した。また、2011年9月に実施したYFS研修のフォローアップ研修は合計199名が受講した。
1-9. YFSガイド等を策定し配布する。	YFSコンセプトとコンポーネントが示されているYFS研修ガイドライン、ARHに関するフリップチャート、YFSに関するパンフレット、ARHに関するパンフレットが作成され、全保健医療施設に配付されている。
1-10. ARHサービス従事者間で四半期に1度の意見交換会を開催する。	各保健医療施設の代表者が参加する各市の医療従事者月例会議にて、ARHに係る意見交換が3カ月に1度行われている。プロジェクトでは保健医療施設におけるARHの実例を記録するフォーマットが作成され、月例会の意見交換や経験の共有の際に活用されている。

<sup>5</sup> 若者がエンパワメントされるために、まずは若者に接する関係者自らエンパワメントすることを目的として実施される研修を意味する。

<sup>6</sup> 若者が保健医療施設を訪れた際に心地良いと感じ、満足度が高くなることをめざし、保健医療従事者の意識と行動の適切な変容、または望ましい状態での保持を目的に、「接遇」及び医療施設の「環境」(時間、スペース、他のリソースとの円滑な連携など)の改善(向上)やそのためのアクションプラン作成に係る研修を意味する。

<sup>7</sup> 各市の医師長・看護師長らが研修対象の正職員としてリストアップした人数。医師、看護師、准看護師、検査技師、保健教育担当、保健プロモーター、統計担当者等が含まれるが、市によっては保健プロモーターが研修対象に入っていないケースもあった。

<p>1-11. 研修プログラムを改良するために、ARHサービス委員会が、研修受講者による改善への取り組みをモニタリングする。</p>	<p>実施されているモニタリングの方法は以下のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ YFS研修の受講者は、所属する各保健医療施設でYFSを実施するためのアクションプラン及び活動のモニタリングプランを策定し、実施している。各施設では同モニタリング計画に従い、セルフモニタリングを実施し、各市での月例会議の場で結果の共有化・意見交換を行っている。</li> <li>・ 各市の主任看護師が通常業務の一環として定期的に各施設を訪問する際に、YFS改善のためのアクションの実施状況をモニタリングしている。これらの結果は、県レベルで実施される「ARHサービス委員会」で発表され、全体的なモニタリングが行われている。</li> <li>・ 県保健事務所の職員（ARHサービス委員会メンバー）によるサンプリングによるモニタリングが実施されている。</li> <li>・ モニタリングシステムの一環として県レベルのYFS施設認定基準が策定され、同基準に基づき県保健事務所による各施設の認定が実施されている。</li> </ul>
<p>1-12. 研修プログラムを改良するために、ARHサービス委員会が、研修へのフィードバックを行う。</p>	<p>上記の各モニタリング活動の結果は、ARHサービス委員会で協議され、次のYFS研修の改善に結びつけている。また、モニタリング結果を共有し、YFSの改善に結びつけることを目的とした「YFSフォローアップ研修」が実施され、その結果を活用してYFS研修パッケージの改善を行った。</p>
<p>1-13. 保健医療施設（サンフランシスコ病院、CMI、CESAMO、CESAR）<sup>8</sup>におけるARHサービス強化計画を策定する。</p>	<p>1-11で述べたとおり、各保健医療施設のARHサービス強化の手段として、YFS研修の受講者はYFSを改善するためのアクションプランを策定している。アクションプランは毎年改定される。</p>
<p>1-14. 保健医療施設においてARHに特化したサービスを提供する。</p>	<p>1-11及び1-13で述べたアクションプランの実施により、各保健医療施設の状況に適した形でのARHサービスが提供されている。</p>
<p>1-15. ARHサービス委員会が保健医療施設におけるARHに特化したサービス提供状況をモニタリングする。</p>	<p>各保健医療施設のARHに特化したサービス提供のモニタリングは、1-11.に記した方法で行われている。</p>
<p>1-16. 保健医療施設におけるARHに特化したサービスの提供方法を改善する。</p>	<p>以下の方法でサービス改善に取り組んでいる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各施設が策定するアクションプランは、市医師長・主任看護師が確認し、その際サービス改善のためのアドバイスを提供している。</li> <li>・ 各施設では、各市の月例会議でサービス改善に係るアドバイスを得たり、主任看護師の訪問の際に指導を受けることで改善を図っている。</li> <li>・ 県レベルで実施されるARHサービス委員会の場で各市のサービス状況の意見交換が行われ、結果は各市にフィードバックされる。</li> <li>・ 県レベルでのYFS施設認定基準が策定されており、認定試験でARHに特化したサービス状況が確認され、基準に満たない部分は次回認定試験までに改善できるよう、指導している。</li> </ul>
<p>1-17. ARHサービスに関するリファラル及びカウンターリファラルシステムを改善する。</p>	<p>本プロジェクトではピアルーム（ピアリーダー）から保健医療施設（保健医療従事者）に対するリファラルシステムの導入を図った。リファラルの必要時にピアリーダーが記入し、保健医療施設に情報を受け渡すためのフォーマットが作成され、導入されている。施設間のリファラルではないため、カウンターリファラルは導入していないが、リファラルの結果は口頭でピアリーダーに報告されていることが確認されている。</p>

<sup>8</sup> CMI（Clínica Materno Infantil）は母子保健クリニック、CESAMO（Centro de Salud con Médico y Odontólogo）は医師・歯科医師の駐在する保健所、CESAR（Centro de Salud de Atención Rural）は医師不在で看護師のみ配置されている村落保健所を指す。



1-18. ARHサービスに関するリファラル及びカウンターリファラルをモニタリングする。	各リファラルの事例は、各市の月例会議で報告され、その結果がARHサービス会議の場に報告されている。また、ピアルーム側は、保健医療施設にリファーした際には記録にとどめるシステムが導入されている。
1-19. 思春期の若者が Condom を容易に入手できる状況を整備する。	各保健医療施設が策定した2011年のYFSアクションプランには、若者が避妊具を入手しやすい環境整備が含まれており、各施設でアクションプランに沿った活動が実施されている。

## (2) アウトプット2

若者のサービスへのアクセスを促進するピアシステムが確立される。

本アウトプットのピアシステムの確立においては、本プロジェクトでは、ピアリーダー<sup>9</sup>、ピアコーディネーター<sup>10</sup>、ピアサポーター<sup>11</sup>、ピア養成者<sup>12</sup>といった各アクターの養成、ピアルームの整備、ピア活動の実施（定例会議を含む）、モニタリングを行ってきた。各活動の進捗状況は下表に示すとおり。

表3 - 3 アウトプット2の活動進捗状況

活 動	進捗状況
2-1. ピアリーダーを育成し、維持する（ピアカウンセリング）。	ピアリーダー研修により、対象7市で合計185名のピアリーダーが養成された。ピアリーダーはピアコーディネーターの付き添いの下、各市でピア教育活動や、ピアカウンセリングを含むピアルーム内外での活動を行っている。
2-2. ピアリーダーの活動をモニタリングする。	ピアルームのオープン時及び学校訪問等による啓発活動実施時にはピアコーディネーターが必ず付き添い、ピア活動のモニタリングを行っている。また、ピアリーダー活動報告書、訪問者台帳、カウンセリング記録票を整備し、記録を取っている。それらの結果等はピアコーディネーター会議で共有化され、意見交換がもたれている。また、県保健事務所の保健推進課が実施している学校やコミュニティでの健康教育の報告レポートの中でも、ピアリーダーとの共同での活動が報告されている。
2-3. 思春期の若者が自由に利用できるピアルームを7市に創設する。	対象7市に8カ所のピアルームが開設された。フティカルパ市ではサンフランシスコ病院内（思春期外来の隣）及び市中心部の合計2カ所、その他6市では市中心部に1カ所ずつ開設された。
2-4. ピアコーディネーターを育成する。	ピアコーディネーター研修により、対象7市で、合計103名のピアコーディネーターが養成された。ピアコーディネーターはピアリーダーの活動に付き添い必要なアドバイスを提供するほか、定期的にピアコーディネーター会議をもち、ピア活動の状況等に係る情報・モニタリング情報の共有、今後の計画、各市関係者間のピア活動の調整を図っている。
2-5. ピア養成者を育成する。	ピア活動関係者育成のためのピア養成者の養成には、ピアコーディネーターから選出された5名の候補者に対しピア養成者研修を実施し、ピア活動関係者の養成研修でのOJTによる指導を行った後、日本で用いられている養成者認定試験と同等の試験基準を用いて認定試験を実施し、5名が正式にピア養成者として認定された。さらに、2011年10月には各市レベルでの養成者の育成を目的に18名に対し研修を実施した。

<sup>9</sup>（心身ともに健康で）ピアリーダー（基礎コース）及びフォローアップ研修を受講し、ピアリーダーの試験に合格し、ボランティアとしてピア活動を実践できる思春期の若者。

<sup>10</sup>ピアコーディネーター養成研修を受講し、地域の思春期に関連する組織や団体を巻き込んで、ピア活動を立ち上げる調整役。

<sup>11</sup>ピアサポーター研修を受け、ピアリーダー活動を理解し、地域でピアリーダー活動を支える支援者。

<sup>12</sup>ピアリーダー養成者養成研修を受講し、認定試験に合格し、ピアリーダーを養成後、ピアリーダーに寄り添いながらピア活動を支える者。

2-6. ピアサポーター（思春期の若者をもつ親、教師、コミュニティの人々）を育成する。	2010年7月にピアサポーター研修が実施され、9名が養成された。しかし、ピアコーディネーターとの役割の重複を避ける目的から <sup>13</sup> ピアサポーターの位置づけが変わってきたため、その後「ピアサポーター研修」は実施せず、ピア活動をサポートする関係者（教師、両親、コミュニティ関係者等）を対象にピア活動の内容・コンセプト周知のための研修/ワークショップが実施されている。これまで135名の参加者があった。
---	---

### (3) アウトプット3

若者がARHサービスを受けることに積極的になる。

若者がARHサービスを積極的に受けることを促進するために、本プロジェクトでは医療従事者及びピア活動によるIEC活動を行っている。各活動の進捗状況は下表に示すとおり。

表3 - 4 アウトプット3の活動進捗状況

活 動	進捗状況
3-1. ARHサービス委員会が保健医療従事者や思春期の若者からのインプットを受けてIECのニーズを特定する。	ARHサービス委員会で、ARHに関して必要なIECを検討・明確化し「ARH啓発普及ガイドライン」が作成された。また、既存のIEC教材のレビューを行い、ARHに関して新たに作成が必要なものをリスト化した。現在までに作成した教材で、既にリスト上のテーマは網羅されている。
3-2. ARHサービス委員会が保健医療従事者や思春期の若者からのインプットを基にIEC計画を策定する。	上述のガイドラインに沿って、対象7市でIEC計画が策定された。
3-3. 各市の医療施設がIEC計画を実行する。	2011年度は3-2で述べた市レベルIEC計画に基づき、各保健医療施設のIEC計画が立案され、実施されている。
3-4. ピアリーダーがピアコーディネーターと共にIEC計画を実行する。	ピアリーダーとピアコーディネーターは定期的に合同ミーティングを開催しており、IEC活動を含むピア活動実施計画が策定され、実施されている。
3-5. コミュニティの大人を対象にしたARHへの理解促進と支援強化を目的としたIEC計画を実行する。	3-2で述べたIEC計画にはコミュニティの大人への啓発活動が含まれており、計画が実施されている。ピア活動においては、ピア活動の周知・理解を得るために、ピアルーム及びピアリーダーのプロモーション活動や各市でのイベント等にて啓発活動を行っている。
3-6. ARHサービス委員会にてIEC活動をモニタリングする。	YFSのモニタリングで活用しているモニタリングシートの中にIEC活動の項目も含まれており、各市で実施されたモニタリングの結果・報告をARHサービス委員会にて、3カ月に1回報告・共有し、各市のIEC活動状況がモニタリングされている。

### (4) アウトプット4

ARHサービスを提供するための運営管理システムが確立される。

対象7市の医療機関・従事者に対するプロジェクト実施の支援機関として、県保健事務所関係部課、各市の医師長、主任看護師、保健教育担当などからなるARHサービス委員会が設立され、プロジェクト全体の運営・管理、研修プログラム・計画策定、研修実施、YFSの企画・実行支援、評価・モニタリングを行っている。各活動の進捗状況は下表に示すとおり。

<sup>13</sup> ピアコーディネーターのなかにピアリーダーの親や思春期の子をもつ親が含まれているため、研修の重複を避ける意味からピアサポーター用の特別な研修は実施しないこととなった。また、日本の場合、ピアサポーターがピアルームに詰めてピア活動を支援しているが、ホンジュラスではピアコーディネーターが同業務を実施し、日本でいうピアサポーターの役割をピアコーディネーターが実施している。

表3 - 5 アウトプット4の活動進捗状況

活 動	進捗状況
4-1. ベースライン、ミッドポイント、エンドライン調査を行う。	2008年7月にベースライン調査、2010年1月にミッドライン調査、2011年10月にエンドライン調査が実施された。
4-2. ARHの開発と実行のための委員会を設立する。	ARHサービス委員会が設置されている。メンバーは、県保健事務所のARHに関連する課の職員、サンフランシスコ病院、及び各市の市医師長、主任看護師、市保健教育主任などである。
4-3. 市の青少年プログラム（PMIAJ）との組織的な調整メカニズムを設立する。	現在対象7市では市の青少年プログラム（Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud : PMIAJ）が実施されており、若者の組織をもってHIV / AIDS、暴力、若者の育成などの活動を行っている。同プログラムとは今までに世界エイズデー等の市のイベントを共同で実施した。同プログラムの職員が2011年9月のピアコーディネーター研修を受け、ピア活動に加わっている。
4-4. ARHサービスの提供、ピア活動及びIEC活動をモニタリングするシステムを確立する。	各活動において、1-15、2-2、3-6に記したモニタリングを実施している。
4-5. コミュニティにおけるARH関連の活動を行っている団体・組織と包括的な市の調整システムを設立する。	各市のピアリーダー・コーディネーターは教育関係や教会関係者、その他の団体と協力し、ARHに関連する活動を実施している。例えば、フティカルバ市においては、市がARHに関連する活動を行う組織を集めた会議を開催しており、ピアコーディネーターの代表も参加している。
4-6. 教育セクターや関連する組織と共同してARHの活動を行う。	オランチョ県教育局と県保健事務所の間でピア活動への協力に関する協定書が締結されている。協定の目的は、オランチョ県の対象7市においてARHを強化するべく共同で活動を実施することである。また、ピアコーディネーターのメンバーには教育関係者も含まれている。ピアリーダーの募集の際は、高校に募集の支援を依頼しており、各学校より候補者が推薦されている。
4-7. プロジェクトの経験を体系化する。	他県への普及を視野に、QOL及びYFSの研修教材のパッケージ化が進められている。また、「ホ」国内の関係者に対してピア活動の周知を図ることを目的としてピアリーダー大会を開催し、192名の参加者があった。その際、プロジェクトの背景・活動・結果を取りまとめて発表した。また、経験を体系化する作業は、今後の活動として計画されている。

### 3 - 3 アウトプットの達成状況

#### (1) アウトプット1

若者がアクセスしやすい、質の高いARHサービスの提供システムが確立される。

ARHサービスの改善の方策としてプロジェクトが導入しているYFSの枠組みは策定され、それに基づいた研修は目標人数に達している。研修受講者がYFSを各保健医療施設で適切に実施し、YFS提供施設として認定されることをめざしており、プレ審査とそのフォローアップにより2012年3月の本審査では目標の90%以上が合格することが見込まれている。ピアリーダーから保健医療施設へのリファラルについては、プロジェクトが導入したフォーマットを活用せずに行われているケースがあることから、今後は記録の徹底を進める必要がある。ARHサービスの満足度は、エンドライン値でも高い水準に保たれているといえる。また、保健医療従事者にARHに関する相談をしたいかどうかについては、妊娠の際に保健医療施設を利用したいと答える割合が増加していることが確認された。各指標の達成状況の詳細は表3 - 6に示すとおりである。

表3 - 6 アウトプット1の指標の達成状況

指 標	達成状況
1-1. YFSの枠組みに係る基本要素が存在する。	・ ハードとソフトの2種類から成るYFSの基本要素を明示したYFSの枠組みが作成され、「YFSガイドライン」に含まれている。
1-2. 90%以上の常勤保健医療従事者が、プロジェクトの提案するARHサービスプログラム <sup>1)</sup> の研修を受講する。	・ 対象7市の全職員323名中、307名(95%)がYFS研修を受講した。
1-3. 90%以上の保健医療施設がYFSの枠組みに基づき保健省とプロジェクトによってYFS提供施設と認定される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2011年10月に県保健事務所の職員が認定基準に基づいて認定試験のプレ審査(pre-certificación)を行ったところ、対象7市の90の保健医療施設<sup>14</sup>のうち、63施設(70%)が基準に達していた<sup>15</sup>。5カ月後の2012年3月に本審査が実施される予定。</li> <li>・ 上記認定基準に達していない施設については、不備があった点を改善するよう指導しており、関係者は本審査では90%以上の施設が合格すると見込んでいる。</li> </ul>
1-4. 思春期の若者用のフォーマットを用いたリファラルシステムが導入、活用される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ピアリーダーから保健医療施設へのリファラルのためのフォーマットが作成され、導入された。</li> <li>・ リファラルの事例は毎月のARHサービス委員会で報告されることになっているが、今まで記録に残っているのは1件のみである。</li> <li>・ 記録を残し情報を管理するため、今後は活動の記録を徹底することが望まれている。</li> </ul>
1-5. ARHサービス利用者の満足度が上がる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ベースライン調査とエンドライン調査の結果を比較すると、出口調査では、施設の清潔さやスタッフの身だしなみ、対応の満足度において統計的に有意な結果として向上が認められた。一方、職員の対応(産前健診)サービス全般の満足度等の設問では統計的に有意はなかったが、ベースライン時と変わらぬ高い水準の満足度が保たれている。KAP調査の結果では、次回も同じ保健施設を利用したい、他の人にも推薦したいと答えた割合が統計的に有意な結果として増加した<sup>16</sup>。</li> </ul>

	ベースライン	エンドライン
出口調査		
1) 施設の清潔状況	52.7%	66.39%*
2) 職員の身だしなみ	82.0%	92.9%*
3) 職員の対応(産前健診)	89.9%	92.9%
4) サービス全般	84.4%	79.7%
KAP調査		
1) 次回も同じ保健施設を訪問したい。	90.0%	96.0%*
2) 自分が利用した施設を他の人にも推薦したい。	90.0%	97.6%*

\*統計的に有意

<sup>14</sup> 保健医療施設にはサンフランシスコ病院と各地域のCESAMOとCESARが含まれる。人口が集中する地域に位置する病院やCESAMOのみならず、准看護師のみが常駐する農村地域の68のCESARも含まれる。

<sup>15</sup> 対象7市の保健医療施設は全部で103カ所であるが、13カ所はプロジェクトの研修を受けた正職員は配置されておらず、インターンが従事している施設であるため、審査から除外されている。プレ審査は職員が休暇に入っていた1施設を除く89施設で実施された。

<sup>16</sup> エンドラインの知識・態度・行動に関する調査(KAP調査)のサンプル数は361人と少なく、誤差が生じている可能性は否めない。

<p>1-6. 研修を受けた保健医療従事者に対しARHの相談をしたいと思う若者の数がベースライン比で増加する。 (指標3-1と同)</p>	<p>・ 「妊娠した場合、どこに行きたいか(自由回答)」の設問において、ベースライン調査とエンドライン調査の結果を比較すると、以下のとおり、保健医療施設に行きたいとの回答の割合が増加している。</p> <p>表：ベースライン・エンドライン調査結果(妊娠した場合、どこに行きたいか)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>ベースライン</th> <th>エンドライン</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>フティカルパ市<sup>17</sup></td> <td>病院</td> <td>56.7%</td> <td>68.6%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">カタカマス市<sup>18</sup></td> <td>病院</td> <td>42.9%</td> <td>42.6%</td> </tr> <tr> <td>保健所</td> <td>31.9%</td> <td>35.7%</td> </tr> <tr> <td>他の5市<sup>19</sup></td> <td>保健所</td> <td>53.6%</td> <td>61.3%</td> </tr> </tbody> </table>			ベースライン	エンドライン	フティカルパ市 <sup>17</sup>	病院	56.7%	68.6%	カタカマス市 <sup>18</sup>	病院	42.9%	42.6%	保健所	31.9%	35.7%	他の5市 <sup>19</sup>	保健所	53.6%	61.3%
		ベースライン	エンドライン																	
フティカルパ市 <sup>17</sup>	病院	56.7%	68.6%																	
カタカマス市 <sup>18</sup>	病院	42.9%	42.6%																	
	保健所	31.9%	35.7%																	
他の5市 <sup>19</sup>	保健所	53.6%	61.3%																	

1) プロジェクトの提案するプログラムは、PAIAに従って定義されたYFSフレームワークガイド、更にはアクションプランやモニタリングに基づいたARHサービスを含む。(PDM ver. 3より)

## (2) アウトプット2

若者のサービスへのアクセスを促進するピアシステムが確立される。

ピア活動の各アクターの育成が進んでおり、活動の結果、1年に満たないピアルームもあるものの年間合計1,000人の訪問者といった目標を達成している。リファラルについてはアウトプット1で述べたとおり、今後の記録の方法に改善の余地がある。ピア活動が維持されるための実施体制については、今後更に強化していく必要がある。各指標の達成状況の詳細は、下表に示すとおりである。

表3 - 7 アウトプット2の指標の達成状況

指標	達成状況
2-1. ピアリーダーの数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 185名がピアリーダー研修を受けた。</li> <li>・ 研修を受けた後、大多数のピアリーダーがピア活動を継続している。その一方で、当初から想定されていたとおり、転出、進学等の理由で活動に参加できなくなる若者や、勉強やその他の活動が忙しいこと、興味を失うなどでピア活動に参加していない若者も若干名いることが確認されている。</li> </ul>
2-2. ピアリーダー養成者の数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 23名がピアリーダー養成者研修を受けた。うち、第1回目の研修に参加した5名は実習期間を経て認定試験を受け、ピアリーダー養成者として日本で行われているものと同じ方法で正式に認定されている。</li> </ul>
2-3. ピアコーディネーターの数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 103名がピアコーディネーター研修を受け、ピアコーディネーターとしてピア活動に従事している。</li> </ul>
2-4. ピアサポーター(思春期の若者をもつ親、教師、コミュニティの人々)の数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 135名がピアサポーター研修もしくはピア活動の内容・コンセプト周知のための研修/ワークショップに参加した。</li> </ul>
2-5. 年間1,000人の思春期の若者がピアルームを訪問する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ フティカルパ市以外のピアルームは現時点では開所後まだ1年に満たないが<sup>20</sup>、2010年11月から2011年10月までの1年間の訪問者数の合計は1,384人であった。</li> </ul>

<sup>17</sup> フティカルパ市で妊婦に保健医療サービスを提供する施設はサンフランシスコ病院である。

<sup>18</sup> カタカマス市はフティカルパ市に近いことから、妊娠の際にサンフランシスコ病院に行く場合と、市内の保健所に行く場合が考えられる。

<sup>19</sup> 他の5市については、各市内の保健所が妊娠の際に保健医療サービスを提供している。

<sup>20</sup> 各市のピアルームの開所式が行われた年月日は次のとおり。フティカルパ：2010年2月5日、カタカマス：2010年10月29日、サラマ：2010年11月9日、グアヤベ：2010年11月23日、クルミ：2010年11月18日、サン・エステバン：2011年2月2日、パトゥカ：2011年2月10日

	<ul style="list-style-type: none"> <li>市によって訪問者数にはばらつきがあるため、市の規模や社会背景なども考慮したうえで、各市レベルで活動実績を分析し、今後の活動計画に活用する必要がある。</li> </ul>
2-6. ピアリーダーから保健医療従事者へリファーされたケースの数	<ul style="list-style-type: none"> <li>ピアリーダーからのリファラルのフォーマットが導入された2011年1月から10月末までに、フォーマットを活用したリファラルのケースは1回のみである。</li> <li>ピアルームが保健医療施設に隣接しており口頭で医療従事者に紹介したり、その場に付き添っているピアコーディネーター（多くが医療従事者）に相談し直接対応する場合が日常的にあるが、記録に残っていないため、そのようなケースは上記に含まれていない。</li> </ul>
2-7. ピア活動継続のためのシステム <sup>2)</sup> が確立される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>2-1、2-2、2-3、2-4で示すようなピア活動の研修及び人材の育成が行われ、2-5で示すように年間1,000人を超える訪問者があった。</li> <li>各市でピア活動の実施体制図が作成されており、市役所、市の青少年プログラム、教育関係者、関連組織を巻き込んだ体制の強化が進められている。</li> </ul>

2) “継続のためのシステム”とはARHサービスの提供に賛同するピアコーディネーター、ピア養成者、ピアサポーター及び一般の大人と市や教育セクターといった関連組織との連携を指す。(PDM ver. 3より)

### (3) アウトプット3

若者がARHサービスを受けることに積極的になる。

保健医療従事者にARHに関する相談をしたいかどうかについては、妊娠の際に保健医療施設を利用したいと答える割合が増加していることが確認された。また、エンドライン調査の結果ピアリーダーからARHに関する情報を入手したいと答えた若者の割合は多くなかったが、ピアルームの訪問者は年間の目標人数を超えるなど、若者に活用されていることも確認されている。また、避妊方法の利用も増加し、ピア活動における啓発活動に参加した若者の人数も3,700人以上であることから、ARHサービスを受けることへの積極性は増しているといえる。各指標の達成状況の詳細は以下のとおり。

表3 - 8 アウトプット3の指標の達成状況

指標	達成状況
3-1. 研修を受けた保健医療従事者に対しARHの相談をしたいと思う若者の数がベースライン比で増加する(指標1-6と同じ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>指標1-6を参照のこと。</li> </ul>
3-2. ピアリーダーにARHに関する情報を相談したいと思う若者の数がミッドポイント調査比で増加する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>「ARHに関する情報を誰(どこ)から入手したいか(選択・複数回答)」というKAP調査の設問について、ミッドライン調査ではピアリーダーを選択する回答は0であったが、エンドライン調査では、ARHに関する情報源として今後ピアリーダーから入手したいと回答したのは361人中5人(1.4%)であった<sup>21)</sup>。</li> <li>「ARHに関する情報を誰(どこ)から入手したか」という設問については、過去にピアリーダーから入手したという回答が361人中9人(2.5%)であった。</li> </ul>

<sup>21)</sup> エンドライン調査の本設問については、調査方法(調査者による選択肢の読み上げ)が徹底されなかった可能性が否めないこと(ベースラインでは1人当たり5つの回答を選択している一方で、エンドラインでは1.9しか選択されておらず、選択肢が十分に読み上げられなかったことが考えられる)選択肢のなかに「ピアリーダー」のほかに「同級生・友人」がありピアリーダーが同級生もしくは友人の場合は混乱が予想されること、などから調査結果の精度に問題が見受けられることが指摘されている。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2-5に示すとおり、年間1,384人がピアルームを訪問しており、68件以上のピアカウンセリングが実施されていることが確認されている（記録が残っているピアカウンセリングは68件であるが、ピアルームの外でカウンセリングを行った場合は記録として残されていないケースが多い）。</li> </ul>
3-3. 直近の性交時にコンドームを使用した思春期の若者の割合が増加する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本プロジェクトのベースライン、エンドラインの調査では「最近の性交渉で何らかの避妊方法をとったか」という設問で調査しており、コンドームの使用に特定した調査は行われておらず、データが存在しない。</li> <li>・ 上述のKAP調査の結果、最近の性交渉で避妊具を使用した若者の割合は、ベースラインで69.5%、エンドラインで90.4%であり、増加している。</li> <li>・ 「性交渉の際にコンドームを使用するか」という別のKAP調査の質問に対して、いつも使うと回答した若者の割合がベースライン時には34.5%であったが、エンドライン時には47.1%に増加した。</li> </ul>
3-4. ピアリーダーによる(学校やコミュニティを含む)活動に参加した者の数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ フティカルパ市以外のピア活動は開始後まだ1年に満たないが2010年11月から2011年10月までに、学校やコミュニティの訪問による啓発活動等に参加した人の数は3,774人であった。</li> </ul>

#### (4) アウトプット4

ARHサービスを提供するための運営管理システムが確立される

ARHサービス委員会はほぼ毎月開催されており、定期モニタリングも実施されていることが確認されている。ARH活動に関連する組織とのコーディネーションについては、今まで体制の確立に努めてきたが、今後更に維持に向けた強化を図ることが期待されている。各指標の達成状況は以下のとおりである。

表3 - 9 アウトプット4の指標の達成状況

指 標	達成状況
4-1. ARHサービス委員会が毎月開催される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特別な月を除き、ほぼ毎月ARHサービス委員会が開催されている。</li> </ul>
4-2. ARH活動の定期的なモニタリングが制度化される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 活動1-15、2-2、3-6に記したモニタリングが実施されている。</li> </ul>
4-3. ARH関連機関間の連携が構築、維持される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象7市の各市長とピア活動への協力に関する協定書がそれぞれ締結されている。</li> <li>・ 県教育局と県保健事務所の間でピア活動の協力に関する協定書が締結されている。</li> <li>・ 各市でピア活動の実施体制図が作成され、市役所、市の青少年プログラム、教育関係者、関連組織を巻き込んだ体制の強化が進められている。</li> <li>・ フティカルパ市ではフティカルパ市においては、市がARHに関連する活動を行う組織を集めた会議を開催しており、ピアコーディネーターの代表も参加している。</li> <li>・ 対象7市の青少年プログラム（PMIAJ）の職員がピアコーディネーター研修を受けており、今後の連携の強化が期待されている。</li> </ul>

#### 3 - 4 プロジェクト目標の達成状況

産前健診の指標においては、数値目標には若干到達していないものの、ARHサービス委員会メンバー及び専門家からの聞き取りの結果、データの制約や経済的・社会的要因を考慮すると、各達成度は満足のいく結果であると解釈できる。そのほか、思春期の若者の施設分娩の割合、避妊に関するサービス受診数、ARHに関するカウンセリング受診数は目標を達成した。各指標の達成状況とデータの解釈については、表3 - 10に示すとおりである。

表3 - 10 プロジェクト目標の達成状況

指 標	達成状況						
1-1. 少なくとも1回は産前健診を受診する思春期の妊婦の割合が60%に増加する(ベースライン：18.3%)。	<p>2010年11月から2011年10月の統計では、少なくとも1回は産前健診を受診する思春期の妊婦の割合は55.1%に増加した。この結果については、少なくとも1回は産前健診を受診する思春期妊婦の割合の分母となる思春期若者による全分娩数について信頼できるデータが入手できないという制約があり、オランチョ県1歳未満人口とオランチョ県における生殖可能な年齢(10～49歳)における10～19歳の割合を掛け合わせて算出しており、ARHサービス委員会メンバーからは実際はもう少し高い割合になると解釈されている。また、2009年2月にPDM ver. 2への改訂で設定した目標は35%であり、ミッドライン調査で既に45.8%に達したため、2011年2月のPDM ver. 3改訂時に60%とやや野心的な目標に変更した経緯がある。一般的に産前健診受診率は一度急激に増加した後、伸び率は緩やかになることを考慮すると、増加割合は十分高く、評価に値するものであるとプロジェクト関係者は理解している。</p> <p>表：少なくとも1回は産前健診を受診する思春期の妊婦の割合<sup>22</sup></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ベースライン値</th> <th>ミッドライン値</th> <th>エンドライン値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18.3%</td> <td>45.8%</td> <td>55.1%</td> </tr> </tbody> </table>	ベースライン値	ミッドライン値	エンドライン値	18.3%	45.8%	55.1%
ベースライン値	ミッドライン値	エンドライン値					
18.3%	45.8%	55.1%					
1.2. 産前健診を受ける思春期の妊婦の平均受診回数が4.0回に増加する(ベースライン：2.7回)。	<p>2010年11月から2011年10月の統計では、産前健診を受ける妊婦の平均受診回数は3.3回に増加した。この回数は思春期の若者が受けた産前健診の回数を各医療施設で把握している思春期の妊婦数で割った結果であるが、データについては、近所のCESARで受診した後にCMIで受診した妊婦が重複して数えられている可能性が高いことが指摘されている。一方、思春期妊娠の場合、妊娠の発覚の遅れや、発覚後のさまざまな問題から妊娠早期に健診を受けない場合も多いことから、産前健診回数が伸びていないという分析がある。また、経済的な問題(遠隔地の場合、健診に出向くための交通費が多額となること)や、家族の理解不足、産婆への相談の習慣などから、受診回数を増やすのは容易でないなかで、全国の全妊婦の産前健診の平均回数が2回程度であるのに対し、3.3回となったことは大きな前進であるとプロジェクト関係者は評価している。</p> <p>表：産前健診を受ける思春期の妊婦の平均受診回数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ベースライン値</th> <th>ミッドライン値</th> <th>エンドライン値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.7回</td> <td>3.1回</td> <td>3.3回</td> </tr> </tbody> </table>	ベースライン値	ミッドライン値	エンドライン値	2.7回	3.1回	3.3回
ベースライン値	ミッドライン値	エンドライン値					
2.7回	3.1回	3.3回					
2. 思春期の妊婦の施設分娩率が30%に増加する(ベースライン：22.6%)。	<p>2010年11月から2011年10月の統計では、思春期妊娠の施設分娩割合は34.4%に増加した。本データ結果についても、思春期妊娠の施設分娩割合の分母は指標1-1と同様であり、実質はより高い割合となっていることが考えられる。</p> <p>表：思春期の妊婦の施設分娩割合<sup>23</sup></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ベースライン値</th> <th>ミッドライン値</th> <th>エンドライン値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22.6%</td> <td>27.1%</td> <td>34.4%</td> </tr> </tbody> </table>	ベースライン値	ミッドライン値	エンドライン値	22.6%	27.1%	34.4%
ベースライン値	ミッドライン値	エンドライン値					
22.6%	27.1%	34.4%					

<sup>22</sup> a) 思春期の妊婦(10～19歳)の1回目受診数、b) 思春期の若者による全分娩数 a÷bで算出されるが、b)については、思春期の若者による全分娩数については信頼できるデータの入手が困難なため、(オランチョ県1歳未満人口(分娩数))×(オランチョ県における生殖可能な年齢人口(10～49歳で計算)における10～19歳の割合)が使用された。

<sup>23</sup> a) 思春期の若者の施設分娩数、b) 思春期の若者の全分娩数 a÷bで算出されるが、b)の算出方法は同上。



<p>3. 避妊に関するサービス（コンドーム、IUD、注射用避妊薬、経口避妊薬）を受けた思春期の若者の数がベースライン値よりも80%増加する。</p>	<p>2010年11月から2011年10月の統計では、避妊に関するサービス（4種）を受けた思春期の若者の数はベースライン値（2007年7月～2008年6月）よりも107%の増加となった。</p> <p>表：避妊に関するサービス（4種）を受けた思春期の若者の数</p> <table border="1" data-bbox="651 376 1347 461"> <thead> <tr> <th>ベースライン値</th> <th>ミッドライン値</th> <th>エンドライン値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3,719人</td> <td>4,145人</td> <td>7,713人</td> </tr> </tbody> </table>	ベースライン値	ミッドライン値	エンドライン値	3,719人	4,145人	7,713人
ベースライン値	ミッドライン値	エンドライン値					
3,719人	4,145人	7,713人					
<p>4. 保健医療施設でARHに関するカウンセリングを受けた若者の数が増加する。</p>	<p>2010年11月から2011年10月の統計では、保健医療施設にてARHに関するカウンセリングを受けた10～19歳の若者の数は延べ9,045人であった。</p> <p>表：保健医療施設でARHに関するカウンセリングを受けた10～19歳の若者の延べ数</p> <table border="1" data-bbox="651 651 1347 736"> <thead> <tr> <th>ベースライン値</th> <th>ミッドライン値</th> <th>エンドライン値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>308人<sup>24</sup></td> <td>1,124人</td> <td>9,045人</td> </tr> </tbody> </table>	ベースライン値	ミッドライン値	エンドライン値	308人 <sup>24</sup>	1,124人	9,045人
ベースライン値	ミッドライン値	エンドライン値					
308人 <sup>24</sup>	1,124人	9,045人					

\* ベースライン値：2007年7月～2008年6月、ミッドライン値：2009年5月～2009年12月（8カ月間）、エンドライン値：2010年11月～2011年10月

### 3 - 5 上位目標の達成見込み

上位目標「オランチョ県の思春期妊娠数の低下に貢献する」について、終了時評価時点での指標データは下表に示すとおりである。プロジェクト以前は思春期の若者に特化したデータが収集されていなかったため、対象7市における思春期妊娠数のプロジェクト実施前後のデータ比較が困難であり、現時点ではデータに基づいて上位目標達成見込みを予測することは難しい。しかし、避妊に関するサービスを受ける若者の数の増加やARHに関するカウンセリングを受ける若者の増加が確認されていることや、本終了時評価の聞き取り調査では、対象7市の医療従事者からは以前よりも思春期妊娠は減少している、または以前の数が保たれている（増加はしていない）との声が聞かれたことから、既に若干の思春期妊娠数の低下が生じていることが予想される。一方、オランチョ県の約80%の若者の人口がプロジェクト対象7市に位置していることを考慮すると、7市内でまだ十分にサービスが提供されていない遠隔地の若者にアクセスしながらも、さらに、7市以外の地域でも活動を展開していくことで上位目標の達成が期待できる。

表3 - 11 上位目標の終了時評価時点での指標データ状況

指 標	終了時評価時点での指標データ
1. 思春期妊娠数が低下する。	オランチョ県全体の思春期の若者の妊娠数については、プロジェクトによる統計データ収集（PASOS 1及び2）の導入後のデータによると、2010年11月から2011年10月までの1年間に4,125件であった。

### 3 - 6 実施プロセス

#### (1) プロジェクトの実施体制

中央レベルにおけるプロジェクトの意思決定機関として、保健省中央、県保健事務所、国際協力省、関係機関及びJICA等の代表から成る合同調整委員会（Joint Coordinating Committee：JCC）が年2回行われている。2010年はクーデター及び大統領選挙の影響から開催されなかつ

<sup>24</sup> ベースライン時のデータは、各市の主任看護師が各施設から集めている情報をプロジェクトで入手し集計したもの。

たが、開始から2011年10月末までに6回開催され、重要な決定事項や進捗の確認、計画の承認が行われている。県レベルでのプロジェクト運営機関としては、県保健事務所、保健医療施設、教育関係等の代表からなるプロジェクト運営委員会が四半期に1回開催されていたが、同様に県レベルでプロジェクトの運営・管理に携わりながらARHサービスの研修プログラム・計画策定、研修実施、YFSの企画・実行支援、モニタリング・評価等を行うARHサービス委員会が設置されており、両委員会のメンバー構成が同じになったことから、ARHサービス委員会がその役割を果たしている。ARHサービス委員会は毎月実施されている。

上記の正式な会議の場やプロジェクト活動の日常業務を通し、各プロジェクト関係者のコミュニケーションは良好に保たれている。C/P人材をはじめ、プロジェクト活動に従事する各施設の医療従事者に至るまで、保健関係者のARHサービスの改善に向けたモチベーションは概して高く、若干のばらつきはあるものの、プロジェクト活動に積極的に取り組んでいる。ピアリーダーとして参加している若者や、ピア活動を支援する市の関係者、教育関係者などのその他のアクターについてもプロジェクトに対して協力的であり、若者のARHに対する関心や、社会の思春期の若者のARHに関連する問題への関心の高さがうかがえる。

## (2) 技術移転の方法

本プロジェクトの技術移転は、主に研修と研修で得た知識の活用を通して実施された。YFS研修に先立ち、医療従事者のエンパワメントを目的としたQOL研修が実施されたが、それにより参加者のモチベーションが向上し、その後の技術移転やプロジェクト活動への取り組みにおいてプラスの効果を及ぼしたことが、さまざまな関係者から指摘されている。いずれの研修についても、参加者の評価は高く、問題は指摘されなかった。同じ研修を対象7市の全保健職員に提供する目的で繰り返し実施していることから、講師の育成も進んでいる。

研修での技術移転以外では、研修教材や各種フォームの開発・デザイン、プロジェクト実施計画の策定等の各種活動はC/Pと協働で実施されており、統計やプロジェクトの運営、モニタリングなどの指導も行われてきた。それらの日常業務を通して、プロジェクトのコンセプトや技術が適切に移転されている。

## (3) PDMの改訂

2009年2月の第3回合同調整委員会（Joint Coordinating Committee：JCC）では指標を明確化する目的でPDM ver. 2への改訂が承認され、2011年2月の第5回JCCでは中間レビューにおいて確認されたプロジェクトの進捗状況と現地事情にかんがみアウトプットの整理と指標の再設定が主な目的でPDM ver. 3への改訂が承認された。PDM改訂の際には関係者間で十分な協議がもたれ、変更を受けたPOの改訂も併せて実施されてきた。

## (4) 中間レビューの提言のフォローアップ状況

中間レビュー時には9つの提言が挙げられた。それらのフォローアップの状況は以下に示すとおりである。

表3 - 12 中間レビューの提言のフォローアップ状況

中間レビューの提言	フォローアップ状況
<p>1. ARHサービスに関するデータの定義の明確化（プロジェクトに対する提言）</p> <p>リプロダクティブヘルスサービスに係るデータ収集を行うにあたり、サービス統計の各アイテムの定義を明確にすること。また、各研修（YFS、モニタリング等）においても同定義を紹介すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ARHに係るデータ収集のためのフォーマット（PASOS 1及び2）を作成し、各施設より毎月提出されるシステムを導入した。これは「ホ」国において最初のARH情報システムである。</li> <li>・ 導入にあたっては、説明書（Instructivo de Formulario）が作成され、各データの定義が示されている。また、各市の統計担当、医師長、主任看護師に導入のための指導をし、カスケード方式で各保健医療施設への指導が行われた。</li> <li>・ 保健省には既存の保健情報システム（ATA）があり、マニュアルも整備されている。データの定義にあたっては、ATAでは思春期の年齢区分は設けられていないものの、リプロダクティブヘルスに関する定義が含まれていたため、それを活用して、思春期の若者用として再定義した。</li> <li>・ 保健省は中米カリブ地域の思春期の若者の統合ケアに関する会合でARH情報システム（PASOS 1及び2）の取り組みを紹介した。</li> </ul>
<p>2. QOL研修及びYFS研修のファシリテーターマニュアルの作成及び普及（プロジェクト、保健省に対する提言）</p> <p>プロジェクトで導入された上記研修を幅広く普及させるため、ファシリテーター用研修マニュアルを作成し普及を行うこと。また、プロジェクトの持続性を確保するため、保健省は同マニュアルの他県への普及を図ること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ QOL研修のパッケージ（CD）は最終版が作成済みである。</li> <li>・ YFS研修のパッケージ（CD）についても作成されたが、9月に行われたYFSのフォローアップ研修の結果を受け、若干の改訂が行われたため、改訂版の承認待ちの段階にある。</li> <li>・ 保健省本省では他県でのYFS研修の実施を検討しているが、現時点では同研修パッケージを他県で活用した実績はない。</li> </ul>
<p>3. 「ホ」国側による研修予算の確保（保健省及びプロジェクトに対する提言）</p> <p>プロジェクトの持続性を確保するため、保健省および地域事務所はプロジェクトが導入した研修に係る予算の確保を行うこと。日本人専門家は、プロジェクト終了後における活動継続のためのアドバイスをを行うこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県保健事務所は中央保健省に対してプロジェクト活動（特に研修活動）のための2012年度予算を請求し、国会の承認を待っている。これまで、研修のための県保健事務所の独自予算は全くなく、研修はすべてドナーの予算で行われてきた経緯から、今回費目として認められれば意義が大きいことである。</li> <li>・ ピア活動の研修予算については、現在各市が行っている青少年プログラムの予算をピア活動予算として活用することが検討されている。現在は各市がピアルームの賃貸料や維持費等の負担を行っている。市によっては、同活動継続のため他ドナー支援予算<sup>25</sup>や市の開発予算<sup>26</sup>の活用が検討されている。</li> </ul>
<p>4. 成人層に対する理解促進強化（プロジェクトに対する提言）</p> <p>成人層に対し、ARHサービスの必要性に係る理解促進強化を図り、若者が性に関する正しい知識を有し意思決定が行えるためのサポート環境を整えること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ プロジェクト開始当初に各市で開催したプロジェクト啓発ワークショップには、市の職員、学校関係者、教会、NGO、コミュニティの合計1,200名が参加し、ARHに関する理解促進の啓発を実施した。</li> <li>・ IEC計画策定のためのガイドライン「ARH啓発普及ガイドライン」が策定され、同ガイドラインに基づき各市のスーパーバイザー（主に医師長、看護婦長など）がIEC計画を策定し、各保健医療施設でIEC活動が実施されている。同計画のなかに成人層に対する活動も含まれている。</li> <li>・ IECの実施状況は作成したモニタリングシートに基づきモニタリングされ、市の医療従事者月例会議、ARHサービス委員会の場で定期的に報告されている。2011年10月末までに保健医療従事者によるコミュニティでの大人を対象としたIEC活動は全部で31回実施された。</li> </ul>

<sup>25</sup> パトゥカ市、グアヤベ市ではドイツによる青少年活動を支援するプログラムが2012年から開始される予定となっている。

<sup>26</sup> パトゥカ市ではダム建設が行われており、それに伴う交付金が市の開発予算として配布される。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>ピア活動においては、成人層に対する働きとして、ピアリーダー研修へのオブザーバー参加やピアリーダー募集に際し、コミュニティ代表、保護者や教師に対し啓発活動を実施している。ピアリーダーによるコミュニティでの啓発イベントは2011年10月までに40回実施された。</li> </ul>
<p>5. 若年妊娠の危険性に関するIEC教材の作成（プロジェクトに対する提言） 若年妊娠には、多くの場合望む妊娠もあり、若年妊娠における危険性に焦点を当てたIEC教材を作成すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本提言は若年妊娠の危険性を強調する教材の作成を意図するものではなく、IEC活動における若年妊娠の危機に関する視点を強化するという趣旨の提言であった。</li> <li>ピアリーダーのIEC活動用に作成された「ピア教育ガイドライン」の中に、若年妊娠の危険性に関して記された。</li> <li>若年妊娠の危険性については、医療従事者はそのプロとして周知の内容であり、2011年5月から10月の間に若年妊娠をテーマとした健康教育が全体で100回実施されている。よって、IEC教材の作成にあたり、若者に対するピア活動での教材作成が優先された。</li> </ul>
<p>6. フレンドリースペース<sup>27</sup>のモニタリングシステムの制度化（保健省及びプロジェクトに対する提言） フレンドリースペースは、維持に必要なリソースの割に若者のアクセスが限定的であることが多い。保健省及びプロジェクトは、同スペースの使用状況をモニタリングするシステムを構築し、オランチョ県において同スペースが若者のARHサービスへのアクセス向上に貢献するか否かを評価すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ピアルームに関しては、レジスターブック、カウンセリング記録用紙、活動報告書及び会議簿が準備されており、訪問者の状況がモニタリングできるようになっている。</li> <li>ピアルームのオープン時には、必ずピアコーディネーターが寄り添いピア活動状況をモニタリングしている。ピアコーディネーターは、定期的にグループ会合を開き、モニタリング結果の共有化を図っている。</li> <li>保健省及びプロジェクトによる若者のARHサービスへのアクセス向上におけるピアルームの貢献度の評価は行われていないが、中間レビュー時にはフティカルパに1カ所のみ設置され訪問者数も延べ70人程度だったものの、現時点では対象7市に8カ所設置され年間1,384人が訪問していることから、若者がARH関連の情報にアクセスするための重要な機能であり、今後自立して活動が継続できるよう更に強化していくべきと考えられている。</li> <li>各市においてピアルーム施設の維持費（全体もしくはその一部）を自治体が支援しており、施設はピア活動以外にも市の青少年プログラムやその他の青少年活動、会議等にも活用される多目的な施設となっている。</li> </ul>
<p>7. フレンドリースペース及び若者グループに対する支援（プロジェクトに対する提言） フレンドリースペースや研修を受講した若者グループは、特にアクセスの困難な農村地域の若者への対応や啓発に重要な役割を果たし得るところ、プロジェクトは彼らの活動をモニタリングすること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>フティカルパ及びカタカマス以外の5市では、市自体が農村部という位置づけにあり、プロジェクトではピアルーム及びピアリーダーによるピア活動は、農村部を支援するためのものとして位置づけている。</li> <li>フティカルパ及びカタカマスにおいては、市の中心部よりアクセスの悪い地域（農村部）での活動を視野に、ピアリーダーとして郊外の若者をメンバーとして巻き込んで育成している<sup>28</sup>。また、ピアリーダーが保健プロモーターと共に農村部を回り、健康教育を実践している。</li> <li>プロジェクトでは都市部同様に農村部でも活動を展開するように指導している。その結果、ピアリーダーが学校で行った健康教育の回数全63回中、フティカルパの1回、カタカマスの7回は農村部に属する学校で行われた。また、63回中の多くは高校で実施されているが、高校に通う生徒のなかには農村部から通っている若者も多く含まれており、それらの若者が自宅の周辺の若者をサポートするように指導している。</li> </ul>

<sup>27</sup> 中間レビュー報告書の和文では「フレンドリースペース」、西文では「ピアルーム」と記載されていた。提言の内容から、「ピアルーム」を指すものと関係者間で理解した。

<sup>28</sup> フティカルパ市のピアリーダー46名中11名、カタカマス市のピアリーダー50名中7名が農村部に居住している若者である。

<p>8. 各保健所におけるユーザー満足度調査の実施（プロジェクトに対する提言） これまで行われていない各保健所におけるユーザーの満足度調査を実施すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エンドライン調査において、全101施設中11カ所の保健医療施設<sup>29</sup>で出口調査が実施された。満足度については、アウトプット1の指標1-5に示されるとおりであった。</li> </ul>
<p>9. ARHサービスに関する権利の周知（保健省及びプロジェクトに対する提言） 若者を含む住民が、性とリプロダクティブヘルスに関する権利を知り、行使できるよう方策を検討すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 若者を含む地域住民対象としたARHの権利に関しては、ピア活動におけるIEC活動を通じて行われている。また、ラジオ番組を作成し、啓発活動も実施した。</li> <li>・ 各保健医療施設がYFS改善のための活動の一環として啓発を行っている。また、各施設にはARHの権利に係るパンフレットが用意されており、地域住民に対する周知に活用されている。</li> <li>・ QOL研修や啓発活動で行われる「ライフライン」の作業では、ARHの権利の柱である性と生殖に係る自己決定を促している。</li> </ul>

<sup>29</sup> サンフランシスコ病院（フィティカルパ市）、カタカマス市CMI及びCESAMO、クルミ市CESAMO、サラマ市CMI及びCESAMO、グアヤベ市CMI及びCESAMO、パトゥカ市CMI及びCESAMO、サン・エステバン市CMI

## 第4章 評価5項目による評価結果

### 4 - 1 妥当性

#### (1) 対象地域の社会のニーズ、政府の優先課題との整合性

「ホ」国における若年妊娠の問題は「1 - 1 調査団派遣の経緯と目的」で述べたとおりであり、保健分野における大きな課題のひとつである。なかでもオランチョ県では15歳から19歳の女性のうち26.1%が婚姻またはそれに準ずる関係にある（全国平均は20.3%）一方で、婚姻関係にある女性の25.3%が避妊の経験がない（全国平均は18.5%）。また、STI症状保有率は16.6%（全国平均は15%）、新生児周産期死亡は32（全国平均23）など、国内でも問題が顕著であった。

国家政策としては、貧困削減戦略文書（PRSP）に妊産婦死亡率の低減が優先事項のひとつとして挙げられているなか、特に本プロジェクトが対象としている10歳から19歳の妊産婦死亡のリスクが高いことが指摘されており、若年妊娠の低減と安全なお産の増加の面からARHサービスの強化が求められている。同目標の達成に向けては、「国家保健計画2021」に基づき、「妊産婦及び乳幼児死亡率の減少促進2008～2015年（Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez : RAMNI）」が策定された。さらに同国家計画では、思春期の若者の性教育や健全なライフスタイルを推進し、青少年の抱える問題やニーズに即した保健医療サービスの提供をめざすPAIAが進められており、本プロジェクトは同プログラムの規範にのっとり展開している。

以上の状況は終了時評価時点でも変わらないことから、対象地域のニーズ及び優先課題と本プロジェクトの整合性は現時点でも高いことが確認されている。

#### (2) 日本の支援政策との整合性

「保健医療及び水」に関する支援は、日本の「ホ」国に対する援助重点分野のひとつとなっている。支援の方針としては、PRSP及びミレニアム開発目標（MDGs）の目標達成を支援すること、特に保健医療・水サービスへのアクセス向上においては、「継続性が確保される成果」の達成に必要と判断される協力を効果的に実施していくことが挙げられている。よって、本プロジェクトの取り組みは日本の支援政策との整合性が高い。

#### (3) 手段としての適切性

本プロジェクトはPAIAの規範にのっとりつつ、思春期の若者のARHサービスへのアクセスを向上することを目的に、主にYFSやピア活動の導入・展開に取り組んでいる。YFS研修に先立ち、QOL研修により医療従事者のエンパワメントやモチベーションの向上に取り組んだことにより、本プロジェクトに従事する関係者の意識や積極性が高まったことは、関係者の間で高く評価されており、いかなるテーマにおいても活用できる適切な手法であると考えられている。YFSについては、保健省側でPAIAの規範における技術的な指導を進める動きがあった一方で、サービスへのアクセスを改善する手段として医療従事者の「接遇態度」や保健医療施設の「環境改善」に焦点を当てた取り組みとして導入されたが、このアプローチにおいても目標達成に有効であったと関係者に高く評価されている。

ピア活動については、自治体の青少年育成活動や教会等の団体によるARHに関連するテ-

マ（HIV/AIDSや暴力等）を扱うさまざまな活動が存在するなかで、明確な貢献度の測定は難しく、また成果が発現するまでには時間がかかる。一方、ARHのみならず思春期の若者に関連するさまざまな問題への若者のアクセスを向上させる手段として、さらに、若者同士が助け合うことや、参加する若者の意識の向上の面から、ピア活動に対する関係者の評価・期待は高く、参加している若者や周囲の大人のモチベーションも高いことから、多くの関係者から今後の継続が望まれている。

#### （４）ほかの支援機関やJICAの他事業との連携の適切性

上述のPAIAの技術的な研修は国連人口基金（UNFPA）が支援することになり、本プロジェクトが実施されているオランチョ県内の7市を優先して実施されていることから<sup>30</sup>、本プロジェクトとは適切な補完関係にあるといえる。

また、現在UNICEFが本プロジェクトの対象7市の青少年プログラム（PMIAJ）<sup>31</sup>を支援しており、特にHIV/AIDSや暴力の防止、青少年育成のための文化・スポーツ活動などを展開している。本プロジェクトのピア活動のグループと共同で啓発活動やイベントを開催するなど、市レベルでの連携が進められている。

青年海外協力隊（JOCV）から本プロジェクトの対象7市内に派遣されている隊員が、ピア活動の研修講師を実施したり、ピア活動の支援を行っていた。さらに、派遣前からプロジェクトとの連携を想定した隊員の派遣が検討されていたが、オランチョ県の治安の悪化に伴いすべての隊員がオランチョ県から引き上げることとなったため、その後は連携が不可能となった。

### 4 - 2 有効性

#### （１）プロジェクト目標の達成見込み

「3 - 4 プロジェクト目標の達成状況」に示したとおり、いくつかの指標はデータの制約があり正確な情報が得られなかったが、各指標において満足のいく結果が得られていることが確認された。よって、ARHサービスを受ける思春期の若者の数は増加しており、本プロジェクトの有効性は高いといえる。一方、これらの成果は市の中心地や各保健医療施設に近い地域を中心に広がっており、今後は遠隔地まで広げるための活動の更なる継続・普及が期待される。

#### （２）プロジェクト目標とアウトプットの因果関係

プロジェクト目標であるARHのケアを受けるオランチョ県7市の思春期の若者の数の増加において、本プロジェクトはYFSの導入（アウトプット1）、ピア活動の展開（アウトプット2）、IEC活動（アウトプット3）、ARHサービス提供のための管理・運営システムの構築（アウトプット4）に取り組んできた。特にYFSの向上に向けたアクションプラン（医療従事者に

<sup>30</sup> 対象7市を優先して現在研修実施中であり、終了時評価時点では、サン・エステバン市、グアヤベ市、フティカルバ市の一部ではまだ実施されていない。

<sup>31</sup> 本プロジェクト開始当初は、UNICEFはフティカルバ市及びカタカマス市で健全な若者の育成を目的としたプログラム（COMVIDA）を、またUNFPAがフティカルバ市で人間の安全保障のプログラムを実施していた。2009年からはUNICEFが自治体主導の青少年育成を支援する形で、本プロジェクトの対象地域7市を対象に「青少年プログラム」の資金的な援助が開始された。プログラムには市の青少年活動への予算（市の事業費全体の1%）も活用されている。終了時評価時点ではカタカマス市ではUNICEFの支援は手続き上の問題により一時中断されていた。

よるIEC活動を含む)の実施とモニタリングは対象7市の全保健医療施設で実施されており、現時点では70%がYFS提供施設として認定を受けている。医療従事者に対してはUNFPAの支援によるPAIAの規範に沿った技術研修のほかに、家族計画等のテーマでの研修がスペイン政府等の支援により実施されている。これらの技術研修が医療従事者の知識の強化に貢献しているが、直接若者に向けて対象7市の全医療施設を対象にARHサービスへのアクセスを促進させた取り組みとしては本プロジェクトのYFSの導入の影響は大きいといえる。ピア活動(ピアリーダーによるIEC活動を含む)については、プロジェクト全体ではピアルームへの年間訪問者数の目標数(1,000人)を対象7市の合計として到達するなど指標は達成している。しかし、フティカルパ市以外の対象6市では活動を開始してからまだ1年弱であることや、市によって活動の内容や頻度、参加人数等は異なること、ほかにも青少年育成やARHに関連するテーマを扱う団体が存在していることなどから、プロジェクト目標達成への貢献度の測定は現時点では難しい。

プロジェクト目標達成のための外部条件「プロジェクトが自然災害の影響を受けない」については、終了時評価までに自然災害による大きな影響は生じていない。

#### 4 - 3 効率性

##### (1) アウトプットの達成状況

「3 - 3 アウトプットの達成状況」で示したとおり、YFS提供施設の認定、ピア活動の周知化及び活発化(リファラルを含む)ピア活動維持のための実施体制の強化が主な課題として残されているが、その他の指標はおおむね達成していることが確認された。YFS提供施設の認定は、不合格であった施設のフォローアップが行われていることから、プロジェクト終了時までの達成が見込まれている。ピア活動については、残りの期間でできる限りの強化を図り、意欲の高いピアリーダーや関係者が安心して活動に取り組めるように、特に計画・予算・運営等を含む実施体制を明確にしていくことが望まれる。

##### (2) アウトプットの達成に影響を与える要因

プロジェクト活動を促進し、アウトプットの達成に貢献した要因として以下が挙げられる。

- ・ オランチョ県の関係者の多くが若者の問題に対して危機感をもっており、ARHに関するニーズが高いことが、プロジェクト活動全般の促進に貢献した。
- ・ C/Pやその他医療従事者のモラルや意欲、能力が高く、技術移転やプロジェクト活動が効率的に実施された。また、後述のさまざまな制約により円滑な活動実施が困難な状況にも、C/P等の関係者が日程の変更や必要な調整作業に柔軟かつ積極的に対応し、遅れを取り戻すことができた。
- ・ 保健セクターのみならず市役所や教育セクター等も巻き込むアプローチにより、ピア活動の促進につながった。当初必ずしも協力的ではないケースもあったが、時間をかけて説明することで、最終的には支援を受けられている。
- ・ 県保健事務所と県教育局との間の協定により、ピア活動参加の許可、ピア活動による社会奉仕活動の単位授与などで、学生がピア活動に参加しやすくなった。
- ・ 若者に対してアプローチする際に、まずは保護者や地域の大人に対する啓発を実施したこと、また直接性に関するテーマを取り上げるのではなく、若者が直面する問題を



緩和するプロジェクトとして説明したことで、関係者の理解を得ることができた。

また、プロジェクト活動の実施上の問題となり、アウトプットの達成に負の影響を与えた要因として、以下の点が挙げられる。

- ・ オランチョ県の治安の悪化により、日本人専門家の外出や移動、ピアリーダーの活動時間や活動場所等に制約が生じ、円滑な活動実施に影響を及ぼした。具体的には活動日程の変更、研修期間の短縮や、IEC活動の実施回数の減少、ピア活動の参加校の減少、調整コストの増幅などの影響が挙げられる。また、プロジェクト活動を連携して行っていたJOCVのオランチョ県派遣が取りやめとなった。
- ・ クーデターによる行政機能の停止、新型インフルエンザやデング熱の大流行、政権交代による関係再構築等の影響から、円滑な活動の実施に困難が生じた（具体的な影響は同上）。
- ・ ピア活動において学校の協力を得て活動が行われてきたが、教職員のストライキが頻繁に発生し、研修やIEC活動等の実施における制約となっている（具体的な影響は同上）。

アウトプット達成に向けた外部要因「保健政策におけるARHの位置づけが大きく低下しない」については、プロジェクト期間中現時点までにARHの位置づけに変化はない。また、「ARHに対する住民、及び/もしくは、団体組織の大規模な反対運動が起きない」については、活動に影響を与えるような規模の反対は生じていない。

### （3）投入の質、量、タイミング

本プロジェクトでは限られた投入を効果的に活用し、またなるべく保健医療従事者の通常業務でカバーできる内容でYFSを改善する活動を展開しており、「ホ」国で一般的とされる施設や資機材の投入により改善をめざすアプローチとは異なり、全体的に効率的な活動実施が行われてきたといえる。また、保健医療人材のエンパワメント及びモチベーションを高める手法の導入により、人材の効果的な活用が可能となった。

一方、各投入のレベルではいくつかの課題も確認されている。日本側の投入に関しては、適切な質・量・タイミングで行われてきたことが確認されているが、以下の状況が指摘された。

- ・ 日本側から各保健医療施設にIEC活動用のテレビが供与されているが、有効利用を促進させるためにはビデオ教材を必要とする施設が多い。

「ホ」国側の投入については、以下の状況が指摘されている。

- ・ C/P人材は適切な人材が配置されており、彼らのプロジェクト活動に関するモチベーションも高く保たれ、概して積極的な参加が得られた。しかし、今後プロジェクトの終了に向けて実施体制を強化していくにあたっては、関係職員の更なる参加が望まれている。
- ・ プロジェクト経費については、県保健事務所への必要な予算配置が実現せず、プロジェクト事務所の維持費と職員及び車両運転手手当て以外の活動経費は、実質日本側の投入のみで賄われてきたため、プロジェクト全体の予算額に影響を及ぼしている。一方、ピア活動におけるピアルームの維持費は、プロジェクト活動を通じた連携の強化

の結果、自治体の支援を得ることができている。

#### 4 - 4 インパクト

##### (1) 上位目標の達成見込み

「3 - 5 上位目標の達成見込み」で述べたとおり、オランチョ県における対象7市の人口カバー率が高いため、対象7市内で活動を継続・発展させていくこと、さらに、まだプロジェクト活動が導入されていない16市においても活動を普及させていくことで上位目標の達成が期待される。特に、まだ活動を実施していない16市は市内に分娩施設がないため、妊産婦のリスクが高い地域も多いことから、まずは中期的にはそれらの地域でのARHサービスの普及をめざし、プロジェクト活動の普及・拡大が望まれる。

##### (2) 波及効果

本プロジェクトの正のインパクトとして、以下が挙げられている。

- ・ ARHに係る情報システム（PASOS 1・2 及び若者の教育活動を記録するフォーマット）が対象7市のみならず、オランチョ県全23市で導入された。それにより、オランチョ県全体のARHに関する最新の状況を入手することが可能となった。
- ・ 本プロジェクトのイニシアティブにより保健省PAIA課及びドナー間でARHの技術的課題について協議する技術委員会が開設され、ドナー間の調整の場として機能している。委員会はその後、PAIA課が運営を行っている。中央レベルでのドナー間協議の結果、本プロジェクトの対象7市に優先的にUNFPAの支援によるPAIAの研修が実施されたり、本プロジェクトで導入した思春期の若者のARHに係る情報システム（PASOS 1 及び 2）を全国に広げるための議論がもたれている。
- ・ 現在、上述の技術委員会の支援により「思春期妊娠削減のための政策ペーパー」が保健省で作成されており、同ドラフトには本プロジェクトの概念やコンポーネントが取り込まれている。
- ・ YFSを実施する保健医療施設では、若者が施設に多く集まるようになり、独自に若者のグループを組織する施設もある。また、医療施設が自らコミュニティに働きかけて募金を集め、そのお金で施設改修（環境改善）を行った例や、若者が集まるスペースを確保するために施設の拡張について自治体等に支援を求める例、医療施設レベルで組織した若者のグループによりほかの若者への啓発活動や社会貢献活動を実施する例、福引きや軽食の販売等の活動で資金を集め若者のグループの活動資金としている例など、プロジェクトが期待する活動を越えたさまざまなグッドプラクティスが確認されている。
- ・ ピア活動については、活動を通じたピアリーダーの意識や態度の改善・成長の例が多くの関係者から指摘されている。またピアリーダーの若者自身からも、ほかの若者に信頼されるように模範となるよう努めているとの声が聞かれた。また、学校に行っていない若者がピアリーダーとしての活動を通して意識を高め、学校に通い始めるなど、若者の育成に寄与している例も報告されている。
- ・ 対象7市以外でピア活動を独自で実施しようとする自治体があり、プロジェクトから情報を提供している。

なお、本プロジェクトによる負のインパクトは特定されていない。

#### 4 - 5 持続性

##### (1) 政策・制度面

既述のとおり、ARHの改善は国家レベル及びオランチョ県において優先度の高い課題であり、今後も引き続き政策面の支援が継続されるであろうことが保健省関係者から確認された。

##### (2) 組織・財政面

YFSの対象7市での継続については、県保健事務所及び市レベルの実施体制が確立しており、今後もモニタリングを継続していくことで組織的に活動を継続していくことが期待できる。プロジェクトを通して育成された人材の異動は生じているものの、オランチョ県内での異動のケースが多く、各異動先で引き続き移転された知識が活用されている。しかし、管理・運営に携わる人材については異動により活動実施に影響が生じる可能性がある。財政面については、既に活動を実施している各保健医療施設のレベルでは活動の継続に大きなコストは生じないこと、日常の業務の一環としてYFSが行われていることなどから、予算面の問題は指摘されていない。しかし、県事務所レベルにおいて、新規職員の研修や既存の職員のフォローアップ研修などの費用、モニタリングや活動の運営・管理に必要な経費については現時点までに保健省からは支出された実績はない。2012年予算については、対象7市での活動継続に必要な予算が提出されており、その予算が認められ執行されることが期待されている。今まで医療従事者に対する研修はすべてドナーの資金援助で行われており、2012年予算の中に含まれる研修費（新たに医療現場で活躍することが期待されている看護師学校でQOL及びYFS研修を実施する経費）が認められることで、持続性が高まることが期待される。

ピア活動の対象7市での継続については、その実施体制は保健医療従事者のみならず市青少年プログラムの担当職員、教育関係者、保護者を含むピアコーディネーターを中心とした各市で形成された実施体制図に沿って活動が運営されるが、今まではプロジェクトによる指導が存在するなかで機能してきたため、プロジェクト終了に向けて体制の強化が必要となっている。財政面では、現在各市でピアルームの維持費等は自治体からの支援を受けているが、各研修については日本側のプロジェクト経費で実施してきた。ピアリーダーは若者のボランティアであり、継続的に新たな人材の研修を実施していく必要があるため、現在各市の研修講師の育成が進められており、市レベルで研修が実施できる人員体制を確立することで、研修コストの軽減をめざしている。研修やその他啓発活動やイベントに必要な経費・活動の際の交通費については、プロジェクト終了後の財源はまだ明確になっていない。対象7市と県保健事務所の協定書では、ピアルームの維持管理については自治体の支援が約束されているが、ピアシステムの維持は県保健事務所の責任で行われるものとされている。今後の必要経費について、自治体によってはピア活動が市の青少年プログラムと実質一体化しており同プログラムの予算が使用可能なケースや、市長が経費支援を表明しているケース、年間計画及び予算を自治体に提出しているケースもあるが、自治体の青少年活動向けの予算は基本的には全事業費の1%と非常に限られていることもあり、具体的な予算確保に向けて今後の調整が必要となっている。

プロジェクト活動のオランチョ県内他市への普及については、県レベルの運営・管理・モ

モニタリング体制が確立されていること、各研修に必要な講師が育成されていることから、組織的には可能であるが、普及に必要な予算は現時点では確保されていない。

### (3) 技術面

YFSについてはモニタリングやYFS提供施設としての認定を通して、研修を受けた各保健医療施設の職員が研修内容を十分受け入れて活動しているかを確認することが可能である。プロジェクト終了までに目標の90%の達成が見込まれることから、プロジェクトにより導入された技術や知識が受け入れられていると考えられる。また、上述のとおり各研修の講師の育成が進んでいることから、それらの人材を確保すること、活動の運営・管理レベルの人材を維持しモニタリングを継続していくことで技術面の継続性が期待できる。

ピア活動についても、上述のとおり研修講師の育成が進んでいることから、技術面の問題は特定されていない。

### (4) ジェンダー、文化・社会面

本プロジェクトでは若者の自尊心の向上やARHに関する研修を通して、若者を含む住民が、性とリプロダクティブヘルスに関する権利を知り行使できるように啓発活動を行っており、ジェンダーに関連する課題にも貢献している。また、活動当初は性に関するテーマを若者対象に扱うことをタブー視するような社会環境があったとされるものの、現在では宗教やコミュニティからの理解・協力が得られており、持続性への社会面の影響はないと考えられる。

## 4 - 6 結論

本プロジェクトは、関係者の尽力により終了時評価時点までに活動はおおむね計画どおりに実施され、各アウトプットが順調に産出されていることから、予定どおり終了する。妥当性はニーズ、優先度、手段としての適切性の点から、現時点でも引き続き高いことが確認された。有効性については、プロジェクト目標であるARHサービスを受ける対象7市の思春期の若者の数は増加していることが確認されており、高い効果が認められた。効率性は、期待されるアウトプットは終了時までにおおむね達成される見込みであること、実施上のさまざまな制約が生じたものの県・市レベルの関係者の貢献で活動がおおむね計画どおりに実施できていること、またプロジェクトのアプローチが資金・人材を効率的に活用するものであったことが高く評価される。一方、上述の制約により活動の頻度や量は減らさざるを得なかったこと、「ホ」国側の活動経費が一部の経費以外提供されてこなかったことは、プロジェクト全体に影響を及ぼした。インパクトについては、プロジェクト活動の継続・普及により上位目標の達成が期待できるため、まずはオランチヨ県全体のARHサービスの普及が期待される。また、波及効果として、中央レベルでの思春期妊娠削減のための政策に本プロジェクトのYFSに関する概念が含まれる予定であることから、本プロジェクトの今後の全国レベルでの活用に向けて更に政策を具体化することが期待される。また、本プロジェクトの期待を超えた実施レベルでの医療施設やピア活動における積極的な取り組みや効果が確認された。持続性については、YFSは医療従事者に通常業務として受け入れられていることや研修講師が養成されていることで、技術の定着が期待できる一方、各活動の継続・普及に向けた資金面や、ピア活動の実施体制面での強化が必要とされる。

## 第5章 提言・教訓

### 5 - 1 提言

#### (1) 保健省、県、及び市へ

対象7市では、市の中心部のみならず、遠隔地に対してもピアリーダーがピアコーディネーターと共に高校訪問などを実施し、健康教育を実践しており、プロジェクトも同活動を支援している。しかし、交通手段の確保や距離的な問題もあることから、保健省県事務所及び市によるロジスティックの支援を十分に調整できるよう、遠隔地での活動は事前に十分な計画を立てる必要がある。また、今後のアウトリーチ活動については上記ピアリーダーの活動を補完するものとして、遠隔地に点在するCESAR等保健医療施設を中心に形成されている若者グループに対してピアリーダー研修を行うなど県保健事務所及びARHサービス委員会から必要な支援を行い、現地人材が中心となって柔軟なIEC活動や健康教育を行うのが望ましい。その際、遠隔地（農村地域）でのピア活動のクライテリアについては検討する必要がある。

#### (2) 保健省へ

今次聞き取り調査では、現場で活動する医療従事者から、保健医療施設に視聴覚機器が提供されたものの、ソフトが充実しておらず、活用できないとの指摘があった。このため、機材の有効活用の観点から、保健省は、同省が保有する既存のARHに関するビデオ・DVD教材などの保健医療施設への配布に関して前向きに検討するのが望ましい。

#### (3) プロジェクトへ

本プロジェクトでARHサービスに関するデータ収集のため導入されたフォーマット（PASOS 1・2及び若者のピア教育に関する記録フォーマット）及びこれを活用したARH情報システムを通じて、「ホ」国で初めてARHに関する情報が蓄積されることとなった。今後は、同データに基づきARHサービスが決定・実施されることが望ましいため、同データの収集精度の向上やデータの解釈など具体的な活用策についてプロジェクトから支援を行うとともに、ARHサービス委員会等の場で定期的にデータ活用が行われるよう体制を整備する必要がある。

#### (4) 保健省、県、及びプロジェクトへ

保健省及び県は本プロジェクト成果の他県やオランチョ県内他地域への普及策を、予算措置を含めて具体的に検討するのが望ましい。またプロジェクトは同取り組みに対し、本プロジェクトの成果を裏づける基礎的データの提供をはじめとする支援を行う。特に7市で展開するピア活動について、ある程度人口が集中する地域とそうでない地域等地域特性や社会的要素を考慮した取り組みの類別を明確化することで、他地域での復元性を高めることに留意する。

#### (5) プロジェクトへ

現在、本プロジェクトで養成されたピアリーダー養成者によるピアリーダー養成が進んでいるが、プロジェクト終了を見据え、養成者自身によって関係機関との調整やコースの企画・

立案・実施・フォローアップといった一連の業務が行われるようプロジェクトとして配慮する必要がある。また、こうした作業を通じて、保健省や県保健事務所、各市と協働で、継続的なピアリーダー養成プロセスの確立を進めるとともに、「ホ」国側が中心となる同プロセスにおいていかに質の確保を行うか明らかにしていく。

#### (6) ピア活動関係者へ

今次調査では、ピア活動の現場に必ずピアコーディネーター（主に医療従事者）が配置されており、医療従事者の助言・指導が必要なケースではその場で紹介が行われていることから、プロジェクトが作成したリファラル様式の活用が進んでいないことが判明した。しかし、最近では、同席するピアコーディネーターが学校の教師や市の青少年プログラム職員、保護者など医療従事者以外のケースも増えてきている。場当たりの対応を防ぎ、組織的かつ体系的な記録としてピア活動やリファラーのケースを残していくことが当該活動の継続性及び妥当性を高めていくためには重要であることから、リファラルやカウンセリングなどのピア活動に関する記録を徹底する必要がある。具体的には、こういうケースをリファラーしたという記録と当該ケースに対応がなされたかどうかの記録が残せるよう工夫してほしい。

#### (7) プロジェクト関係者へ

現在検討が進んでいるオランチョ県准看護師養成校におけるYFS研修の導入については、現任研修の一環として取り組みが始められたYFS研修の基礎教育課程への取り込みの第一歩となることから、プロジェクト関係者一同、積極的に進めるべきである。

#### (8) 保健省へ

異なる組織の間の連携を促進させる機能や、規範や教材に関する技術支援、保健セクターの政策におけるPAIAの位置づけの向上等を促進する機能として、ARHに関する技術委員会は重要であり、同委員会を維持していくことが期待される。プロジェクトの経験の体系化が完了したのちには、技術委員会はその資料に関して検討し、成果や教訓の普及を促進することが望ましい。

### 5 - 2 教訓

(1) PAIAの概念に沿ったARHサービスの明確化と、それに応じたYFSガイドラインの作成という活動を行ったことで、PAIAの現場レベルでの実現をプロジェクト活動が支援する形となった。これが、保健省によるYFSに対する高評価と、同省が現在検討を進める国家戦略へのYFSの取り込みと全国普及につながったと考えられることから、国の政策の現場レベルの実現というプロジェクトアプローチは有効である。

(2) 思春期層の健康増進というセクター横断的な取り組みにおいて、県教育局や自治体、NGO、教会など異なるアクターとの連携を促進させたことでプロジェクト活動に対する包括的な支援を得ることができ、結果として同活動の活発化に貢献した。

(3) プロジェクトの働きかけにより、保健省PAIA課を中心として、ドナー間でARHの技術的課

題について協議する技術委員会が設置された。同委員会では、本プロジェクトの対象7市に優先的にUNFPAの支援によるPAIAの研修が実施されたり、本プロジェクトで導入した思春期の若者のARHに係る情報システム（PASOS 1及び2）を全国に広げるための議論がもたれるなど、中央レベルでのドナー調整が促進されている。関係機関とのプロジェクト活動の調整のみならず、プロジェクトの展開の観点からも、プロジェクト立ち上げ初期にこうした調整の場を設置することが重要である。

(4) 思春期の若者をプロジェクトの裨益対象者としてではなく、プロジェクトを推進させる主体として取り込み、ピア活動の計画や実施、評価を行わせたことで、彼らの主体者意識を喚起することができ、プロジェクトの持続性を高める一因となった。また、ほかのプロジェクト関係者にとっては、若者のニーズや彼ら自身が考える人生の質、自発性、若者の立場から見た問題解決案などを知る良い機会となった。

(5) ベースラインやエンドライン調査においては、できる限り精度の高いデータ収集が行えるよう、時間的余裕をもってあらかじめサンプル数や調査方法に十分配慮する必要がある。

### 5 - 3 団長所感

本件プロジェクトは、若年妊娠が増加している「ホ」国において、若年妊娠を含むARHの課題に対して、医療施設において提供されるサービス及び同施設への思春期層のアクセス改善と、思春期層の性行動等の行動変容を支援してきた。対象地域は、2000～2005年に技プロ「第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト」が実施されたオランチョ県内の7市であり、先行技プロで取り組まれたリプロダクティブヘルスサービスの質の向上を基礎として、思春期層の若者に焦点を当てたものであった。

今次調査での協議を通じて、あらためて本件プロジェクトに対する先方の評価が高いことを実感できた。保健省次官との協議の際にも、YFS研修を通じたサービスの質向上とピア活動を通じた若者の意識改善・アクセス向上の、いずれのコンポーネントに対する評価も高いことが確認できた。これは、PAIAという思春期に対する統合ケア国家プログラムを推進する立場にある保健省として、大規模な施設改修や機材供与を行わなくとも、思春期層の産前健診受診率の向上やピア活動に参加する思春期層の増加といった具体的な成果を上げられることを確認できたことから生じたものと推察する。中央レベルの政策やプログラムを現場レベルでいかに実践していくかをパイロット的に提示する手法は当機構が従来から分野を問わず取り組んできたものであり、本件プロジェクトでも当該アプローチが強みを発揮したといえよう。

保健省や県保健事務所からは、上記の高評価に加えて、継続協力に関する強い要望も寄せられた。主な内容は、オランチョ県内他市や全国レベルでの普及であり、わが国の技術力に対する評価としては歓迎できるものの、本件プロジェクトで設置され、保健省PAIA課を中心としてドナー間でARHの技術的課題について協議する機会である中央レベルの技術委員会や、県・市レベルの関係機関を集めたARHサービス委員会などプロジェクト成果の普及・展開を担う体制は既に構築されている。こうした体制のなかで、「ホ」国側は自立的にUNFPAやUNICEF等本分野で活動する国際機関等との連携・調整を進める必要がある。

最後に、本件プロジェクトで育成されたピアリーダーの活躍ぶりについて触れておきたい。今

次調査で彼らが実施する性とリプロダクティブヘルスに関する話し合いへの参加や、彼ら自身の活動記録のプレゼンテーションを受ける機会があったが、彼らの積極性や自発性、またピアリーダーとしての意識の高さに驚かされた。ピアリーダー卒業後はどうするか彼らに尋ねたところ、コーディネーターとしてピア活動に関わり続けたいとの意思表示があり、ピア活動が彼らの人生に及ぼす影響が大きいことをあらためて確認した。犯罪率の高さが指摘される「ホ」国では、リプロダクティブヘルスのみならず、思春期層の若者をとりまく課題は多いと思われるが、そうした課題に対するアプローチとして、本件プロジェクトでのピア活動や育成されたピアリーダーとそのグループ、またピア活動をサポートする体制など貢献できる部分も少なからずあると感じており、今後の活動の展開を期待している。



## 付 属 資 料

- 1 . M/M ・ 合同評価報告書 ( 西語 )
- 2 . PDM ( Project Design Matrix ) version 3
- 3 . PO ( Plan of Operations )
- 4 . 日本側投入実績
- 5 . ホンジュラス側投入実績
- 6 . 研修実績
- 7 . 教材作成実績

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

La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante se denominará "JICA") envió la Misión de Evaluación Final (en adelante se denominará "la Misión"), encabezada por el Lic. Shinji Sato a la República de Honduras del 14 de noviembre al 2 de diciembre de 2011, con el objetivo de realizar la evaluación final conjunta sobre el Proyecto para el Fortalecimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes en el Departamento de Olancho en Honduras (en adelante se denominará "el Proyecto").

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

Después del estudio y análisis sobre las actividades y logros del Proyecto, la Misión elaboró junto con miembros de la Secretaría de Salud el Informe de Evaluación Final (en adelante se denominará "el Informe") y lo presentó al Comité de Coordinación Conjunta.

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

Tegucigalpa,  
2 de diciembre de 2011

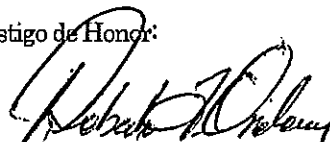


Lic. Shinji Sato  
Jefe de la Misión  
Agencia de Cooperación Internacional del Japón  
Japón



Dr. Arturo Bendaña Pinel  
Secretario de Estado en el Despacho de Salud  
República de Honduras

Testigo de Honor:



Ing. Roberto Ordoñez  
Secretario de Estado por Ley  
Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa  
República de Honduras

Como resultado de la Evaluación Final del Proyecto, la Misión junto con los miembros de la Secretaría de Salud prepararon las siguientes recomendaciones.

### Recomendaciones

1. (Para la Secretaría de Salud, la Oficina Regional Sanitaria y las alcaldías) En los 7 municipios piloto, los líderes de pares, junto con los coordinadores de pares, realizan visitas a las escuelas tanto en el área urbana como en el área rural alejada, para llevar a cabo las actividades educativas de salud, a las cuales el Proyecto brinda apoyo. Sin embargo, existen problemas para asegurar los medios de transporte, considerando la distancia entre otros. Por lo tanto, es necesario planificar con anticipación las actividades en zonas postergadas con el propósito de poder coordinar suficientemente los apoyos logísticos por parte de la Oficina Regional Sanitaria y las alcaldías. Al considerar las acciones futuras de expansión del área de actividades, sería deseable que la Oficina Regional Departamental y el Comité de Servicios de SSRA brinden el apoyo necesario, por ejemplo: Dar la capacitación de líderes de pares a los grupos de jóvenes formados principalmente con la iniciativa de las unidades de salud que se encuentran en áreas postergadas, caso del CESAR, así permitir que el personal local tome iniciativa para ejecutar las actividades en forma flexible de consejerías y educación de pares. Para tal caso, es necesario analizar los criterios de las actividades de pares para las áreas postergadas.
2. (Para la Secretaría de Salud) Durante las entrevistas realizadas en esta ocasión, algunas personas de las unidades de salud comentaron que, a pesar de haber recibido los equipos audiovisuales en la unidad, no han podido aprovecharlos eficientemente por la carencia de materiales audiovisuales. Por lo anterior, es deseable que la Secretaría de Salud analice de una manera constructiva la posibilidad de entregar a las unidades de salud, materiales didácticos sobre SSRA que existen en el PAIA y/o la Secretaría de Salud como videos y DVD para dar un mayor aprovechamiento a los equipos audiovisuales que tienen.
3. (Para el Proyecto) Los formatos de SSRA (PASOS 1, PASOS 2, y formato de actividades educativas de adolescentes) introducidos por el Proyecto para recolectar datos así como el sistema de información de SSRA en que se utilizan estos formatos, permitieron, por primera vez en Honduras, recoger la información sobre SSRA. En el futuro, es deseable que se tomen las decisiones y acciones relacionadas con SSRA, basándose en los datos arriba mencionados. Por lo anterior, es necesario que el Proyecto brinde apoyo no solamente para mejorar la precisión de recolectar datos y determinar la metodología de uso concreto, como la interpretación de datos, sino también para establecer un sistema donde los datos se aprovechen periódicamente en diferentes ocasiones, como en la reunión del Comité de Servicios de SSRA.
4. (Para la Secretaría de Salud, la Oficina Regional Sanitaria y el Proyecto) Es deseable que la Secretaría de Salud y la Oficina Regional Sanitaria revisen de manera concreta las medidas, incluyendo las presupuestarias, para socializar los resultados obtenidos del Proyecto a otros departamentos del país y otros municipios del Departamento de Olancho. Asimismo, por parte del Proyecto, se brindará apoyo para dichas acciones mediante la entrega de datos básicos que comprueben los resultados del Proyecto. Sobre todo, con respecto a las actividades de pares que se desarrollan en los 7 municipios pilotos, algunas en población concentrada y otras en población dispersa, se definirá las acciones según las áreas, tomando en consideración las características locales y los factores sociales, con el propósito de replicar apropiadamente las acciones en otras zonas.
5. (Para el Proyecto) En la actualidad, los capacitadores de líderes de pares empezaron a formar los líderes. En vista de la

terminación del Proyecto, es necesario que el Proyecto vaya tomando acciones para que los mismos capacitadores puedan llevar a cabo la coordinación necesaria con las organizaciones involucradas y realizar una serie de trabajos como la planificación, programación, ejecución y seguimiento de la capacitación. Asimismo, a través de la ejecución de estas acciones, se procurará establecer el proceso de formación continua de los líderes de pares que se hace junto con la Secretaría de Salud, la Oficina Regional Sanitaria y las alcaldías, así como definir la metodología para asegurar la calidad en el proceso de formación antes mencionado, en que la parte hondureña tomaría la iniciativa principal.

6. (Para las personas involucradas en las actividades de pares) A través del estudio de la evaluación final se conoció que los coordinadores de pares (principalmente el personal de salud) siempre acompañan a los líderes cuando éstos realizan actividades de pares y en casos de haber necesidad de la asesoría o la orientación del personal de salud, y en esos mismos momentos los remiten al personal de salud en forma verbal, esto está evitando el uso del formato de la referencia elaborado por el Proyecto. Sin embargo, recientemente han aumentado los coordinadores de pares acompañantes que no es personal de salud sino que son maestros de escuela, funcionarios encargados del programa municipal para adolescentes o padres de familia. Para dar continuidad y pertinencia de estas actividades, es importante dejar registros de las actividades de pares y de las referencias en forma organizada y sistematizada, evitando las medidas que se toman en forma imprevista, por lo tanto es necesario dejar completamente establecido el llenado de los registros generales relacionados con las actividades de pares tal como la referencia y consejería. Hablando de manera concreta, se desean hacer esfuerzos para tener registros que permitan saber qué casos han sido referidos y que casos fueron atendidos.
7. (Para las personas involucradas del Proyecto) La capacitación de SAA inició como una parte de la educación continua del personal de salud. La introducción del curso de SAA en la estructura básica educativa de la escuela de auxiliares de enfermería en el Departamento de Olancho sería un paso importante para fortalecer conocimientos de SAA del futuro personal de salud. Por lo tanto, se recomienda que todas las personas involucradas del Proyecto continúen activamente estos esfuerzos.
8. (Para la Secretaría de Salud) Mantener la Mesa Técnica en SSRA a efectos de fortalecer la coordinación interinstitucional y entre organizaciones involucradas y por tanto su rol de abogacía sobre el tema y apoyo técnico, incluyendo la revisión de normas, producción conjunta de materiales educativos, y generación de diversas iniciativas que incrementen el posicionamiento del PAIA en la Secretaría de Salud y en general en el sector salud. Una vez que se cuente con la sistematización del Proyecto, la Mesa Técnica podría discutir este documento y difundir sus logros y lecciones aprendidas.

#### Mención Especial

Cabe mencionar que el Director de la Regional Sanitaria Departamental No.15 se comprometió a conseguir 10 televisores y 10 DVD en la reunión de la evaluación final para fortalecer algunos espacios amigables que están formados por la iniciativa de las unidades de salud en áreas postergadas.

*PAIO*

#### Documento Adjunto

Informe de Evaluación Final

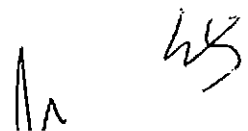
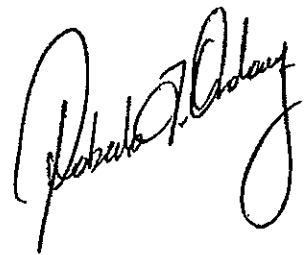
*W* *ES*

Documento Adjunto:

**INFORME DE LA EVALUACIÓN FINAL  
DEL PROYECTO  
FORTALECIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN  
EL DEPARTAMENTO DE OLANCHO EN HONDURAS  
(Conocido como el Proyecto para Adolescentes  
Olanchanos en Salud: PASOS)**

Tegucigalpa

Noviembre de 2011



### Lista de Abreviaturas

A	AJAES	Adolescentes y Jóvenes Ayudándose entre si
	ATA	Registro Diario de Atenciones Ambulatorias
C	CCC	Comité de Coordinación Conjunta
	CdV	Calidad de Vida
	CESAMO	Centro de Salud con Médico
	CESAR	Centro de Salud Rural
	CMI	Clínica Materno Infantil
	COMVIDA	Programa de Comunicación y Vida
	COPAO	Coordinadores de Pares Adolescentes en Olancho
	C/P	Contraparte
	CPN	Controles Prenatales
D	DERP	Documento Estratégico para la Reducción de la Pobreza
	DIU	Dispositivos Intrauterinos
I	IEC	Información, Educación y Comunicación
	ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
J	JICA	Japan International Cooperation Agency /Agencia de Cooperación Internacional de Japón
K	KAP	Knowledge, Attitudes and Practices / Conocimiento, Actitudes y Practicas
M	M/M	Man Month / Meses-Hombre
O	ODMs	Objetivos de Desarrollo del Milenio
	OMS	Organización Mundial de la Salud
	ONGs	Organizaciones No-Gubernamentales
P	PAIA	Programa de Atención Integral para la Adolescencia
	PASOS	Proyecto de Fortalecimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes en el Departamento de Olancho en Honduras
	PDM	Project Design Matrix / Matriz de Diseño del Proyecto
	PMIAJ	Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud
	PO	Plan of Operation / Plan de Operación
R	RAMNI	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez
	R/D	Registro de Discusiones
S	SAA	Servicio Amigable para Adolescentes
	SSRA	Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes
U	UNFPA	United Nation Fund for Population Activities / Fondo de Población de las Naciones Unidas
	UNICEF	United Nations Children's Fund / Fondo de las Naciones Unidas para Infancia
V	VIH/SIDA	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

## Contenidos

Lista de Abreviaturas.....	1
Contenidos.....	2
Capítulo 1 Generalidades del estudio de evaluación final.....	4
1-1 Antecedentes y objetivo de la evaluación final.....	4
1-2 Miembros del equipo de evaluación final.....	5
1-3 Agenda del estudio.....	6
1-4 Lista de personas entrevistadas.....	6
Capítulo 2 Metodología del estudio de evaluación final.....	9
2-1 Metodología de evaluación.....	9
2-2 Conceptos y criterios para la evaluación.....	9
2-3 Datos e información utilizados en la evaluación.....	10
Capítulo 3 Resultados reales del Proyecto y el proceso de implementación.....	11
3-1 Resultados reales de las aportaciones de insumos.....	11
3-2 Actividades realizadas.....	13
3-3 Niveles de los logros de los resultados esperados.....	20
3-4 Nivel de logro del objetivo del Proyecto.....	26
3-5 Perspectiva de alcanzar el objetivo superior del Proyecto.....	28
3-6 Proceso de implementación del Proyecto.....	28
Capítulo 4 Resultados de la evaluación según los 5 criterios de evaluación.....	34
4-1 Pertinencia.....	34
4-2 Efectividad.....	36
4-3 Eficiencia.....	37
4-4 Impacto.....	40
4-5 Sostenibilidad.....	42
4-6 Conclusiones.....	44
Capítulo 5 Recomendaciones y lecciones aprendidas.....	45
5-1 Recomendaciones.....	45
5-2 Lecciones aprendidas.....	47

### ANEXOS:

- 1 Matriz de diseño del Proyecto (PDM) ver. 3
- 2 Plan de operación (PO)

- 3 Aportaciones reales de insumos por Japón
- 4 Aportaciones reales de insumos por Honduras
- 5 Capacitaciones y talleres realizados
- 6 Lista de los materiales didácticos elaborados



## Capítulo 1 Generalidades del estudio de evaluación final

### 1-1 Antecedentes y objetivo de la evaluación final

En la República de Honduras (en adelante “Honduras”) el 39% de la población total es menor de 15 años (Organización Mundial de la Salud: OMS, 2006), ocupando una proporción importante la población de 10 a 19 años de edad con un aumento de embarazos tempranos. De la misma manera, los partos institucionales de las adolescentes ocupan un 35% de la totalidad de los partos institucionales (Estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras) y la tasa de mortalidad materna en el grupo de edad de 12 a 14 años es de 391 por cada 100,000 nacimientos, mientras que la del grupo de edad de 15 a 19 años es de 160, siendo ambas altas. Por lo anterior se considera que los embarazos tempranos aumentan notablemente los riesgos de muerte durante el parto o posparto de las adolescentes. Además, los embarazos tempranos son no solamente los embarazos no deseados sino también pueden traer otros problemas como la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, y generan problemas sobre el establecimiento de la identidad y la continuidad de sus estudios. Por lo que es un problema social serio relacionado con la pobreza, considerándose como uno de los problemas importantes a resolver del sector de salud de Honduras.

Los problemas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes (SSRA) incluyendo el embarazo temprano, son causados por varios factores como la baja cobertura de los servicios de salud para los adolescentes como la planificación familiar y el control prenatal, los problemas de acceso y la calidad de estos servicios. Por lo que es necesario no solamente mejorar el acceso a éstos sino también apoyar cambios en la conducta sexual de los adolescentes. La Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA), contestando a la solicitud del gobierno de Honduras, ha venido implementando el Proyecto del Fortalecimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes en el Departamento de Olancho (PASOS) con duración de 4 años, iniciando de junio de 2008 a mayo de 2012, en el cual la Secretaría de Salud mediante la Dirección General de Promoción de Salud y la Oficina Regional XV de Salud es el organismo contraparte (C/P) del Proyecto, con el objetivo de reducir el número de embarazos tempranos y estimular el comportamiento apropiado y responsable de los adolescentes con los conocimientos idóneos en cuanto a la salud sexual y reproductiva. Escogieron 7 municipios como municipios piloto que son: Juticalpa, Catacamas, Dulce Nombre del Culmí, Patuca, Salamá, San Esteban y Guayape. Se muestra la información general del Proyecto en la siguiente tabla. (Véase los detalles del Proyecto en el Anexo 1: PDM ver.3.)

Objetivo Superior	Contribuir a la disminución del número de embarazos entre los adolescentes del Departamento de Olancho.
Objetivos del	Incrementar el número de los y las adolescentes que reciben la atención de la Salud Sexual

proyecto	y Reproductiva en los 7 municipios del Departamento de Olancho.
Resultados esperados del Proyecto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer un sistema para prestar los servicios de SSRA con calidad que faciliten el acceso de los y las adolescentes.</li> <li>2. Establecer un sistema de pares para facilitar el acceso de los y las adolescentes a los servicios.</li> <li>3. Desarrollar una actitud positiva para recibir los servicios de SSRA entre los y las adolescentes.</li> <li>4. Establecer un sistema de gestión y operación para prestar los servicios de SSRA.</li> </ol>

Fuente: PDM ver.3 (elaborado el 11 de junio, 2010)

Ante la finalización del Proyecto programada en mayo de 2012, se realiza en esta ocasión el estudio de evaluación final con el propósito de verificar los resultados obtenidos del Proyecto y los niveles de los logros en comparación con el plan, con base en los 5 criterios de evaluación que son Pertinencia, Efectividad, Eficiencia, Impacto y Sostenibilidad. También tiene como objetivo brindar recomendaciones para el periodo restante del Proyecto y analizar las lecciones aprendidas que servirán para proyectos similares futuros que se llevarán a cabo. Cabe mencionar que los resultados de la presente evaluación serán documentados en el informe de la evaluación conjunta, que formará parte de la Minuta de Reuniones entre ambos países.

#### 1-2 Miembros del equipo de evaluación final

La evaluación final se hace por un equipo de evaluación conjunta, formado por los miembros de la Misión japonesa y los evaluadores hondureños. Se muestran los miembros del equipo de evaluación conjunto en la siguiente tabla.

##### (1) Miembros de la Misión japonesa

Nombre	Cargo	Organización a que pertenece
Shinji Sato	Líder/ Dirección general	Director, División 4, Dpto. Desarrollo Humano, JICA
Yuki Ohashi	Análisis y evaluación	Consultora, Tekizaitekisho LLC.
Yuko Yagi	Intérprete	Intérprete, contratada por la oficina de JICA-México

##### (2) Evaluadores del equipo hondureño

Nombre	Cargo	Organización a que pertenece
Dr. Mario Nájera	Evaluador	Director General de Promoción de la Salud, Secretaria de Salud
Dr. Oscar González	Evaluador	Jefe de Programa de Atención Integral para la Adolescencia (PAIA), Secretaria de Salud
Dr. Ernesto Calix	Evaluador	Director Regional de Salud No. 15

### 1-3 Agenda del estudio

Periodo del estudio en Honduras: del 14 de noviembre de 2011 al 2 de diciembre de 2011 (19 días)

Fecha	Día	Agenda de Evaluación Final de PASOS
Nov	14	Lu Llegada Srita OHASHI y Sra YAGI PM: Charla de Seguridad, Coordinación con experto ABO y JICA
	15	Mar AM: Entrevista: Secretaria de Salud PM: Reunión en la oficina de JICA, Traslado a Danli
	16	Mie AM: Traslado de Danli a Patuca Visita y Entrevista: Alcaldía, Espacio amigable, CESAMO, CMI, CESAR PM: Traslado a TGU
	17	Jue AM: Traslado a Salamá Visita y Entrevista: Alcaldía, Espacio amigable, CESAMO, CMI, CESAR PM: Traslado de Salamá a Juticalpa
	18	Nie AM: Visita y Entrevista: Hospital san francisco, Espacio amigable, Región Sanitaria Olancho, Alcaldía de Juticalpa PM: Visita y Entrevista: Espacio Amigable Entrevista: Contraparte de Regional Sanitaria Olancho
	19	Sab Preparación de Informe
	20	Do Preparación de Informe
	21	Lu AM: Traslado de Juticalpa a San Esteban Visita y Entrevista: Alcaldía, Espacio amigable, CESAMO, CMI, CESAR PM: Traslado de San Esteban a Juticalpa
	22	Mar AM: Traslado de Juticalpa a Guayape Visita y Entrevista: Alcaldía, Espacio amigable, CESAMO, CMI, CESAR PM: Traslado de Guayape a Juticalpa
	23	Mie AM: Traslado de Juticalpa a Dulce Nombre de Culmi Visita y Entrevista: Alcaldía, Espacio amigable, CESAMO, CMI, CESAR PM: Traslado de Dulce Nombre de Culmi a Juticalpa
	24	Jue AM: Traslado de Juticalpa a Catacamas Visita y Entrevista: Alcaldía, Espacio amigable, CESAMO, CMI, CESAR PM: Traslado de Catacamas a Juticalpa
	25	Nie 9:00 Comité de SSRA
	26	Sab Preparación de Informe
	27	Do Llegada Sr SATO, Traslado de Toncontin a Juticalpa PM: Reunión con Expertos
	28	Lu AM: Visita y Entrevista: Hospital San Francisco, Región Sanitaria, Alcaldía de Juticalpa, Espacio amigable PM: Traslado a TGU, Preparación de Informe
	29	Mar 9:00 Discusión de Resultados de Evaluación
	30	Mie 9:00 Discusión de Resultados de Evaluación
Dic	1	Jue 9:00 Discusión de Resultados de Evaluación
	2	Nie 10:00 CCC
	3	Sab Salida de la misión japonesa

### 1-4 Lista de personas entrevistadas

Las personas que hemos entrevistado en el presente estudio se muestran en la siguiente lista (Sin mención de títulos).

**Secretaría de Salud (Central)**

Mario Najera	Director General, Promoción de Salud
Miguel O. Guerrero Pavón	Técnico Normativo de Salud, PAIA, Programa de Atención Integral
Maribel Navarro Flores	Enfermera de Programa de Adolescentes

**Región Sanitaria No 15 (Departamento de Olancho)**

Santos Ernesto Cáliz	Director, Oficina Regional de Salud No 15
Lizandro Martínez	Asesor Nacional del Proyecto
Gladis Cruz Munguía	Coordinadora, Programa de Adolescentes
Jesús Cáceres	Educador, Departamento de Promoción de la Salud
Lenin Banegas	Director, Hospital San Francisco
Lesbia Sandoval	Jefe de Consulta Externa, Hospital San Francisco
Ana Ofería Motiño	Doctora de Consulta Externa, Hospital San Francisco
Mirian Suyapa Ulloa	Enfermera Auxiliar, CESAMO Las Minas Lepaguare (Juticalpa)
Yolani Yaquelin Guardado	Enfermera Auxiliar, CESAR Punuare (Juticalpa)
Marixa Mendoza	Auxiliar de Enfermería, CESAR Punuare (Juticalpa)
Carlos Omar Caballero	Auxiliar de Enfermería, CESAMO Talgua (Salama)
Mary Suyapa Garrido	Auxiliar de Enfermería, CESAMO Talgua (Salama)
Osiris Mariana Torres	Auxiliar de Salud Ambiental, CESAMO Talgua (Salama)
Esteban Ucles	Medico Municipal (Patuca)
Mayra Ruth Mendez	Supervisora de Enfermería (Patuca)
Delmi Berenice Alvarez	Auxiliar de Enfermería, CESAR La Laguna (Patuca)
Romona Isabel Brevie	Auxiliar de Enfermería, CESAR La Laguna (Patuca)
Rubi Elizabeth Padilla	Enfermera Municipal (San Esteban)
Arnoldo Rigoberto Martínez	Técnico de Salud Ambiental Municipal (San Esteban)
Francis Idalia Mendez	Auxiliar de Enfermería, CESAR Conquire (San Esteban)
Herman Jimenes	Medico, CESAMO San Martín (San Esteban)
Noemí Urbina	Auxiliar de Enfermería, CESAMO San Martín (San Esteban)
María Sarmiento	Técnico de Salud Ambiental, CESAMO San Martín (San Esteban)
Juana Padilla	Auxiliar de Enfermería, CESAMO San Martín (San Esteban)
Dimas Merlo	Medico Municipal (Guayape)
Dora Carlina Leiva	Médico, CESAMO Santa Cruz (Guayape)
Teresa de Jesús Trejo	Auxiliar de Enfermería, CESAMO Santa Cruz (Guayape)
Marlene Urbina Ortiz	Auxiliar de Enfermería, CESAR El Coyol (Guayape)

Luis Mariano Euceda	Medico Municipal (Dulce Nombre de Culmi)
Wendy Yasmin Miralda	Supervisora de Enfermería (Dulce Nombre de Culmi)
Nicolas Santos	Auxiliar de Enfermería, CESAR Pueblo Viejo (Dulce Nombre de Culmi)
Rony Menjivar	Medico Municipal (Catacamas)
Yesenia Sanchez	Supervisora de Enfermería (Catacamas)
Arnaldo Navarro	Educador Municipal (Catacamas)
Luisa Matute	Auxiliar de Enfermería, CESAR Bacadillas (Catacamas)

**Participantes del Sistema de Pares (sin mención de nombre)**

- 8 AJAES y 3 COPAOS de Juticalpa
- 15 AJAES y 5 COPAOS de Salamá
- 4 AJAES y 4 COPAOS de Patuca
- 7 AJAES y 7 COPAOS de San Esteban
- 5 AJAES y 4 COPAOS de Guayape
- 7 AJAES y 4 COPAOS de Dulce Nombre de Culmi
- 17 AJAES y 4 COPAOS de Catacamas

**Municipalidades**

Minelio Ramirez	Alcalde (Patuca)
Walter Alexander Gómez	Coordinador de PMIAJ (Patuca)
Rudis Reyes Vallejo	Coordinador de Red de Comunicadores (Patuca)
Huniberto Madrid	Vicealcalde (Juticalpa)
Marlen Mendez	Coordinadora Regional de PMIAJ/Programa UNICEF (Juticalpa)
Juan Jose Arguera	Alcalde (Salamá)
Gerardo Aquilino Gímenez	Vicealcalde (Salamá)
Sagrario Melissa Torres	Secretaría Municipal (Salamá)
Denia Osiris Padilla	Coordinadora de PMIAJ (Salamá)
Fatima Domínguez	Coordinadora de Red de Comunicadores (Salamá)
Julio Andrés Pineda Lopez	Regidor Municipal (San Esteban)
Rubenia Aguilar R.	Secretaria Municipal (San Esteban)
Blanca Torres	Coordinadora de PMIAJ (San Esteban)
Mervin Vargas	Alcalde (Guayape)
Carla Carolina Méndez	Coordinadora de PMIAJ (Guayape)
Rita Chaver	Alcaldesa (Dulce Nombre de Culmi)

Fanny Maldonado Medina      Coordinadora de PMIAJ (Dulce Nombre de Culmi)  
 Oscar Canelas                      Vicealcalde (Catacamas)  
 Ernesto Matamoros              Coordinador de PMIAJ (Catacamas)

## Capítulo 2 Metodología del estudio de evaluación final

### 2-1 Metodología de evaluación

Se llevó a cabo el estudio de evaluación final, de acuerdo con los “Nuevos lineamientos de la JICA para la evaluación de proyectos, versión 1”, tomando los siguientes pasos.

- (1) Elaborar la matriz de evaluación y llegar a un acuerdo sobre el diseño de la evaluación.
- (2) Llevar a cabo el estudio de los documentos, encuestas y entrevistas con base en la matriz de evaluación para recolectar la información.
- (3) Revisar el nivel de los logros y avances con base en el plan de aportaciones referidas en el Registro de Discusiones (R/D) y los indicadores definidos en Matriz de Diseño del Proyecto (PDM).
- (4) Esclarecer los factores que contribuyeron y/o impidieron el desarrollo del plan y el proceso del Proyecto.
- (5) Analizar los resultados generales del Proyecto, utilizando los 5 criterios de evaluación que son; pertinencia, efectividad, eficiencia, impacto y sostenibilidad.
- (6) Identificar las recomendaciones y lecciones aprendidas con base en los resultados del análisis, y posteriormente elaborar la propuesta de los resultados de la evaluación.
- (7) Las personas relacionadas analizan la propuesta de los resultados de la evaluación y posteriormente plasman los resultados del intercambio de opiniones en el informe de la evaluación final.
- (8) Ambas partes de Honduras y Japón llegan a un acuerdo sobre el informe de la evaluación final y firman la Minuta de Reuniones.

### 2-2 Conceptos y criterios para la evaluación

En esta evaluación final se realizaron la identificación y la revisión de las situaciones reales con base en PDM ver.3 (elaborada en junio, 2010), la versión vigente en el momento de esta evaluación, utilizando los siguientes puntos de vista.

Conceptos a revisar	Puntos de vista en el momento de la revisión
Resultados reales	¿Cuáles fueron los logros que se obtuvieron como resultado de la implementación del Proyecto? Y ¿Esos son los logros que se esperaban?
Proceso de la implementación del Proyecto	¿Qué ha ocurrido en el proceso de la implementación del Proyecto? Y ¿qué impactos han causado esos incidentes al cumplimiento del objetivo del Proyecto?

Relación de causa y efecto	¿La implementación del Proyecto realmente logró el cumplimiento del objetivo del mismo?
----------------------------	---

Fuente: Nuevos lineamientos de la JICA para la evaluación de proyectos, versión 1 (departamento de evaluación de la JICA, junio de 2010)

Los resultados de la revisión realizada de acuerdo con los puntos de vista arriba mencionados fueron analizados mediante los siguientes 5 criterios de evaluación.

5 Criterios	Puntos de vista
Pertinencia	Nivel de coherencia con las políticas de la asistencia de desarrollo de Japón, las políticas y prioridad del grupo meta, país receptor o donante.
Efectividad	Parámetro para medir el nivel de cumplimiento del objetivo de la asistencia de desarrollo.
Eficiencia	Se miden cuantitativa y cualitativamente las salidas ( <i>outputs</i> ) haciendo la comparación con los insumos ( <i>inputs</i> ). Es un término económico que se usa para mostrar que la asistencia de desarrollo ha utilizado recursos menos costosos para obtener resultados esperados. Con el propósito de verificar que se haya tomado el proceso más eficaz, normalmente se necesita hacer la comparación con otro método de abordaje.
Impacto	Se refiere a los cambios positivos o negativos que se generan con o sin intención, directa o indirectamente por la asistencia de desarrollo. Incluye la influencia y efectos principales que genera la asistencia de desarrollo en los indicadores del desarrollo de la sociedad local, economía, medio ambiente entre otros.
Sostenibilidad	Se analiza si siguen los beneficios obtenidos por la asistencia de desarrollo aún después de terminar la asistencia por el donante. La asistencia de desarrollo debe ser sostenible en aspectos ambientales y financieros.

Fuente: Nuevos lineamientos de la JICA para la evaluación de proyectos, versión 1 (departamento de evaluación de la JICA, junio de 2010)

### 2-3 Datos e información utilizados en la evaluación

En la presente evaluación final se realizó la recolección de la información de la siguiente manera.

- (1) Estudio de los documentos: Se obtuvo la información necesaria mediante el informe del estudio preliminar del Proyecto, R/D, informes de avances del Proyecto y otros documentos relacionados.
- (2) Encuestas: Realizadas previamente a los expertos japoneses y al personal de contraparte hondureño (Debido al corto tiempo de preparación del estudio, en esta ocasión las respuestas del personal de contraparte fueron reunidas verbalmente durante las entrevistas realizadas.)
- (3) Entrevistas: Se obtuvo la información necesaria mediante las entrevistas a los expertos, personal de contraparte, personas relacionadas de las instituciones de salud, personal de las alcaldías y personas relacionadas con las actividades de pares en los 7 municipios piloto del departamento de Olancho.
- (4) Visitas al sitio: Visitó los lugares del Proyecto para observar el desarrollo de las actividades.

## Capítulo 3 Resultados reales del Proyecto y el proceso de implementación

### 3-1 Resultados reales de las aportaciones de insumos

#### 3-1-1 Aportaciones de la parte japonesa

Se muestran a continuación las aportaciones realizadas hasta finales de octubre de 2011 por parte de Japón. Los detalles de cada partida de las aportaciones son mostrados en el documento anexo "Aportaciones realizadas por la parte japonesa".

#### (1) Envío de los expertos

Se llevó a cabo los siguientes envíos de los expertos japoneses en 7 áreas de especialidades; líder/administración general (1), salud pública para adolescentes (2), promoción de salud, monitoreo/evaluación/estadísticas, elaboración del material didáctico/Información educación y comunicación (IEC), apoyo en diseminación de las actividades de pares/participación comunitaria, coordinación administrativa/apoyo en gestión administrativa del proyecto) y un experto de un tercer país con especialidad en salud comunitaria/servicios de salud reproductiva para adolescentes, llegando un total de 79.4 Meses/Hombre (M/M) a finales de octubre de 2011.

**Tabla: Envíos de los expertos realizados**

	Expertos japoneses	Experto de tercer país	Totales (M/M)
1er año	16.30	3.80	20.10
2do año	19.70	4.50	24.20
3er año	19.00	4.50	23.50
4to año (hasta octubre)	9.50	2.10	11.60
Totales	64.50	14.90	79.40

#### (2) Aportación de los equipos

Se aportaron los siguientes equipos; 2 vehículos, 7 motocicletas, equipos para crear espacios amigables (Computadoras, equipos audiovisuales entre otros), materiales para acondicionar el entorno de las instituciones de servicios de salud como pinturas, equipos de limpieza entre otros, llegando un total de unos 19,620,000 yenes.

#### (3) Gastos locales

Se realizaron gastos locales para la elaboración de materiales audiovisuales, capacitaciones, acondicionamiento del interior y exterior de los espacios amigables, entre otros, llegando un total de unos 85,851,000 yenes (incluyendo los gastos de equipos, gastos de capacitaciones en Japón y en tercer país).



#### **(4) Capacitaciones en Japón**

Se llevó a cabo la capacitación en Japón en las dos siguientes ocasiones.

- “Capacitación de la gestión en administración de servicios de salud/mejoramiento de servicios de salud reproductiva para adolescentes” (agosto de 2009, 23 días): 6 participantes.
- “Capacitación del mejoramiento de servicios de salud reproductiva para adolescentes” (agosto de 2010, 23 días): 4 participantes.

#### **(5) Capacitación en un tercer país**

Se llevó a cabo un intercambio técnico con el proyecto técnico de la JICA en Nicaragua, el “proyecto del fortalecimiento de la salud reproductiva para adolescentes en Nicaragua” con duración de 6 días en septiembre de 2009, en el que participaron 13 personas.

### **3-1-2 Aportaciones de la parte hondureña**

Se muestran a continuación las aportaciones realizadas por la parte hondureña. Los detalles de cada partida de las aportaciones son mostrados en el documento anexo “Aportaciones realizadas por la parte hondureña”.

#### **(1) Asignación del personal de contraparte**

A nivel nacional están asignados como personal de contraparte; el Subsecretario de Riesgos Poblacionales como Director del Proyecto, el Director General de Promoción de Salud, el Jefe del Departamento de Salud Integral a la Familia, el Jefe del PAIA, el Jefe del Departamento de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, el Jefe del Programa Nacional de Salud Mental.

A nivel regional están asignados como personal de contraparte; el Director de la Región Sanitaria Departamental No. 15 como Director Ejecutivo del Proyecto, el Asesor Nacional del Proyecto y el Jefe del Programa de Adolescentes, siendo estos últimos dos asignados como contraparte clave para el Proyecto. Además de los antes mencionados, están asignados a nivel regional el Jefe del Departamento de Provisión de Servicios de Salud, el Jefe de la Unidad de Desarrollo Sectorial, el Jefe de enfermería regional, el Jefe de la Unidad de Aseguramiento de Calidad, el Jefe del Programa de Atención a las Mujeres, el Jefe del Departamento de Estadística, el Jefe del Departamento de Promoción de Salud, el Director del Hospital Regional San Francisco, el Jefe de las Consultas Externas del mismo hospital, el Jefe de Clínica de los Adolescentes del mismo hospital, el Jefe de enfermería y educadora del mismo hospital para participar en las actividades del Proyecto.

A nivel municipal, están asignadas las siguientes personas como personal de contraparte de los 7 municipios piloto para participar en diferentes actividades incluyendo la participación en el Comité de

Servicios de SSRA; el coordinador médico municipal, la supervisora de enfermería, el jefe de educación de salud, entre otros.

**(2) Infraestructura, instalaciones, etc.**

La oficina del Proyecto y sus equipos están instalados en la oficina de la Región Sanitaria Departamental de Olancho.

**(3) Gastos locales**

La parte hondureña cubre los gastos de servicios como agua, luz y gas de la oficina del Proyecto y el salario del chofer de los vehículos. En cuanto a otras partidas para las actividades que corresponden a la Secretaría de Salud, la oficina de la Región Sanitaria Departamental de Olancho solicitó el presupuesto correspondiente, sin embargo no ha logrado obtenerlo.

En 2 municipios piloto la parte hondureña cubrió los gastos de construcción de los espacios amigables, además de que en todos los municipios piloto la alcaldía cubre los gastos de mantenimiento de los espacios amigables activos como la renta del mismo, si fuese el caso, luz, agua y gas, entre otros.

**3-2 Actividades realizadas**

La mayoría de las actividades se ha realizado de acuerdo con el Plan de Operación (PO)<sup>1</sup>. Se muestra el avance de cada actividad según los Resultados Esperados.

**(1) Establecer un sistema para prestar los servicios de SSRA (salud sexual y reproductiva para adolescentes) con calidad que faciliten el acceso de los y las adolescentes.**

En este Resultado Esperado, se han hecho actividades para establecer un sistema para prestar servicios de SSRA mediante la formación de personal a través de las capacitaciones de Calidad de Vida (CdV) y Servicios Amigables para Adolescentes (SAA), que incluyen actividades relacionadas con el contenido, metodología, materiales didácticos, instructores de las capacitaciones, así como mediante la implementación de SAA y la introducción de la metodología de monitoreo. Se muestra en la siguiente tabla el avance de cada una de las actividades.

**Tabla: Avances de las actividades relacionadas con el Resultado Esperado 1**

Actividades	Niveles de avance
1-1. Definir las	Las personas involucradas del Proyecto han comprendido el concepto de PAIA y

<sup>1</sup> Como resultado de la Revisión Intermedia, se ha modificado la PDM en junio de 2010, esto causó la necesidad de modificar las actividades, por lo que se tuvo que modificar el PO. El actual PO está vigente a partir de julio de 2010.

características de los servicios de SSRA de acuerdo al concepto de PAIA en el Departamento de Olancho.	han identificado las características del Departamento de Olancho. Después de verificar la coherencia entre el concepto de PAIA, las características del departamento y los servicios de SSRA que se procuraba llevar a cabo en el Proyecto, se definió el contenido de las actividades.
1-2. Desarrollar la guía para que el personal de salud preste los servicios amigables para adolescentes.	Se elaboró la “guía de SAA” con base en lo antes mencionado.
1-3. Identificar los contenidos necesarios y posibles participantes de la capacitación.	Se tomó la decisión de llevar a cabo la capacitación para todo el personal de las unidades de salud (personal permanente) de los 7 municipios piloto sobre temas de CdV con el propósito de promover el empoderamiento y la motivación del personal de salud así como los temas de SAA para mejorar los servicios de SSRA.
1-4. Elaborar el programa de capacitación.	Se han elaborado programas de capacitación de CdV y de SAA, los cuales están descritos en el manual y la guía de cada capacitación.
1-5. Desarrollar los materiales didácticos de la capacitación.	Con respecto a la capacitación de CdV, se elaboró un manual de capacitación para el instructor y otro para los participantes en 2010, y actualmente se están realizando modificaciones con base en los resultados de su uso. Con respecto a la capacitación de SAA, además de aprovechar la “guía de SAA” antes mencionada, se elaboró un “paquete de capacitación de SAA” como material didáctico.
1-6. Seleccionar a los capacitadores.	En cuanto a la capacitación de SAA, dos funcionarios del departamento de PAIA de la Secretaría de Salud y tres funcionarios de la oficina de Región Sanitaria Departamental fueron capacitados para ser instructores (capacitadores). Estos funcionarios previamente recibieron la capacitación de CdV como requisito para ser capacitadores de SAA, pero la capacitación de CdV la imparten los capacitadores de formación de líderes de pares.
1-7. Capacitar los capacitadores según se requiera (emulación de los casos exitosos en Honduras, capacitación en Japón y otros países)	Los capacitadores referidos en el inciso anterior 1-6 recibieron entrenamiento mediante las prácticas en cada capacitación.
1-8. Ejecutar el programa de capacitación para los proveedores de SSRA.	Todo el personal de las unidades de salud de los 7 municipios piloto del Proyecto recibió la capacitación de CdV y SAA. El número total del personal permanente de las unidades de salud de los 7 municipios piloto es de 323 <sup>2</sup> , de los cuales 322 personas participaron en la capacitación de CdV y 307 en la de SAA. Asimismo, 199 personas participaron en la capacitación de seguimiento de SAA, ejecutada en septiembre de 2011.

<sup>2</sup> Es el número del personal enlistado como personal permanente, sujeto de las capacitaciones del Proyecto. La lista fue elaborada por los coordinadores médicos municipales y supervisoras de enfermería de los municipios. La lista incluye los médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, laboratoristas, educadores de salud, promotores de salud, personal de estadística entre otros. Pero en algunos municipios no se incluyeron todos promotores de salud para capacitaciones por diversas razones.

1-9. Elaborar y distribuir la guía para los servicios amigables para adolescentes y otros materiales del proyecto.	Se elaboraron una guía de capacitación de SAA que describe el concepto y los componentes de SAA, un rotafolio del tema de SSRA y diversos trifolios de SAA, los cuales han sido entregados a todas las unidades de salud.
1-10. Mantener una reunión trimestral para intercambio de opiniones entre los proveedores de SSRA y otros.	Se realiza trimestralmente un intercambio de opiniones sobre SSRA en la reunión mensual del personal de las unidades de salud a nivel municipal en las que participan los representantes de las unidades de salud. El Proyecto elaboró un formato para registrar los casos de SSRA de cada unidad de salud, el cual es aprovechado para el intercambio de experiencias y opiniones en la reunión mensual.
1-11. Monitorear el mejoramiento del desempeño de los participantes de las capacitaciones para mejorar el programa de capacitación por el comité de SSRA.	Se monitorea de la siguiente manera. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los participantes de la capacitación de SAA elaboraron el plan de acciones y el plan de monitoreo para realizar SAA en la unidad de salud donde trabajan. En cada unidad se realiza el automonitoreo según el plan de monitoreo y se comparte la información en la reunión mensual municipal para el intercambio de opiniones.</li> <li>• La supervisora de enfermeras de cada municipio visita periódicamente a cada una de las unidades de salud como rutina del trabajo, y en esa visita realiza un monitoreo de las actividades que se realizan para mejorar SAA. Los resultados del monitoreo son presentados en la reunión del "Comité de Servicios de SSRA" que se celebra a nivel regional para llevar a cabo un monitoreo general regional.</li> <li>• Se realiza el monitoreo mediante muestreo por parte del funcionario de la oficina de Región Sanitaria Departamental (miembro del Comité de Servicios de SSRA).</li> <li>• Se elaboró unos criterios para certificar la unidad de salud con SAA en el nivel departamental como una parte del sistema de monitoreo y la oficina de Región Sanitaria Departamental realiza la certificación de la unidad de salud de acuerdo con el criterio antes mencionado.</li> </ul>
1-12. Retroalimentación del sistema de capacitación para mejorar el programa de capacitación por el comité de SSRA.	Los resultados de los monitoreos arriba mencionados son analizados en el Comité de Servicios de SAA y aprovechados para mejorar la próxima capacitación de SAA. Asimismo, se llevó a cabo la "capacitación de seguimiento de SAA" con el fin de compartir los resultados del monitoreo y mejorar SAA. También se realizó el mejoramiento del paquete de capacitación de SAA, aprovechando los resultados de estas actividades.
1-13. Elaboración de plan de fortalecimiento de los servicios de SSRA en las unidades de salud (Hospital San Francisco, CMI, CESAMO, CESAR).	Como se ha mencionado en el inciso anterior 1-11, los participantes de la capacitación de SAA elaboraron el plan de acciones para mejorar SAA en su unidad de salud. El plan de acciones es renovado anualmente.
1-14. Implantar los servicios diferenciados de SSRA en las unidades de salud	Los servicios de SAA se otorgan de manera apropiada para cada unidad de salud mediante la implementación del plan de acciones referido en los incisos anteriores 1-11 y 1-13.

<p>1-15. Monitorear la situación en torno a la prestación de servicios diferenciados de SSRA en las unidades de salud por el comité de SSRA.</p>	<p>El monitoreo del otorgamiento de servicios diferenciados de SSRA de cada unidad de salud es llevado a cabo mediante la metodología descrita en el inciso anterior 1-11.</p>
<p>1-16. Mejorar la metodología de los servicios diferenciados de SSRA en las unidades de salud</p>	<p>Se realizan las acciones para mejorar los servicios de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan de acción elaborado en cada unidad de salud es revisado por el coordinador médico municipal y la supervisora de enfermería, los cuales brinda asesoría para mejorar los servicios en su caso.</li> <li>• Cada unidad de salud realiza esfuerzos de mejorar los servicios mediante la asesoría que recibe en la reunión mensual municipal y la orientación que da la supervisora de enfermería en su visita periódica.</li> <li>• Se hace el intercambio de opiniones sobre la situación de los servicios de cada municipio en la reunión del Comité de Servicios de SSRA a nivel regional, y los resultados de la reunión son retroalimentados a cada municipio.</li> <li>• Se ha establecido unos criterios de certificación de la unidad de salud con SAA en el nivel departamental. Se verifica el nivel de los servicios diferenciados de SSRA mediante el examen de certificación, y en caso de que falte algún punto para alcanzar el nivel de criterio de certificación, se recibe asesoría para poder mejorar ese punto faltante antes del próximo examen.</li> </ul>
<p>1-17. Mejorar la referencia y contra-referencia relacionada con los servicios de SSRA.</p>	<p>En el Proyecto se ha introducido el sistema de referencia del espacio amigable (líder de pares) a la unidad de salud (personal de salud). Se elaboró un formato que se usa cuando el líder de pares necesita realizar una referencia a la unidad de salud, entregando la información. Se utiliza dicho formato, sin embargo, esta referencia no es interinstitucional, por lo que no se ha introducido un sistema de contra-referencia, pero los resultados de referencia se informan verbalmente al líder de pares.</p>
<p>1-18. Monitorear la referencia y contra-referencia relacionada con los servicios de SSRA.</p>	<p>Los casos de referencia son informados en la reunión mensual municipal, y sus resultados son a su vez informados en la reunión del Comité de Servicios de SSRA. Por otra parte, el sistema de registro de las referencias a la unidad de salud está establecido en el espacio amigable.</p>
<p>1-19. Establecer condiciones que permitan obtener fácilmente preservativos a los y las adolescentes.</p>	<p>El plan de acciones de SAA de 2011 que elaboró cada unidad de salud contempla el acondicionamiento del ambiente que facilite a los adolescentes obtener preservativos. Se confirmó que esta acción fue realizada de acuerdo con el plan de acciones en cada unidad de salud.</p>

**(2) Resultado Esperado 2: Establecer un sistema de pares para facilitar el acceso de los y las adolescentes a los servicios.**

Para establecer el sistema de pares que es el presente resultado esperado, se han formado a los actores indispensables, como el líder de pares, coordinador de líderes de pares, facilitador (apoyo de pares) de pares y capacitador de pares. También se han realizado trabajos de acondicionamiento del espacio

amigable con líderes de pares, las actividades de líderes de pares (incluyendo las reuniones periódicas) y los monitoreos. Se muestran en la siguiente tabla los niveles de avance de cada una de las actividades.

**Tabla: Avances de las actividades relacionadas con el Resultado Esperado 2**

Actividades	Niveles de avance
2-1. Formar y mantener líderes de pares (consejería de adolescente a adolescente).	Un total de 185 líderes de pares fueron formados en los 7 municipios piloto mediante la capacitación de líderes de pares. Estos líderes de pares realizan actividades de educación y consejería de pares en compañía del coordinador de pares en cada municipio y otras actividades dentro y fuera de los espacios amigables.
2-2. Monitorear las actividades de líderes de pares.	El coordinador de pares siempre acompaña a los líderes de pares cuando el espacio amigable esté abierto y/o cuando éstos hacen actividades de promoción mediante visitas a las escuelas y otros lugares y realiza el monitoreo de las actividades de pares. Asimismo, el informe de actividades de pares, el libro de registro de visitantes y la hoja de registro de consejería están elaborados y llenados para registrar los datos correspondientes. Esta información es compartida en la reunión de coordinadores de pares para el intercambio de opiniones. Además, las actividades conjuntas con los líderes de pares están informadas en los informes de educación de la salud en las escuelas y comunidades que realiza el Departamento de Promoción de Salud de la oficina de Región Sanitaria Departamental.
2-3. Establecer un espacio amigable donde los y las adolescentes puedan reunirse libremente en cada municipio.	8 espacios amigables con líderes de pares fueron abiertos en los 7 municipios piloto. En Juticalpa se abrió un espacio en el Hospital de San Francisco junto a la clínica de consultas externas para adolescentes y otro en el centro del municipio. En otros 6 municipios se abrió un espacio en el centro de cada municipio.
2-4. Formar coordinadores de pares.	Un total de 103 coordinadores de pares fueron formados en los 7 municipios piloto mediante la capacitación de coordinadores de pares. Los coordinadores de pares acompañan a las actividades que realizan los líderes de pares y brindan consejos necesarios cuando sea pertinente. Periódicamente se reúnen para compartir la información de las actividades de pares y de monitoreo así como para coordinar las actividades de pares y el plan de actividades con otras personas relacionadas del municipio.
2-5. Formar capacitadores de pares.	Con respecto a la formación de los capacitadores de pares como una actividad importante de la formación del personal de actividades de pares, se dio la capacitación para formar capacitadores de pares a los 5 candidatos de capacitadores, seleccionados de los coordinadores de pares. Después de capacitarlos en forma práctica en el proceso de capacitación a otras personas de pares, se les aplicó un examen de certificación, utilizando el mismo criterio que el de certificación de capacitadores de pares que se hace en Japón, los 5 fueron certificados oficialmente como capacitador de pares. Asimismo, se llevó a cabo otra capacitación para 18 personas para formar capacitadores a nivel municipal en octubre de 2011. Asimismo los 5 capacitadores de líderes de pares también se encargan de impartir el curso de CdV.

<p>2-6. Formar facilitadores (padres de adolescentes, maestros, y personas de la comunidad) de pares.</p>	<p>En julio de 2010 se llevó a cabo una capacitación donde se formaron 9 facilitadores de pares. Sin embargo, posteriormente se vio un cambio en el significado de los facilitadores de pares, por lo que con el propósito de evitar la repetición de las funciones de los coordinadores de pares<sup>3</sup>, se dejó de realizar la “capacitación para la formación de los facilitadores”. En lugar de esta capacitación, se organizó otra capacitación/taller para las personas que apoyan las actividades de pares como maestros de escuelas, padres de familia, personas de la comunidad, entre otros, con el fin de hacerles conocer el concepto y el contenido de las actividades de pares, en la que han participado hasta la fecha un total de 135 personas.</p>
---	---

**(3) Resultado Esperado 3: Desarrollar una actitud positiva para recibir los servicios de SSRA entre los y las adolescentes.**

Para desarrollar una actitud positiva para recibir los servicios de SSRA entre los adolescentes, el Proyecto ha realizado las actividades de IEC por medio del personal de salud y las actividades de pares. Se muestran en la siguiente tabla los niveles de avance de cada una de las actividades.

**Tabla: Avances de las actividades relacionadas con el Resultado Esperado 3**

Actividades	Niveles de avance
<p>3-1. Identificar de las necesidades de información, educación y comunicación (IEC) de acuerdo a las necesidades del personal de salud y los y las adolescentes por el comité de SSRA.</p>	<p>Se analizó e identificó la IEC necesaria para SSRA en el Comité de Servicios de SSRA y se elaboró una “guía para promover y diseminar SSRA”. Asimismo, se revisó los materiales didácticos existentes de IEC para elaborar una lista de los materiales necesarios de SSRA. Los materiales ya elaborados hasta la fecha cubren los temas enlistados.</p>
<p>3-2. Elaborar el plan de IEC de acuerdo a las necesidades de personal de salud y los y las adolescentes por el comité de SSRA.</p>	<p>Los 7 municipios piloto elaboraron el plan de IEC según la guía arriba mencionada.</p>
<p>3-3. Implementar el plan de IEC por las unidades de salud de cada municipio.</p>	<p>En 2011 cada unidad de salud elaboró y está implementando el plan de IEC de acuerdo con el plan de IEC municipal, referido en el inciso anterior 3-2.</p>
<p>3-4. Implementar el plan de IEC por los líderes de pares conjuntamente con los coordinadores de pares.</p>	<p>Los líderes de pares y los coordinadores de pares organizan reuniones periódicas conjuntas donde se elabora el plan de implementación de las actividades de pares incluyendo las actividades de IEC. El plan ha sido ejecutado.</p>

<sup>3</sup> Algunos coordinadores de pares tienen hijos que son líderes de pares y/o adolescentes, entonces para evitar la repetición de la capacitación se tomó la decisión de dejar la capacitación para formar facilitadores de pares. Cabe mencionar que en Japón los facilitadores acompañan a los líderes de pares en el espacio amigable para apoyar sus actividades, sin embargo, en Honduras los coordinadores de pares realizan este trabajo. Es decir los coordinadores de pares hondureños realizan el papel que realizan los facilitadores de pares japoneses.

3-5. Implementar el plan de IEC a la población general adulta de la comunidad para divulgación y motivación sobre SSRA	El plan de IEC referido en el inciso anterior 3-2 contempla las actividades de promoción hacia la población adulta de la comunidad. El plan ha sido ejecutado. Con el propósito de hacer conocer y comprender las actividades de pares, se han realizado actividades de promoción mediante actividades de divulgación del espacio amigable y los líderes de pares así como varios eventos en las comunidades.
3-6. Monitorear las actividades de IEC por el comité de SSRA.	La hoja de monitoreo que se utiliza para monitorear SAA contiene los conceptos de las actividades de IEC para monitorearlas y los resultados del monitoreo que realiza cada municipio son informados trimestralmente en la reunión del Comité de Servicios de SSRA para compartirlos. De esta manera se monitorea la situación de las actividades de IEC de cada municipio.

**(4) Resultado Esperado 4: Establecer un sistema de gestión y operación para prestar los servicios de SSRA.**

Se formó el Comité de Servicios de SSRA como un órgano de apoyo para la implementación del Proyecto en beneficio de las unidades de salud y el personal de salud de los 7 municipios piloto. El comité está formado por los representantes de los departamentos de la oficina de Región Sanitaria Departamental relacionados con el Proyecto, los coordinadores médicos municipales, supervisoras de enfermería y los encargados de educación de salud de los municipios entre otros. En el comité se llevan a cabo actividades de gestión y administración general del Proyecto, elaboración del programa y plan de capacitación, ejecución de la capacitación, planeación y ejecución de SAA, evaluación y monitoreo. Se muestran en la siguiente tabla los niveles de avance de cada una de las actividades.

**Tabla: Avances de las actividades relacionadas con el Resultado Esperado 4**

Actividades	Niveles de avance
4-1. Ejecutar estudios de línea base, medio-término, y del final de proyecto.	Se llevaron a cabo el estudio de línea base en julio de 2008, el estudio de medio término en enero de 2010 y el estudio final en octubre de 2011.
4-2. Establecer un comité para el desarrollo y ejecución de SSRA.	El Comité de Servicios de SSRA está establecido. Sus miembros son funcionarios de los departamentos relacionados con SSRA de la oficina de Región Sanitaria Departamental, el Hospital de San Francisco, los coordinadores médicos municipales, los jefes de enfermeros y los encargados de educación de salud de los municipios entre otros.
4-3. Establecer un sistema de coordinación interinstitucional con el programa municipal para adolescentes.	En los 7 municipios piloto ejecutan el Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud (PMIAJ). Este programa organiza grupos de jóvenes para llevar a cabo actividades de prevención de VIH/SIDA, la contra-violencia y la formación de adolescentes. El Proyecto ha trabajado en varios eventos municipales junto con el Programa como el día mundial de VIH/SIDA. Los funcionarios del Programa participaron en la capacitación de formación de coordinadores de pares en septiembre de 2011 y posteriormente participan en actividades de pares.



4-4. Establecer un sistema de monitoreo de la prestación de servicios de SSRA, las actividades de líderes de pares y las actividades de IEC.	Se lleva a cabo el monitoreo referido en los incisos 1-15, 2-2 y 3-6 en cada una de las actividades.
4-5. Establecer un sistema integral municipal de coordinación con los organismos relacionados con las actividades de SSRA en las comunidades.	Los líderes y los coordinadores de pares realizan actividades de SSRA en colaboración con el personal de educación, la iglesia y otras organizaciones en cada municipio. Por ejemplo, la alcaldía de Juticalpa organiza una reunión donde convocan las instituciones que llevan a cabo las actividades de SSRA. El representante del coordinador de pares también participa en esta reunión.
4-6. Realizar actividades de SSRA con el personal del sector educativo y otras organizaciones relacionadas.	Se celebró un convenio de la cooperación para las actividades de pares entre la Dirección Departamental de Educación y la Oficina Regional Sanitaria de Olancho. Objetivo del convenio es realizar actividades conjuntas con el propósito de fortalecer la SSRA en 7 municipios del Olancho. Además, entre los coordinadores de pares están personas del sector educativo. Y cuando se selecciona los líderes de pares, se solicita el apoyo a los colegios y éstos recomiendan candidatos.
4-7. Sistematizar la experiencia del proyecto PASOS.	Con miras a la disseminación a otros departamentos, se está trabajando para elaborar paquetes de materiales didácticos de capacitación de CdV y SAA. Asimismo se organizó una convención de líderes de pares con el fin de hacer conocer las actividades de pares a las personas relacionadas en Honduras. Se obtuvo la participación de 192 personas en la convención donde se presentaron los antecedentes, las actividades y los resultados del Proyecto. Cabe mencionar que el trabajo de sistematizar la experiencia del Proyecto está programado como una de las actividades a realizar en un futuro cercano.

### 3-3 Niveles de los logros de los resultados esperados

#### (1) Resultado Esperado 1: Establecer un sistema para prestar los servicios de SSRA de calidad que faciliten el acceso de los y las adolescentes.

Se elaboró una estructura de SAA para el Proyecto que introduce medidas para mejorar los servicios de SSRA y la capacitación ejecutada con base en esta estructura alcanzó su meta numérica. La capacitación tiene como objetivo que los participantes lleven a cabo adecuadamente SAA en su unidad de salud y reciban la certificación como unidad de salud con SAA. Se espera que, más del 90% quede aprobado por el examen de marzo de 2012 mediante la precertificación y el seguimiento. En cuanto a la referencia, existen casos de referencia entre pares y unidades de salud en que se hizo referencia sin utilizar el formato introducido por el Proyecto, por lo que en el futuro es necesario revisar el uso adecuado del formato para registro. El nivel de satisfacción de los servicios de SSRA se ha mantenido alto según el valor de línea final. Se observó un aumento de las personas interesadas en consultar sobre SSRA con el personal de salud y que contestaron que desean acudir a las unidades de salud en caso de embarazo. Se muestran en la

siguiente tabla los niveles de logros de cada uno de los indicadores.

**Tabla: Nivel de logro de los indicadores del Resultado Esperado 1**

Indicadores	Nivel de logro
1-1. Existencia de los componentes básicos de la estructura de los servicios amigables para adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se elaboró una estructura formada por los componentes básicos de SAA de dos caracteres; suave y duro. Esta estructura está incluida en la "guía de SAA".</li> </ul>
1-2. Más del 90% de los trabajadores de salud permanentes se ha capacitado sobre servicios de SSRA de acuerdo al programa <sup>1)</sup> propuesto por el proyecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>El número total del personal de salud de los 7 municipios piloto es de 323, de los cuales 307 han participado en la capacitación de SAA, es decir, el 95%.</li> </ul>
1-3. El 90% de las unidades de salud se han certificado como servicios amigables para adolescentes en base a la estructura de los servicios amigables para adolescentes, por la Secretaría de Salud con el proyecto PASOS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En octubre de 2011, el personal de la oficina de Región Sanitaria Departamental aplicó el examen de precertificación de acuerdo con el criterio establecido, aprobando 63 unidades de salud<sup>4</sup> (70%) de las 90 unidades de los 7 municipios piloto<sup>5</sup>. Está programado hacer un nuevo examen en 5 meses, es decir en marzo de 2012.</li> <li>Se está dando orientación a las unidades de salud no aprobadas en dicho examen para que mejoren los puntos no satisfactorios, y las personas involucradas piensan que más de 90% de las unidades aprobarán el examen de certificación.</li> </ul>
1-4. Un sistema de referencia, que utilice un formulario específico para adolescentes se ha implantado y mantenido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se elaboró e introdujo un formato para hacer referencia de los líderes de pares a la unidad de salud.</li> <li>Según el mecanismo de control de casos de referencia, éstos deben informarse en el Comité de Servicios de SSRA, sin embargo, hasta la fecha sólo un caso está registrado.</li> <li>Es deseable hacer uso adecuado del formato para registrar y tener control de la información.</li> </ul>
1-5. La tasa de satisfacción de los usuarios de SSRA se ha incrementado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al comparar los resultados del estudio de línea base y los de línea final, el estudio por entrevistas rápidas realizadas mostró, como un resultado significativo de estadísticas, un mejoramiento en el nivel de satisfacción sobre la limpieza de las instalaciones, el arreglo personal de las personas de salud y la atención recibida. Por otra parte, en las preguntas sobre la atención del personal (controles prenatales) y la satisfacción de los servicios generales no se encontró significancia estadística, sin embargo, se mantuvo un nivel alto, igual que el resultado del estudio de línea base. En cambio, según los resultados de estudio de Conocimiento, Actitudes y Prácticas (KAP), ha aumentado, como resultado estadísticamente significativo, el</li> </ul>

<sup>4</sup> Las unidades de salud incluyen el Hospital de San Francisco, CESAMO Y CESAR. Quiere decir que no solamente el hospital que se encuentra en el área poblada sino también los 68 CESAR del área rural donde está asignado un auxiliar de enfermería solamente).

<sup>5</sup> El número total de las unidades de salud en los 7 municipios piloto es de 103, sin embargo, en 13 unidades no está asignado el personal permanente de salud capacitado por el Proyecto sino el pasante de servicio social, por lo tanto estas 13 unidades están fuera del alcance de evaluación para certificación. El examen de la precertificación fue aplicado en 89 unidades ya que el personal permanente de una unidad estaba de vacaciones.

número de personas que expresaron que desean utilizar la misma unidad de salud en las siguientes ocasiones y/o recomendar la unidad a otras personas<sup>6</sup>.

**Tabla: Resultados de los estudios de línea base y línea final (Satisfacción)**

	Línea base	Línea final
<b>Estudio Rápido en el sitio</b>		
1) Limpieza de las instalaciones	52.7%	66.39%*
2) Arreglo personal del personal de salud	82.0%	92.9%*
3) Atención recibida del personal (control prenatal)	89.9%	92.9%
4) Servicios generales	84.4%	79.7%
<b>Estudio KAP</b>		
1) Desea utilizar la misma unidad de salud en las siguientes ocasiones	90.0%	96.0%*
2) Desea recomendar la unidad que utilizó a otras personas.	90.0%	97.6%*

\* Significativo estadísticamente

1-6. El número de adolescentes que quieren consultar sobre SSRA con el personal de salud capacitado en SSRA ha aumentado de acuerdo al estudio de línea base. (Es igual al indicador 3-1.)

- Si se hace la comparación de los resultados de los estudios de línea base y línea final en la pregunta de que cuando esté embarazada, a dónde desea ir, se ha notado el aumento de las personas que contestaron que desean ir a la unidad de salud como se muestra a continuación.

**Tabla: Resultados de los estudios de línea base y línea final (A dónde desea ir cuando esté embarazada?)**

		Línea base	Línea final
Municipio de Juticalpa <sup>7</sup>	Hospital	56.7%	68.6%
Municipio de Catacamas <sup>8</sup>	Hospital	42.9%	42.6%
	Centro de salud	31.9%	35.7%
Otros 5 municipios <sup>9</sup>	Centro de salud	53.6%	61.3%

1) El programa que propone el Proyecto contiene la guía de la estructura de SAA definida de acuerdo con PAIA y los servicios de SSRA basados en el plan de acciones y en el de monitoreo (Fuente: PDM ver.3).

## (2) Resultado Esperado 2: Establecer un sistema de pares para facilitar el acceso de los y las adolescentes a los servicios.

Se está desarrollando la formación de los actores de las actividades de pares. Como resultados de las actividades, aunque hay algunos espacios amigables que todavía no cumplen un año de haberse abierto, se ha alcanzado la meta de 1,000 visitantes anuales. Con respecto a las referencias, como se mencionó en el inciso del Resultado Esperado 1, se necesita mejorar la forma de registro en el futuro. Asimismo, se necesita fortalecer aún más el sistema de implementación para mantener las actividades de pares. Se muestran en la siguiente tabla los niveles de logros de cada uno de los indicadores.

<sup>6</sup> El universo del estudio de KAP de línea base fue limitado, siendo 361 personas. Por lo que no se puede negar que haya generado error.

<sup>7</sup> La unidad de salud donde se atiende las embarazadas en el municipio de Juticalpa es el Hospital de San Francisco.

<sup>8</sup> El municipio de Catacamas está cerca del municipio de Juticalpa, por lo tanto se puede pensar que hay casos que van al Hospital de San Francisco cuando esté embarazada y otros a los centros de salud del municipio.

<sup>9</sup> En otros municipios los centros de salud son las unidades donde se atienden las embarazadas.

**Tabla: Nivel de logro de los indicadores del Resultado Esperado 2**

Indicadores	Nivel de logro
2-1. El número de líderes de pares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 185 personas recibieron la capacitación del líder de pares.</li> <li>• Después de haber recibido la capacitación, la mayoría de los líderes de pares continúan con las actividades de pares. Sin embargo, también hay unos líderes que tuvieron que dejar las actividades debido a diferentes razones previsibles, por ejemplo, por cambiar el domicilio, ir a la universidad, estar ocupado por estudio o otras actividades personales, o perder interés en actividades de pares, entre otros.</li> </ul>
2-2. El número de capacitadores de pares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 personas han recibido la capacitación de formación de líderes de pares. 5 participantes de la primera capacitación, después de pasar un tiempo de prácticas, recibieron el examen de certificación y están certificados oficialmente como capacitador del líder de pares mediante la misma metodología que se usa en Japón.</li> </ul>
2-3. El número de coordinadores de pares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 103 personas han recibido la capacitación de coordinador de pares y participan en actividades como coordinador de pares.</li> </ul>
2-4. El número de facilitadores (padres de adolescentes, maestros, y personas de la comunidad) de pares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 135 personas han recibido la capacitación de facilitador de pares o capacitación / taller para divulgar el concepto y contenido de las actividades de pares.</li> </ul>
2-5. 1,000 adolescentes por año visitan los espacios amigables para adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A la fecha, los espacios amigables con líderes de pares, excepto los de Juticalpa, no tienen un año de haberse inaugurado<sup>10</sup>, sin embargo, el número total de visitantes en el plazo de noviembre de 2010 a octubre de 2011 ha llegado a 1,384 personas.</li> <li>• El número de visitantes varía según los municipios. Tomando en consideración las diferentes condiciones de los mismos, por ejemplo, el tamaño de los municipios y la situación socio-económica, es necesario analizar un poco más los resultados reales de las actividades de cada municipio para retroalimentarlos en la planeación de actividades futuras.</li> </ul>
2-6. El número total de los casos referidos de los líderes de pares al personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se introdujo el formato de referencia que hace el líder de pares en enero de 2011, pero hasta la fecha sólo un caso está registrado como caso de referencia mediante dicho formato.</li> <li>• Muchos de los espacios amigables con líderes de pares están junto a la unidad de salud, por lo que los líderes de pares están refiriendo directa y verbalmente al personal de salud o al coordinador de pares que está en ese momento ya que muchos de los coordinadores son también personal de salud. De esta manera existen casos en que se hace referencia directa y verbalmente durante las actividades cotidianas. Pero estos casos no están registrados, por lo tanto no están contemplados como caso de referencia.</li> </ul>
2-7. Un sistema para el mantenimiento de las actividades de pares <sup>2)</sup> se ha establecido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se llevaron a cabo la capacitación de las actividades de pares y la formación del personal referidas en los incisos 2-1, 2-2, 2-3 y 2-4, y hubo más de 1,000 visitantes por año como se mencionó en el inciso 2-5.</li> <li>• Cada municipio elaboró el diagrama del sistema de implementación de las actividades de pares para fortalecer el sistema que involucra la alcaldía, el programa municipal para adolescentes, el personal del sector educativo y otras instituciones relacionadas.</li> </ul>

Nota 2) "Un sistema de mantenimiento" incluye las funciones de coordinadores de pares, capacitadores de pares, facilitadores de pares, población general adulta de la comunidad que valoran la provisión de servicios de SSRA y colaboraciones con las organizaciones relacionadas como la municipalidad, sector educativo, y otros. (Fuente: PDM ver. 3)

<sup>10</sup> A continuación se mencionan las fechas de inauguración de los espacios amigables con líderes de pares en los municipios. Juticalpa: 5 de febrero de 2010, Catacamas: 29 de octubre de 1020, Salamá: 9 de noviembre de 2010, Guayape: 23 de noviembre de 2010, Culmí: 18 de noviembre de 2010, San Esteban: 2 de febrero de 2011, Patuca: 10 de febrero de 2011.

**(3) Resultado Esperado 3: Desarrollar una actitud positiva para recibir los servicios de SSRA entre los y las adolescentes.**

En cuanto a la pregunta de que si desean consultar con el personal de salud sobre SSRA, se observó un aumento de las personas que contestaron que desean utilizar la unidad de salud cuando está embarazada. Asimismo, el estudio de línea final mostró una proporción reducida de los adolescentes que contestaron que querían obtener la información de SSRA mediante los líderes de pares, pero se confirmó el aprovechamiento de los espacios amigables por los adolescentes por el resultado de que los visitantes a los espacios amigables con líderes de pares rebasaron la meta numérica de 1,000 personas por año. Además, el uso de preservativo ha llegado al 90% y más de 3,700 adolescentes han participado en las actividades de promoción de pares. Todo esto permite mencionar que se ha desarrollado una actitud positiva para recibir servicios de SSRA entre los adolescentes. Se muestran en la siguiente tabla los niveles de logros de cada uno de los indicadores.

**Tabla: Nivel de logro de los indicadores del Resultado Esperado 3**

Indicadores	Nivel de logro
3-1. El número de adolescentes que quieren consultar sobre SSRA con el personal de salud capacitado en SSRA ha aumentado de acuerdo al estudio de línea base. (Es igual al indicador 1-6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Véase el indicador 1-6.</li> </ul>
3-2. El número de adolescentes que quieren consultar sobre SSRA con los líderes de pares ha aumentado de acuerdo al estudio de medio-término del proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con respecto a la pregunta del estudio de KAP del medio por dónde quisiera obtener información sobre SSRA (la respuesta podía ser múltiple seleccionando entre varias opciones), en el momento del estudio de línea intermedia nadie seleccionó a los líderes de pares. En el estudio de línea final, 5 personas de las 361 personas (1.4%) contestaron que deseaban obtenerla con los líderes en el futuro<sup>11</sup>.</li> <li>• Con respecto a la pregunta del medio por dónde habían obtenido la información de SSRA, 9 de las 361 personas (2.5%) contestaron con los líderes de pares.</li> <li>• 1,384 personas en un año visitaron a los espacios amigables con líderes de pares como se mostró en el inciso 2-5 y se dieron más de 68 consejería. (El número de consejerías registradas es de 68 casos, sin embargo, hay otros casos que no se registraron cuando se brindaron la consejería fuera del espacio amigable.)</li> </ul>
3-3. El porcentaje de adolescentes que ha	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En los estudios de línea base y línea final, se hizo la pregunta de “qué medida anticonceptiva ha tomado usted en la última relación sexual”, pero no se hizo</li> </ul>

<sup>11</sup> Con respecto a esta pregunta “donde quisiera obtener la información” del estudio de línea final, se observa un posible problema en la precisión del estudio por varios factores; los entrevistadores no presentaron claramente las opciones de respuesta por el entrevistador (en el estudio de línea base una persona contestó promedio de 5 opciones, mientras que en el estudio de línea final, una persona escogió promedio de 1.9 opciones. Esto nos hace pensar que no se leyó claramente todas las opciones). Asimismo, en las opciones estaban conceptos, además de “líderes de pares”, como “compañero de la escuela”, “amigo”, esto debe haber creado alguna confusión ya que el líder de pares podía ser al mismo tiempo el compañero de la escuela y el amigo.

utilizado preservativos <sup>12</sup> en su última relación sexual se ha incrementado.	<p>preguntas sobre el uso de preservativos (condones), por lo que no existen datos relacionados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El resultado del estudio de KAP en línea base muestra que 69.5% de los adolescentes habían utilizado un método de prevención de embarazo en su última relación sexual, mientras que 90.4% en línea final, de tal manera que hubo un aumento.</li> <li>• En otro pregunta del estudio de KAP de si usan condones en su relación sexual, y en línea base el 34.5% de los entrevistados contestaron que Siembre y esta cifra en línea final aumentó al 47.1%.</li> </ul>
3-4. El número total de participantes en actividades realizadas por líderes de pares (incluyendo escuelas y colegios, la comunidad, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aunque las actividades de pares no han cumplido un año de su inicio, excepto las de Juticalpa, 3,774 adolescentes ya han participado en las actividades de promoción mediante visitas a las escuelas y a las comunidades en el lapso de noviembre de 2010 a octubre de 2011.</li> </ul>

**(4) Resultado Esperado 4: Establecer un sistema de gestión y operación para prestar los servicios de SSRA.**

Se celebra la reunión mensual del Comité de Servicios de SSRA y se lleva a cabo el monitoreo periódico. Hasta ahora se han concentrado esfuerzos en establecer el sistema de la organización y la coordinación sobre las actividades de pares, pero en adelante se esperan más esfuerzos para fortalecer el mecanismo de mantener el sistema establecido. Se muestran en la siguiente tabla los niveles de logros de cada uno de los indicadores.

**Tabla: Nivel de logro de los indicadores del Resultado Esperado 4**

Indicadores	Nivel de logro
4-1. El comité de SSRA se ha reunido mensualmente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se lleva a cabo la reunión periódica del Comité de Servicios de SSRA, excepto en algunos meses especiales.</li> </ul>
4-2. El monitoreo periódico de las actividades de SSRA se ha institucionado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se está realizando el monitoreo referido en los incisos anteriores 1-15, 2-2, 3-6.</li> </ul>
4-3. La coordinación entre organizaciones relacionadas a actividades de SSRA se ha establecido y mantenido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se celebró el convenio de cooperación para actividades de pares con cada alcaldía de los 7 municipios piloto.</li> <li>• Se celebró el convenio de cooperación para actividades de pares entre la oficina de Región Sanitaria Departamental y la Dirección Departamental de Educación.</li> <li>• Cada municipio elaboró el diagrama del sistema de implementación de las actividades de pares para fortalecer el sistema que involucra la alcaldía, el programa municipal para adolescentes, el personal del sector educativo y otras instituciones relacionadas.</li> <li>• La alcaldía de Juticalpa organiza una reunión donde participan las instituciones que llevan a cabo las actividades de SSRA. El representante del coordinador de pares también participa en esta reunión.</li> </ul>

<sup>12</sup> La PDM ver.3 de versión española menciona "preservativos", mientras la versión japonesa menciona "dispositivos anticonceptivos", generando una diferencia entre ambas versiones. La versión española es documento oficial, por lo que aquí se mencionará los "condones".

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los funcionarios del PMIAJ han recibido la capacitación de coordinador de pares, esto permite esperar un fortalecimiento en el futuro enlace.</li> </ul>
--	---

### 3-4 Nivel de logro del objetivo del Proyecto

Los valores de los indicadores del control prenatal no han alcanzado a la meta por poca diferencia, pero tomando en consideración las entrevistas con los miembros del Comité de Servicios de SSRA y de los expertos así como las limitaciones de los datos y los factores socio-económicos, se puede interpretar que el nivel de cada logro es satisfactorio. Cabe mencionar que otros indicadores como el porcentaje de los partos institucionales de las adolescentes, el número de consultas de servicios anticonceptivos y el número de consejerías sobre SSRA alcanzaron metas. La siguiente tabla muestra el estado del logro de cada indicador y sus interpretaciones.

**Tabla: Nivel de logro de los indicadores del objetivo del Proyecto**

Indicadores	Nivel de logro						
1.1. El porcentaje de embarazadas adolescentes que reciben controles prenatales (CPN) al menos una vez se ha incrementado al 60%	<p>Según las estadísticas tomadas en el lapso de noviembre de 2010 a octubre de 2011, el porcentaje de embarazadas adolescentes que han recibido por lo menos un control prenatal subió a 55.1%. Con respecto a este resultado, existe una limitación de no poder contar con un dato confiable del número total del universo de los partos de las adolescentes, que es denominador para calcular la proporción de las adolescentes que reciben por lo menos un control prenatal. Por lo que se decidió utilizar la forma de calcular ese universo mediante la siguiente manera; se multiplica la población menor de un año en Olancho por el porcentaje de la población del grupo de 10 a 19 años de edad dentro de la población reproductiva (10 a 49 años de edad) de Olancho. Sin embargo, algunos miembros del Comité de Servicios de SSRA consideran que el porcentaje real del indicador sería un poco más alto. Por otra parte, la meta establecida en PDM2 de febrero de 2009 fue del 35%, pero en el momento del estudio de Línea Intermedia ya alcanzó al 45.8%, por lo que en febrero de 2011, cuando se modificó a PDM3 se cambió al 60%, una cifra un poco ambiciosa. Esto fue antecedente del indicador. La tasa de asistencia a la consulta del control prenatal, normalmente, en un principio, aumenta drásticamente, pero posteriormente la tasa de crecimiento queda lenta. Al considerar esto, las personas involucradas del Proyecto consideran que el incremento del indicador fue bastante alto, dando fundamento suficiente para valorarlo.</p> <p style="text-align: center;"><b>Tabla: Porcentaje de las embarazadas adolescentes que han recibido por lo menos un control prenatal<sup>13</sup></b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Valores de línea base</th> <th>Valores de línea intermedia</th> <th>Valores de línea final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">18.3%</td> <td style="text-align: center;">45.8%</td> <td style="text-align: center;">55.1%</td> </tr> </tbody> </table>	Valores de línea base	Valores de línea intermedia	Valores de línea final	18.3%	45.8%	55.1%
Valores de línea base	Valores de línea intermedia	Valores de línea final					
18.3%	45.8%	55.1%					

<sup>13</sup> a) el número de los primeros controles de las adolescentes embarazadas (de 10 a 19 años). b) el número total de partos de las adolescentes. Se calcula dividiendo a) entre b), sin embargo, en cuanto a la información de b), es difícil obtener el número total confiable de partos de las adolescentes, por lo tanto se utilizó la siguiente fórmula: (Población menor de un año en Olancho = número de partos) x (porcentaje que ocupa la población adolescente frente a la población de edad reproductiva, de 10 a 49 años)

<p>1.2. El promedio del número de CPN recibidos por adolescentes embarazadas se ha incrementado a 4.0 CPN por adolescente.</p>	<p>Según las estadísticas tomadas en el lapso de noviembre de 2010 a octubre de 2011, el promedio de CPN que han recibido las embarazadas aumentó a 3.3 CPN. Esta cifra fue resultado del cálculo realizado con base en el número de controles prenatales de las adolescentes dividiendo por el número de las embarazadas adolescentes identificadas por las unidades de salud. Sin embargo, hay observación sobre la posibilidad de contar duplicadamente algunas embarazadas ya que una adolescente visita al Centro de Salud Rural (CESAR) cercana de casa, pero la misma puede asistir a otro Clínica Materno Infantil (CMI) posteriormente. De esta manera la misma persona estaría contada dos veces. Por otra parte, en caso de los embarazos de las adolescentes, a veces se detecta tardíamente y hay muchos casos en que no asisten a controles prenatales en la etapa temprana de embarazo debido a varias razones aún después de detectar el embarazo. Razón por la que algunos analizan que el incremento de la frecuencia de controles prenatales es lento. A pesar de los factores que hacen difícil aumentar controles prenatales, como son; los problemas económicos (en caso de la zona alejada, se aumenta el costo de transporte para ir al control prenatal), la falta de comprensión de los familiares, la costumbre de consultar con la partera tradicional, etc., siendo 2 controles prenatales el promedio nacional de control prenatal de la embarazada a todas las edades, han alcanzado a 3.3 controles. Las personas involucradas del Proyecto valoran como un avance importante.</p> <p style="text-align: center;"><b>Tabla: Promedio de CPN que han recibido las embarazadas</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Valores de línea base</th> <th>Valores de línea intermedia</th> <th>Valores de línea final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">2.7CPN</td> <td style="text-align: center;">3.1CPN</td> <td style="text-align: center;">3.3CPN</td> </tr> </tbody> </table>	Valores de línea base	Valores de línea intermedia	Valores de línea final	2.7CPN	3.1CPN	3.3CPN
Valores de línea base	Valores de línea intermedia	Valores de línea final					
2.7CPN	3.1CPN	3.3CPN					
<p>2. El porcentaje de adolescentes cuyos partos son institucionales se ha incrementado al 30%.</p>	<p>Según las estadísticas tomadas en el lapso de noviembre de 2010 a octubre de 2011, los partos institucionales de las adolescentes aumentaron al 34.4%. Con respecto al resultado de este dato, el denominador del porcentaje de los partos institucionales de las adolescentes ocurre lo mismo que el indicador 1-1. Por lo que es posible que la cifra real podría ser más alta.</p> <p style="text-align: center;"><b>Tabla: Porcentaje de los partos institucionales de las adolescentes<sup>14</sup></b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Valores de línea base</th> <th>Valores de línea intermedia</th> <th>Valores de línea final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">22.6%</td> <td style="text-align: center;">27.1%</td> <td style="text-align: center;">34.4%</td> </tr> </tbody> </table>	Valores de línea base	Valores de línea intermedia	Valores de línea final	22.6%	27.1%	34.4%
Valores de línea base	Valores de línea intermedia	Valores de línea final					
22.6%	27.1%	34.4%					
<p>3. El número total de adolescentes que reciben servicios de prevención de embarazo (4 métodos: preservativos, DIU, Depo- Provera., píldoras) se ha incrementado en 80% de la línea base.</p>	<p>Según las estadísticas tomadas en el lapso de noviembre de 2010 a octubre de 2011, el número de adolescentes que han recibido servicios de prevención de embarazo (4 métodos) aumentó un 107% en comparación con el valor de línea base (valores medidos de julio de 2007 y junio de 2008).</p> <p style="text-align: center;"><b>Tabla: Número de adolescentes que han recibido servicios de prevención de embarazo (4 métodos)</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Valores de línea base</th> <th>Valores de línea intermedia</th> <th>Valores de línea final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">3,719 personas</td> <td style="text-align: center;">4,145 personas</td> <td style="text-align: center;">7,713 personas</td> </tr> </tbody> </table>	Valores de línea base	Valores de línea intermedia	Valores de línea final	3,719 personas	4,145 personas	7,713 personas
Valores de línea base	Valores de línea intermedia	Valores de línea final					
3,719 personas	4,145 personas	7,713 personas					

<sup>14</sup> a) el número de partos institucionales de las adolescentes, b) el número total de partos de las adolescentes. Se calcula, dividiendo a) entre b). En cuanto la forma de calcular el valor de b) es la misma que se usó en la nota de pie anterior.



4. El número de adolescentes que reciben servicios de consejería sobre SSRA por las unidades de salud se ha incrementado.	<p>Según las estadísticas tomadas en el lapso de noviembre de 2010 a octubre de 2011, el número de adolescentes entre los 10 y los 19 años que han recibido la consejería sobre SSRA en la unidad de salud fue 9,045 personas.</p> <p style="text-align: center;"><b>Tabla: Número total de adolescentes entre los 10 y los 19 años que han recibido la consejería sobre SSRA en la unidad de salud</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Valores de línea base</th> <th>Valores de línea intermedia</th> <th>Valores de línea final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">308 personas<sup>15</sup></td> <td style="text-align: center;">1,124 personas</td> <td style="text-align: center;">9,045 personas</td> </tr> </tbody> </table>	Valores de línea base	Valores de línea intermedia	Valores de línea final	308 personas <sup>15</sup>	1,124 personas	9,045 personas
Valores de línea base	Valores de línea intermedia	Valores de línea final					
308 personas <sup>15</sup>	1,124 personas	9,045 personas					

\* Valores de línea base: de julio de 2007 a junio de 2008, valores de línea intermedia: de mayo de 2009 a diciembre de 2009 (8 meses), valores de línea final: de noviembre de 2010 a octubre de 2011.

### 3-5 Perspectiva de alcanzar el objetivo superior del Proyecto

Los datos de los indicadores del objetivo superior, que es “contribuir a la disminución del número de embarazos entre los adolescentes del Departamento de Olancho”, en el momento de la evaluación final se muestran en la tabla que sigue. No se recolectaba los datos clasificados especialmente para adolescentes antes del inicio del Proyecto, esto hace difícil comparar datos previos y posteriores al Proyecto sobre el número de embarazos de las adolescentes en los 7 municipios piloto. Por lo tanto, por el momento es difícil pronosticar cuantitativamente la perspectiva de alcanzar el objetivo superior. Sin embargo, está probado el aumento de los números de los adolescentes que reciben servicios anticonceptivos y consejerías sobre SSRA. Además, durante el estudio de la evaluación final se escuchaban los comentarios del personal de salud de los 7 municipios que decían “se ha reducido los embarazos de las adolescentes en comparación con antes”, o “el número de embarazos es igual que antes” o sea no hay aumento. Estos comentarios nos permite pensar que el número de embarazos de las adolescentes ya inició a reducirse levemente. Por otra parte, si se considera que un 80% de los adolescentes de Olancho están en los 7 municipios piloto del Proyecto, al acercarse a los adolescentes de la zona alejada de los 7 municipios, donde todavía no se ha otorgado suficientes servicios y al diseminar las actividades fuera de los 7 municipios, se podrá esperar que se alcance el objetivo superior.

**Tabla: Estado de los datos del indicador del objetivo superior en el momento de la evaluación final**

Indicador	Datos del Indicador en el monitoreo de la evaluación final
1. Disminución del número de embarazos entre los adolescentes.	El número de embarazos de las adolescentes en Olancho de noviembre de 2010 a octubre de 2011 fue 4,125 según datos después de la introducción del sistema estadístico del Proyecto (PASOS1 y PASOS2).

### 3-6 Proceso de implementación del Proyecto

#### (1) Sistema de implementación del Proyecto

El Comité de Coordinación Conjunta (CCC) del Proyecto, que es máximo órgano de toma de decisión

<sup>15</sup> Los datos de línea base se calcularon por parte del Proyecto, basándose en la información obtenida de las unidades de salud que recogió la supervisora de enfermería de cada municipio.

del Proyecto se reúne 2 veces al año a nivel central. Está formado por los representantes de la oficina central de la Secretaría de Salud, la oficina de Región Sanitaria Departamental, la Secretaría Técnica de Planificación y de Cooperación Externa, las organizaciones relacionadas y la JICA. No se tuvo lugar en 2010 debido a los problemas del golpe de estado y de la elección presidencial, sin embargo se ha reunido en 6 ocasiones desde el inicio del Proyecto hasta la fecha, donde se han tomado decisiones sobre asuntos importantes, se ha verificado el avance del Proyecto y se ha aprobado el plan relacionado. Asimismo, se han tenido lugar las reuniones trimestrales del Comité de Coordinación del Proyecto como órgano de gestión del Proyecto a nivel regional, formado por los representantes de la oficina de Región Sanitaria Departamental, las unidades de salud, el sector educativo, entre otros. Por otra parte se ha establecido el Comité de Servicios de SSRA a nivel regional, que también participa en la gestión y operación del Proyecto a nivel regional además de realizar la elaboración y ejecución del plan de capacitación, la planeación de SAA y el apoyo su ejecución, el monitoreo y la evaluación, entre otros. Casualmente, los comités regionales antes mencionados tienen los mismos miembros, por lo tanto, el Comité de Servicios de SSRA ha tomado su papel. Cabe mencionar que éste tiene su reunión periódica mensualmente.

Es alto el nivel de la comunicación entre las personas involucradas del Proyecto mediante las reuniones oficiales de los comités arriba mencionados y las actividades cotidianas del Proyecto. No solamente el personal de contraparte sino también el personal de salud de las unidades de salud que participan en el Proyecto están altamente motivados con miras a mejorar los servicios de SSRA, y aunque se observan diferencias en el nivel de motivación, todos están trabajando positivamente en las actividades del Proyecto. Otros actores, como los adolescentes que participan como líderes de pares, el personal de la alcaldía y el personal del sector educativo que apoyan las actividades de pares, son muy cooperativos para el Proyecto. Esto nos permite entender que los adolescentes tienen mucho interés en SSRA y la sociedad en los problemas de SSRA.

## **(2) Metodología de la transferencia técnica**

Se llevó a cabo la transferencia técnica del Proyecto principalmente mediante la capacitación y el uso de conocimientos adquiridos en la capacitación. Con anterioridad a la capacitación de SAA, se ejecutó la capacitación de CdV con el objetivo de fortalecer el empoderamiento del personal de salud, la cual sirvió para motivar a los participantes como se esperaba, dando efectos positivos en cadena en las acciones de la transferencia técnica y las actividades del Proyecto que siguieron posteriormente, según lo que comentan varias personas involucradas en el mismo. El nivel de la evaluación de la capacitación por parte de los participantes fue alto en todas las capacitaciones y no se comentó que hubiera habido ningún problema. Se repitió la misma capacitación a todo el personal de salud que trabaja en los 7 municipios piloto, esto implica que hay avance en la formación de los capacitadores.

Con respecto a otra transferencia técnica que no sea la capacitación, se han realizado junto con el personal de contraparte en áreas de diferentes conocimientos como estadística, gestión de proyecto, supervisión, monitoreo y las actividades como son; el desarrollo y diseño de los materiales de capacitación y los formatos, la elaboración del plan de implementación del Proyecto, entre otros. Se ha transferido apropiadamente el concepto del Proyecto y las técnicas a través de los trabajos cotidianos.

### (3) Modificación de PDM

Se autorizó la modificación de PDM en la tercera reunión del CCC celebrada en febrero de 2009, con el propósito de hacer más claros los indicadores, quedando como PDM2. Posteriormente, en la quinta reunión de CCC en febrero de 2011 se aprobó la PDM3 para modificar principalmente los resultados esperados y consecuentemente sus indicadores, tomando en consideración el estado de avance del Proyecto y la situación del área del mismo, revisados durante la Revisión Intermedia. En el momento de modificar PDM se tuvo lugar un satisfactorio intercambio de opiniones entre las personas involucradas del Proyecto y, al mismo tiempo, se modificó el PO.

### (4) Estado de seguimiento de las recomendaciones hechas en la Revisión Intermedia

En la Revisión Intermedia se hicieron 9 recomendaciones. Se muestra el estado de seguimiento de ellas en la siguiente tabla.

**Tabla: Estado de seguimiento de las recomendaciones hechas en la Revisión Intermedia**

Recomendaciones hechas en la Revisión Intermedia	Estado de seguimiento
<p><b>1. Afinar las definiciones de las estadísticas de servicios SSRA-Recomendación para el Proyecto-</b> Se debe desarrollar una lista de definiciones correspondientes para que sirvan de una referencia fácil para los que colectan y compilan los datos. También debe integrarse una sesión de orientación en los módulos pertinentes de capacitación (por ejemplo, SSS básicos y avanzado, Monitoreo, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se formaron formularios (PASOS 1 y PASOS 2) para recolectar los datos relacionados con SSRA y se estableció un sistema en que la unidad de salud debe entregar mensualmente la información. Es el primer sistema de información de SSRA en Honduras.</li> <li>- Se elaboró el Instructivo de Formulario para implantarlos, en que se describen las definiciones de conceptos de datos estadísticos. Asimismo, se llevó a cabo varias sesiones explicativas para la implantación de los nuevos formularios con la participación del personal municipal encargado de estadísticas, el coordinador médico municipal y la supervisora de enfermería. Estas personas, a su vez, capacitaron al personal de las unidades de salud por el sistema de cascada.</li> <li>- La Secretaría de Salud cuenta con un sistema de información de salud (Registro Diario de Atenciones Ambulatorias: ATA), el cual también tiene un manual. En cuanto a la definición de los datos, ATA no clasifica el grupo de adolescentes por edad, sin embargo sus definiciones están relacionadas con la salud reproductiva, por lo que el Proyecto aprovechó estas definiciones para determinar definiciones para el grupo de</li> </ul>

	<p>adolescentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Secretaría de Salud presentó en el congreso de la atención integral para adolescentes de la Región de Centroamérica y Caribe como una acción del sistema de información de ARH (PASOS 1 y PASOS 2).</li> </ul>
<p><b>2. Desarrollar y divulgar un Manual de Facilitador para Calidad de Vida (CdV) y Servicios Amigables para Adolescentes – Recomendación para el Proyecto y la Secretaría de Salud-</b></p> <p>Desarrollar un Manual de Facilitador para CdV y Servicios Amigables para Adolescentes con el fin de que las capacitaciones se divulguen de manera más fácil. Hay que considerar el manual en formato de DVD con video clips de las actuales sesiones de capacitación (los cuales están ya disponibles en el Proyecto) para hacer más fácil la replicación. Asimismo, es necesario que la Secretaría de Salud divulgue dicho manual a otros departamentos como una herramienta para SSRA con el fin de dotar a los resultados del Proyecto de sostenibilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tienen terminada la elaboración de la última versión del paquete de capacitación de CdV (CD).</li> <li>- También tienen terminada la elaboración del paquete de capacitación de SAA (CD), pero la capacitación de seguimiento de SAA se ejecutó en septiembre y con base en los resultados de esta capacitación, se hicieron unas pequeñas modificaciones. Por lo anterior, en este momento están en espera de la aprobación de la versión modificada.</li> <li>- La oficina central de la Secretaría de Salud está analizando la posibilidad de llevar a cabo la capacitación de SAA en otros departamentos, pero hasta la fecha no hay registro de haber aprovechado el paquete de capacitación en otros departamentos.</li> </ul>
<p><b>3. Asegurar el presupuesto necesario del lado hondureño para realizar capacitaciones – Recomendación para la Secretaría de Salud y el Proyecto-</b></p> <p>Todas las actividades de capacitación deben continuarse permanentemente aun después de la terminación del Proyecto, en vista de que los proveedores de servicios, líderes de pares y otras poblaciones beneficiarias se relevan por cambio de generación y otros factores. Por lo anterior y por la importancia de obtener la sostenibilidad del Proyecto, es necesario que la Secretaría de Salud y la Oficina Regional durante el período del Proyecto vayan asegurando por sus propios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Oficina Regional solicitó a la oficina central de la Secretaría de Salud el presupuesto de 2012 para las actividades del Proyecto (incluyendo, sobre todo, para las actividades de capacitación) y está en espera de la aprobación del Congreso Nacional. Hasta ahora no se había asignado un presupuesto propio para la capacitación en la Oficina Regional, por lo que toda la capacitación tenía que cubrirse con el presupuesto del donante. Por esta situación, si en esta ocasión se aprueba el presupuesto para la capacitación, esto tendría un significado especial.</li> <li>- Con respecto al presupuesto para la capacitación de actividades de pares, se está analizando la posibilidad de aprovechar el presupuesto que tienen destinado actualmente para adolescentes en los municipios para las actividades de pares. En actualidad, la alcaldía cubre los gastos de renta y mantenimiento de los Espacios Amigables. Algunas alcaldías analizan la posibilidad de buscar el apoyo de otros donantes<sup>16</sup> o aprovechar el presupuesto asignado para el desarrollo de la alcaldía<sup>17</sup>.</li> </ul>
<p><b>4. Intensificar la sensibilización de la población adulta – Recomendación para el Proyecto-</b></p> <p>Intensificar la sensibilización de la población adulta sobre las necesidades de SSRA y así crear un ambiente de apoyo para que los jóvenes tomen decisiones informadas con respecto a su salud sexual y reproductiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participaron un total de 1,200 personas entre personas de las alcaldías, las escuelas, la Iglesia, Organizaciones No-Gubernamentales (ONGs), las comunidades en los talleres organizados al principio del Proyecto en los municipios para sensibilizar a la población y promover la comprensión sobre SSRA con respecto al Proyecto.</li> <li>- Se elaboró la “guía para la sensibilización y disseminación de SSRA” para la planeación de IEC. Con base en esta guía, cada</li> </ul>

<sup>16</sup> En Patuca iniciará un programa para apoyar las actividades de adolescentes a partir de 2012 por parte de Alemania.

<sup>17</sup> En Patuca se están contruyendo presas y con esta obra la alcaldía recibe un subsidio como presupuesto para el desarrollo municipal.

	<p>municipio elaboró el plan de IEC mediante los supervisores (principalmente por el coordinador médico municipal y la supervisora de enfermería) y se están llevando a cabo actividades de IEC en las unidades de salud. El plan antes mencionado contiene también actividades para adultos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se monitorea el estado de la ejecución de IEC con ayuda de la hoja de monitoreo elaborada y se informan periódicamente los resultados en la reunión mensual del personal de salud a nivel municipal así como en la reunión del Comité de Salud de SSRA. Se llevaron a cabo un total de 31 actividades de IEC destinados a la población adulta de las comunidades por parte del personal de salud hasta finales de octubre de 2011.</li> <li>- Con respecto a las actividades de pares, enfocadas a la población adulta, se les invita a participar como observadores en la capacitación de formación de líderes de pares y se realizan las actividades de sensibilización a los representantes de las comunidades, los padres de familia y los maestros de escuelas en el momento de buscar los candidatos de los líderes de pares. Se llevaron a cabo un total de 40 eventos de sensibilización en las comunidades por parte de los líderes de pares hasta octubre de 2011.</li> </ul>
<p><b>5. Producción de herramientas IEC sobre los riesgos de embarazos a temprana edad – Recomendación para el Proyecto-</b></p> <p>En vista que una buena parte de embarazos en adolescentes parecen ser “deseados” y no deseados, se deben producir herramientas IEC que enfoquen específicamente en los riesgos de embarazos a temprana edad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esta recomendación no tenía la intención de recomendar la elaboración del material didáctico que enfatice los riesgos del embarazo a temprana edad sino fortalecer la visión acerca de los riesgos del embarazo a temprana edad dentro de las actividades de IEC.</li> <li>- Se describió sobre los riesgos del embarazo a temprana edad en la “guía para la educación de pares” que se elaboró para las actividades de IEC de los líderes de pares.</li> <li>- Con respecto a los riesgos de embarazo a temprana edad, el personal de salud, profesional del tema, conoce del tema muy bien por lo tanto se dio 100 eventos de educación de salud con el tema de embarazo a temprana edad en el lapso de mayo a octubre de 2011. Por lo tanto, se le dio la prioridad a la elaboración de materiales didácticos de actividades de pares para los adolescentes en cuanto al tema de elaboración de los materiales didácticos de IEC.</li> </ul>
<p><b>6. Institucionalizar un sistema de monitoreo del uso de los Espacios Amigables<sup>18</sup> – Recomendación para la Secretaría de Salud y el Proyecto-</b></p> <p>Las experiencias en todo el mundo muestran que a pesar de la cantidad de recursos que se requiere para el sostenimiento, los Espacios Amigables tienen un alcance limitado por su acceso físico así como por las barreras psicológicas causadas por el dominio de ciertos grupos de jóvenes. En este sentido, se debe institucionalizar un sistema para monitorear el uso de los Espacios (por</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con respecto a los Espacios Amigables, existen el libro de visitantes, el formato de registro de consejería, el informe de actividades y el libro de actas de reuniones, lo cual permite monitorear el estado de los visitantes.</li> <li>- Cuando el Espacio Amigable está abierto, siempre hay un coordinador de pares acompañante para monitorear la situación de actividades de pares. Además, los coordinadores de pares organizan periódicamente reuniones de grupo para compartir los resultados de monitoreo.</li> <li>- Ni la Secretaría de Salud ni el Proyecto han evaluado todavía el nivel de contribución de los Espacios Amigables en el mejoramiento de acceso a los servicios de SSRA, sin embargo, a pesar de que solamente unos 70 adolescentes visitaron el</li> </ul>

<sup>18</sup> En la versión japonesa del Informe de la Revisión Intermedia se dice “*Friendly space*” y en la versión española “*Peer room*”. De acuerdo con el contenido de la recomendación las personas involucradas del Proyecto creen que se refiere a “*Peer room*”.

<p>categoría de adolescentes y los servicios/ rubros utilizados, por ejemplo) con el fin de evaluar si es o no un instrumento efectivo para aumentar el acceso de los adolescentes a los servicios de SSRA en el contexto de Olancho, no olvidando la diversidad de los adolescentes (urbanos, rurales, en / fuera de la escuela, varones, mujeres, grupos étnicos, etc.) así como los recursos que están disponibles para su sostenimiento.</p>	<p>único Espacio Amigable que había en Juticalpa en el momento de la Revisión Intermedia, en la actualidad existen 8 Espacios Amigables en los 7 municipios piloto, a los cuales han acudido un total de 1,384 adolescentes en un año. Esto nos muestra que son elementos importantes para que los adolescentes tengan acceso a la información de SSRA, por lo que se considera importante fortalecerlos aún más para poder continuar con las actividades de manera sostenible en el futuro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las alcaldías cubren total o parcialmente el costo de mantener los espacios amigables, y estos espacios se aprovechan no solamente para las actividades de pares sino también para el programa municipal, actividades municipales y reuniones para adolescentes, sirviendo como un espacio de multiuso.</li> </ul>
<p><b>7. Apoyo a los Espacios Amigables<sup>19</sup> y los grupos de jóvenes – Recomendación para el Proyecto-</b>  Los Espacios Amigables y los grupos de jóvenes que voluntariamente fueron capacitados por los proveedores de servicios capacitados en sus propias unidades de salud pueden llegar a jugar un rol crucial al apoyar las necesidades de los adolescentes y en educar a las comunidades, especialmente en las áreas rurales que no tienen un buen acceso a los Espacios Amigables (que serán) establecidos en este Proyecto. El Proyecto debe darles todo el apoyo posible aun cuando no sean parte del plan inicial del Proyecto, y debe monitorear de cerca su desempeño.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los 5 municipios, excluyendo Juticalpa y Catacamas, están en el área rural, y el Proyecto considera que los espacios amigables y las actividades por líderes de pares son para apoyar esta área rural.</li> <li>2. En Juticalpa y Catacamas se han formado a los líderes de pares invitando no solamente a los adolescentes de la zona urbana sino también a algunos adolescentes procedentes de fuera del casco urbano con miras a diseminar las actividades en la zona de acceso más difícil (zona rural) en comparación con el casco urbano. Asimismo, los líderes visitan a la zona rural junto con el promotor de salud para promover la educación de salud<sup>20</sup>.</li> <li>3. El Proyecto orienta para que las actividades se desarrollen no solamente en el área urbana sino también en el rural. Los líderes de pares han hecho 63 eventos de educación de salud en las escuelas. De los cuales una vez en Juticalpa y 7 veces en Catacamas fueron en las escuelas del área rural. Además, muchos de los 63 eventos eran en colegios, los alumnos que van a los colegios también vienen del área rural por lo que se daba la orientación para que esos alumnos procedentes del área rural dieran apoyos a los adolescentes de su zona.</li> </ol>
<p><b>8. Evaluación individual de la satisfacción del usuario en cada US – Recomendación para el Proyecto –</b>  La satisfacción del usuario se debe evaluar individualmente en cada una de las US.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En el estudio de línea final se realizó un estudio de encuesta in situ en 11 unidades de salud<sup>21</sup> de las 101 unidades totales existentes. Se mostró el nivel de satisfacción en el inciso correspondiente al indicador 1-5 del Resultado Esperado 1.</li> </ul>
<p><b>9. Buscar medidas más convenientes para que se conozcan los derechos de SSRA – Recomendación para la Secretaría de Salud y el Proyecto –</b>  Se necesita buscar algunas medidas para que la población en general, incluyendo a los y las adolescentes, conozca y ejerza sus derechos sexuales y reproductivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se llevan a cabo actividades relacionadas con los derechos de salud sexual y reproductiva para adolescentes de los habitantes de la comunidad, incluyendo a los adolescentes a través de las actividades de IEC dentro de las actividades de pares. Asimismo, y los programas de divulgación se transmiten por radio.</li> <li>- Las unidades de salud hacen divulgación de derechos como una parte de las actividades para mejorar SAA. Por otra parte, los folletos promocionales de derechos de SSRA están disponibles en las unidades de salud para sensibilizar a las comunidades.</li> </ul>

<sup>19</sup> Idem.

<sup>20</sup> 11 de 46 líderes de pares de Juticalpa y 7 de 50 líderes de pares de Catacamas viven en el área rural.

<sup>21</sup> Hospital San Francisco (Juticalpa), CMI y CESAMO de Catacamas, CESAMO de Culmí, CMI y CESAMO de Salamá, CMI y CESAMO de Guayape, CMI y CESAMO de Patuca, CMI de San Esteban.

	<p>– La capacitación de CdV y la práctica de “línea de vida” en actividades de sensibilización promueven la importancia de la auto-decisión con respecto al sexo y la reproducción que son elementos cruciales para los derechos de SSRA.</p>
--	---

## Capítulo 4 Resultados de la evaluación según los 5 criterios de evaluación

### 4-1 Pertinencia

#### (1) Coherencia con las necesidades de la sociedad del área del Proyecto y con los temas prioritarios de los gobiernos

El problema de embarazos a temprana edad en Honduras es, como se mencionó en el inciso anterior 1-1 “Antecedentes y el objetivo de la evaluación final”, uno de los problemas importantes en el sector de salud del país. Sobre todo, en el Departamento de Olancho, un 26.1% de las adolescentes de 15 a 19 años de edad están casadas o en un estado similar (promedio nacional: 20.3%) y un 25.3% de las casadas no han embarazado (promedio nacional: 18.5). Asimismo, la tasa de ITS es el 16.6% (promedio nacional: 15%) y la de mortalidad neonatal es el 32 (promedio nacional: 23), estos resultados muestran la relevancia de los problemas de Olancho dentro del país.

La reducción de la tasa de mortalidad materna se considera como uno de los temas prioritarios en el Documento Estratégico para la Reducción de la Pobreza (DERP) de Honduras como política nacional, y se mencionan los altos riesgos de la mortalidad materna del grupo de 10 a 19 años de edad. Por lo anterior, se requiere del fortalecimiento de los servicios de SSRA mediante la reducción de los embarazos a temprana edad y los partos seguros. Con el propósito de alcanzar esta meta, se estableció la “Estrategia de la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Nifidez 2008-2015 (RAMNI)” con base en el “Plan Nacional de Salud 2021”. Por medio de este plan nacional, se desarrolla el PAIA para promover la educación sexual y el estilo de vida saludable para los adolescentes con el fin de prestar servicios de salud que van de acuerdo con los problemas y necesidades que tienen los adolescentes. El Proyecto ha desarrollado actividades de acuerdo con las normas que se definen en el programa de PAIA.

La situación arriba mencionada no ha cambiado aún en el momento de ejecutar la evaluación final, por lo tanto se confirma que la coherencia del Proyecto con las necesidades del área y los temas prioritarios del país es alta aún a la fecha.

#### (2) Coherencia con las políticas de la asistencia oficial de Japón

La asistencia en el “sector de salud y agua” es una de las áreas de asistencia prioritaria que brinda Japón a Honduras. Las políticas de la asistencia consisten en brindar apoyo para alcanzar las metas de DERP y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs). Sobre todo, con respecto al mejoramiento del

acceso a los servicios de salud y agua, se enfatiza la implementación eficiente de la cooperación considerada necesaria para obtener “resultado con continuidad segura”. En este sentido, las acciones del Proyecto tienen coherencia con las políticas de asistencia de Japón.

### **(3) Pertinencia de las medidas**

El Proyecto ha venido ejecutando acciones de introducir y desarrollar principalmente SAA y las actividades de pares con el fin de mejorar el acceso a los servicios de SSRA de acuerdo con las normas de PAIA. Con anterioridad a la capacitación de SAA, se dio la capacitación de CdV al personal de salud para fortalecer el empoderamiento y motivación, lo cual sirvió considerablemente para sensibilizar a las personas involucradas del Proyecto, aumentando la motivación de su participación. Lo anterior está altamente reconocido entre las personas involucradas y se considera que es una metodología apropiada y ampliamente aplicable para cualquier tema del proyecto. En cuanto a SAA, la Secretaría de Salud ha empezado a dar instrucción técnica sobre las normas de PAIA, mientras tanto el Proyecto introdujo SAA como una acción enfocada en la “actitud de la atención” del personal de salud y en el “mejoramiento del entorno ambiental” de las unidades de salud como una herramienta para fortalecer el acceso a los servicios. Este abordaje también es altamente reconocido entre las personas involucradas como una metodología efectiva alcanzar la meta.

En cuanto a las actividades de pares, existen unas actividades para adolescentes organizadas por el gobierno local y otras de temas de SSRA (VIH/SIDA, violencia, etc.) ejecutados por diferentes organizaciones como la Iglesia. Ante esta situación, sería difícil medir el nivel preciso de contribución del Proyecto, además, se tarda tiempo hasta que aparezcan los efectos. Asimismo, las actividades de pares tienen un alto nivel de reconocimiento y perspectivas por las personas involucradas como herramienta útil para mejorar el acceso de los adolescentes no sólo para SAA sino también para las soluciones de problemas que enfrentan mediante el apoyo mutuo que se brindan entre los jóvenes y mediante la sensibilización de los mismos que participan en actividades. Además el nivel de motivación de los adolescentes participantes y de los adultos que los apoyan es alto, por lo que las personas involucradas desean la continuidad de estas actividades.

### **(4) Pertinencia de la colaboración con otras organizaciones de asistencia y otros proyectos de la JICA**

La implementación de la capacitación en normas técnica de PAIA con el apoyo por parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) se está desarrollando prioritariamente en los 7 municipios



piloto de Olancho donde se implementa el Proyecto<sup>22</sup>. Por lo anterior, existe una relación complementaria apropiada con el Proyecto.

Por otra parte, actualmente Fondo de las Naciones Unidas para Infancia (UNICEF) apoya el PMIAJ<sup>23</sup> en los 7 municipios piloto del Proyecto, especialmente desarrollan actividades culturales y deportivas y de prevención del VIH/SIDA y de la violencia para adolescentes. El programa ha trabajado con los grupos de líderes de pares del Proyecto en actividades de sensibilización y eventos sociales, de tal manera que se está progresando la vinculación a nivel municipal.

Con respecto a la colaboración con los jóvenes voluntarios de la JICA, los voluntarios asignados en los 7 municipios piloto apoyaron en la ejecución de la capacitación tomando el papel de instructores y las actividades de pares. Había algunos planes de enviar más voluntarios quienes estaban programados para trabajar en coordinación con el Proyecto, pero a medida que se intensificaba la inseguridad de Olancho, la JICA decidió retirar todos los voluntarios de la JICA de Olancho, imposibilitando un trabajo coordinado posterior con ellos.

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

##### **(1) Perspectivas de alcanzar el objetivo del Proyecto**

Como se mencionó en el inciso 3-4 "Estado del nivel de logro del objetivo del Proyecto", algunos indicadores tienen limitaciones de datos, por lo que no se pudo obtener una información precisa, sin embargo, quedó confirmado que algunos indicadores mostraron resultados satisfactorios. Consecuentemente, el número de los adolescentes que reciben servicios de SSRA está aumentando, por lo tanto, se puede decir que la efectividad del Proyecto es alta. Por otra parte, cabe mencionar que los resultados del Proyecto están concentrados en la zona céntrica de los municipios o el área cercana a las unidades de salud, por lo que se esperaría continuar y promover aún más las actividades para difundirlas hasta las áreas más alejadas.

##### **(2) Relación de causa y efectos entre el objetivo del Proyecto y los Resultados Esperados**

Para aumentar el número de adolescentes que reciben servicios de SSRA en los 7 municipios de Olancho, que es el objetivo del Proyecto, el Proyecto ha tomado acciones para; la introducción de SAA

---

<sup>22</sup> La capacitación se está desarrollando, habiendo seleccionado con prioridad a los 7 municipios piloto del Proyecto. En el momento de la evaluación final, no se estaba desarrollando en una parte de San Esteban, Guayape y Juticalpa.

<sup>23</sup> En el momento inicial del Proyecto, la UNICEF estaba implementando el programa de Comunicación y Vida (COMVIDA) con el fin de fomentar la salud entre los adolescentes en Juticalpa y Catacamas, mientras que UNFPA estaba ejecutando un programa para la seguridad humana en Juticalpa. A partir de 2009, la UNICEF inició el apoyo financiero al Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud en los 7 municipios piloto del Proyecto para apoyar la formación de los jóvenes realizada por las alcaldías. El programa está cubierto también por una parte del presupuesto de la alcaldía asignada para actividades para los adolescentes (una cantidad correspondiente a un por ciento (1%) de la totalidad del presupuesto municipal). En el momento de la evaluación final, el apoyo de la UNICEF en Catacamas está suspendido.

(Resultado Esperado 1), la ejecución de las actividades de pares (Resultado Esperado 2), las actividades IEC (Resultado Esperado 3) y el establecimiento del sistema de gestión y operación para brindar servicios de SSRA (Resultado Esperado 4). Sobre todo, la implementación del plan de acciones (incluyendo las actividades de IEC por el personal de salud) para mejorar SAA y el monitoreo están ejecutándose en todas las unidades de salud de los 7 municipios piloto y en la actualidad el 70% de estas unidades están precertificadas como unidad de salud con SAA. Para el personal de salud, además de la capacitación técnica de las normas de PAIA con apoyo de UNFPA, existe la capacitación de planificación familiar apoyada por el gobierno de España. Estas capacitaciones técnicas también contribuyen al fortalecimiento de los conocimientos del personal de salud, sin embargo, cabe mencionar que la introducción de SAA en todas las unidades de salud de los 7 municipios por parte del Proyecto ha contribuido notablemente para promover directamente el acceso de servicios de SSRA para los adolescentes. En cuanto a las actividades de pares (incluyendo las actividades de IEC por parte de los líderes de pares, el Proyecto en general pudo alcanzar las metas de los indicadores como en el caso del indicador de las visitantes totales a los espacios amigables por año de los 7 municipios (la meta fue de 1,000 personas). Sin embargo, los 6 municipios, excepto Juticalpa, todavía no han cumplido un año de haber iniciado actividades y varían el contenido, la frecuencia y el número de los participantes de las actividades entre los municipios. Además, existen otras organizaciones que desarrollan actividades de fomento de los adolescentes y de SSRA. Por todo lo antes comentado, en la actualidad es difícil medir con precisión el nivel de la contribución del Proyecto para alcanzar el objetivo del mismo.

Con respecto a la condición externa relacionada con el cumplimiento del objetivo del Proyecto, que es “el proyecto no se altera por desastres naturales”, hasta el momento de la evaluación final, no se habían presentado impactos negativos por desastres naturales.

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

##### **(1) Niveles de los logros de los Resultados Esperados**

Como se mencionó en el inciso anterior 3-3 “Niveles de los logros de los resultados esperados”, quedan como temas pendientes a resolver; la certificación de las unidades de salud con SAA, la promoción y divulgación de las actividades de pares (incluyendo la referencia) y el fortalecimiento del sistema de implementación para mantener las actividades de pares, sin embargo, está confirmado que otros indicadores han alcanzado sus metas en su mayoría. En cuanto a la certificación de las unidades de salud con SAA, se está llevando seguimiento a las unidades que no han llegado al nivel satisfactorio, por lo que existe la perspectiva de que se alcance la meta del indicador antes de la terminación del Proyecto. Con respecto a las actividades de pares, es deseable fortalecerlas hasta donde sea posible en el tiempo restante del Proyecto y definir más claramente el sistema de implementación, incluyendo sobre todo la planeación,

el presupuesto y la gestión para que los líderes de pares y las personas involucradas, quienes están altamente motivados, puedan trabajar en las actividades sin preocupaciones.

## **(2) Factores que han influido para obtener los Resultados Esperados**

Se puede mencionar los siguientes factores que han contribuido para promover las actividades y obtener los resultados esperados.

- Muchas de las personas involucradas del Proyecto en Olancho tienen conciencia del estado de crisis de los problemas de los adolescentes y de la gran necesidad de SSRA, lo cual contribuyó al desarrollo de las actividades en general del Proyecto.
- El personal de contraparte y el personal de salud tienen un nivel alto de moral, interés y capacidad, esto permitió hacer de manera eficiente la transferencia técnica y las actividades del Proyecto. Cabe mencionar que a pesar de haber tenido algunas situaciones difíciles para llevar a cabo las actividades debido a diferentes limitaciones presentadas que se van a mencionar más adelante, las personas involucradas encabezadas por el personal de contraparte atendieron de manera flexible y activa el cambio del plan de trabajo y la coordinación necesaria, recuperando así el retraso.
- El abordaje en que se involucra no solamente al sector de salud sino también a las alcaldías y al sector educativo contribuyó para promover las actividades de pares. Se presentaron algunos casos en que al inicio no había mucha cooperación con las actividades del Proyecto, sin embargo, al irlo explicando con calma, finalmente se logró obtener su apoyo.
- El convenio celebrado entre la Oficina Regional Sanitaria Departamental y la Dirección Departamental de Educación facilitó a los alumnos de las escuelas participar en las actividades de pares mediante el otorgamiento de permisos para participar en las actividades de pares y el reconocimiento de créditos por participar en las actividades sociales a través de las actividades de pares.
- Para abordar a los adolescentes, primero se dirigieron a los padres de familia y adultos de las comunidades para sensibilizarlos, y en lugar de tocar el tema del sexo directamente, se presentó el Proyecto como una actividad para mitigar los problemas que enfrentan los adolescentes. Todo este abordaje facilitó obtener la comprensión de las personas involucradas.

Por otra parte, se puede mencionar los siguientes factores que impactaron negativamente para obtener los resultados esperados, convirtiéndose en problemas para implementar el Proyecto.

- La intensificación de la inseguridad en Olancho causó limitaciones en las actividades y movilización de los expertos japoneses y el horario y lugar de las actividades de los líderes de pares, dificultando llevar a cabo las actividades de los mismos. Se puede mencionar los siguientes

impactos negativos concretos: el cambio del plan de actividades, la reducción del tiempo de capacitación, la reducción de frecuencia de la capacitación de IEC, la reducción de las escuelas participantes en las actividades de pares y el incremento de gastos de coordinación, entre otros. Asimismo, se suspendió el envío de voluntarios de la JICA en Olancho quienes estaban realizando actividades vinculadas con el Proyecto.

- La paralización del gobierno por el golpe de estado, los brotes de la nueva influenza y el dengue y la reestructuración de relaciones debido al cambio de gobierno causaron dificultades para la mejor ejecución de las actividades del Proyecto (los impactos concretos son los mismos que los del inciso anterior).
- Se han llevado a cabo las actividades de pares con el apoyo de las escuelas, sin embargo, en muchas ocasiones hubo huelgas de maestros, limitando la mejor ejecución de la capacitación y las actividades de IEC (los impactos concretos son los mismos que los del inciso anterior).

Con respecto a una de las condiciones externas relacionadas para obtener los resultados esperados, “que no se reduzca significativamente la importancia de la SSRA en las políticas de salud”, la importancia de SSRA no ha sufrido cambios desde la implementación del Proyecto hasta la fecha. Con respecto a otra condición externa, “que no surjan movimientos de gran envergadura en contra de la SSRA por parte de los ciudadanos y/o organizaciones”, no se ha presentado una oposición importante como para impactar a las actividades del Proyecto.

### **(3) Calidad, cantidad y tiempo de aportaciones de insumos**

En el Proyecto se han ejecutado actividades para mejorar SAA, aprovechando efectivamente los insumos aportados de manera limitada y procurando cubrir las actividades a través de los trabajos rutinarios del personal de salud hasta donde sea posible. Lo antes mencionado es diferente al abordaje común y convencional que se hace en Honduras, como la cooperación a través de las inversiones en la infraestructura y los equipos. Sin embargo, se puede mencionar que la metodología del Proyecto permitió implementar con eficacia las actividades en general. Asimismo, la introducción de la metodología para aumentar el empoderamiento y la motivación del personal de salud permitió aprovechar de manera efectiva al personal.

Sin embargo, al revisar detalladamente cada una de las aportaciones, se observan los siguientes puntos, aunque se confirmó que las aportaciones de parte de Japón se habían realizado con la calidad, y en la cantidad y tiempos apropiados.

- La parte japonesa aportó el televisor a las unidades de salud para las actividades de IEC, sin embargo, muchas unidades necesitan el material audiovisual para mejor aprovechamiento del equipo.

Con respecto a las aportaciones de la parte hondureña, se observó lo siguiente:

- Está asignado el personal apropiado como contraparte. Además, su motivación con respecto a las actividades del Proyecto es alta, por lo que se observó una participación activa de ellos en general. Sin embargo, es deseable fortalecer el sistema de implementación antes de terminar el Proyecto, promoviendo una mayor participación del personal involucrado.
- Con respecto a los gastos del Proyecto, no se logró obtener la asignación del presupuesto necesario a la Oficina Regional Departamental, por lo que el Proyecto se ejecutó prácticamente con las aportaciones de la parte japonesa, excepto los gastos de la oficina del Proyecto y los salarios de los técnicos y los conductores de vehículos, impactando por lo tanto, el monto del presupuesto general del Proyecto. Por otra parte, con respecto a los gastos para mantener activos los espacios amigables que se utilizan dentro de las actividades de pares, se logró contar con el apoyo de las alcaldías como consecuencia del fortalecimiento de la vinculación mediante las actividades del Proyecto.

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

##### **(1) Perspectivas de alcanzar el Objetivo Superior**

Los 7 municipios piloto representan un alto porcentaje de la población total de Olancho, como se mencionó en el inciso 3-5 “Perspectiva de alcanzar el objetivo superior del Proyecto”, por lo que, al continuar y desarrollar las actividades en estos 7 municipios, así como diseminar las actividades en los 16 municipios restantes de Olancho donde todavía no están introducidas las actividades del Proyecto, se podrá esperar que alcancen el objetivo superior del Proyecto. Sobre todo, los 16 municipios antes mencionados no cuentan con unidades de salud con equipamientos necesarios para atender partos, además de que en éstos existen muchas zonas de alto riesgo para las embarazadas. Por lo anterior, como primer paso a plazo mediano, es deseable diseminar y expandir las actividades del Proyecto en estas zonas para otorgar servicios de SSRA.

##### **(2) Efectos en cadena**

A continuación se mencionan los impactos positivos del Proyecto.

- El sistema de información (PASOS 1, PASOS 2 y formato de actividades educativas de adolescentes) relacionada con SSRA fue introducido no solamente en los 7 municipios piloto sino en todos los 23 municipios de Olancho. Esto permite tener actualizada la situación de SSRA de todo el departamento.
- Por la iniciativa del Proyecto se formó la mesa técnica compuesta por el Departamento de PAIA de

la Secretaría de Salud y los donantes donde se hace el intercambio de opiniones sobre las tareas técnicas de SSRA y funciona como espacio de coordinación entre los donantes. La mesa está administrado posteriormente por el Departamento de PAIA. Una de las consecuencias de esta coordinación entre los donantes y a nivel central es que el UNFPA decidió ejecutar la capacitación de PAIA dando prioridad a los 7 municipios piloto del Proyecto, y otra es que se obtuvo un intercambio de opiniones sobre el tema de disseminación a nivel nacional del sistema de información de SSRA (PASOS 1 y PASOS 2) introducido por el Proyecto. De esta manera se hace una coordinación entre los donantes a nivel central.

- En actualidad, la Secretaría de Salud está elaborando el “documento de las políticas para la reducción de embarazos a temprana edad” con el apoyo de la mesa técnica antes mencionada. El borrador de este documento abarca el concepto y los componentes que maneja el Proyecto.
- Han empezado a reunirse los adolescentes en las unidades de salud donde se lleva a cabo SAA, y en algunas unidades se han formado grupos de adolescentes por iniciativa propia. Otras unidades han trabajado con las comunidades para recolectar fondos para acondicionar los espacios amigables (mejoramiento del entorno ambiental). Otras solicitaron apoyo financiero a las alcaldías para ampliar los espacios para tener suficiente lugar para los adolescentes que se reúnen. Algunos grupos de adolescentes organizados por iniciativa de las unidades de salud hacen actividades de sensibilización a otros adolescentes de las comunidades y/o actividades de servicio social. Otros grupos hacen rifas o ventas de comida para recolectar fondos para las actividades. Todo lo anterior se observa y considera como buenas prácticas, rebasando lo que el Proyecto esperaba obtener mediante las actividades.
- Con respecto a las actividades de pares, las personas involucradas mencionan muchos casos de cambios de conciencia y comportamiento y el crecimiento de los propios líderes de pares a través de las actividades. Los mismos líderes de pares también comentan que hacen esfuerzos para ser modelo ejemplar confiable para otros adolescentes. De la misma manera, se ha informado de casos que han contribuido de manera positiva en la juventud, por ejemplo, en un caso un líder de pares que había dejado la escuela tomó conciencia a través de las actividades de líderes de pares y regresó a la escuela.
- Además de los 7 municipios piloto, existen algunos municipios que planean introducir las actividades de pares por su cuenta. El Proyecto les ofrece la información necesaria a estos municipios.

Cabe mencionar que no está identificado el impacto negativo causado por el Proyecto.

#### 4-5 Sostenibilidad

##### (1) Aspectos institucionales y de las políticas

Como se mencionó antes, el mejoramiento de SAA es un tema de alta prioridad a nivel nacional y a nivel regional de Olancho y se confirmó por medio de las personas involucradas de la Secretaría de Salud, la continuidad de apoyos en las políticas de salud.

##### (2) Aspectos organizacionales y financieros

Con respecto a la continuidad de SAA en los 7 municipios piloto, ya está establecido el sistema de implementación a nivel regional y municipal, por lo tanto, se puede esperar que al continuar el monitoreo, esto permita dar continuidad a las actividades mediante organizaciones. Se observó rotaciones del personal capacitado por el Proyecto a otras áreas, sin embargo afortunadamente la mayoría de estas rotaciones han sido dentro de la misma región Olancho, por lo que a veces las personas transferidas pudieron aprovechar sus conocimientos adquiridos en su trabajo en las nuevas unidades adonde fueron transferidas. Sin embargo, en caso de haber rotación del personal del área de administración o gestión del Proyecto, puede haber impactos en la implementación de las actividades del Proyecto. Con respecto a los aspectos financieros, en las unidades de salud en que ya están implementadas las actividades del Proyecto no se requiere de un gasto significativo para continuar las actividades. Además, se están llevando a cabo las actividades de SAA como parte de los trabajos rutinarios, por lo que no se están observando problemas en aspectos presupuestales. Pero, a nivel regional, es decir, en la Oficina Regional Sanitaria, hasta la fecha la Secretaría de Salud no ha asignado el presupuesto para gastos de capacitación para el nuevo personal ni de capacitación de seguimiento para el personal actual; ni para los gastos necesarios para el monitoreo y operación / gestión de las actividades. Para 2012 ya la Oficina Regional Sanitaria presentó la solicitud de presupuesto necesario para las actividades en los 7 municipios piloto. Esperamos que lo aprueben y ejecuten. Cabe mencionar que todas las capacitaciones al personal de salud han sido ejecutadas por fondos de los donantes hasta la fecha. Por lo tanto, se espera que se fortalezca la sostenibilidad, siendo aprobado el gasto de capacitación dentro del presupuesto de 2012, (por ejemplo, gastos necesarios para ejecutar la capacitación de CdV y SAA en las escuelas de enfermería en donde se forman nuevos enfermeros, quienes trabajarán en el futuro en las unidades de salud).

Hablando de la continuidad de las actividades de pares en los 7 municipios piloto, las actividades se llevan a cabo de acuerdo con el sistema de implementación formado principalmente por los coordinadores de pares, quienes son personal de salud, funcionarios encargados del programa municipal para adolescentes, personal del sector educativo y padres de familia, entre otros. Hasta ahora este sistema ha funcionado bajo la coordinación del Proyecto, pero será necesario fortalecerlo antes de terminar el Proyecto. En cuanto a los aspectos financieros, en la actualidad las alcaldías se hacen cargo de mantener los espacios amigables,

pero en cuanto a la capacitación, la parte japonesa la ha venido cubriendo. Los líderes de pares son jóvenes voluntarios por lo que es indispensable continuamente seguir capacitando y formándolos. Razón por la que actualmente se están desarrollando esfuerzos para formar capacitadores de líderes a nivel municipal. Se está buscando la manera de reducir los costos de capacitación a través de establecer una estructura de personal que se encargue de impartir la capacitación a nivel municipal. Con respecto a los gastos de la capacitación o eventos de sensibilización y los gastos de transportes relacionados, todavía no se sabe cómo se van a solventar una vez que termine el Proyecto. El convenio firmado entre la Oficina Regional Sanitaria y los 7 municipios piloto menciona que las alcaldías apoyan el mantenimiento de los espacios amigables, pero que el mantenimiento del mismo sistema de pares es responsabilidad de la Oficina Regional Sanitaria. Con respecto a los futuros gastos necesarios en este aspecto, en algunas alcaldías las actividades de pares están fusionadas prácticamente con el programa municipal para adolescentes, por lo que se puede utilizar el presupuesto de dicho programa municipal. En otros casos, los alcaldes se comprometen a apoyar con los gastos. En otros se presenta el plan operativo anual y el plan de presupuesto a las alcaldías. De todos modos, el presupuesto de la alcaldía destinado para las actividades de los adolescentes es básicamente un monto limitado de un uno por ciento (1%) de la totalidad del presupuesto municipal. Por lo anterior, se necesita una coordinación en el futuro para asegurar de manera concreta el presupuesto.

En cuanto al tema de diseminación de las actividades del Proyecto hacia otros municipios de Olancho, es factible desde el punto de vista de organización, ya que ya tienen establecido el sistema de gestión, administración y monitoreo a nivel regional y cuentan con los capacitadores ya formados que se necesitan para impartir las capacitaciones. Sin embargo, el presupuesto necesario para la diseminación no está asegurado hasta la fecha.

### **(3) Aspectos técnicos**

Con respecto a SAA, es factible verificar si el personal de salud capacitado realiza satisfactoriamente las actividades después de haber aceptado lo que aprendió en la capacitación mediante el monitoreo y la certificación de la unidad de salud con SAA. Existe la perspectiva de alcanzar la meta del 90% antes de terminar el Proyecto, esto nos permite pensar que son aceptados las técnicas y conocimientos introducidos por el Proyecto. Además, como se mencionó antes, la formación de los capacitadores está progresando, por lo tanto, si se logra mantener a esas personas y a otras personas a nivel administrativo de las actividades y si siguen realizando monitoreos, se puede esperar la continuidad en los aspectos técnicos.

Con respecto a las actividades de pares, la formación de capacitadores de líderes de pares, como se acaba de mencionar arriba, está progresando bien, por lo tanto no hay problemas técnicos identificados.



#### **(4) Aspectos culturales, sociales y de género**

El Proyecto realiza las actividades de sensibilización para que los adolescentes y la población en general de la comunidad conozcan y ejerzan el derecho a la salud sexual y reproductiva mediante las capacitaciones de autoestima y de SSRA, de tal manera que está contribuyendo también en el área del género. Al inicio del Proyecto, existía un ambiente social en que se consideraba como un tabú el tratar el tema de sexo con los adolescentes. Sin embargo, en la actualidad el Proyecto ha obtenido la comprensión y colaboración de la Iglesia y de las comunidades. Por lo tanto, se puede pensar que no hay elementos negativos en los aspectos sociales relacionados con la sostenibilidad.

#### **4-6 Conclusiones**

Las actividades del Proyecto se han realizado en su mayoría de acuerdo con el plan gracias a los esfuerzos de las personas involucradas en el momento de la evaluación final, y los resultados esperados también han empezado a aparecer con buen ritmo, por lo que el Proyecto terminará de acuerdo con el plan. Quedó confirmado que la pertinencia del Proyecto sigue siendo alta a la fecha por su coherencia con las necesidades y prioridades y por la pertinencia de la metodología. En cuanto a la efectividad, se comprobó el aumento de los adolescentes de los 7 municipios piloto que reciben servicios de SSRA, que es objetivo del Proyecto, por lo que su alta efectividad quedó confirmada. En cuanto a la eficiencia, se da gran importancia a los siguientes puntos; existe la perspectiva de lograr los resultados esperados en su mayoría antes de terminar el Proyecto; las actividades se han realizado en su mayoría de acuerdo con el plan gracias a los esfuerzos del personal a nivel regional y municipal a pesar de varias limitaciones presentadas en el proceso de implementación; el abordaje del Proyecto funcionó para aprovechar con eficacia los recursos económicos y humanos. Por otra parte, los siguientes puntos han dejado impactos generales al Proyecto; las limitaciones antes mencionadas exigieron reducir la frecuencia y la cantidad de las actividades; la aportación de la parte hondureña para los gastos se limitó solamente para una parte de los mismos. En cuanto a los impactos, existe la perspectiva de alcanzar el objetivo superior mediante la continuidad y diseminación de las actividades del Proyecto, esto permite tener la perspectiva de poder diseminar los servicios de SSRA en todo el Departamento de Olancho. Asimismo, con respecto a los efectos en cadena, existe el plan de incluir el concepto de SAA que maneja el Proyecto dentro las políticas nacionales para reducir los embarazos a temprana edad, esto permite tener una esperanza de que se concreten aún más las políticas antes mencionadas para que se aprovechen en el futuro los resultados del Proyecto a nivel nacional. Además, se confirmaron varias acciones y efectos positivos en las actividades de las unidades de salud y de pares, más allá de lo que se esperaba en el Proyecto. En cuanto a la sostenibilidad, SAA está aceptado por el personal de salud como una parte del trabajo rutinario y también se están formando capacitadores, todo esto permite esperar el posible arraigo de las técnicas. Sin embargo, se necesita

fortalecer los aspectos financieros para continuar y diseminar las actividades y reforzar el sistema de implementación de las actividades de pares.

## **Capítulo 5 Recomendaciones y lecciones aprendidas**

### **5-1 Recomendaciones**

1. (Para la Secretaría de Salud , la Oficina Regional Sanitaria y las alcaldías) En los 7 municipios piloto, los líderes de pares, junto con los coordinadores de pares, realizan visitas a las escuelas tanto en el área urbana como en el área rural alejada, para llevar a cabo las actividades educativas de salud, a las cuales el Proyecto brinda apoyo. Sin embargo, existen problemas para asegurar los medios de transporte, considerando la distancia entre otros. Por lo tanto, es necesario planificar con anticipación las actividades en zonas postergadas con el propósito de poder coordinar suficientemente los apoyos logísticos por parte de la Oficina Regional Sanitaria y las alcaldías. Al considerar las acciones futuras de expansión del área de actividades, sería deseable que la Oficina Regional Departamental y el Comité de Servicios de SSRA brinden el apoyo necesario, por ejemplo: Dar la capacitación de líderes de pares a los grupos de jóvenes formados principalmente con la iniciativa de las unidades de salud que se encuentran en áreas postergadas, caso del CESAR, así permitir que el personal local tome iniciativa para ejecutar las actividades en forma flexible de consejerías y educación de pares. Para tal caso, es necesario analizar los criterios de las actividades de pares para las áreas postergadas.
2. (Para la Secretaría de Salud) Durante las entrevistas realizadas en esta ocasión, algunas personas de las unidades de salud comentaron que, a pesar de haber recibido los equipos audiovisuales en la unidad, no han podido aprovecharlos eficientemente por la carencia de materiales audiovisuales. Por lo anterior, es deseable que la Secretaría de Salud analice de una manera constructiva la posibilidad de entregar a las unidades de salud, materiales didácticos sobre SSRA que existen en el PAIA y/o la Secretaría de Salud como videos y DVD para dar un mayor aprovechamiento a los equipos audiovisuales que tienen.
3. (Para el Proyecto) Los formatos de SSRA (PASOS 1, PASOS 2, y formato de actividades educativas de adolescentes) introducidos por el Proyecto para recolectar datos así como el sistema de información de SSRA en que se utilizan estos formatos, permitieron, por primera vez en Honduras, recoger la información sobre SSRA. En el futuro, es deseable que se tomen las decisiones y acciones relacionadas con SSRA, basándose en los datos arriba mencionados. Por lo anterior, es necesario que el Proyecto brinde apoyo no solamente para mejorar la precisión de recolectar datos y

determinar la metodología de uso concreto, como la interpretación de datos, sino también para establecer un sistema donde los datos se aprovechen periódicamente en diferentes ocasiones, como en la reunión del Comité de Servicios de SSRA.

4. (Para la Secretaría de Salud, la Oficina Regional Sanitaria y el Proyecto). Es deseable que la Secretaría de Salud y la Oficina Regional Sanitaria revisen de manera concreta las medidas, incluyendo las presupuestarias, para socializar los resultados obtenidos del Proyecto a otros departamentos del país y otros municipios del Departamento de Olancho. Asimismo, por parte del Proyecto, se brindará apoyo para dichas acciones mediante la entrega de datos básicos que comprueben los resultados del Proyecto. Sobre todo, con respecto a las actividades de pares que se desarrollan en los 7 municipios pilotos, algunas en población concentrada y otras en población dispersa. se definirá las acciones según las áreas, tomando en consideración las características locales y los factores sociales, con el propósito de replicar apropiadamente las acciones en otras zonas.
5. (Para el Proyecto) En la actualidad, los capacitadores de líderes de pares empezaron a formar los líderes. En vista de la terminación del Proyecto, es necesario que el Proyecto vaya tomando acciones para que los mismos capacitadores puedan llevar a cabo la coordinación necesaria con las organizaciones involucradas y realizar una serie de trabajos como la planificación, programación, ejecución y seguimiento de la capacitación. Asimismo, a través de la ejecución de estas acciones, se procurará establecer el proceso de formación continua de los líderes de pares que se hace junto con la Secretaría de Salud, la Oficina Regional Sanitaria y las alcaldías, así como definir la metodología para asegurar la calidad en el proceso de formación antes mencionado, en que la parte hondureña tomaría la iniciativa principal.
6. (Para las personas involucradas en las actividades de pares) A través del estudio de la evaluación final se conoció que los coordinadores de pares (principalmente el personal de salud) siempre acompañan a los líderes cuando éstos realizan actividades de pares y en casos de haber necesidad de la asesoría o la orientación del personal de salud, y en esos mismos momentos los remiten al personal de salud en forma verbal, esto está evitando el uso del formato de la referencia elaborado por el Proyecto. Sin embargo, recientemente han aumentado los coordinadores de pares acompañantes que no es personal de salud sino que son maestros de escuela, funcionarios encargados del programa municipal para adolescentes o padres de familia. Para dar continuidad y pertinencia de estas actividades, es importante dejar registros de las actividades de pares y de las referencias en forma organizada y sistematizada, evitando las medidas que se toman en forma imprevista, por lo tanto es

necesario dejar completamente establecido el llenado de los registros generales relacionados con las actividades de pares tal como la referencia y consejería. Hablando de manera concreta, se desean hacer esfuerzos para tener registros que permitan saber qué casos han sido referidos y que casos fueron atendidos.

7. (Para las personas involucradas del Proyecto) La capacitación de SAA inició como una parte de la educación continua del personal de salud. La introducción del curso de SAA en la estructura básica educativa de la escuela de auxiliares de enfermería en el Departamento de Olancho sería un paso importante para fortalecer conocimientos de SAA del futuro personal de salud. Por lo tanto, se recomienda que todas las personas involucradas del Proyecto continúen activamente estos esfuerzos.
8. (Para la Secretaría de Salud) Mantener la Mesa Técnica en SSRA a efectos de fortalecer la coordinación interinstitucional y entre organizaciones involucradas y por tanto su rol de abogacía sobre el tema y apoyo técnico, incluyendo la revisión de normas, producción conjunta de materiales educativos, y generación de diversas iniciativas que incrementen el posicionamiento del PAIA en la Secretaría de Salud y en general el sector salud. Una vez que se cuente con la sistematización del Proyecto, la Mesa Técnica podría discutir este documento y difundir sus logros y lecciones aprendidas.

#### **5-2 Lecciones aprendidas**

1. Se definieron los servicios de SSRA de acuerdo con el concepto del PAIA y se elaboró la guía de SAA de acuerdo con estos servicios. Esto permitió al Proyecto apoyar la realización de las actividades de PAIA a nivel local a través de la ejecución de las actividades. Se puede considerar que lo antes mencionado motivó una alta valoración de la Secretaría de Salud hacia SAA y el interés de incluir SAA en la estrategia nacional y diseminar a nivel nacional las acciones para promover SAA, lo cual está en proceso de análisis actualmente por parte de la Secretaría de Salud. Lo antes mencionado comprueba la efectividad del abordaje del Proyecto para la realización de las políticas nacionales a nivel local.
2. En las acciones transversales de fomentar la salud de los adolescentes, se ha fomentado la vinculación con diferentes actores como la Dirección Departamental de Educación, las alcaldías, ONGs y la Iglesia, esto contribuyó en dar un mayor dinamismo a estas actividades
3. Con motivo de la invitación del Proyecto y con la iniciativa del Departamento de PAIA de la

Secretaría de Salud, se formó la mesa técnica de SSRA donde los donantes hacen intercambio de opiniones sobre problemas técnicos de SSRA. En la mesa se ha discutido sobre la implementación prioritaria de la capacitación de PAIA en los 7 municipios piloto del Proyecto con la ayuda del UNFPA. También se ha hablado de la diseminación del sistema de información (PASOS 1 y PASOS 2) sobre SSRA, sistema introducido por el Proyecto. De esta manera se ha fomentado la coordinación entre los donantes a nivel central. No solamente por la necesidad de coordinar con las organizaciones relacionadas sobre las actividades del proyecto sino también por la vista del desarrollo del Proyecto, es importante formar un espacio donde se pueda hacer este tipo de la coordinación en una etapa temprana del proyecto

4. El protagonismo de los y las adolescentes desde la planificación, ejecución y evaluación es un factor que permite la sostenibilidad del proyecto, asimismo conocer sus necesidades, proyectos de vida, iniciativas, además conocer la solución a algunos problemas desde la perspectiva de los jóvenes.
5. Es necesario observar cuidadosamente el número de muestras y el método de estudios para poder recolectar datos lo más precisos posibles para los estudios de línea base y de línea final.

**Anexo 1: Matriz de Diseño del Proyecto (PDM3)**

**Proyecto para el Fortalecimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes**

**En el Departamento de Olancho en la República de Honduras**

Aprobado el 11 de Junio de 2010

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

RESUMEN DEL PROYECTO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	CONDICIONES EXTERNAS
<p><b>Objetivo Superior</b></p> <p>1. Contribuir a la disminución del número de embarazos entre los adolescentes del Departamento de Olancho.</p>	<p>1. Disminución del número de embarazos entre los adolescentes.</p>	<p>1. Estadísticas de las unidades de salud.</p>	<p>Se mantiene la importancia de la política nacional de SSRA</p>
<p><b>Objetivos del proyecto</b></p> <p>Incrementar el número de los y las adolescentes que reciben la atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los 7 municipios del Departamento de Olancho.</p>	<p>1.1. El porcentaje de embarazadas adolescentes que reciben controles prenatales (CPN) al menos una vez se ha incrementado al 60%.</p> <p>1.2. El promedio del número de CPN recibidos por adolescentes embarazadas se ha incrementado a 4.0 CPN por adolescente.</p>	<p>1.1. Estadísticas de las unidades de salud sexual y reproductiva para adolescentes (SSRA).</p> <p>1.2. Estadísticas de las unidades de salud de SSRA.</p>	<p>El proyecto no se altera por desastres naturales.</p>
	<p>2. El porcentaje de adolescentes cuyos partos son institucionales se ha incrementado al 30%.</p>	<p>2. Estadísticas de las unidades de salud de SSRA.</p>	
	<p>3. El número total de adolescentes que reciben servicios de prevención de embarazo (4 métodos: preservativos, DIU, Depo- Provera., píldoras) se ha incrementado en 80% de la línea base.</p>	<p>3. Estadísticas de las unidades de salud de SSRA.</p>	
	<p>4. El número de adolescentes que reciben servicios de consejería sobre SSRA por las unidades de salud se ha incrementado.</p>	<p>4. Estadísticas de las unidades de salud de SSRA.</p>	
<p><b>Resultado del proyecto</b></p> <p>1. Establecer un sistema para prestar los servicios de SSRA con calidad que faciliten el acceso de los y las adolescentes.</p>	<p>1-1. Existencia de los componentes básicos de la estructura de los servicios amigables para adolescentes.</p> <p>1-2. Más del 90% de los trabajadores de salud permanentes se ha capacitado sobre servicios de SSRA de acuerdo al programa<sup>1)</sup> propuesto por el proyecto.</p> <p>1-3. El 90% de las unidades de salud se han certificado como servicios amigables para adolescentes en base a la estructura de los servicios amigables para adolescentes, por la Secretaría de Salud con el proyecto PASOS.</p> <p>1-4. Un sistema de referencia, que utilice un formulario específico para adolescentes se ha implantado y</p>	<p>1-1. Guía sobre la estructura de los servicios amigables para adolescentes.</p> <p>1-2. Informes de capacitaciones, planes de acción desarrollados por el personal de salud.</p> <p>1-3. Certificación como servicios amigables.</p> <p>1-4. Hoja de referencia y contra-referencia.</p> <p>1-5. Los resultados del estudio</p>	<p>Que no se reduzca significativamente la importancia de la SSRA en las políticas de salud.</p> <p>Que no surjan movimientos de gran envergadura en contra de la SSRA por parte de los ciudadanos y/o organizaciones.</p>

	<p>mantenido.</p> <p>1-5. La tasa de satisfacción de los usuarios de SSRA se ha incrementado.</p> <p>1-6. El número de adolescentes que quieren consultar sobre SSRA con el personal de salud capacitado en SSRA ha aumentado de acuerdo al estudio de línea base. (Es igual al indicador 3-1.)</p>	<p>de línea base y del final del proyecto.</p> <p>1-6. Los resultados del estudio de línea base y del final del proyecto.</p>	
<p>2. Establecer un sistema de pares para facilitar el acceso de los y las adolescentes a los servicios.</p>	<p>2-1. El número de líderes de pares.</p> <p>2-2. El número de capacitadores de pares.</p> <p>2-3. El número de coordinadores de pares.</p> <p>2-4. El número de facilitadores (padres de adolescentes, maestros, y personas de la comunidad) de pares.</p> <p>2-5. 1,000 adolescentes por año visitan los espacios amigables para adolescentes.</p> <p>2-6. El número total de los casos referidos de los líderes de pares al personal de salud.</p> <p>2-7. Un sistema<sup>2)</sup> para el mantenimiento de las actividades de pares se ha establecido.</p>	<p>2-1. La lista de participantes en la capacitación de líderes de pares.</p> <p>2-2. La lista de participantes en la capacitación de capacitadores de pares.</p> <p>2-3. La lista de participantes en la capacitación de coordinadores de pares.</p> <p>2-4. La lista de participantes en la capacitación de facilitadores de pares.</p> <p>2.5. Registro de usuarios de los EAA.</p> <p>2.6. Informe de las referencias de los líderes de pares a los servicios de salud.</p> <p>2.7. Informe de capacitaciones de líderes de pares, informe de actividades de EAA y monitoreo.</p>	
<p>3. Desarrollar una actitud positiva para recibir los servicios de SSRA entre los y las adolescentes.</p>	<p>3-1. El número de adolescentes que quieren consultar sobre SSRA con el personal de salud capacitado en SSRA ha aumentado de acuerdo al estudio de línea base. (Es igual al indicador 1-6)</p> <p>3-2. El número de adolescentes que quieren consultar sobre SSRA con los líderes de pares ha aumentado de acuerdo al estudio de medio-término del proyecto.</p> <p>3-3. El porcentaje de adolescentes que ha utilizado preservativos en su última relación sexual se ha incrementado.</p> <p>3-4. El número total de participantes en actividades realizadas por líderes de pares (incluyendo escuelas y colegios, la comunidad, etc.).</p>	<p>3-1. Los resultados del estudio de línea base y del final del proyecto.</p> <p>3-2. Los resultados del estudio de línea base y del final del proyecto (encuesta de CAP).</p> <p>3-3. Los resultados de estudio de línea base y del final del proyecto (encuesta de CAP).</p> <p>3-4. Informe de actividades por líderes de pares.</p>	

<p>4. Establecer un sistema de gestión y operación para prestar los servicios de SSRA.</p>	<p>4-1. El comité de SSRA se ha reunido mensualmente.          4-2. El monitoreo periódico de las actividades de SSRA se ha institucionado.          4-3. La coordinación entre organizaciones relacionadas a actividades de SSRA se ha establecido y mantenido.</p>	<p>4-1. Informe del comité de SSRA.          4-2. Informe de monitoreo por la enfermera supervisora u hoja de autoevaluación.          4-3. Informe de actividades con el grupo municipal de trabajo o informe del comité de SSRA.</p>	
<p><b>Actividades</b></p> <p>1-1. Definir las características de los servicios de SSRA de acuerdo al concepto de PAIA en el Departamento de Olancho.          1-2. Desarrollar la guía para que el personal de salud preste los servicios amigables para adolescentes.          1-3. Identificar los contenidos necesarios y posibles participantes de la capacitación.          1-4. Elaborar el programa de capacitación.          1-5. Desarrollar los materiales didácticos de la capacitación.          1-6. Seleccionar a los capacitadores.          1-7. Capacitar los capacitadores según se requiera (emulación de los casos exitosos en Honduras, capacitación en Japón y otros países).          1-8. Ejecutar el programa de capacitación para los proveedores de SSRA.          1-9. Elaborar y distribuir la guía para los servicios amigables para adolescentes y otros materiales del proyecto.          1-10. Mantener una reunión trimestral para intercambio de opiniones entre los proveedores de SSRA y otros.          1-11. Monitorear el mejoramiento del desempeño de los participantes de las capacitaciones para mejorar el programa de capacitación por el comité de SSRA.          1-12. Retroalimentación del sistema de capacitación para mejorar el programa de capacitación por el comité de SSRA.          1-13. Elaboración de plan de fortalecimiento de los servicios de SSRA en las unidades de salud (Hospital San</p>	<p><b>Insumo</b>          (Parte japonesa)</p> <p>1. Expertos:          1) Líder/ SSRA          2) IEC(Información, Educación y Comunicación)          3) Especialista en salud comunitaria          4) Especialista en promoción de salud          5) Otros</p> <p>2. Equipos y materiales :          1) Vehículo          2) Equipo de IEC          3) Equipo de oficina          4) Otros</p> <p>3. Gastos locales</p> <p>4. Capacitación del personal de contraparte en Japón</p> <p>5. Capacitación del personal de contraparte en un tercer país</p> <p>(Parte hondureña)</p> <p>1. Contraparte  <u>Nivel nacional</u>          (1) El Sub-secretario de Riesgos Poblaciones          (2) Director General de Promoción de Salud          (3) Jefe del Departamento de Salud Integral a la Familia          (4) Jefe del Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia  <u>Nivel regional</u>          (5) Director de la Región Sanitaria Departamental No.15          (6) Especialista de proyectos de la Región Sanitaria No. 15          (7) Jefe del Departamento de Promoción de Salud          (8) Jefe de la Unidad de Desarrollo Sectorial          (9) Jefe del Programa de Adolescentes</p>	<p>La política nacional de SSRA se mantiene.</p>	



<p>Francisco, CMI, CESAMO, CESAR).</p> <p>1-14. Implantar los servicios diferenciados de SSRA en las unidades de salud.</p> <p>1-15. Monitorear la situación en torno a la prestación de servicios diferenciados de SSRA en las unidades de salud por el comité de SSRA.</p> <p>1-16. Mejorar la metodología de los servicios diferenciados de SSRA en las unidades de salud.</p> <p>1-17. Mejorar la referencia y contra-referencia relacionada con los servicios de SSRA.</p> <p>1-18. Monitorear la referencia y contra-referencia relacionada con los servicios de SSRA.</p> <p>1-19. Establecer condiciones que permitan obtener fácilmente preservativos a los y las adolescentes.</p> <p>2-1. Formar y mantener líderes de pares (consejería de adolescente a adolescente).</p> <p>2-2. Monitorear las actividades de líderes de pares.</p> <p>2-3. Establecer un espacio amigable donde los y las adolescentes puedan reunirse libremente en cada municipio.</p> <p>2-4. Formar coordinadores de pares.</p> <p>2-5. Formar capacitadores de pares.</p> <p>2-6. Formar facilitadores (padres de adolescentes, maestros, y personas de la comunidad) de pares.</p> <p>3-1. Identificar de las necesidades de información, educación y comunicación (IEC) de acuerdo a las necesidades del personal de salud y los y las adolescentes por el comité de SSRA.</p> <p>3-2. Elaborar el plan de IEC de acuerdo a las necesidades de personal de salud y los y las adolescentes por el comité de SSRA.</p> <p>3-3. Implementar el plan de IEC por las unidades de salud de cada municipio</p> <p>3-4. Implementar el plan de IEC por los líderes</p>	<p>(10) Jefe del Departamento de Provisión de Servicios de Salud (11) Jefe del Departamento de Estadística (12) Director del Hospital Regional San Francisco (13) Jefe de Clínica de los Adolescentes del Hospital San Francisco</p> <p>2. Infraestructura, instalaciones, etc</p> <p>1) Oficina para los expertos de JICA (con teléfono, facsímil, suministro de energía eléctrica y demás instalaciones apropiadas), muebles y equipos de oficina</p> <p>2) Infraestructura e instalaciones para el Proyecto</p> <p>3. Gastos locales</p> <p>1) Costo de operación, gastos corrientes y costo de mantenimiento</p>	
---	--	--

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

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

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

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

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



Actividades	Año 3												Año 4											
	II			III			IV			2011			II			III			IV					
	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	
<b>Resultado Esperado 2.</b> Establecer un sistema de pares para facilitar al acceso de los adolescentes a los servicios.																								
2-1. Formar y mantener líderes de pares (consejería de adolescente a adolescente).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
2-2. Monitorear las actividades de líderes de pares.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
2-3. Establecer un espacio amigable donde los y las adolescentes puedan reunirse libremente en cada municipio.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
2-4. Formar coordinadores de pares.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
2-5. Formar capacitadores de pares.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
2-6. Formar facilitadores (padres de adolescentes, maestros, y personas de la comunidad) de pares.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
<b>Resultado Esperado 3.</b> Desarrollar una actitud positiva para recibir los servicios de SSRA entre los y las adolescentes.																								
3-1. Identificar de las necesidades de información, educación y comunicación (IEC) de acuerdo a las necesidades del personal de salud y los y las adolescentes por el comité de SSRA.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
3-2. Elaborar el plan de IEC de acuerdo a las necesidades de personal de salud y los y las adolescentes por el comité de SSRA.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
3-3. Implementar el plan de IEC por las unidades de salud de cada municipio	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
3-4. Implementar el plan de IEC por los líderes de pares conjuntamente con los coordinadores de pares.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
3-5. Implementar el plan de IEC a la población general adulta de la comunidad para divulgación y motivación sobre SSRA.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
3-6. Monitorear las actividades de IEC por el comité de SSRA.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
<b>Resultado Esperado 4.</b> Establecer un sistema de gestión y operación para prestar los servicios de																								
4-1. Ejecutar estudios de línea base, medio-término, y del final de proyecto.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
4-2. Establecer un comité para el desarrollo y ejecución de SSRA.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
4-3. Establecer un sistema de coordinación interinstitucional con el programa municipal para adolescentes.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
4-4. Establecer un sistema de monitoreo de la prestación de servicios de SSRA, las actividades de líderes de pares y las actividades de IEC.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
4-5. Establecer un sistema integral municipal de coordinación con los organismos relacionados con las actividades de SSRA en las comunidades.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
4-6. Realizar actividades de SSRA con el personal del sector educativo y otras organizaciones relacionadas.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
4-7. Sistematizar la experiencia del proyecto PASOS.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

■ Periodo trabajo intensivo

■ Periodo trabajo disperso

### Anexo 3: Aportaciones reales de insumos por Japón

#### (1) Expertos Asignados

Fecha del Período: Julio 2008 - Octubre 2011

No.	Nombre	Cargo/ Experto	Tiempo Asignado (# de días)				
			PA 2008 (Jul 08-Mar 09)	PA 2009 (Abr 09-Mar 10)	PA 2010 (Abr 10-Mar 11)	PA 2011 (Abr 10-Oct 11)	
<b>A. Expertos Japoneses</b>							
1	Sr. Hiroshi Abo	Jefe del Equipo/SSRA(1)	131	217	156	53	
2	Dra. Hisako Takamura	SSRA(2)	52	77	39	42	
3	Srita. Mika Nishihara	IEC/Desarrollo de material de capacitación	60	151	164	72	
4	Sra. Kazue Takahashi	IEC	120	-	-	-	
5	Sra. Ayako Matsubara	M&E, Estadística (1)	57	62	-	-	
6	Dra. Mayumi Onishi	Promoción de Salud	30	51	35	-	
7	Sra. Junko Kato	Parto	27	-	-	-	
8	Sra. Satoko Okamoto	M&E, Estadística (2)	-	17	-	-	
9	Sra. Maki Tanaka	M&E, Estadística (3)	-	-	117	88	
10	Sra. Miki Kobayashi	Promoción del sistema de pares/Participación comunitaria	-	-	44	30	
11	Sra. Mari Nishino	Coordinadora	-	-	60	-	
<b>B. Experto de un Tercer País</b>							
1	Dr. Ernesto Torres	Salud Comunitaria/ Servicios de SSRA	114	135	135	63	
Expertos Japoneses (11):			Asignación Total	311	368	615	285
Experto de Tercer País (1)			Asignación Total	114	135	135	63

#### (2) Lista de Provisión de Equipos

Año Primero

- V Vehículo para el Proyecto 2 unidades
- Copiadora 1 unidad
- Computadora tipo desktop 1 unidades
- Computadora portátil 2 unidades
- Impresora láser 1 unidad
- Copiadora en color 1 unidad
- Facsímil 1 unidad
- Proyector LCD 1 unidad
- Amplificadora inalámbrica con parlante incorporado 1 unidad
- Generadora pequeña 1 unidad
- Pizarra acrílica 1 unidad
- Equipos necesarios para el estudio de campo 1 conjunto  
(Cámara digital, Videocámara e impresora portátil)
- Juego de CD/DVD 1 juego
- SPSS (español / inglés) 1 juego

Año Segundo

- Cuatrimotos 7 unidades
- Computadora (Espacio Amigable) 4 unidades
- Televisión (Espacio Amigable) 1 unidad
- DVD (Espacio Amigable) 2 unidades
- Proyector de Multimedia (Espacio Amigable) 1 unidad
- Pizarra (Espacio Amigable) 2 unidades
- Televisor de 21" el para plan de acción (Unidad de Salud) 29 unidades
- AM/FM Radio para el plan de acción (Unidad de Salud) 37 unidades

Año Tercero

- Computadora (Espacio Amigable) 4 unidades
- Equipo de Audio Visual (Espacio Amigable) 1 unidad
- Música CD (Espacio Amigable) 2 unidades
- Pizarra (Espacio Amigable) 2 unidades
- Televisor de 21" para el plan de acción (Unidad de Salud) 28 unidades
- DVD para el plan de acción (Unidad de Salud) 15 unidades
- CD para el plan de acción (Unidad de Salud) 3 unidades
- Pizarra para el plan de acción (Unidad de Salud) 9 unidades

Año Cuarto

No se han incorporado nuevos ítems

**(3) Gastos Locales**

	PA 2008 (Jul 08-Mar 09)	PA 2009 (Abr 09-Mar 10)	PA 2010 (Abr 10-Mar 11)	PA 2011 (Abr 10-Oct 11)	Total
1. Costo General	12,747,480	23,467,060	16,862,200	6,103,220	59,179,960
1) Costo del Personal	2,873,230	6,739,400	7,413,370	3,640,800	20,666,800
2) Costo de Mantenimiento del Equipo	59,420	380,000	120,100	48,800	608,320
3) Consumibles	937,650	4,201,460	2,918,580	522,020	8,579,710
4) Costos de Traslado	108,230	211,200	111,530	78,000	508,960
5) Costos de Servicios de Comunicación	80,000	250,000	374,600	16,100	720,700
6) Desarrollo de Material IEC	3,358,730	5,425,000	2,880,460	441,000	12,105,190
7) Costo de Renta de Local (Capacitación, Seminario, etc)	2,067,410	3,000,000	1,245,170	573,100	6,885,680
8) Costos de Mantenimiento de las US	425,210	280,000	110,000	62,100	877,310
9) Costos de Capacitación	2,608,500	2,300,000	1,464,650	631,200	7,004,350
10) Misceláneos	229,100	680,000	223,740	90,100	1,222,940
2. Costos de Equipamiento	5,730,000	2,650,000	0	0	8,380,000
3. Otros costos de equipo	3,181,430	650,000	2,551,000	0	6,382,430
4. Contrato con Consultores Locales	3,144,090	1,654,000	0	0	4,798,090
5. Costo de Construcción	0	1,000,000	1,622,000	0	2,622,000
6. Capacitación en Japón	0	1,700,000	2,191,000	0	3,891,000
7. Capacitación en Tercer País	0	412,800	0	0	412,800
8. Visita de Estudio	0	86,000	99,300	0	185,300
Total	24,803,000	31,619,860	23,325,500	6,103,220	85,851,580

**(4) Capacitaciones en Japón**

No.	Nombre del Capacitado	Cargo (durante el Periodo de Capacitación)	Cargo Actual (si a cambiado)
<b>Capacitación en Gerencia de Políticas de Salud / Servicios de SSRA (2-24 Agosto 2009 ---- 23 días)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia Japonesa en Salud Pública y MCH</li> <li>- Iniciativas Gubernamentales de SSRA</li> <li>- Provisión de Servicios de SSRA</li> <li>- DRH para Provisión de Servicios de SSRA</li> <li>- Entorno General en relación a la Salud de Adolescentes</li> </ul>			
1	Lic. Maribel Navarro	PAIA, Secretaria de Salud	
2	Lic. Miguel Guerrero	PAIA, secretaria de Salud	
3	Lic. Jesus Caceres	Jefe de Promoción de Salud, Región Sanitaria Departamental No. 15	Promoción de Salud, Región Sanitaria Departamental No. 15
4	Lic. Gladys Cruz	Jefe del Programa de Adolescentes, Región Sanitaria Departamental No. 15	
5	Dra. Ana Motino	Director del Hospital Regional San Francisco	Médico de Emergencias
6	Dra. Lesbia Sandoval	Jefe de Clínica de los Adolescentes del Hospital San Francisco	
<b>Capacitación en Gerencia de Políticas de Salud / Servicios de SSRA (13 de Agosto al 4 de septiembre del 2010- 23 días)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia Japonesa en Salud Pública y MCH,</li> <li>- Iniciativas Gubernamentales de SSRA,</li> <li>- Provisión de Servicios de SSRA</li> <li>- DRH para Provisión de Servicios de SSRA,</li> <li>- Entorno General en relación a la Salud de Adolescentes</li> </ul>			
1	Dr. Ernesto Cáliz	Director, Oficina Regional de Salud No.15	
2	Dr. Lenin Banegas	Director, Hospital San Francisco	
3	Lic. Gladys Suazo	Supervisora de Enfermería Municipal, Juticalpa	
4	Lic. Mayra Méndez	Supervisora de Enfermería Municipal, Patuca	

**(5) Capacitaciones en Tercer País**

No.	Nombre del Capacitado	Cargo (durante el Periodo de Capacitación)	Cargo Actual (si a cambiado)
<b>Visita de Estudio al Proyecto SakuRa en Nicaragua (28 Sep. - 2 Oct 2009)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfil General del Proyecto SakuRa</li> <li>- Manejo Institucional de Provisión de servicios de SSRA del gobierno local y oficina distrital de Salud</li> <li>- Provisión de Servicios de SSRA, SAILAS incluir gerencia y participación juvenil</li> <li>- Organización de los club de jóvenes</li> <li>- Colaboración entre el club de jóvenes, comunidad y unidades de salud</li> </ul>			
1	Lic. Leticia Díaz	Jefe de la Unidad de Desarrollo Sectorial	
2	Dr. Esteban Ucles	Médico Municipal de Patuca	
3	Dr. Mariano Bucedá	Médico Municipal de Culmi	
4	Lic. Jovany Estrada	Coordinador de Pares Juticalpa	
5	Dra. Carlina Leiva	Médico Municipal de Guayape	Médico en Santa Cruz de Guayape
6	Lic. Dulce Guardado	Supervisora de Enfermería, Catacamas	
7	Lic. Rubi Padilla	Supervisora de Enfermería, San Esteban	
8	Lic. Carla Trochez	Supervisora de Enfermería, Salamá	
9	Mr. Hiroshi Abo	Jefe del Equipo	
10	Dr. Hisako Takamura	Experta en SSRA	
11	Ms. Mika Nishihara	Experta en IEC/Desarrollo de Material de Capacitación	
12	Dr. Ernest Torres	Experto en Salud Comunitaria	
13	Mr. Luis Carlos Ramos	Coordinador del Proyecto	

#### Anexo 4: Aportaciones reales de insumos por Honduras

##### (1) Personal Contraparte Asignado

No.	NOMBRE	CARGO	Designación en el Proyecto	Periodo de Asignación		Observaciones
				De	Hasta	
<b>Secretaría de Salud - Nivel de Secretaría de Salud</b>						
1	Lic. Mirian Paz	Sub-Secretaria de Riesgos Poblacionales	Directora de Proyecto	Mayo - 10	Presente	
2	Dr. Santos Ernesto Cáliz	Director Región Sanitaria No. 15	Director Ejecutivo	Mayo - 10	Presente	
3	Dr. Lizandro Martínez	Asesor Nacional de Proyecto	Asesor Nacional	Mayo - 10	Presente	Director Regional anterior (-05/10)
<b>Secretaría de Salud - Nivel Central</b>						
4	Dr. Mario Najera	Director General de Promoción de la Salud		Mayo - 10	Presente	
5	Dr. Ivo Flores	Departamento de Salud Integral a la Familia		Mayo - 10	Presente	
6	Dr. Oscar Gonzáles	Jefe de PAIA		Mayo - 10	Presente	
7	Dr. Hector Galindo	Jefe del Departamento de ITS/VIH/SIDA		Mayo - 10	Presente	
8	Dra. Francisca Acosta	Jefa del Programa Nacional de Salud Mental		Mayo - 10	Presente	
<b>Secretaría de Salud - Nivel Región Sanitaria No. 15</b>						
9	Dr. Humberto Flores	Jefe Provisión de Servicios		Mayo - 10	Presente	
10	Lic. Leticia Diaz	Jefe Departamento Desarrollo Sectorial		Mayo - 10	Presente	
11	Alejandro Mercado	Jefe Promoción de la Salud		Mayo - 10	Presente	
12	Lic. Graciela Mejía	Enfermera Regional		Mayo - 10	Presente	
13	Lic. Sobeyda Pavon	Coordinadora Programa Garantía de la Calidad		Mayo - 10	Presente	
14	Lic. Digna Duarte	Coordinadora Programa de Atención a la Mujer		Mayo - 10	Presente	
15	Lic. Linda Figueroa	Jefe Departamento de Estadística Regional		Mayo - 10	Presente	
16	Lic. Jesus Cáceres	Departamento de Promoción de la Salud		Mayo - 10	Presente	Antes Jefe del Departamento (05/10)
17	Lic. Gladis Cruz	Jefe Programa del Adolescente		Mayo - 10	Presente	
18	Dr. Lenin Banegas	Director Hospital Regional San Francisco		Mayo - 10	Presente	
19	Dra. Lcsvia Sandoval	Jefe Consulta Externa		Mayo - 10	Presente	
20	Dra. Ana Motiño	Hospital Regional San Francisco		Mayo - 10	Presente	Antes Directora Hospital Regional San Francisco
21	Lic. Lexsa Inestroza	Enfermera Departamento de Educación del Hospital		Mayo - 10	Presente	
<b>Secretaría de Salud - Nivel Municipal</b>						
22	Lic. Carla Roxana Trochez	Supervisora de Enfermería Municipal		Mayo - 10	Presente	
23	Dr. Vincenzo Bove	Médico Municipal		Mayo - 10	Presente	
24	Lic. Mayra Mendez	Supervisora de Enfermería Municipal		Mayo - 10	Presente	
25	Dr. Esteban Ucles	Médico Municipal		Mayo - 10	Presente	
26	Lic. Dulce Guardado	Supervisora de Enfermería Municipal		Mayo - 10	Presente	
27	Lic. Ada Aguiriano	Supervisora de Enfermería CMI		Mayo - 10	Presente	



28	Dr. Rony Menjivar	Médico Municipal		Mayo - 10	Presente	
29	Arnaldo Navarro	Educador Municipal		Mayo - 10	Presente	
30	Rubi Elizabeth Padilla	Supervisora de Enfermería Municipal		Mayo - 10	Presente	
31	Dr. Alvaro Mendez	Médico Municipal		Mayo - 10	Presente	
32	Rigoberto Martínez	Educador Municipal		Mayo - 10	Presente	
33	Lic. Wendy Miralda	Supervisora de Enfermería Municipal		Mayo - 10	Presente	
34	Dr. Luis Mariano Euceda	Médico Municipal		Mayo - 10	Presente	
35	Lic. Teresa Guzman	Supervisora de Enfermería Municipal		Mayo - 10	Presente	
36	Dr. Dimas Merlo	Médico Municipal		Mayo - 10	Presente	
37	Lic. Rogelio Turcios	Coordinador Municipal		Mayo - 10	Presente	
38	Lic. Gladys Suazo	Supervisora de Enfermería Municipal		Mayo - 10	Presente	
39	Lic. Alejandrina Gutierrez	Supervisora de Enfermería Municipal Sector 1		Mayo - 10	Presente	
40	Lic. Maria Luisa Sanchez	Supervisora de Enfermería Municipal Sector 2		Mayo - 10	Presente	
41	Lic. Miguel Hernández	Educador Municipal		Mayo - 10	Presente	
<b>Secretaría de Salud - Contraparte de apoyo directo al Proyecto</b>						
42	Saira Zelaya	Secretaria		Mayo - 10	Sep - 10	
43	Lic. Jeny Murillo	Secretaria		Octubre - 10	Presente	
44	Mguel Murillo	Motorista		Mayo - 10	Presente	
45	Tomas Rigoberto Ramirez	Motorista		Mayo - 10	Julio - 11	
46	Jose Manuel Inestroza	Motorista		Agosto - 11	Presente	

## Anexo 5: Capacitaciones y talleres realizados

### 1. Primer Año

#### 1) Seminario para Adolescentes (Taller introductorio)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
22 enero 2009	Secretaría de Salud departamental # 15 (Juticalpa)	Personal de Salud de departamento # 15, Médicos municipales, Enfermeras supervisoras de los 7 municipios, y otros	20

#### 2) Capacitación en Calidad de Vida (CdV)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
26 y 27 de enero, 29 y 30 de enero, 2 y 3 de febrero, 5 y 6 de febrero del 2009	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Personal de salud nivel departamental y personal de salud de los 7 municipios (médicos enfermeras supervisoras y enfermeras de unidad de salud.)	168

#### 3) Pre-Capacitación en Servicios Amigables para Adolescentes (SAA)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
24 a 27 de febrero del 2009	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Personal de salud de PAIA en nivel central, personal departamental, médicos municipales y enfermeras supervisoras de los 7 municipios	35

### 2. Segundo Año

#### 1) Capacitación en Calidad de Vida (CdV)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
22 y 23 de junio del 2009	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Personal del Hospital San Francisco y personal de salud de los 7 municipios	44
1 y 2 de febrero del 2010	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Personal del Hospital San Francisco y personal de salud de los 7 municipios	54

#### 2) Capacitación en Servicios Amigables para Adolescentes (SAA)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
17 a 19 de junio del 2009	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Médicos y Enfermeras de las 7 municipalidades	42
24 a 26 de junio	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Médicos y Enfermeras de las 7 municipalidades	38
3 y 4 de septiembre	San Esteban	Médicos y Enfermeras de San Esteban	12
7 y 8 del septiembre	Patuca	Médicos y Enfermeras de Patuca	15
10 y 11 del septiembre	Guayape	Médicos y Enfermeras de Guayape	11
17 y 18 del septiembre	Salamá	Médicos y Enfermeras de Salamá	11
21 del septiembre *	Hotel Papa Beto (Catacamas)	Médicos y Enfermeras de Culmí, y Catacamas	20
16 a 18 de febrero del 2010	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Personal del Hospital San Francisco y personal de salud de los 7 municipios	28
22 a 24 de febrero del 2010	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Personal del Hospital San Francisco y personal de salud de los 7 municipios	37

\*Solo se dio el programa del primer día por el Toque de Queda.

3) Seminario para Adolescentes

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
11 de febrero del 2009	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Médicos y supervisoras de enfermería de los 7 municipios de cobertura del proyecto, personal de educación de Juticalpa, padres de los líderes de pares, personas relacionadas con programa de adolescentes en Juticalpa, etc.	68

El grupo meta eran los adultos quienes puedan ayudar a las actividades de líderes de pares para socializar el papel de apoyo de pares.

4) Capacitación en Monitoría.

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
14 de septiembre de 2009	Oficina Regional (Juticalpa)	Personal de estadística, médicos municipales y supervisoras de enfermería de cada ciudad	28

5) Capacitación de Coordinadores de Pares

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
16 a 17 del septiembre del 2009	Oficina Regional (Juticalpa)	Referirse a la siguiente tabla, incluyendo 4 personas becarias	10

Lic. Leticia Díaz	Jefe de la Unidad de Desarrollo Sectorial
Lic. Jesús Cáceres *	Jefe de Promoción de Salud
Lic. Gladis Cruz *	Jefe de Programa PAIA Olancho
Dra. Ana Motiño*	Directora del Hospital San Francisco
Dra. Lesbia Sandoval *	Jefe de Clínica de Adolescentes del Hospital San Francisco
Lic. Miguel Hernández	Promotor de Educación Regional
Lic. Ana Luisa Hernández	Jefe de Programa Municipal Infancia y Juventud COMVIDA
Lic. Jovany Estrada	Tec. en Salud Ambiental de Juticalpa
Lic. Ismael Velásquez	Promoción de la Salud.
Dr. Lizandro Martínez	Asesor Nacional del Proyecto (Nivel Central)

\* Becarios del entrenamiento en Japón

6) Capacitación de líderes de pares (Curso básico)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
7 a 9 del octubre, 2009	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Adolescentes, 15 a 17 de edad, de Juticalpa	33

3. Tercer Año

1) Capacitación en Servicios Amigables para Adolescentes (SAA)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
26 a 28 del octubre del 2010	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Personal médico municipal que atiende a los adolescentes, personal de la alcaldía, programa municipal de adolescencia y sector educación, etc.	38

2) Capacitación en Calidad de Vida (CdV)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
20 de septiembre del 2010	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Médicos, supervisoras, personal de la alcaldía, programa municipal de adolescencia de cada municipios	24

3) Capacitación de Capacitadores de pares (Curso Básico)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
23 a 25 de junio del 2010	Oficina Regional (Juticalpa)	Seleccionados de los coordinadores de pares (Referir a siguiente tabla)	6

Lic. Jesús Cáceres	Personal de Promoción de Salud
Lic. Gladis Cruz	Jefe de Programa PAIA Olancho
Dra. Ana Motiño	Médico, Hospital San Francisco
Dra. Lesbia Sandoval	Jefe de Clínica de Adolescentes del Hospital San Francisco
Lic. Jovany Estrada	Tec. en Salud Ambiental de Juticalpa
Dr. Lizandro Martínez	Asesor Nacional del Proyecto (Nivel Central)

4) Capacitación de Seguimiento de Líderes de Pares

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
30 de junio a 1 de julio del 2010	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Líderes de Pares que recibieron diploma (curso básico)	24

5) Capacitación de Líderes de Pares (Curso Básico)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
23 a 25 de septiembre del 2010	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Adolescentes de Juticalpa, Patuca, y Guayape	42
28 a 30 de septiembre del 2010	Hotel Papa Beto (Catacamas)	Adolescentes de Catacamas, Culmí, y San Esteban	64

Nombre del municipio	Numero de líderes de pares	Numero de observadores
Juticalpa	17	4
Catacamas	28	13
Salamá	10	6
Guyape	10	5
Patuca	15	3
Culmí	12	7
San Esteban	14	7
Total	106	45

Fueron Observadores los adultos que ayudarían a las actividades de pares para socializar el papel de apoyo de pares.

6) Capacitación de Facilitadores de Pares

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
1 y 2 de junio del 2010	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Padres de los Líderes de Pares, personal del sector educación de Juticalpa	9

7) Capacitación de Coordinadores de Pares

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
21 a 22 de septiembre del 2010	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Médico / Supervisora municipal, personal de la alcaldía, programa municipal de adolescencia y sector educación, etc.	51

4. Cuarto Año

1) Capacitación de los Servicios Amigables para Adolescentes (SAA)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
13 de septiembre del 2011	Hospital San Francisco (Juticalpa)	Personal del Hospital San Francisco	60

2) Capacitación de Seguimiento de los Servicios Amigables para Adolescentes (SAA)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
13 de septiembre del 2011	Juticalpa	Personal de Salud que recibieron diploma de SAA (curso básico)	48
14 de septiembre	Culmí	Ídem	18
19 de septiembre	Catacamas	Ídem	44
21 de septiembre	Guayape	Ídem	17
26 de septiembre	San Esteban	Ídem	28
28 de septiembre	Patuca	Ídem	25
30 de septiembre	Salamá	Ídem	19

3) Capacitación en Calidad de Vida (CdV)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
20 de septiembre del 2010	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Médico / Supervisora municipal, personal de la alcaldía, programa municipal de adolescencia y sector educación de cada municipios	32

4) Capacitación de seguimiento de Capacitadores y examen para certificación

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
Capacitación de seguimiento 22 de junio del 2011	Oficina Regional (Juticalpa)	Personas que recibieron capacitación de capacitadores, curso básico.	5
Examen para certificación 23 de junio del 2011	Oficina Regional (Juticalpa)	Personas que recibieron capacitación de seguimiento de capacitadores (referirse a la siguiente tabla)	5

Lic. Jesús Cáceres	Personal de Promoción de Salud
Lic. Gladis Cruz	Jefe de Programa PAIA Olancho
Dra. Ana Motiño	Médico, Hospital San Francisco
Dra. Lesbia Sandoval	Jefe de Clínica de Adolescentes del Hospital San Francisco
Dr. Lizandro Martinez	Asesor Nacional del Proyecto (Nivel Central)

5) Capacitación de Capacitadores de pares (Curso Básico)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
17 a 19 de octubre del 2011	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Seleccionados entre los coordinadores de pares de 7 municipios	18

6) Capacitación de Coordinadores de Pares

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
24 y 25 de mayo del 2011	San Esteban	Médicos, supervisoras, personal de la alcaldía, programa municipal de adolescencia de San Esteban	8
11 a 13 de octubre del 2011	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Médicos, supervisoras, personal de la alcaldía, programa municipal de adolescencia de San Esteban	34

## 7) Capacitación de Seguimiento de Capacitadores

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
24 de junio del 2011	Juticalpa	Representantes de coordinadores de pares de 7 municipios que recibieron el diploma del curso básico.	14
28 y 29 de junio	San Esteban	Coordinadores de pares de San Esteban que recibieron el diploma curso básico	11
30 de junio y 1 de junio	Catacamas	Coordinadores de pares de Catacamas y Culmí que recibieron el diploma del curso básico.	28
18 y 19 de Julio	Juticalpa	Coordinadores de pares de Patuca y Juticalpa que recibieron el diploma del curso básico	25
21 y 22 de Julio	Salamá	Coordinadores de pares de Salamá y Guayape que recibieron el diploma del curso básico	11

## 8) Capacitación de líderes de pares (Curso básico)

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
20 y 21 de octubre del 2011	Hotel Papa Beto (Catacamas)	Adolescentes de Catacamas y Culmí	32
9 a 11 del noviembre	Salamá	Adolescentes de Salamá y Guayape	14

## 9) Encuentro de Líderes de pares

Fecha	Lugar	Participantes	# de participantes
15 de octubre del 2011	Hotel Boquerón (Juticalpa)	Líderes de pares y coordinadores de los 7 municipios, personal de salud del nivel central y departamental, sector de educación del nivel departamental, personal del sector educación y programa municipal de adolescencia de cada municipio, personas de otros departamentos que trabajan con adolescentes, personal de JICA Honduras	192

## Anexo 6: Lista de los materiales didácticos elaborados

### 1. Año primero

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

Descripción	Cantidad	Propósito
Banner de declaración como Servicio Amigable para Adolescentes en cada unidad de salud	110	Distribución a todas unidades de salud

#### B. Promoción del Proyecto PASOS

Descripción	Cantidad	Descripción	Cantidad
Libreta	500	CD (Canción del Proyecto)	400
Lápiz tinta	500	Trifolios de proyecto PASOS	5,000
Camiseta del proyecto	400		

### 2. Año Segundo

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

Descripción	Cantidad	Propósito
Trifolios para adolescentes (4 temas). (Adolescencia, Autoestima, Derechos de la sexualidad, Tu futuro es importante).	7,000 cada uno (Total 28,000)	Distribución en todas las unidades de salud (101) para proporcionar información a los adolescentes.
Rotafolio sobre Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes	200	Distribución en todas las unidades de salud (101) para promoción y proporcionar información a los adolescentes.
Trifolio de líderes de pares	2,000	Promoción de las actividades de los Líderes de Pares.
Volantes de los Líderes de Pares (y Espacio Amigable).	5,000	Promoción de las actividades de los Líderes de Pares.
Letreros de señalización del Espacio Amigable (centro y hospital San Francisco)	Cada 1 (total 2)	Identificación del Espacio Amigable.

#### B. Promoción del Proyecto PASOS

Descripción	Cantidad	Descripción	Cantidad
Carpeta	4,000	DVD (Canción del Proyecto)	150
Libreta	2,000	CD (Canción del Proyecto)	300
Cuaderno con agenda	500	Publicación en el periódico	1
Lápiz tinta (3 tipos)	1,000 cada uno	Boletín del proyecto	1,000

### 3. Año tercero

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

Descripción	Cantidad	Propósito
Trifolios para adolescentes (4 temas). (Adolescencia, Autoestima, Derechos de la sexualidad, Tu futuro es importante).	7,000 cada uno (Total 28,000)	Distribución en todas las unidades de salud (101) para proporcionar información a los adolescentes.
Trifolios sobre servicios amigables para adolescentes	10,000	Promocionar el Servicio Amigable para Adolescentes por el personal de salud
Trifolio de líderes de pares	10,000	Promoción de las actividades de los Líderes de Pares.
Volantes de los Líderes de Pares y Espacio Amigable	3,000	Promoción de las actividades de los Líderes de Pares.
Letreros de señalización del Espacio Amigable (6 municipios)	Cada 1 (total 6)	Identificación del Espacio Amigable.
Póster para convocatoria a líderes de pares	500	Promoción de convocatoria a líderes de pares
Trifolio de prevención de Dengue	3,000	Promoción de información sobre prevención del dengue a los adolescentes

**B. Promoción del Proyecto PASOS**

Descripción	Cantidad	Descripción	Cantidad
Programa de radio para convocatoria a líderes de pares.	7 (cada municipios)	CD (Canción del Proyecto)	200
Boletín del proyecto	1,000	Calendario del proyecto	1,000
Camiseta de proyecto	60	Camiseta de líderes de pares	80

**4. Año cuarto****A. Fortalecimiento de los SAA y Promoción de las Actividades de Pares.**

Descripción	Cantidad	Propósito
Guía para educación de pares	100	Fortalecer las actividades de pares y educación de pares

**B. Promoción del Proyecto PASOS**

Descripción	Cantidad	Descripción	Cantidad
Camiseta de líderes de pares	10	Bolsa de educación de pares	40

**C. El encuentro de Líderes de pares (Presupuesto de la JICA Honduras)**

Descripción	Cantidad	Descripción	Cantidad
Lápiz tinta	200	Fólder de tela	200
Bolso	200		



プロジェクトデザインマトリクス(PDM) 3  
 オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト(和訳版)

2010年6月11日

(和訳最終確認日: 2011年4月22日)

プロジェクト期間: 2008年6月から2012年5月31日

ターゲットグループ: オランチョ県7市(フティカルパ、カタカマス、ドウルセ・ノンブレ・デ・クルミ、パトゥカ、サラマ、サン・エスタバン、グアヤベ)の10-19歳の若者

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部要因
<b>上位目標</b> オランチョ県の思春期妊娠数の低下に貢献する	思春期妊娠数が低下する。	保健省統計	思春期リプロダクティブヘルス(ARH) <sup>(*)</sup> の政策上の重要性が保たれる
<b>プロジェクト目標</b> 性とリプロダクティブヘルスのケアを受けるオランチョ県7市の思春期の若者の数が増加する	1.1. 少なくとも1回は産前健診を受診する思春期の妊婦の割合が60%に増加する(ベースライン: 18.3%)	1.1. 保健医療施設の ARH 統計	プロジェクトが自然災害の影響を受けない
	1.2. 産前健診を受ける思春期の妊婦の平均受診回数が4.0回に増加する (ベースライン: 2.7回)	1.2. 保健医療施設の ARH 統計	
	2. 思春期の妊婦の施設分娩率が30%に増加する(ベースライン: 22.6%)	2. 保健医療施設の ARH 統計	
	3. 避妊に関するサービス(コンドーム、IUD、注射、経口避妊薬)を受けた思春期の若者の数がベースライン値よりも80%増加する。	3. 保健医療施設の ARH 統計	
4. 保健医療施設で ARH に関するカウンセリングを受けた若者の数が増加する。	4. 保健医療施設の ARH 統計		
<b>成果</b> 1. 思春期の若者がアクセスしやすい質の高い ARH サービス提供システムを構築する	1-1. ユースフレンドリーサービス(YFS)の枠組みに係る基本要素が存在する	1-1. YFS フレームガイド	保健政策における ARH の位置づけが大きく低下しない。

	<p>1-2. 90%以上の常勤保健医療従事者がプロジェクトの提案する ARH サービスプログラム<sup>1)</sup>の研修を受講する</p> <p>1-3. 90%以上の保健医療施設が YFS の枠組みに基づき保健省とプロジェクトによって YFS 提供施設と認定される</p> <p>1-4. 思春期の若者用のフォーマットを用いたリファラルシステムが導入、活用される</p> <p>1-5. ARH サービス利用者の満足度が上がる</p> <p>1-6. 研修を受けた保健医療従事者に対し ARH の相談をしたいと思う若者の数がベースライン比で増加する(指標3-1と同)</p>	<p>1-2. 研修報告書、保健医療従事者が策定する行動計画</p> <p>1-3. YFS 認定証</p> <p>1-4. リファラルフォーム、カウンターレファラルフォーム</p> <p>1-5. ベースライン及びエンドライン調査</p> <p>1-6. ベースラインおよびエンドライン調査</p>	<p>ARH に対する住民および/もしくは団体組織の大規模な反対運動が起きない。</p>
<p>2. 思春期の若者が ARH サービスへアクセスしやすいピアシステムを構築する</p>	<p>2-1. ピアリーダーの数</p> <p>2-2. ピア養成者の数</p> <p>2-3. ピアコーディネーターの数</p> <p>2-4. ピアサポーター(思春期の若者を持つ親、教師、コミュニティの人々)の数</p> <p>2-5. 年間1000人の思春期の若者がピアルームを訪問する</p> <p>2-6. ピアリーダーから保健医療従事者へリファーされたケースの数</p> <p>2-7. ピア活動継続のためのシステム<sup>2)</sup>が設立される</p>	<p>2-1. ピアリーダー研修参加者リスト</p> <p>2-2. ピア養成者研修参加者リスト</p> <p>2-3. ピアコーディネーター研修参加者リスト</p> <p>2-4. ピアサポーター研修参加者リスト</p> <p>2-5. ピアルーム利用者記録</p> <p>2-6. ピアリーダーから保健医療施設へのリファラル記録</p> <p>2-7. ピアリーダー研修記録、ピアルームの活動記録とモニタリング</p>	

<p>3. 思春期の若者が ARH サービスを利用することに積極的になる</p>	<p>3-1. 研修を受けた保健医療従事者に対し ARH の相談をしたと思う若者の数がベースライン比で増加する(指標1-6と同)</p> <p>3-2. ピアリーダーに ARH の相談をしたいと思う若者の数がミッドポイント調査比で増加する</p> <p>3-3. 直近の性交時にコンドームを使用した思春期の若者の割合が増加する</p> <p>3-4. ピアリーダーによる(学校やコミュニティを含む)活動に参加した者の数</p>	<p>3-1. ベースラインおよびエンドライン調査</p> <p>3-2. ベースラインおよびエンドライン調査 (KAP 調査)</p> <p>3-3. ベースラインおよびエンドライン調査 (KAP 調査)</p> <p>3-4.ピアリーダー活動記録</p>	
<p>4. ARH サービス提供のための管理・運営システムを構築する</p>	<p>4-1. ARH サービス委員会が毎月開催される。</p> <p>4-2. ARH 活動の定期的なモニタリングが制度化される</p> <p>4-3. ARH 関連機関間の連携が構築、維持される</p>	<p>4-1. ARH サービス委員会議事録</p> <p>4-2. 看護スーパーバイザーのモニタリング記録又は自己評価表</p> <p>4-3. 市のワーキンググループによる活動記録、又は ARH サービス委員会議事録</p>	
<p><b>活動</b></p> <p>1-1. PAIA の規範に基づいてオランチョ県における ARH サービスを定義する</p> <p>1-2. 保健医療従事者向けに YFS の提供のためのガイドを策定する</p> <p>1-3. 研修の内容と参加者を決定する</p> <p>1-4. 研修プログラムを策定する</p> <p>1-5. 研修教材を作成する</p> <p>1-6. 講師を選定する</p> <p>1-7. 講師の研修を行う(ホンジュラスにおける経験の共有や日本または第三国研修)</p> <p>1-8. ARH サービス提供者を対象に研</p>	<p><b>投入</b> (日本側)</p> <p>1. 専門家:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 総括/ARH</li> <li>2) IEC</li> <li>3) 地域保健</li> <li>4) ヘルスプロモーション</li> <li>5) その他</li> </ol> <p>2. 資機材:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 車両</li> <li>2) IEC 教材</li> <li>3) 事務機器</li> <li>4) その他</li> </ol> <p>3. 現地業務費</p> <p>4. 本邦研修</p>	<p>国家 ARH 政策が維持される</p>	

<p>修を行う</p> <p>1-9. YFS ガイド等を策定し配布する</p> <p>1-10. ARH サービス従事者間で四半期に一度の意見交換会を開催する</p> <p>1-11. 研修プログラムを改良するために、ARH サービス委員会が、研修受講者による改善への取り組みをモニタリングする</p> <p>1-12. 研修プログラムを改良するために、ARH サービス委員会が、研修へのフィードバックを行う</p> <p>1-13. 保健医療施設(サンフランシスコ病院、CMI、GESAMO、CESAR)における ARH サービス強化計画を策定する</p> <p>1-14. 保健医療施設において ARH に特化したサービスを提供する</p> <p>1-15. ARH サービス委員会が保健医療施設における ARH に特化したサービス提供状況をモニタリングする</p> <p>1-16. 保健医療施設における ARH に特化したサービスの提供方法を改善する</p> <p>1-17. ARH サービスに関するリファラルおよびカウンターリファラルシステムを改善する</p> <p>1-18. ARH サービスに関するリファラルおよびカウンターリファラルをモニタリングする</p> <p>1-19. 思春期の若者が Condom を容易に入手できる状況を整備する</p>	<p>5. 第三国研修</p> <p>(ホンジュラス側)</p> <p>1. カウンターパート 中央レベル</p> <p>(1) 公衆衛生副大臣 (2) 保健推進総局長 (3) 家族統合保健課長 (4) 国家思春期統合ケアプログラム長</p> <p>県レベル</p> <p>(5) 第15地域保健事務所長 (6) 第15地域保健事務所プロジェクト専門家 (7) 保健推進課長 (8) セクター開発ユニット長 (9) 思春期プログラム長 (10) 保健サービス提供課長 (11) 統計課長 (12) サンフランシスコ病院長 (13) サンフランシスコ病院思春期クリニック長</p> <p>2. 施設・設備等</p> <p>1) JICA 専門家チーム用事務所(含電話・ファクシミリ・電気等の適切な設備)、オフィス家具、事務用機器 2) プロジェクト用施設・設備</p> <p>3. 現地費用</p> <p>1) 運営・経常費用並びに維持管理費</p>	
---	--	--

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>2-1. ピアリーダーを育成し、維持する<br/>(ピアカウンセリング)</li> <li>2-2. ピアリーダーの活動をモニタリングする</li> <li>2-3. 思春期の若者が自由に利用できるピアルームを7市に創設する</li> <li>2-4. ピアコーディネーターを育成する</li> <li>2-5. ピア養成者を育成する</li> <li>2-6. ピアサポーター(思春期の若者を持つ親、教師、コミュニティの人々)を育成する</li> <br/> <li>3-1. ARH サービス委員会が保健医療従事者や思春期の若者からのインプットを受けて IEC のニーズを特定する</li> <li>3-2. ARH サービス委員会が保健医療従事者や思春期の若者からのインプットを基に IEC 計画を策定する</li> <li>3-3. 各市の保健医療施設が IEC 計画を実行する</li> <li>3-4. ピアリーダーがピアコーディネーターと共に IEC 計画を実行する</li> <li>3-5. コミュニティの大人を対象にした ARH への理解促進と支援強化を目的とした IEC 活動を行う</li> <li>3-6. ARH サービス委員会にて IEC 活動をモニタリングする</li> <br/> <li>4-1. ベースライン、ミッドポイント、エンドライン調査を行う</li> <li>4-2. ARH の開発と実行のための委員</li> </ul> |  |  |
|--|--|--|

<p>会を設立する</p> <p>4-3. 市の青少年プログラム<sup>3)</sup>との組織的な調整メカニズムを設立する</p> <p>4-4. ARH サービスの提供、ピア活動および IEC 活動をモニタリングするシステムを確立する</p> <p>4-5. コミュニティにおける ARH 関連の活動を行っている団体・組織と包括的な市の調整システムを設立する</p> <p>4-6. 教育セクターや関連する組織と共同して ARH の活動を行う</p> <p>4-7. プロジェクトの経験を体系化する<sup>4)</sup></p>		
---	--	--

脚注

- 1) “プロジェクトの提案するプログラムは、PAIA に従って定義された YFS フレームワークガイド、更にはアクションプランやモニタリングに基づいた ARH サービスを含む。
- 2) “継続のためのシステム”とは ARH サービスの提供に賛同するピアコーディネーター、ピア養成者、ピアサポーターおよび一般の大人と市や教育セクターといった関連組織との連携を指す。
- 3) 各市にはそれぞれ独自の「青少年プログラム」が策定されている。
- 4) “経験の体系化”とは、各種報告書のレビューや関連組織・個人との協議を通じて成果、問題点、教訓などを洗い出し、ワークショップ等を通じて結果を共有し最終的に報告書としてまとめることを意味する。この活動によってプロジェクトの経験が記録として残される。

【以下、和訳版のみの脚注】

(\*)西語版 PDM では Salud Sexual y Reproductiva para Adolescents (SSRA)と表記されており、この西語に合せて英語で表記すると Adolescent Sexual and Reproductive Health (ASRH)となる(日本語では「思春期の性とリプロダクティブヘルス」)。しかし、これまで本プロジェクトでは、西語の SSRA を「思春期リプロダクティブヘルス」と和訳し、様々な資料に用いてきたことから、既存資料との整合性を鑑み、本和訳版 PDM でも、西語の SSRA を「思春期リプロダクティブヘルス」と和訳し、これに対応する英語略語として ARH (Adolescent Reproductive Health)を使用する。

### 3. PO (Plan of Operations)

#### 活動計画(実績入り)

活動	4年次												5年次										
	2011						2012																
	II			III			IV			I			II			III			IV			I	
	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
成果1 者がアクセスしやすい、質の高いARHサービスの提供システムが確立される																							
1-1. PAIAの概念に従ったオランチョ県のARHサービスの特性を明確化する																							
1-2. 保健医療従事者がYFSを提供するためのガイドを作成する																							
1-3. 必要な研修内容と研修対象者を選定する																							
1-4. 研修プログラムを作成する																							
1-5. 研修教材を作成する																							
1-6. 講師を選定する																							
1-7. 必要に応じた講師の訓練を実施する(国内成功事例の視察、日本と第三国での研修を含む)																							
1-8. ARH従事職員等への研修プログラムを実施する																							
1-9. プロジェクトで、YFSサービスガイド、その他教材を作成し配布する																							
1-10. ARH従事者等による意見交換会を3ヶ月毎に開催する																							
1-11. YFS研修を改良するために、ARHサービス委員会にて、YFS研修受講者による改善への取り組みをモニタリングする																							
1-12. YFS研修を改良するために、ARHサービス委員会にて研修へのフィードバックを行う																							
1-13. 保健医療施設(サンフランシスコ病院、CMI,CESAMO,CESAR)におけるARHサービス強化計画を策定する																							
1-14. 保健医療施設にてARHに特化したサービスを導入する																							
1-15. 保健医療施設でのARHに特化したサービス提供状況をARHサービス委員会にてモニタリングする																							
1-16. 保健医療施設でのARHに特化したサービス提供方法を改善する																							
1-17. ARHサービスに関連したリファラルおよびカウンターリファラルを改善する																							
1-18. ARHサービスに関連したリファラルおよびカウンターリファラルをモニタリングする																							
1-19. 若者が避妊具を入手しやすい環境を整備する																							

活動	4年次																				5年次	
	2011										2012											
	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I						
7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
<b>成果2.</b> 若者のサービスへのアクセスを促進するピアシステムが確立される																						
2-1. ピアリーダーを養成し、維持する(ピアカウンセリング)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2-2. ピアリーダーによる活動をモニタリングする	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2-3. 各市において、若者が集まりやすい場所にピアルームを開設する	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2-4. ピアコーディネーターを養成する	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2-5. ピアリーダー養成者を養成する	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2-6. ピアサポーターを養成する(思春期の子を持つ親、教師、コミュニティの人々)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>成果3.</b> 若者が思春期リプロダクティブヘルスサービスを受ける事に積極的になる																						
3-1. 保健医療従事者や若者のニーズに沿ったIECの必要性をARHサービス委員会にて明確化する	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3-2. 保健医療従事者や若者のニーズに従ったIEC計画をARHサービス委員会にて作成する	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3-3. 各市の医療施設においてIEC計画を実施する				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3-4. ピアコーディネーターと共にピアリーダーによるIEC計画を実施する				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3-5. ARHの普及と動機付けのため、コミュニティの大人向けIEC計画を実施する				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3-6. ARHサービス委員会にてIEC活動をモニタリングする				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>成果4.</b> ARHサービスを提供するための運営管理システムが確立される																						
4-1. ベースライン調査、中間評価、終了時評価を実施する																						
4-2. ARHの実施と改善のために委員会を設置する	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4-3. 市の若者プログラムとの連携体制を確立する	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4-4. ARHサービス提供、ピアリーダー活動、IEC活動に関するモニタリングを確立する	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4-5. 市のARH活動に関係している組織等との連携体制を確立する	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4-6. 教育セクターや他関係機関等とARHに関する活動を協働で実施する	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4-7. プロジェクトの経験を体系化する																						

■ 作業の集中する期間

■ 作業の分散している期間



#### 4. 日本側投入実績

##### (1) 専門家派遣

No.	氏名	担当分野	派遣日数				合計(MM)	
			2008年度 (2008年6月 ～)	2009年度	2010年度	2011年度 (10月まで)		
<b>A. 日本人専門家</b>								
1	阿保 宏	総括/思春期保健(1)	131	217	156	53	557 (18.6)	
2	高村 寿子	思春期保健(2)	52	77	39	42	210 (7)	
3	西原 三佳	IEC/教材作成	60	151	164	72	657 (21.9)	
4	高橋(曾根)和枝	IEC	120	-	-	-	120 (4)	
5	松原 彩子	モニタリング・評価・統計	57	62	-	-	119 (3.97)	
6	大西 真由美	ヘルスプロモーション	30	51	35	-	116 (3.9)	
7	加藤(永野)純子	助産	27	-	-	-	27 (0.9)	
8	岡本 聡子	モニタリング・評価・統計(2)	-	17	-	-	17 (0.57)	
9	田中 真樹	モニタリング・評価・統計(3)	-	-	117	88	205 (6.8)	
10	小林 美紀	ピア活動普及支援/ コミュニティ参加	-	-	44	30	74 (2.5)	
11	西野 真理	業務調整/プロジェクト 運営管理支援	-	-	60	-	60 (2)	
<b>B. 第三国専門家</b>								
1	Ernesto Torres	地域保健/ ARH サービス	114	135	135	63	652 (21.7)	
日本人専門家(11)			合計	311	368	615	285	1579 (52.6)
第三国専門家(1)			合計	114	135	135	63	652 (21.7)

##### (2) 機材供与

###### 第1年次:

- プロジェクト用車両 2台
- コピー機 1台
- デスクトップコンピュータ 1台
- ラップトップコンピュータ 2台
- レーザープリンター 1台
- カラープリンター 1台
- ファックス 1台
- LCD プロジェクター 1台
- スピーカー内蔵ワイヤレスアンプ 1台
- 小型発電機 1台
- ホワイトボード 1台
- フィールドワークショップ用機器 1式  
(デジタルカメラ/ビデオカメラ/デジタルカメラ/ポータブルプリンター)
- CD/DVD セット 1セット
- SPSS(西・英) 1セット

###### 第2年次:

- アウトリーチ活動用モーターバイク 7台
- コンピュータ(ピアルーム用) 4式

- テレビ(ピアルーム用) 1 台
- DVD プレーヤー(ピアルーム用) 2 台
- プロジェクター(ピアルーム用) 1 台
- ホワイトボード(ピアルーム用) 2 台
- YFS アクションプラン用小型テレビ(保健医療施設用) 29 台
- YFS アクションプラン用小型ラジオ(保健医療施設用) 37 台

第3年次:

- コンピュータ(ピアルーム用) 4 式
- AV 機器(ピアルーム用) 1 台
- CD ラジカセ(ピアルーム用) 2 台
- ホワイトボード(ピアルーム用) 2 台
- YFS アクションプラン用小型テレビ(保健医療施設用) 28 台
- YFS アクションプラン用 DVD プレーヤー(保健医療施設用) 15 台
- YFS アクションプラン用 CD プレーヤー(保健医療施設用) 3 台
- YFS アクションプラン用掲示板(保健医療施設用) 9 個

第4年次:特になし

(3) 現地業務費

	2008 年度 (2008 年 6 月～)	2009 年度	2010 年度	2011 年度 (10 月まで)	合計
1. 一般業務費(研修・管理以外)	12,747,480	23,467,060	16,862,200	6,103,220	59,179,960
1) 備人費	2,873,230	6,739,400	7,413,370	3,640,800	20,666,800
2) 機材保守管理費	59,420	380,000	120,100	48,800	608,320
3) 消耗品費	937,650	4,201,460	2,918,580	522,020	8,579,710
4) 旅費・交通費	108,230	211,200	111,530	78,000	508,960
5) 通信運搬費	80,000	250,000	374,600	16,100	720,700
6) 資料等作成費	3,358,730	5,425,000	2,880,460	441,000	12,105,190
7) 借料損料	2,067,410	3,000,000	1,245,170	573,100	6,885,680
8) 施設・設備維持管理費	425,210	280,000	110,000	62,100	877,310
9) 現地研修費	2,608,500	2,300,000	1,464,650	631,200	7,004,350
10) 雑費	229,100	680,000	223,740	90,100	1,222,940
2. 供与機材購入費	5,730,000	2,650,000	0	0	8,380,000
3. その他の機材購入費	3,181,430	650,000	2,551,000	0	6,382,430
4. ローカルコンサルタント契約	3,144,090	1,654,000	0	0	4,798,090
5. 工事費	0	1,000,000	1,622,000	0	2,622,000
6. 本邦研修	0	1,700,000	2,191,000	0	3,891,000
7. 技術交換研修(第三国研修)	0	412,800	0	0	412,800
8. 国内技術研修	0	86,000	99,300	0	185,300
Total	24,803,000	31,619,860	23,325,500	6,103,220	85,851,580

## (4) 本邦研修

No.	氏名	役職(研修時)	現在の役職(変更がある場合)
保健行政マネジメント/思春期保健サービス向上研修(Training on Health Policy Management / ARH Service)			
- 研修実施期間: 2009年8月2日(月)から8月24日(月)まで(23日間)			
- 研修の目的: 日本における思春期保健政策、および栃木県での思春期保健サービスのこれまでの経緯および現状について把握し、今後のホンジュラス国、オランチョ県での活動に役立てる。			
1	Lic. Maribel Navarro	ホンジュラス中央保健省 思春期保健課	
2	Lic. Miguel Guerrero	ホンジュラス中央保健省 思春期保健課	
3	Lic. Jesus Caceres	オランチョ県保健事務所 ヘルスプロモーション主任	オランチョ県保健事務所 ヘルスプロモーション担当
4	Lic. Gladys Cruz	オランチョ県保健事務所 思春期保健担当	
5	Dra. Ana Motino	サンフランシスコ病院院長	救急担当医師
6	Dra. Lesbia Sandoval	サンフランシスコ病院思春期外来部長	
思春期保健サービス向上研修(Training on Adolescent Reproductive Health Service)			
- 研修実施期間: 2010年8月13日(金)から9月4日(土)まで(23日間)			
- 研修の目的: 日本における思春期保健政策、および栃木県での思春期保健サービスのこれまでの経緯および現状について把握し、今後のホンジュラス国、オランチョ県での活動に役立てる。また、メキシコプロジェクトとの相互理解と交流を図り、本プロジェクト活動へ活かす。			
1	Dr. Ernesto Cálix	オランチョ県保健事務所 局長	
2	Dr. Lenin Banegas	オランチョ県サンフランシスコ病院 院長	
3	Lic. Gladys Suazo	オランチョ県カタカマス市 主任看護師	
4	Lic. Mayra Méndez	オランチョ県パトゥカ市 主任看護師	

## (5) Capacitaciones en Tercer País

No.	氏名	役職(研修時)	現在の役職(変更がある場合)
技術交換研修(ニカラグア)			
- 研修実施機関: 2009年9月28日~10月2日(6日間)			
- 研修目的: ニカラグア SakuRa プロジェクトで実施されているYFSおよび若者クラブ活動のこれまでの経緯と現状を把握し、今後の本プロジェクト(PASOS)のYFSおよびピア活動の実施に生かす。			
1	Lic. Leticia Diaz	セクター開発ユニット長	
2	Dr. Esteban Ucles	パトゥカ市医師長	
3	Dr. Mariano Euceda	クルミ市医師長	
4	Lic. Jovany Estrada	フティカルパ市ピアコーディネーター	
5	Dra. Carlina Leiva	グアヤペ市医師長	グアヤペ市サンタクルス医師
6	Lic. Dulce Guardado	カタカマス市主任看護師	
7	Lic. Rubi Padilla	サン・エステバン市主任看護師	
8	Lic. Carla Trochez	サラマ市主任看護師	
9	阿保 宏	総括/思春期保健(1)	
10	高村 寿子	思春期保健(2)	
11	西原 三佳	教材開発/IEC	
12	Dr. Ernest Torres	地域保健	
13	Mr. Luis Carlos Ramos	事務長	

## 5. ホンジュラス側投入実績

### (1) カウンターパート配置

No.	氏名	職位	プロジェクトに おける任務	担当期間		備考
				就任	終了	
<b>保健省</b>						
1	Lic. Mirian Paz	保健省副大臣	プロジェクト長	2010年5月	現任	
2	Dr. Santos Ernesto Calix	第15地域保健局長	執行長	2010年5月	現任	
3	Dr. Lizandro Martínez	第15地域保健局プロジェクト アドバイザー	ナショナルアド バイザー	2010年5月	現任	元保健局長(2010年5月 まで)
<b>保健省 中央レベル</b>						
4	Dr. Mario Najera	保健推進総局長		2010年5月	現任	
5	Dr. Ivo Flores	家族統合保健課長		2010年5月	現任	
6	Dr. Oscar Gonzáles	思春期統合ケアプログラム長		2010年5月	現任	
7	Dr. Hector Galindo	HIV/AIDS/STI 課長		2010年5月	現任	
8	Dra. Francisca Acosta	精神保健課長		2010年5月	現任	
<b>保健省 第15地区保健局レベル</b>						
9	Dr. Humberto Flores	保健サービス提供課長		2010年5月	現任	
10	Lic. Leticia Diaz	セクター開発ユニット長		2010年5月	現任	
11	Alejandro Mercado	保健推進課長		2010年5月	現任	
12	Lic. Graciela Mejía	保健局看護師長		2010年5月	現任	
13	Lic. Sobeyda Pavon	サービス管理プログラムコー ディネーター		2010年5月	現任	
14	Lic. Digna Duarte	女性プログラムコーディネータ ー		2010年5月	現任	
15	Lic. Linda Figueroa	統計課長		2010年5月	現任	
16	Lic. Jesus Cáceres	保健推進課		2010年5月	現任	元保健推進課長(2010 年5月まで)
17	Lic. Gladis Cruz	思春期プログラム長		2010年5月	現任	
18	Dr. Lenin Banegas	サンフランシスコ地域病院長		2010年5月	現任	
19	Dra. Lesvia Sandoval	外来診療長		2010年5月	現任	思春期クリニック長兼務
20	Dra. Ana Motiño	サンフランシスコ病院医師		2010年5月	現任	元サンフランシスコ病院 長
21	Lic. Lexsa Inestroza	院内教育看護師		2010年5月	現任	
<b>保健省 市レベル</b>						
22	Lic. Carla Roxana Trochez	サラマ市主任看護師		2010年5月	現任	
23	Dr. Vincenzo Bove	サラマ市医師長		2010年5月	現任	
24	Lic. Mayra Mendez	パトゥーカ市主任看護師		2010年5月	現任	
25	Dr. Esteban Ucles	パトゥーカ市医師長		2010年5月	現任	
26	Lic. Dulce Guardado	市主任看護師		2010年5月	現任	
27	Lic. Ada Aguiriano	カタカマス市 CMI 主任看護師		2010年5月	現任	
28	Dr. Rony Menjivar	カタカマス市医師		2010年5月	現任	
29	Arnaldo Navarro	カタカマス市指導担当		2010年5月	現任	
30	Rubi Elizabeth Padilla	サンエステバン市主任看護師		2010年5月	現任	
31	Dr. Alvaro Mendez	サンエステバン市医師		2010年5月	現任	
32	Rigoberto Martinez	サンエステバン市指導担当		2010年5月	現任	
33	Lic. Wendy Miralda	クルミ市主任看護師		2010年5月	現任	
34	Dr. Luis Mariano Euceda	クルミ市医師		2010年5月	現任	
35	Lic. Teresa Guzman	グアヤベ市主任看護師		2010年5月	現任	
36	Dr. Dimas Merlo	グアヤベ市医師		2010年5月	現任	
37	Lic. Rogelio Turcios	フティカルパ市コーディネータ ー		2010年5月	現任	
38	Lic. Gladys Suazo	フティカルパ市主任看護師		2010年5月	現任	

39	Lic. Alejandrina Gutierrez	フティカルパ市第1セクター主任看護師		2010年5月	現任	
40	Lic. Maria Luisa Sanchez	フティカルパ市第2セクター主任看護師		2010年5月	現任	
41	Lic. Miguel Hernández	フティカルパ市指導担当		2010年5月	現任	
保健局 プロジェクト補助						
42	Saira Zelaya	秘書		2010年5月	2010年9月	
43	Lic. Jeny Murillo	秘書		2010年10月	現任	
44	Mguel Murillo	運転手		2010年5月	現任	
45	Tomas Rigoberto Ramirez	運転手		2010年5月	2011年7月	
46	Jose Manuel Inestroza	運転手		2011年8月	現任	

## 6. 研修実績

### 1. 第1年次

#### 1) 思春期講演会（導入講義）

日時	場所	研修対象者	受講人数
2009年1月22日	県保健局（フティカルバ）	県保健局、7市主任医師/主任看護師他	20名

#### 2) QOL 研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2009年 1月26・27日、1月 29日・30日、2月2・ 3日、2月5・6日	ホテル・ボケロン （フティカルバ）	県保健局および対象7市の思春期保 健関係者（保健医療施設）	168名

#### 3) YFS プレ研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2009年 2月24日～27日	ホテル・ボケロン （フティカルバ）	保健省 PAIA 課、県保健局、7市主任 医師/主任看護師	35名

### 2. 第2年次

#### 1) QOL 研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2009年 6月22日、23日	ホテル・ボケロン （フティカルバ）	主にサンフランシスコ病院職員+7市 保健医療従事者	44名
2010年 2月1日、2日	ホテル・ボケロン （フティカルバ）	主にサンフランシスコ病院職員+7市 保健医療従事者	54名

#### 2) YFS 研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2009年 6月17日～19日	ホテル・ボケロン （フティカルバ）	7市の医師および看護師	42名
6月24日～26日	ホテル・ボケロン （フティカルバ）	7市の医師および看護師	38名
9月3日、4日	サン・エステバン市	同市医師および看護師	12名
9月7日、8日	パトゥカ市	同市医師および看護師	15名
9月10日、11日	グアヤペ市	同市医師および看護師	11名
9月17日、18日	サラマ市	同市医師および看護師	11名
9月21日*	ホテル・パバベト （カタカマス市）	クルミ市・カタカマス市医師および看 護師	20名
2010年 2月16日～18日	ホテル・ボケロン （フティカルバ）	主にサンフランシスコ病院職員+7市 保健医療従事者	28名
2月22日～24日	ホテル・ボケロン	主にサンフランシスコ病院職員+7市 保健医療従事者	37名

#### 3) 思春期公開セミナー

日時	場所	研修対象者	受講人数
2009年2月11日	ホテル・ボケロン （フティカルバ）	ピア活動をサポートする関係者対象（7市の市 医師および主任看護師、フティカルバ市教育関 係者、ピアリーダー保護者、フティカルバ市青 少年プログラム関係者）	68名

4) モニタリング研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2009年 9月14日	県保健局 (フティカルパ)	統計担当者および各市の市医師および主任看護師	28名

5) ピアコーディネーター研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2009年 9月16日・17日	県保健局 (フティカルパ)	下表参照 (本邦研修参加者4名含む)	10名

Lic. レティシア・ディアス	オランチョ県保事務所 保健推進総局 部長
Lic. ヘスス・カセーレス *	オランチョ県保健事務所ヘルスプロモーション課長
Lic. グラディス・クルス *	オランチョ県保健事務所思春期担当
Dra. アナ・モティーニョ *	サンフランシスコ病院長
Dra. レズビア・サンドバル *	サンフランシスコ病院 思春期外来部長
Lic. ミゲル・エルナンデス	オランチョ県保健局 教育プロモーター
Lic. アナ・ルイサ・エルナンデス	COMVIDA (フティカルパ市青少年プログラム) 担当
Lic. ジョパニ・エストラーダ	フティカルパ市環境保健担当
Lic. イマエル・エルナンデス	オランチョ県保健局ヘルスプロモーション担当
Dr. リサンドロ・マルティネス	プロジェクトカウンターパート (県レベル)

\*本邦研修参加者

6) ピアリーダー研修 (基本コース)

日時	場所	研修対象者	受講人数
2009年 10月7日～9日	ホテル・ボケロン (フティカルパ)	フティカルパ在住の15～17歳の青少年	33名

第3年次

1) YFS 研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2010年 10月26日～28日	ホテル・ボケロン (フティカルパ)	思春期の若者に関する県保健局職員、保健医療従事者、各市の青少年プログラム/教育関係者	38名

2) QOL 研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2010年9月20日	ホテル・ボケロン (フティカルパ)	各市の市医師/主任看護師、市役所/青少年プログラム/教育関係者等	24名

3) ピア養成者研修 (基礎コース)

(正式名は「ピアリーダー養成者」だが混乱を避けるためここでは上記名を使用)

日時	場所	研修対象者	受講人数
2010年 6月23日～25日	県保健局	昨年度の実施のピアコーディネーターから選出 (下表参照)	6名

Lic. ヘスス・カセーレス	オランチョ県保健事務所ヘルスプロモーション担当
Lic. グラディス・クルス	オランチョ県保健事務所思春期担当
Dra. アナ・モティーニョ	サンフランシスコ病院 医師

Dra. レズビア・サンドバル	サンフランシスコ病院 外来部長
Lic. ジョバニ・エストラーダ	フティカルパ市環境保健担当
Dr. リサンドロ・マルティネス	プロジェクトカウンターパート (県技術アドバイザー)

4) ピアリーダーフォローアップ研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2010年 6月30日～7月1日	ホテル・ボケロン (フティカルパ)	昨年度実施のフティカルパの青少年を対象としたピアリーダー研修(基礎コース)修了者	24名

5) ピアリーダー研修(基礎コース)

日時	場所	研修対象者	受講人数
2010年 9月23日～25日	ホテル・ボケロン (フティカルパ)	フティカルパ/パトゥカ/グアヤペ市の青少年	42名
2010年 9月28日～30日	ホテル・パパベト (カタカマス)	カタカマス/サラマ/クルミ/サン・エステバン市の青少年	64名

市名	ピアリーダー研修受講者	オブザーバー*
フティカルパ	17	4
カタカマス	28	13
サラマ	10	6
グアヤペ	10	5
パトゥカ	15	3
クルミ	12	7
サン・エステバン	14	7
合計	106	45

6) ピアサポーター研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2010年 7月1日～7月2日	ホテル・ボケロン (フティカルパ)	フティカルパ市のピアリーダー保護者、学校関係者等	9名

7) ピアコーディネーター研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2010年 9月21日～22日	ホテル・ボケロン (フティカルパ)	各市の市医師/主任看護師、市役所/青少年プログラム/教育関係者等	51名

4年次

1) YFS 研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2011年9月 29日～30日	サンフランシスコ病院(フティカルパ)	サンフランシスコ病院職員	60名

2) YFS 研修(フォローアップ研修)

日時	場所	研修対象者	受講人数
2011年 9月13日	フティカルパ	YFS研修受講者(保健医療従事者等)	48名
9月14日	クルミ	同上	18名
9月19日	カタカマス	同上	44名
9月21日	グアヤペ	同上	17名



9月26日	サン・エステバン	同上	28名
9月28日	パトゥカ	同上	25名
9月30日	サラマ	同上	19名

### 3) QOL 研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2010年9月20日	ホテル・ボケロン (フティカルパ)	各市の市医師/主任看護師、市役所/青少年プログラム/教育関係者等	32名

### 4) ピア養成者研修 (フォローアップ研修) および認定試験

日時	場所	研修対象者	受講人数
フォローアップ研修 2011年6月22日	県保健局 (フティカルパ)	ピア養成者研修 (基礎コース) 受講者	5名
認定試験 2011年6月23日	県保健局 (フティカルパ)	ピア養成者 (フォローアップ) 研修受講者 (下表参照)	5名

Lic. ヘスス・カセーレス	オランチョ 県保健事務所ヘルスプロモーション担当
Lic. グラディス・クルス	オランチョ 県保健事務所思春期担当
Dra. アナ・モティーニョ	サンフランシスコ病院 医師
Dra. レズビア・サンドバル	サンフランシスコ病院 外来部長
Dr. リサンドロ・マルティネス	プロジェクトカウンターパート (県技術アドバイザー)

### 5) ピア養成者研修 (基礎コース)

日時	場所	研修対象者	受講人数
2011年 10月17日~19日	ホテル・ボケロン (フティカルパ)	第3年次実施のピアコーディネーター研修受講者より選出 (7市対象)	18名

### 6) ピアコーディネーター研修

日時	場所	研修対象者	受講人数
2011年5月24日	サン・エステバン	サン・エステバン市の市医師/主任看護師、市役所/青少年プログラム/教育関係者	8名
2011年 10月11日~13日	ホテル・ボケロン (フティカルパ)	各市の市医師/主任看護師、市役所/青少年プログラム/教育関係者	34名

### 7) ピアコーディネーター研修 (フォローアップ研修)

日時	場所	研修対象者	受講人数
2011年 6月24日	フティカルパ	ピアコーディネーター研修 (基礎コース) 受講者7市代表	14名
6月28日~29日	サン・エステバン	サン・エステバンのピアコーディネーター研修 (基礎コース) 受講者	11名
6月30日~7月1日	カタカマス	カタカマス/クルミのピアコーディネーター研修 (基礎コース) 受講者	28名
7月18日~19日	フティカルパ	パトゥカ/フティカルパのピアコーディネーター研修 (基礎コース) 受講者	25名
7月21日~22日	サラマ	サラマ/グアヤベピアコーディネーター研修 (基礎コース) 受講者	11名

## 8) ピアリーダー研修 (基礎コース)

日時	場所	研修対象者	受講人数
2011年 10月20日～21日	ホテル・パパベト (カタカマス)	カタカマス/クルミの青少年	32名
11月9日～11日	グアヤベ	サラマ/グアヤベ市の青少年	14名

## 9) ピアリーダー大会

日時	場所	研修対象者	受講人数
10月15日	ホテル・ボケロン (フティカルパ)	7市のピアリーダー、ピアコーディネーター、保健省・オランチョ県保健事務所関係者、オランチョ県教育局・7市教育/青少年プログラム関係者、他県青少年活動関係者、JICA関係者	192名

## 7. 教材作成実績

### 2年次

#### A. ユースフレンドリーサービス強化およびピア活動啓発関係

内容	数	目的
思春期の若者向けパンフレット(4種) (思春期とは、セルフエスティーム、 私たちの権利、大切な未来)	各 7,000×4 (計 28,000)	全保健医療施設(101施設)に配布、若者 へ情報提供する
思春期プロダクティブヘルスに係るフリッ プチャート	200部	全保健医療施設(101施設)およびピアル ームに配布、若者への啓発活動用
ピアリーダー紹介パンフレット	2,000部	ピアリーダーがプロモーション活動に使用
ピアリーダー(ピアルーム)紹介チラシ	5,000部	ピアリーダーのプロモーション活動に使用
ピアルーム看板(市役所隣・病院内)	各 1(計 2)	ピアルーム識別のため

#### B. PASOS プロジェクト啓発活動

内容	数	内容	数
フォルダ	4,000部	プロジェクトテーマソング DVD	150枚
メモ帳	2,000部	プロジェクトテーマソング CD	300枚
ノート	500部	新聞広告	1回
ボールペン(3種)	各 1,000本	プロジェクトニュースター	1,000部

### 3年次

#### A. ユースフレンドリーサービス強化およびピア活動啓発関係

内容	数	目的
思春期の若者向けパンフレット(4種) (思春期とは、セルフエスティーム、 私たちの権利、大切な未来)	各 7,000×4 (計 28,000)	全保健医療施設(101施設)に配布、若者 へ情報提供する
YFS パンフレット	10,000部	保健医療従事者等が YFS の啓発活動の ために使用
ピアリーダー紹介パンフレット	10,000部	ピアリーダーがプロモーション活動に使用
ピアリーダー(ピアルーム)紹介チラシ	3,000部	ピアリーダーのプロモーション活動に使用
ピアルーム看板(6市)	各 1(計 6)	ピアルーム識別のため
ピアリーダー募集用ポスター	500枚	ピアリーダー募集活動に使用
デング熱予防パンフレット	3,000部	夏季に大流行のデング熱予防に係る若者 に対する啓発用

#### B. PASOS プロジェクト啓発活動

内容	数	内容	数
ピアリーダー募集ラジオプログラム	各市毎(計 7)	プロジェクトテーマソング CD	200枚
プロジェクトニュースター	1,000部	プロジェクトカレンダー	1,000枚
PASOS Tシャツ	60枚	AJAES Tシャツ	80枚

4年次

A. ユースフレンドリーサービス強化およびピア活動啓発関係

内容	数	目的
ピア教育ガイドライン	100部	ピアリーダーによるピア教育活動促進のため

B. PASOS プロジェクト啓発活動

内容	数	内容	部
AJAES Tシャツ	10枚	ピア活動バック	40個

C. ピア大会用(事務所支援経費)

内容	数	内容	数
ボールペン	200本	書類ホルダー	200個
バッグ	200個		

