

Proyecto Fortalecimiento de Capacidades para el Mejoramiento de los índices de
Mortalidad Materna
No. 00057098

País: Honduras

Efectos Directos del UNDAF:

1. Para el 2011 las y los hondureños avanzan hacia el cumplimiento equitativo y universal de sus derechos a la salud, agua y saneamiento, a la alimentación, a la educación, a la cultura, y a la protección contra la violencia, abuso y explotación.

Indicador:

Tasa de Mortalidad Materna por cada 100,000 nacidos vivos.

Efectos Directos del CP:

1.1: "La población hondureña, especialmente excluidos y pobres, avanzan hacia el acceso universal a la salud." Indicador: % de parto institucional.

Productos Esperados del CP:

1.1.1: "Capacidades del sistema de salud fortalecidas para que mujeres, hombres, adolescentes y jóvenes reciban servicios integrales de salud sexual y reproductiva, con énfasis en acciones orientadas a disminuir la mortalidad materna".

Agencia de Ejecución:

Secretaría de Salud de Honduras

Copartícipes de la Ejecución:

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas (UNV).

Breve descripción del proyecto:

El proyecto de Fortalecimiento de Capacidades para el Mejoramiento de los índices de Mortalidad Materna tiene el objetivo de apoyar a las comunidades de los Departamentos de Colón y Gracias a Dios en la disminución de la morbilidad y mortalidad maternas, con la aplicación de un conjunto de estrategias diferenciadas e integradas, dirigidas a mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud reproductiva. Se pretende lograr el fortalecimiento de los Centros Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONEs) básicos y ampliados, aumentar la participación de la mujer y su pareja, la familia, la partera tradicional y la comunidad en las actividades orientadas a la prevención y reducción de la morbi mortalidad materno infantil, con énfasis en el incremento de la atención institucional del parto y la atención oportuna de las emergencias obstétricas e infantiles, garantizando la calidad de los servicios de salud.

El presente proyecto ha sido formulado con apoyo de las siguientes agencias, del Sistema de las Naciones Unidas: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y el Programa de Voluntarios de Naciones Unidas (UNV), y de la Secretaría de Salud. También se contempla contar con el apoyo de agencias del SNU en Honduras para su implementación.

Período del Programa: 2007-2011 Componente del Programa: 1.3 Iniciativas Locales de Pobreza Denominación del Proyecto: "Programa Integrado de Mejoramiento de los Índices de Mortalidad Materna" ID del Proyecto: 00057098 Duración del Proyecto: 1 año (01/07/2007 – 30/6/2008) Modalidad de Gestión: NEX	Presupuesto Total USD 497,448.98* Recursos asignados: <ul style="list-style-type: none"> • Gobierno N/A • Ordinarios N/A • Gobierno de España USD 497,448.98 Presupuesto sin respaldo: N/A * Monto calculado en base a la tasa 1 US\$ = 0.784 €
---	---

Firmado por el Asociado en la Ejecución: Secretaría de Salud		
Jenny Meza Ministra	Firma: 	Fecha: _____
Firmado por el Representante del Gobierno de Honduras: Secretaría Técnica y de Cooperación Internacional		
Karen Zelaya Ministra	Firma: 	Fecha: <u>23. julio 2007</u>
Firmado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo		
Rebeca Arias Representante Residente	Firma: 	Fecha: <u>23/07/07</u>

Sección I

Capítulo 1 - Situación del País

La reducción de la mortalidad materno infantil es una de las políticas prioritarias de salud de Honduras debido a su magnitud y la persistencia de determinantes inadmisibles a la luz de la tecnología actual. Sin embargo, la implementación de esta política ha encontrado varias limitantes, una de ellas, la incapacidad de monitorear la tendencia del problema y de sus causas.

La última medición de mortalidad materna en Honduras fue de 108 por 100.000 nacidos vivos en 1997,¹ habiendo disminuido en comparación con 182 por 100.000 nacidos vivos en 1990, pero siendo todavía alta en comparación con otros países de la región. Desde el año 2004, la Secretaría de Salud implementó un sistema pasivo de vigilancia de muertes maternas a partir de muertes en mujeres en edad fértil (10-49 años), notificadas por las unidades de salud (US) de la Secretaría de Salud en todo el país. El sistema ha permitido captar 123, 97 y 83 muertes maternas los años 2004, 2005 y 2006, respectivamente. Dadas las limitantes de acceso y cobertura de la Secretaría de Salud, se estima que las cifras reales deben ser superiores a dichos valores.

El análisis de las muertes captadas muestra que la mortalidad se concentra en mujeres con bajo nivel educativo en las cuales igualmente se dan las mayores tasas de fecundidad. Por otra parte el 50% de las muertes maternas ocurren durante el parto y el posparto inmediato (0 a 1 día), y son debidas a causas obstétricas directas (hemorragias, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis).

La mayoría de las muertes por causas obstétricas directas son evitables si se dispone de las condiciones para brindar cuidados obstétricos esenciales. Se ha estimado que el 50% de las muertes causadas por trastornos hipertensivos es prevenible con una mezcla de intervenciones de primer y segundo nivel de atención. Esta alta mortalidad por causas prevenibles se debe, en parte, a la baja cobertura del parto institucional que pasó de 55% en 2001² a 69% en 2005-2006³ relacionada a su vez con la dispersión poblacional en medios rurales, la dificultad de acceso a servicios de salud y a la deficiente calidad de los servicios provistos.

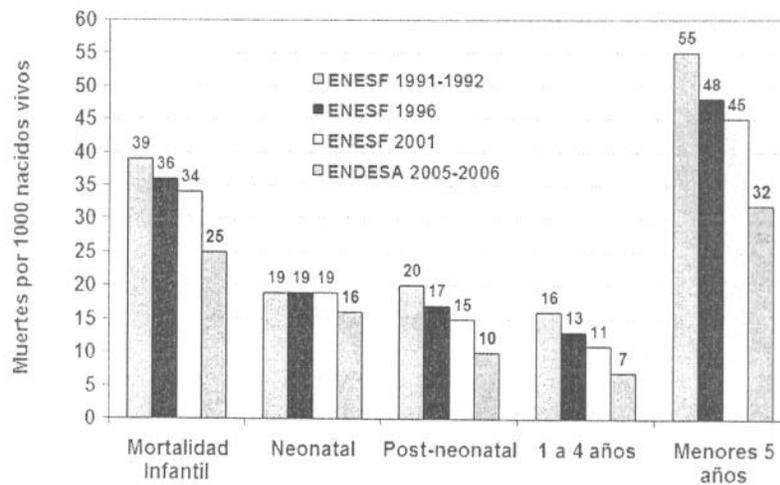
La tasa de mortalidad infantil (TMI) en Honduras es de 25 por cada mil nacidos vivos para el periodo 2000 y 2006, se concentra en el primer mes de vida (64%) y demostró una caída importante durante las últimas dos décadas a expensas de la mortalidad post-neonatal. Al igual que la mortalidad materna, la TMI se concentra en los hijos de mujeres de bajo nivel educativo, de residencia rural y pobres (la mortalidad infantil en el área rural es de 33 por cada mil nacidos vivos, mientras que en el área urbana es de 24 por mil nacidos vivos). La primera causa de muerte infantil sigue siendo la neumonía, seguida por diarrea, sepsis, prematuridad, asfixia neonatal y malformación congénita.

¹ Meléndez JH, Ochoa JC, Villanueva Y. Investigación sobre Mortalidad Materna y de Mujeres en Edad Reproductiva en Honduras. Informe Final 1997. Tegucigalpa, 1998.

² Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 2001. ASHONPLAFA, 2003.

³ INE. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: ENDESA 2005-2006. INE: Tegucigalpa, 2006.

Mortalidad Infantil y en la Niñez Honduras



Fuentes: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 2001. SS: Tegucigalpa. 2003
INE. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005-2006. INE. Tegucigalpa. 2006.

1/25/2007



[Regresar](#)

Representación en Honduras 2006

Si bien no se cuenta con estadísticas a partir de registros civiles, encuestas en población han determinado que las principales causas de muerte en el período neonatal fueron trauma/asfixia y bajo peso al nacer; en el periodo posneonatal fueron las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas; y en el grupo de 1-4 años de edad las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias.⁴

Este perfil de mortalidad es concordante con las estadísticas en servicios de salud, en donde las infecciones respiratorias agudas, incluyendo neumonías, y diarreas constituyen las primeras causas de demanda de atención en menores de 5 años.

De acuerdo a los datos de las muertes de niños menores de cinco años ocurridas en hospitales de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social, en el año 2004 murieron 2.109 niños en el país. Entre los menores de 1 año, la neumonía fue la tercera causa de defunción y fue responsable de la muerte de 103 niños (5,6% de las 1.859 defunciones en este grupo de edad). Para los niños de 1-5 años de edad, la neumonía fue la primera causa de defunción y responsable de la muerte de 45 niños (18,5% de las 250 defunciones en este grupo de edad).

Ocurrieron 6.186 hospitalizaciones de menores de 5 años en Honduras por neumonía, lo que corresponde a 9% de todas las hospitalizaciones de los menores de 1 año y a 18% de las hospitalizaciones de los niños de 1-4 años.

⁴ ENDESA 2005-2006. Op. cit.

Casi uno de cada siete niños menores de 5 años presentaba diarrea según encuesta en el 2005-2006, habiendo disminuido respecto al 2001 cuando uno de cada cinco niños la presentaba. Sin embargo, la prevalencia de diarrea muestra grandes desigualdades. Fue mayor en niños de 6-23 meses, hijos de madres sin educación o con apenas primaria.⁵ También fue mayor en áreas rurales y en Colón, Intibucá y Copán. Es alta la proporción de uso de medicamentos en niños menores de 5 años con diarrea (antibióticos 20%, otros medicamentos 58%) y el 56% de los niños recibieron Litrosol (SRO) durante el último episodio de diarrea en 2005-2006. En esos años poco más del 25% los niños recibieron menos alimentos o se le suspendió algunos alimentos sólidos durante la diarrea.

Durante las dos últimas décadas del Siglo XX ha sido notorio el descenso de las enfermedades prevenibles por vacunación, especialmente las prevalentes en menores de 5 años. Todo ello en relación con la introducción paulatina de nuevas vacunas al esquema nacional de inmunizaciones y a las altas coberturas en la aplicación de las mismas en niños, mujeres y otros grupos de riesgo.

El país no ha registrado casos de difteria desde 1981, de poliomielitis desde 1989 y de sarampión desde 1996. La incidencia de tétanos neonatal ha disminuido notablemente pero persisten áreas con prevalencia significativa parotiditis y hepatitis.

La lactancia materna es el alimento por excelencia para los niños especialmente en los primeros seis meses de vida, sin embargo esta práctica ha sufrido un fuerte deterioro debido a la creciente urbanización, al desarrollo y uso de sucedáneos de la leche materna y también a una incorporación creciente de la mujer en el mercado de trabajo. La lactancia continúa siendo práctica generalizada en Honduras. El 95 por ciento de los niños nacidos en los cinco años anteriores a la ENDESA 2005-2006, han lactado alguna vez (96 por ciento estimado en la ENESF 2001), sin diferencias entre subgrupos poblacionales. Sin embargo, la lactancia exclusiva, recomendada durante los primeros seis meses de vida, sólo es recibida por el 43 por ciento en los menores de dos meses, indicando una disminución de 4 puntos porcentuales con respecto al 2001. Para niños menores de tres años, la lactancia tiene una duración mediana de 18.8 meses, valor que ha mejorado con respecto a 2001 en que la duración de la lactancia fue de 17.6 meses.

Según la ENDESA 2005-2006, una cuarta parte de los niños menores de cinco años (25 por ciento) adolecen de retardo en el crecimiento, nivel más bajo al observado en la ENESF 2001 (29 por ciento). El peso deficiente para la talla o desnutrición aguda, sólo afecta al uno por ciento de los niños en el país y su nivel es el mismo que el observado en 2001. La desnutrición global es la que alcanzó la mayor disminución en la situación nutricional de los niños. El 11 por ciento de los niños menores de cinco años tiene un peso deficiente para su edad, evidenciando una disminución de 6 puntos porcentuales respecto a la cifra observada en 2001 de 17 por ciento.

A nivel nacional, el 10 por ciento de las mujeres tienen una talla inferior a 145 cm. Este indicador es mayor entre las mujeres sin educación, 26 por ciento, entre las mujeres más pobres, 21 por ciento, y entre las que viven en La Paz, Intibucá y Lempira, con 28, 23 y 22 por ciento, respectivamente. El 47 por ciento de las mujeres en edad fértil tienen sobrepeso (IMC³25.0) de las cuales el 19 por ciento presentan obesidad (índice de masa corporal igual o mayor que 30). El

⁵ ENDESA 2005-2006. Op. cit

sobrepeso se da en mayor proporción en Colón y Cortés con 53 por ciento y en Valle y Francisco Morazán con el 52 por ciento. Los mayores porcentajes de obesidad se observan entre las mujeres de mayor edad (32 por ciento), en las residentes en el área urbana (29 por ciento) y en el departamento de Colón. Los menores porcentajes de obesidad se encuentran entre las mujeres más jóvenes y en el departamento de Lempira con 18 por ciento.

La prevalencia de anemia entre los niños hondureños de 6 a 59 meses es alta. Un poco más de la tercera parte (37 por ciento), padecen de algún tipo de anemia, fundamentalmente anemia leve (23 por ciento). El resto de anemia es básicamente moderada (14 por ciento) y apenas el uno por ciento presentan anemia severa. Entre las mujeres de 15 a 49 años el 19 por ciento presenta algún grado de anemia (4 puntos más que en lo encontrado en el año 2001), siendo la anemia leve la más importante con un 16 por ciento.

Los pueblos indígenas: Más de medio millón de la población hondureña es de descendencia indígena y/o negra; y está distribuida en 9 pueblos culturalmente diferenciados: lencas, chortis, tolupanes, tawahkas, garífunas, negros de habla inglesa, pech, nahualt y misquitos. Su situación de salud está relacionada de algún modo a su situación marginada, falta de acceso a servicios básicos y participación social limitada.

Los Misquitos y Chortí viven en la frontera con Nicaragua y Guatemala. Los Lencas, uno de los pueblos más grande, habita en los territorios fronterizos con Guatemala y El Salvador. En la zona de la Costa Atlántica se encuentran los Garífunas, Negros de habla inglesa y Misquitos, Tawahkas; y los Pech y Nahualt que se encuentran ubicados en el Departamento de Olancho.

Aproximadamente 50% de estos pueblos habitan en regiones de bosque de coníferas, 30% en zonas costeras y 20% en reservas ecológicas de bosque latifoliado de la Reserva Tawahka y la Biosfera de Río Plátano.

Se calcula que la población económicamente activa en las comunidades indígenas de Honduras oscila entre las edades de 8 a 65 años. El ingreso estimado mensual es de US\$.60.00 dólares (a nivel nacional) por familia; en comunidades Lencas, Pech, Tolupanes y Chortí se calcula en US\$20.00 dólares, lo cual obliga a muchas familias, en temporadas de escasez, a subsistir de la colecta de raíces y frutos silvestres y de la caza y pesca.

La población residente en el departamento de Colón asciende 272,009 habitantes; y en Gracias a Dios a 78,602 habitantes, de los cuales más del 60% de la población es de origen Misquito, seguidos de los Garífunas y Negros de habla inglesa. La población de la zona carece de servicios de salud adecuados a sus culturas y por ende se registra la mayor incidencia de muertes en mujeres embarazadas y neonatos.

En resumen la magnitud del problema de la salud neonatal y la mortalidad materna se refleja las muertes neonatales (concentrándose en la primera semana de vida) y los mortinatos, justificado en su mayoría por retraso en la decisión de buscar atención ya sea por la falta de comprensión acerca de las complicaciones; aceptación de la mortalidad materna; baja categoría otorgada a las mujeres; y principalmente las barreras socioculturales a la búsqueda de atención.

Capítulo 2- Trabajo previo

Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna Proyecto Colaborativo Inter países: Esta iniciativa se ejecuta con la colaboración de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Proyecto de Garantía de Calidad (Quality Assurance Project, QAP), que busca fortalecer la capacidad técnica regional y nacional y los entornos políticos a favor de la reducción de la mortalidad materna. La Iniciativa promueve las intervenciones basadas en las evidencias para reducir la mortalidad materna y neonatal; y apoya a los países en la ejecución de estas intervenciones a nivel operativo y de la comunidad.

La Iniciativa había venido desarrollando un Proyecto Colaborativo en tres países: Ecuador, Honduras y Nicaragua, cuyo objetivo es apoyar a los Ministerios y Secretarías de Salud en la implementación, a través de un sistema integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (COE) para un trabajo coordinado y participativo que permitiera aumentar la demanda comunitaria de nacimientos asistidos y el cuidado de las complicaciones; aumentar el acceso al COE y la implementación de prácticas de: atención prenatal, atención de parto, atención de postparto, atención del recién nacido normal, complicaciones obstétricas, acciones en la comunidad (demanda y acceso), adecuación cultural de los servicios, satisfacción de usuarios/as, entre otros.

Programa Reducción de la Mortalidad Materna y en menores de cinco años: La Secretaría de Salud formuló en el 2004 la Iniciativa de Reducción de la Mortalidad Materna y en Menores de Cinco Años, que recogió los elementos claves de la Estrategia Regional de Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas,⁶ y que estaba en sintonía con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Declaración Conjunta del Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Morbilidad Materna⁷.

En consonancia con lo anterior, la Secretaría de Salud ha venido desarrollando las siguientes estrategias enfocadas a reducir la mortalidad materna:

- Promover políticas públicas y normas eficaces: Para ello promulgó la Política Nacional de Salud Materno Infantil (2005) y está en proceso de implementación una estrategia metodológica para reforzar la entrega de la planificación familiar a nivel de los servicios de salud.
- Fortalecimiento de las alianzas y coaliciones intra- e intersectoriales: Se promueve la creación de grupos de trabajo con los principales actores sociales involucrados, sea a nivel nacional, regional y municipal.
- Garantizar los cuidados obstétricos esenciales y la atención del parto por personal calificado: Está en fase de implementación los Centros Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONEs) en servicios de atención primaria y la actualización de las normas de atención materna y neonatal. Esto implicará la capacitación del personal de salud

⁶ Resolución CSP26.R13 de la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 23-27 septiembre de 2002.

⁷ Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/statement_spa.pdf

encargado de la atención prenatal, del parto y el puerperio, además de la provisión de equipos y suministros esenciales.

- Empoderamiento de las mujeres, sus familias y las comunidades: Especificadas en la iniciativa Individuo, Familia y Comunidad (IFC) adoptada por la Secretaría de Salud, se pretende, mediante procesos educativos y con el apoyo decidido del compañero y de la familia, crear un entorno más propicio para la mujer y la llegada del bebé y los preparativos para situaciones de emergencia. Incluye la organización del transporte y el financiamiento comunitario de la salud son acciones positivas que contribuyen a un mayor acceso.
- Vigilancia activa de la mortalidad materna: A diferencia de la modalidad pasiva hasta ahora realizada, ésta modalidad implicará la participación de actores sociales en la auditoria y caracterización de las muertes maternas y la instrumentación de medidas para que no vuelvan a ocurrir. Dada su naturaleza se espera permita, además, construir una nueva línea base o numerador de la razón de mortalidad materna en un plazo no mayor de 18 meses.

Proyecto Mejoramiento del Nivel de Salud en Honduras (MNSH): El Proyecto MNSH, Préstamo en Función de Resultados No. (Ho-L1002), financiado con recursos provenientes del BID, ha venido financiando las estrategias de CONEs en los departamentos de Copan, Intibucá, La Paz y Lempira. Este trabajo inicial pretendía lograr mejoramientos significativos en la situación de un conjunto de indicadores asociados al esfuerzo de ampliación de la cobertura de salud y al mejoramiento de la calidad en la provisión de los servicios materno infantiles, como los controles preventivos del embarazo y la atención institucional del parto, que como trazadores directos contribuirán sustantivamente en el mediano y largo plazo a mejorar los indicadores de mortalidad y morbilidad materna e infantil, de cara a lograr avances importantes en los principales ODMs en salud.

Como parte de las acciones que la UNICEF ejecuta en Honduras, y específicamente en la zona focalizada para la ejecución del proyecto, se llevan a cabo acciones que fortalecen el Programa de atención al niño en la Comunidad, mediante el apoyo a las contrapartes en función de la estrategia oficial de la Secretaría de Salud: **Apoyo Integral a la Niñez Comunitaria (AIN-C)**. En ese marco de cooperación se coordinan acciones con el Registro Nacional de las Personas, garantizando un nombre a los recién nacidos; con la Secretaría de Educación para el fomento a la educación prebásica; y con la Secretaría de Salud para la adaptación cultural de la estrategia a las necesidades de las etnias. Adicionalmente UNICEF colabora con la Secretaría de Salud en el **Programa de Prevención de la Transmisión del VIH/ SIDA Madre a Hijo**.

Capítulo 3- Objetivos, Justificación y Beneficiarios del proyecto

3.1 Objetivos

El Proyecto tiene como objetivo fortalecer a las comunidades de los Departamentos de Colón y Gracias a Dios contribuyendo a la disminución de los indicadores de morbilidad y mortalidad maternas, con la aplicación de un conjunto de estrategias diferenciadas e integradas, dirigidas a

mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud reproductiva. Se pretende lograr el fortalecimiento de los Centros Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONEs) básicos y ampliados, aumentar la participación de la mujer y su pareja, la familia, la partera tradicional y la comunidad en las actividades orientadas a la prevención y reducción de la morbi mortalidad materno infantil, con énfasis en el incremento de la atención institucional del parto y la atención oportuna de las emergencias obstétricas e infantiles, garantizando la calidad de los servicios de salud. Además el proyecto sentará las bases para la operación en la zona focalizada de los Hogares Maternos⁸. A través de este objetivo se apoya al logro de los objetivos de desarrollo del milenio (ODMs) en salud y la reducción de las disparidades entre estos indicadores y los promedios nacionales.

Como objetivo específico, el Proyecto contribuirá al mejoramiento de un conjunto de indicadores asociados al esfuerzo de ampliación de la cobertura de salud y al mejoramiento de la calidad en la provisión de dichos servicios. Con esto se permitirá un mayor y mejor acceso a los controles preventivos del embarazo, la atención institucional del parto y la atención hospitalaria de las patologías materno-infantiles con mayor incidencia, como son las hemorragias y las asfixias, respectivamente, aumentando la participación de la mujer y su pareja, la familia, la partera tradicional y la comunidad en las actividades orientadas a la prevención y reducción de la morbi mortalidad materno infantil.

3.2 Justificación

A pesar de los esfuerzos de la Secretaría de Salud por extender estrategias que reduzcan los riesgos y los índices de morbi mortalidad, las limitaciones existentes no lo han permitido, desarrollándose estrategias de implementación en forma parcial. Así mismo, existen políticas públicas para reducción de pobreza como la ERP, pero no han existido acciones que permitan la vinculación con proyectos, la armonización, y el monitoreo de las responsabilidades que tienen los diferentes actores. Se suma a lo anterior las condiciones de dispersión que existe en la población indígena y muchas veces la dificultad para llegar a las comunidades; así como la falta de un enfoque integral de atención.

Honduras ha alcanzado en los últimos años importantes mejoras en estos indicadores de salud. Los datos más recientes muestran que la mortalidad materna en Honduras era de 108 por cada 100.000 nacidos vivos y la mortalidad infantil (en menores de un año) de 34 por mil nacidos vivos en 2001. Sin embargo, los promedios nacionales ocultan inequidades importantes entre estratos socioeconómicos, entre departamentos y principalmente entre las condiciones rural y urbana.

Las comparaciones entre departamentos permiten identificar variaciones en cuanto a índices de desarrollo humano, mortalidad infantil, desnutrición, y tasas de alfabetismo. Siete departamentos del país presentan cifras que están en niveles más deficitarios que el promedio nacional y son objetivo de priorización en las inversiones: Copán, Intibucá, La Paz, Lempira, Colón, Yoro, Gracias a Dios.

⁸ Los Hogares Maternos integran una de las estrategias de la Secretaría de Salud, como una respuesta a la necesidad de crear redes de hogares para las gestantes de alto riesgo

Sobre estos siete departamentos, el Gobierno de Honduras ha venido priorizado los departamentos de Colón, Lempira, Copán, La Paz e Intibucá para focalizar las inversiones y acciones de más corto plazo. La población de esta zona asciende en el 2004 a 950.000 personas, de las cuales aproximadamente dos tercios son mujeres en edad fértil y niños. El Cuadro I-1 muestra la situación de varios indicadores en algunos de estos departamentos comparados con los promedios nacionales.

Cuadro I-1
Comparación de los cuatro departamentos focalizados con promedios nacionales

Departamento	Mortalidad infantil (2001) ⁵	Desnutrición en < 5 ⁶ (2001)	Alfabetismo ⁷ (2001)	IDH ⁸ (2002)
Copán	50	52,5	60,3	0,519
Intibucá	42	62,6	59,3	0,491
La Paz	42	56,8	67,8	0,548
Lempira	44	61,7	50,7	0,447
Total nacional	34	34,2	71,4	0,638

Fuente: Secretaría de Salud, 2004.

Por lo tanto, con las acciones actuales ya se cubre un gran porcentaje de población indígena en los departamentos que reciben apoyo de los programas y proyectos en ejecución (particularmente población indígena). Esto refleja que existen deficiencias en la atención de la población ubicada en los Departamentos de Colón y Gracias a Dios que son los que se han focalizado en donde se centrarán las acciones del Proyecto. En el caso específico de Gracias a Dios específicamente en el municipio de Wampusirpe el que se encuentra sin el equipo médico adecuado y la operación del mismo se realiza con un bajo número de atenciones.

Adicionalmente, existen indicadores que demuestran que los índices de mortalidad infantil y mortalidad materna ocurren con mayor incidencia en la población de estos dos departamentos, ocurriendo en su mayoría durante el parto y posparto inmediato, por causas prevenibles y evitables (hemorragias, hipertensión, sepsis). Lo anterior sustentado en que la mayoría de esta población es pobre y de bajo nivel de educación, además del factor cultural que influye en la decisión de las madres para no acudir a los centros de salud en busca de atención durante el embarazo.

3.3 Beneficiarios

El Proyecto tiene como *Población Objetivo* a las mujeres en edad fértil y a los niños menores de cinco años, priorizando entre estos últimos aquellos entre los 0-30 días de nacidos, que residen en las comunidades rurales del departamento de Colón y Gracias a Dios. Los beneficiarios han sido seleccionados a través de criterios técnicos de focalización geográfica que consideraron la información censal disponible, actualizada con encuestas de medición de los niveles de vida y con la ENDESA para considerar niveles de pobreza (porcentaje de población en quintil más pobre), tomando en cuenta, además, factores relacionados con las dificultades de acceso de la población a los centros de salud (porcentaje de la población a más de una hora del centro de salud más cercano) y la situación de salud (tasas de mortalidad materna e infantil). La prioridad

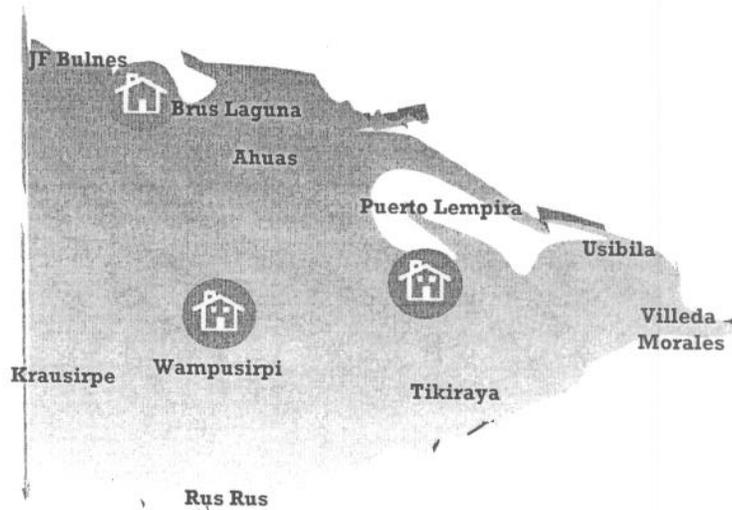
de estos departamentos es función de su rezago relativo con respecto a los promedios nacionales en la mayor parte de los indicadores de morbi-mortalidad materna e infantil.

Se consideran beneficiarios del Proyecto los CONEs básicos y ampliados y las redes de salud, y su personal de servicios, los que serán fortalecidos durante el proceso de implementación del Proyecto.

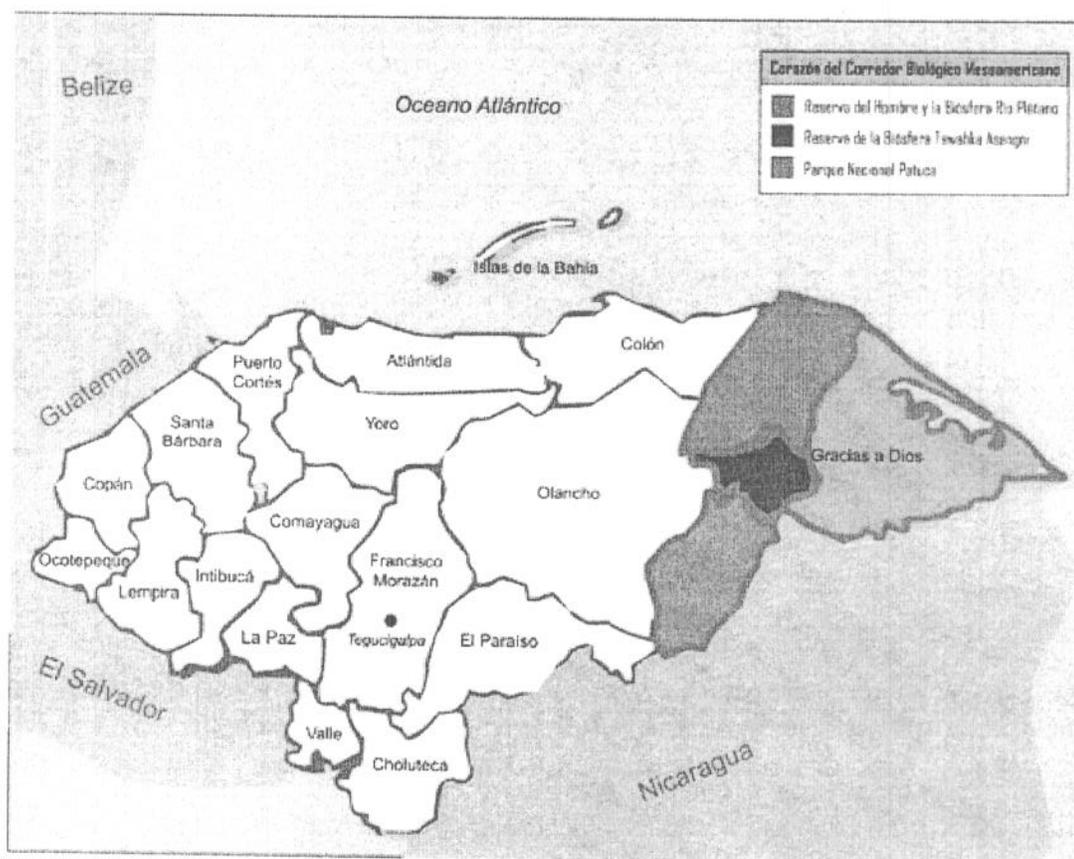
Así mismo, los Hogares Maternos (HM) serán beneficiados por el proyecto para la prestación de servicios destinados a mujeres que viven en zonas alejadas de los servicios de salud, en las cuales se ha identificado un embarazo de alto riesgo o parto de riesgo potencial y que no cumplen con los criterios de ingreso o estancia hospitalaria inmediata. Estos hogares radican en una instalación comunitaria de baja complejidad, dependiente o no de la estructura estatal formal, cuya función principal es el alojamiento temporal de mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico (ARO), para ser controladas por personal entrenado, desde unos días antes de su parto hasta el momento del traslado al nivel hospitalario más cercano, para la resolución del parto con adecuada atención. Considerando que estos HM deben estar ubicados en un área cercana a un hospital (nacional, regional o departamental) con la finalidad de garantizar la atención oportuna de la paciente, el número de hogares será definido durante el proceso de elaboración del Plan Inicial del proyecto.

En los mapas Nos. 1 y 2, se muestra la ubicación de los CONEs en el departamento de Gracias a Dios, y en Colón respectivamente:

Mapa No. 1
Ubicación de los CONEs Gracias a Dios



Mapa No. 1
Ubicación de los CONEs Colón



Por lo tanto se beneficiarán de las acciones una población de 272,009 habitantes de Colón y 78,602 habitantes de Gracias a Dios; 4 CONEs del departamento de Colón (2 ampliados y 2 básicos) y 3 CONEs en el Departamento de Gracias a Dios (1 ampliado y 2 básicos); y los Hogares Maternos que se identifiquen al momento de la elaboración del Plan Inicial del Proyecto.

Capítulo 4 - Marco Legal e Institucional

La Secretaría de Salud como institución gubernamental tiene como objetivo central garantizar a toda la población el acceso a la atención integral en salud, con calidad, equidad y solidaridad y de responder de forma pertinente, efectiva y oportuna a las necesidades y aspiraciones de salud de la población hondureña a través de procesos técnicos, administrativos, humanizados y transparentes.

El proyecto en sí, se encuentra enmarcado en la Iniciativa de Reducción de la Mortalidad Materna y en Menores de Cinco Años (2004) formulada por la Secretaría de Salud. Los objetivos del proyecto también se encuentran reflejados en la Política Nacional de Salud Materno Infantil (2005), las Metas de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP); los Objetivos de Desarrollo

del Milenio; y la Declaración Conjunta del Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Morbilidad Materna.

La importancia que implica para Honduras como uno de los países signatarios de la Declaración del Milenio, compromete a que sus esfuerzos se centren en lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los ODM presentan una visión holística e integral del desarrollo a través de sus 8 objetivos generales y 18 metas específicas que se pretende alcanzar para el año 2015.

A través del Proyecto se apuesta al fortalecimiento de las capacidades de los actores locales en los departamentos de Colón y Gracias a Dios, donde los habitantes han asumido el compromiso de avanzar hacia una mejor calidad de vida, partiendo del conocimiento de su realidad y sus potencialidades, con ello se espera contribuir a alcanzar el Objetivo número 5 de los ODMs: Mejorar la salud materna.

Capítulo 5 - Estrategia

El elemento central de la estrategia del país en el sector es el nuevo “Plan Estratégico del Sector Salud al 2021 (Plan 2021)” (en implementación), preparado y presentado por la SS en 2003. Este plan formula un conjunto de iniciativas estratégicas que responden a los problemas y desafíos del sector salud. Las iniciativas estratégicas pretenden: (i) aumentar la cobertura de servicios fortaleciendo la atención primaria; (ii) ir en búsqueda del aseguramiento universal; (iii) promover una mayor descentralización; y (iv) conseguir el fortalecimiento de las instituciones del sector salud bajo los principios de equidad, solidaridad, calidad, eficiencia y participación social.

El Gobierno de Honduras aspira a ordenar y armonizar la cooperación externa que apoyará técnica y financieramente la implementación del Plan 2021 por medio de un Enfoque Sectorial en Salud (ESS). La SS administra actualmente la ejecución de más de 20 diferentes proyectos financiados por diversas agencias, con variados objetivos, resultados esperados, procedimientos de adquisición y metodología de seguimiento y evaluación. El ESS espera focalizar la financiación externa hacia un programa nacional común, cuyo sustento estratégico es el Plan 2021, y cuyo instrumento operativo es un Plan Quinquenal (PQ) que detalla la priorización de intervenciones, los recursos financieros requeridos y los resultados específicos esperados.

En el 2004 la SS inicia la implementación de la Iniciativa de Reducción de la Mortalidad Materna y en Menores de Cinco Años, que recoge los elementos clave de la Estrategia Regional de Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas,⁹ y que estaba en sintonía con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Declaración Conjunta del Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Morbilidad Materna¹⁰.

Con base en la *Declaración del Milenio* firmada en el año 2000 por 189 países, entre ellos Honduras, se ha definido como una de las Metas del Milenio “Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes”.

⁹ Resolución CSP26.R13 de la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 23-27 septiembre de 2002.

¹⁰ Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/statement_spa.pdf

Tomando como base el análisis de la situación del país, en el *Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo* (UNDAF, por sus siglas en inglés), dentro del área de prioridad de invertir en las personas, se ha definido como uno de los cinco efectos directos “la población hondureña, especialmente los excluidos y pobres, avanzan hacia el acceso universal a la salud”. Asimismo, corresponde a la meta estrategia del Marco Multi Anual de financiamiento (MYFF, por sus siglas en inglés) número 1. Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio y reduciendo la pobreza humana, con el resultado esperado 1.3 Iniciativas locales de pobreza.

Este Proyecto de Mejoramiento de los índices de Mortalidad Materna, contribuye a alcanzar los objetivos estipulados tanto en las estrategias nacionales como en las estrategias de las Naciones Unidas en el sentido de que fortalece las capacidades institucionales de gestión actuales, integrándose a la ESS para un a zona específica.

5.1 Estrategia de Implementación

Durante las dos últimas décadas ha habido en el país una significativa reducción de la mortalidad infantil, principalmente por la disponibilidad y uso masivo de tecnologías de bajo costo y complejidad, como las vacunas y la terapia de rehidratación oral. Para el caso de la mortalidad materna, aún no existen tecnologías comparables. No hay vacunas ni remedios caseros contra la hemorragia. Para reducirla, es preciso que existan servicios de salud que oferten cuidados obstétricos esenciales de calidad y que éstos sean utilizados por las gestantes.

Para que se produzca el uso de servicios se requiere de condiciones en la comunidad que faciliten el acceso a los centros de salud, medios de transporte, usuarias educadas y con autodeterminación para optar por los servicios de salud, especialmente al momento del parto. Además de lo anterior, los establecimientos de salud deben organizarse y ofertar servicios culturalmente aceptables para los grupos étnicos específicos al cual sirven. Además, estos servicios deben estar adecuadamente financiados, evitando la exclusión de los más pobres.

En suma, se requiere de desarrollo social y humano. La mortalidad materna está siendo crecientemente considerada como el más importante indicador de desarrollo en sustitución de indicadores económicos, un indicador muy sensible del progreso de los pueblos.

Por lo tanto, y con el fin de alcanzar las metas del presente proyecto, se pretende complementar la implementación de las estrategias CONEs e IFC que se inició en los departamentos de Copan, Intibucá, La Paz y Lempira, en los Departamentos de Colón y Gracias a Dios, centrándose en la atención de la población usuaria y personal de los CONEs básicos y ampliados.

Esta focalización permitirá la atención para la reducción del número de muertes maternas de mujeres indígenas reportadas, y cuyo índice aun y cuando representa el 3% de la población nacional, en función a la población indígena representa un porcentaje superior al 24% de la población Garífuna, Misquita y Tawakka.

El trabajo permitirá la aplicación de la estrategia Individuo, Familia y Comunidad (IFC), esta estrategia de promoción de la salud, con un fuerte componente de información, educación y organización comunitaria incluye el desarrollo de actitudes personales para el fomento de estilos

de vida saludables, el empoderamiento de las mujeres y la promoción del auto cuidado con el objetivo de incrementar la atención institucional del parto y de las emergencias obstétricas e infantiles; lo que contribuirá a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Entre los resultados se espera que la comunidad se organice para la toma de decisiones y la resolución de los problemas que obstaculizan las acciones para que las mujeres ejerzan o demanden su derecho de recibir atención institucional de calidad.

La promoción de la salud, pilar de esta estrategia es “Un proceso de información y educación a las personas y los grupos, así como de organización comunitaria, para ejercer un mayor control de su salud y calidad de vida”. En donde los entornos para las intervenciones son la familia, la comunidad, los servicios de salud y otros como las escuelas y los lugares de trabajo.

La estrategia se desarrollará a través de reuniones comunitarias coordinadas por el personal institucional de la secretaria de salud, con la participación de los siguientes actores:

- Parteras tradicionales
- Adolescentes
- Mujeres en edad fértil con sus parejas
- Embarazadas con sus parejas
- Líderes y lideresas comunitarios (as)
- Adultos mayores

Estas reuniones están programadas para desarrollar actividades de información y educación en salud sexual y reproductiva, con énfasis en la atención del parto y de las emergencias obstétricas e infantiles, sin descuidar el abordaje de la planificación familiar utilizando diferentes metodologías. También para la toma de acuerdos conjuntos para la elaboración de planes de parto, planes de traslado de emergencias y la organización de los diferentes comités de apoyo.

Esta estrategia será complementada con elementos de capacitación al personal de salud en como trabajar con la comunidad, técnicas de educación popular, género y violencia (como detectarla y que hacer en caso de tener una victima en el centro de salud) y asegurar los conocimientos sobre los otros temas.

También se incluirán acciones que ayuden a reorientar el rol de la partera tradicional; quien deberá participar activamente en su comunidad realizando actividades de promoción, educación e información de salud en las embarazadas, su pareja, las familias y sus comunidades.

Se incluye estratégicamente la intervención de las parteras tradicionales considerando las siguientes ventajas: éstas están basadas en la comunidad, son buscadas por las mujeres; utilizan solo baja tecnología lo que no intimida a las mujeres; y enseñan el parto limpio. No obstante, las desventajas por sus habilidades técnicas limitadas pueden impedir que las mujeres se beneficien de intervenciones que les pueden salvar la vida debido a un falso sentido de seguridad. Por lo tanto se consideran como importantes eslabones en la red de salud la que será objeto del fortalecimiento a partir de la aplicación de la estrategia del Proyecto.

La estrategia diseñada por la SS permitirá las intervenciones por asistentes calificados durante el parto, con capacitación adecuada, y provistos de una gama de habilidades que les permitan evaluar los factores de riesgo, reconocer el inicio de complicaciones, observar a la mujer, monitorear al feto/infante, realizar intervenciones básicas esenciales (CONEs básicos), referir a la madre/bebé a un nivel superior de atención (CONEs ampliados), si surgen complicaciones que requieren intervenciones que estén fuera de su competencia.

Como la estrategia incluye el establecimiento de los Hogares Maternos, es fundamental la participación de la comunidad en la planificación, implementación y funcionamiento del Hogar, para que éste sea auto sostenible. Las usuarias (o sus familiares) deben hacer su aporte siempre que sea posible y las asociaciones y grupos locales organizados (grupos de mujeres, iglesias, asociaciones civiles, comité de vecinos, alcaldía, ONGs) deben involucrarse en el proceso.

El enfoque actual para la reducción de la mortalidad materno infantil permitirá que cuanto mayor sea la proporción de partos asistidos por un proveedor calificado, tanto más baja la relación de mortalidad materna.

Por lo tanto, este Proyecto se inserta en la Estrategia del Sector Salud, específicamente en el Programa de Reducción de Mortalidad Materno Infantil, atendiendo de manera diferenciada la población indígena de la zona; en este sentido la Coordinación del Proyecto podrá contratar los servicios de una asesoría antropológica en atención en salud, con el propósito de que los servicios de salud puedan ser adaptados a las particularidades de la población y de la zona focalizada.

a) Elementos fundamentales de la estrategia

Concretamente la estrategia incluye los siguientes elementos:

- Desarrollo de la conciencia
- Desarrollo de actitudes y capacidades
- Fortalecimiento de los vínculos, redes sociales y entornos de apoyo
- Incorporación de la equidad de género
- Reorientación del rol de la partera
- Ampliación del rol de los servicios de salud
- Vigilancia

- 1) **Desarrollo de la conciencia:** Es necesario desarrollar una mayor capacidad y conciencia en las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades, en primer lugar de reconocer que la atención para una maternidad y el nacimiento sin riesgo son derechos humanos. La promoción de la participación de los hombres como parejas y padres, el fomento del apoyo de otros actores influyentes en la familia y en la comunidad misma son intervenciones claves para aumentar la conciencia sobre la necesidad de preservar la salud de la madre y el recién nacido y también para reducir las inequidades por razón de género.

Otro campo en donde es necesario desarrollar la conciencia es en los prestadores de servicios, que deben estar sensibilizados a los problemas de salud de la población, ellos deben estar concientes que si las personas lograron llegar a los servicios, en primer lugar deben tener un problema de salud que se considera importante, en segundo lugar que deben haber superado muchos obstáculos socioeconómicos, geográficos y culturales y en tercer lugar, pero no por ello, en última prioridad, que tienen derecho a ser atendidos dignamente con calidad y calidez, acción para la cual el personal recibe una remuneración justa del estado.

- 2) **Desarrollo de actitudes y capacidades:** La estrategia esta orientada a brindar información y educación a la población en general, a las embarazadas, sus parejas y las parteras tradicionales sobre aspectos relacionados a la salud sexual y reproductiva en general, con énfasis en el embarazo, el parto, el posparto y el recién nacido, de manera que le permita desarrollar actitudes y capacidades para desarrollar acciones de promoción de la salud y la identificación oportuna de los factores de riesgo y los signos y síntomas de las complicaciones obstétricas. Se espera lograr capacidades y actitudes para la toma de decisiones que ayuden a definir el sitio de atención del parto, el acompañamiento a las embarazadas a los servicios de salud y las referencias en caso de la identificación de emergencias obstétricas e infantiles.

Además se espera ver:

- A la partera tradicional participando en las actividades anteriores de promoción y prevención y atendiendo un parto limpio con alumbramiento seguro si no hay alternativa;
- Al hombre al tanto de los problemas de su esposa embarazada, apoyándola, cooperando y planificando conjuntamente con ella, el sitio apropiado para la atención del parto;
- A la mujer embarazada y su pareja conociendo las opciones relacionadas con la planificación familiar y decidiendo sobre el número de hijos que desea tener, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la mujer, su edad, numero de hijos anteriores y otras determinantes socioeconómicos de la salud.

- 3) **Fortalecer los vínculos, redes sociales y entornos de apoyo:** Este es un elemento importante de solidaridad. En las comunidades debe organizarse un Comité de Salud que incluya en su agenda al menos los aspectos siguientes:

- la discusión de la situación de salud de la comunidad,
- la elaboración de planes de parto,
- las decisiones para el transporte para la referencia en salud, de las embarazadas y las emergencias obstétricas e infantiles,
- el funcionamiento de comités de apoyo para que las casas comunitarias de atención de parto, los hogares maternos y las clínicas materno-infantil constituyan una respuesta oportuna y eficiente,
- el apoyo para el funcionamiento de las actividades de atención integral al niño en la comunidad (AIN-C).

En este proceso se debe garantizar la amplia participación de todas las instituciones presentes en la comunidad, las municipalidades, los alcaldes auxiliares, las ONG's, los organismos de cooperación y representantes de gobiernos amigos, los Comités y Patronatos y otros.

- 4) **Equidad de género:** Para garantizar la adecuada participación de los hombres, el fortalecimiento de la autoestima, el empoderamiento de la mujer y evitar la violencia, la estrategia IFC debe incluir como un componente esencial el enfoque de equidad de género. Partiendo de la información y educación a las niñas y niños, desde edades tempranas para evitar que se establezcan los roles tradicionales de género, en donde las niñas se educan para ser mamás, los niños en cambio, no reciben formación para participar activamente en la toma de decisiones favorables en el proceso sexual y reproductivo cuando sean adultos, por ejemplo tener o no tener relaciones sexuales, planificar el número de hijos deseado, espaciamiento entre los embarazos, asistencia a la atención prenatal y decisión sobre el lugar para la atención del parto.

La meta es lograr el empoderamiento de la mujer para que sea capaz de tomar sus propias decisiones y no dejarse influenciar por las experiencias de las personas mayores, fundamentadas en creencias y costumbres que la mayoría de las veces no son las adecuadas.

Para lograr la participación de los hombres en esta estrategia se debe incluir en el plan educativo temas o aspectos en el que se vean involucrados de tal manera que muestre interés para aumentar la conciencia en él, de que la salud de la madre y el nacimiento de un niño es una responsabilidad compartida de la pareja, la familia y la comunidad.

- 5) **Reorientar el rol de la partera:** En Honduras las parteras tradicionales actualmente atienden el 38.5 % ¹¹ de los partos, según los datos disponibles participan solamente en el 1.9% de las atenciones prenatales lo que puede indicar que la población nacional no identifica a las visitas durante el embarazo y a las "Sobadas" como controles prenatales y aunque no existen datos sobre el control posparto por la partera, se sabe que la visita a la madre y al recién nacido es una costumbre practicada por las parteras tradicionales, esto demuestra que ellas son actores clave en la atención a la salud de la madre y el niño, que deben ser aprovechadas como una estrategia útil para fortalecer su capacidad de reconocer los problemas durante los periodos prenatal, del parto y posparto y cuando sea posible guiar y/o acompañar a las mujeres hacia un servicio de Atención calificada.

En este sentido se debe tener absoluta claridad que ahora, más que antes, la "Parteras Tradicionales Activas" o sea las que brindan atención en salud reproductiva deben ser solamente aquellas que estén vinculadas al sistema de salud, su papel y funcionamiento deben ser mejor comprendidos y respaldados por los profesionales de salud y ellas deben formar y sentir se parte del sistema.

¹¹ Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF 2001)

El nuevo perfil de las Parteras Tradicionales esta orientado principalmente a:

- Alentar a las mujeres a buscar atención prenatal institucional, para que reciba evaluación de riesgo, identificación de posibles complicaciones, suplementación de micro nutrientes, inmunizaciones y orientación sobre anticoncepción posparto y para la elaboración del "Plan de Parto".
 - Brindar información y educación sobre señales de peligro para posibles emergencias o complicaciones obstétricas y factores de riesgo reproductivo
 - Promover la atención calificada durante el parto y brindar acompañamiento o atender el parto domiciliario sí:
 - No existen factores de riesgo reproductivo,
 - Así se decidió en el Plan de Parto,
 - Existen todas las condiciones locales para el parto limpio, y
 - Se ha previsto un plan de emergencia en caso de presentarse complicaciones.
 - Brindar educación y atención en el posparto y motivar a la pareja, familia y comunidad para satisfacer las necesidades de salud de la madre y el recién nacido.
 - Motivar a la pareja, familia y comunidad para satisfacer las necesidades de salud de la madre y el recién nacido.
 - Apoyar a las mujeres en el auto cuidado de su salud en relación con su nutrición, administración de suplementos, vigilancia de su estado vacunal, planificación de los embarazos, alimentación del lactante, etc.
 - Servir de vínculo entre las mujeres, las familias, las comunidades y las autoridades y las unidades de salud.
- 6) **Ampliar el rol de los servicios de salud:** Este es, probablemente, el elemento más importante de esta estrategia, ya que se debe lograr por un lado que el personal institucional de los servicios de salud, médico, Enfermera, auxiliar de enfermería o Técnico en Salud conduzca el proceso en las comunidades, brindando información y educación a la población meta a través de las reuniones comunitarias, orientando a la población en los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los mismos.

De igual manera debe ayudar a fortalecer los vínculos de la comunidad organizada con la municipalidad y otras instituciones a fin de lograr la participación democrática o social en el abordaje a la salud comunitaria. Es necesario que se reconozca y promueva entre el personal de los CONEs que deben mejorar su actitud hacia la referencia y brindar atención preferencial y prioritaria a las mujeres referidas e incorporar aspectos culturales de buen trato y de calidad para garantizar la aceptabilidad por la comunidad. Asimismo es necesario mejorar la relación entre el personal de salud y la partera, a fin de que ella se sienta parte de la red de servicios maternos, lo cual le facilite ejercer su nuevo rol.

- 7) **Vigilancia:** la importancia de la vigilancia de la mortalidad se reviste en la necesidad de documentar las razones de muerte para analizar las causas con anticipación, de manera en que se permita evitar la recurrencia. Todo diagnóstico debería permitir la toma de decisiones para instaurar tratamientos específicos y, principalmente, persuadir a la gestante y sus

familiares sobre la imperiosa necesidad que el parto ocurra en un establecimiento con capacidad de ofertar cuidados obstétricos esenciales en caso de requerirse.

Para el desarrollo de esta labor es importante considerar que la pareja y el entorno familiar directo de la gestante deben estar necesariamente involucrados en la oferta de información y orientación acerca de los cuidados y riesgos durante el embarazo, parto y puerperio, por cuanto asumen un papel protagónico en la toma de decisiones para la búsqueda de atención en caso de urgencias. Por otro lado, el trabajo conjunto y articulado entre el establecimiento de salud y la comunidad organizada debe permitir complementar recursos y esfuerzos necesarios para salvar vidas, potenciándose la eficiencia y eficacia de la intervención.

La identificación de la totalidad de gestantes que forman parte de la población asignada al establecimiento es un requisito indispensable para implementar de manera adecuada una estrategia de promoción del cuidado de la salud. El registro inmediato de esta información en el radar de gestantes permite ubicar visualmente a las gestantes, tipificar su riesgo, hacer la programación de visitas domiciliarias y contar con la programación mensual de partos esperados.

Para el aseguramiento de los resultados del Proyecto se propone la implementación de dos componentes:

A) Fortalecimiento de las redes de salud y de los CONEs básicos y ampliados en los departamentos de Colon y Gracias a Dios.

Para la correcta implementación de este primer componente se realizarán las siguientes actividades:

1. **Capacitación de los proveedores comunitarios en atención obstétrica esencial de emergencia.** Se debe proporcionar capacitación en atención obstétrica esencial de emergencia y técnicas para salvar vidas para las parteras de aldeas y parteras de centros de salud comunitarios y paramédicos que tienen probabilidades de atender partos. La atención obstétrica de emergencia debe incluir el tratamiento de síntomas de «choque», mediante aplicación de inyecciones (incluidos antibióticos y sedantes), y la extracción manual de la placenta y la realización de legrado sencillo. La capacitación en técnicas para salvar vidas debe incluir una evaluación de las aptitudes antes y después de la capacitación.
2. **Capacitación de los proveedores hospitalarios en técnicas para salvar vidas y en prestación de atención obstétrica integral esencial.** Las parteras y enfermeras hospitalarias deben recibir capacitación para que realicen transfusiones de sangre y de productos de sangre, y presten otros servicios obstétricos integrales de emergencia sin demora. Los practicantes generales deben recibir capacitación en el manejo de la hemorragia de postparto y en operaciones quirúrgicas apropiadas. También deben

recibir capacitación para tratar la preeclampsia o la eclampsia, y para manejar el parto prolongado, presentaciones anormales y emergencias neonatales.

3. **Capacitación de parteras y personal hospitalario para poner énfasis en la calidad de la atención.** Estos trabajadores de salud deben recibir capacitación para mejorar la comunicación con los clientes y para que los informen acerca de los signos de peligro en el embarazo y el parto.
4. **Supervisión.** Los supervisores deben apoyar, guiar, capacitar y ayudar al personal médico en la detección y solución de problemas. Entretanto, descripciones claras del trabajo deben acompañar listas de verificación para ayudar a los supervisores a monitorear el desempeño. La supervisión debe basarse más en la observación estrecha y directa de las actividades del personal. Las responsabilidades de supervisión deben incluir no sólo garantizar la atención de calidad, sino también poner a la disposición capacitación adecuada y materiales de información, educación y comunicación, así como los suministros y el equipo médico que se identifique durante la elaboración del Plan de Adquisiciones del proyecto. Este Plan de Adquisiciones deberá de ser aprobado por la Junta de Proyecto. Además se prevé que con la información recopilada y el proceso de capacitación supervisado se provea de información que contribuya a la iniciativa de vigilancia nacional de las tasas de mortalidad materno infantil.

B) Desarrollo comunitario

Para la consecución de este segundo componente se realizarán las siguientes actividades:

1. **Organización de la comunidad para la mejora de la red de salud.** La principal actividad de este componente comprende la organización de las comunidades para la correcta operación de las redes de salud, esta actividad será responsabilidad de los(las) Técnicos(as) Comunitarios(as) de Salud, personal que dependerá directamente del Director Departamental de Salud de cada uno de los departamentos focalizados, y su perfil deberá corresponder al de enfermeras especializadas o médicos generales. Los Técnicos(as) Comunitarios(as) de Salud tendrán la principal responsabilidad de promover el Proyecto para la organización comunitaria en base a la estrategia definida, fortalecer las capacidades de los líderes, y del personal de salud designado en la zona, de manera en que se facilite la intervención del Proyecto.

Se espera contar con un mínimo de tres Técnicos(as) Comunitarios(as) en cada uno de los departamentos a fin de garantizar la implementación de las actividades en el tiempo estimado. Este componente permitirá la aplicación a nivel local de la estrategia IFC que actualmente se desarrolla en otras zonas, además se espera que el los (las) Técnicos(as) comunitarios (as) una vez se finalicen las acciones del Proyecto, la Secretaria de Salud mantenga como personal de planta al menos a uno de ellos por departamento, para efectos de garantizar la sostenibilidad de las acciones.

La importancia de la aplicación de la estrategia IFC radica en la organización de las comunidades para atender sus problemas de manera general. Por lo tanto se debe de considerar la importancia de las alcaldías municipales en la promoción para el apropiamiento de los CONEs por parte de los beneficiarios, así como en el establecimiento de la Línea de Base municipal para el seguimiento y monitoreo de los indicadores del proyecto y de la Estrategia de la SS.

2. **Aumento del nivel de preparación de la comunidad para las emergencias obstétricas.** La labor comunitaria de información y educación debe poner especial interés en el riesgo potencial de complicaciones obstétricas en las mujeres, y la necesidad de que las personas y los familiares reconozcan los signos de peligro. Estableciendo planes de embarazo que contribuyan a superar la situación de riesgo y que permitan potenciar en la comunidad la prevención de riesgos y detectar los signos de peligro del embarazo y el parto, y movilizar a la mujer embarazada para que obtenga atención apropiada rápidamente.
3. **Hogares maternos:** Esta es una estrategia orientada a facilitar el acceso de las gestantes a cuidados obstétricos esenciales, reduciendo los riesgos derivados de la presentación inesperada de una complicación obstétrica en su hogar o en un establecimiento de nivel básico. Dado que no es posible que todas las gestantes utilicen esta facilidad, su uso debería priorizarse para aquellos casos en los cuales es posible detectar un antecedente obstétrico de riesgo. El número de Hogares Maternos se ha incrementado notablemente en el país en años recientes; lamentablemente, no se cuenta con información que permita evaluar su utilización y relación con la atención oportuna de emergencias obstétricas.

La contribución del Proyecto en relación a esta actividad se centrará en la selección y establecimiento de los Hogares, hasta el equipamiento mínimo para su operación. A través de la implementación de las actividades de establecimiento de Hogares materno se espera que futuros donantes contribuyan en la operación de los mismos.

Las actividades de capacitación serán coordinadas colegiadamente por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), todas ellas con presencia en la zona.

Dichas actividades se focalizarán sobre los aspectos siguientes:

- Capacitación en la gestión de proyectos de prevención de salud,
- apoyo en la capacitación de personal de salud en los métodos de prevención,
- capacitación en protocolo de investigación de muertes maternas,
- apoyo en la creación de planes de información para la sociedad civil.

En el marco de las actividades de Asistencia Técnica arriba mencionadas se realizarán actividades complementarias, como la organización de seminarios y encuentros con personal local y con las administraciones interesadas en la coordinación con proyectos similares.

b) Resultado esperado

Fortalecimiento de las comunidades de los Departamentos de Colón y Gracias a Dios contribuyendo a la disminución de la morbilidad y mortalidad maternas, con la aplicación de un conjunto de estrategias diferenciadas e integradas, dirigidas a mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud, mediante el fortalecimiento de las redes de salud y de los CONEs básicos y ampliados.

c) Estrategia de Asociación

La Secretaría de Salud a través del proyecto tiene el fin de prevenir las complicaciones de parto; riesgo de salud materna y riesgo de salud del hijo. En particular se pretende lograr estas metas asegurando el acceso de la población a la atención médica materna y neonatal a través de la formación y el fortalecimiento de Centros Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONEs), contribuyendo con el proceso de vigilancia nacional de la tasas de mortalidad materna y complicaciones del parto y llevando a cabo capacitaciones de la población civil en la temática de la salud materna. Al mismo tiempo, y a través de capacitaciones del personal del proyecto se pretende fortalecer la institución en sí misma.

La Secretaría de Salud establecerá un acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para el apoyo al Programa de la Mujer al cual estará adscrito el Proyecto, a través de capacitaciones en la temática de la gestión integrada de la prevención de complicaciones pre- y postnatal contribuyendo al proyecto con su experiencia en los sectores de investigación en sistemas de salud, gestión de servicios de salud, educación en salud pública, salud materna y salud reproductiva. Se firmará otro acuerdo con UNICEF para el apoyo en sus áreas de experiencia: salud, planificación familiar, higiene y nutrición. Y con apoyo del UNFPA a la Secretaría, formalizado a través de un acuerdo, se contribuirá al éxito del proyecto fundamentado en su experiencia en los temas de inter-culturalidad, salud y planificación familiar.

Por otra parte se aprovechará la facilidad del Programa UNV's para la consecución de voluntarios en el tema de organización comunitaria; así como alianzas con las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y para el desarrollo (OPDs) radicadas en la zona.

Simultáneamente, los servicios de salud deben articularse con el entorno sociocultural de las poblaciones a las que sirven. Un sistema de salud que brinda servicios que responden a la cultura occidental urbana, excluye automáticamente a los diversos grupos étnicos existentes en el país. La articulación es un enorme esfuerzo que recientemente viene sistematizándose y encontrando acogida en los niveles de decisión del Ministerio de Salud.

Por lo tanto la estrategia de asociación permitirá la adaptación para la formulación de los cuidados obstétricos esenciales permitirán la oferta garantizando que contengan los siguientes atributos de calidad:

1. *Accesibilidad.* Es necesario que existan recursos humanos competentes, así como equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para proporcionar cuidados obstétricos esenciales. Esto incluye contar con el presupuesto adecuado, un sistema logístico óptimo, un enorme esfuerzo de capacitación y actualización.
2. *Equidad.* Toda gestante que requiera cuidados obstétricos esenciales debe poder acceder a los mismos, sin que medie ninguna barrera de tipo económico que la limite.
3. *Efectividad.* Todo establecimiento debe garantizar a sus usuarias que los cuidados obstétricos esenciales se brinden de acuerdo a protocolos estandarizados, actualizados, internacionalmente aceptados, y que sus equipos de salud sean competentes en su aplicación.
4. *Eficiencia.* Todo establecimiento debe contar y aplicar aquellos procedimientos gerenciales que le permitan el máximo de producción al menor costo posible. De esta manera, en un contexto de limitación recurrente de recursos financieros, se puede beneficiar al mayor número posible de usuarias que requieran cuidados obstétricos esenciales.
5. *Aceptabilidad.* Todo establecimiento debe conocer la cultura local, así como las necesidades y demandas de sus usuarias. De esta manera deberá seguir los procedimientos necesarios para que sus servicios no sólo respeten los valores y cultura local, sino que sean proactivos en la implementación de medidas que conduzcan a satisfacerlas, resultando atractivos para la comunidad.

Capítulo 6 - Acuerdos de Gestión

Tal cual se menciona anteriormente, las actividades que el PNUD realiza en Honduras, como Organismo Internacional de Desarrollo, responden a las necesidades y prioridades nacionales, apoyando al gobierno de Honduras en la ejecución de programas y proyectos orientados al Desarrollo Humano Sostenible.

Este Proyecto tiene el objetivo de apoyar al Gobierno de la República de Honduras, en sus esfuerzos para desarrollar capacidades y fomentar alianzas, específicamente en la dimensión de la gestión integral de la salud materna. El fortalecimiento de capacidades nacionales y locales es fundamental, y la cooperación continúa con las contrapartes del Gobierno.

Este proyecto será ejecutado por la Secretaría de Salud mediante la modalidad de ejecución nacional (NEX) del PNUD. La Representación del PNUD en Honduras proveerá servicios de apoyo previa solicitud de la Secretaría de Salud, para actividades contenidas dentro del plan de trabajo anual y según las regulaciones, normas y procedimientos del PNUD. La naturaleza y el ámbito de aplicación de los servicios están descritos en el Anexo 1 de este documento.

Los desembolsos del proyecto se realizarán a través de pago directo y de anticipos trimestrales. Para tal efecto se abrirá una cuenta corriente en un banco de la localidad, la cual será manejada por la Coordinación del Proyecto es decir el Programa de la Mujer como anteriormente mencionado.

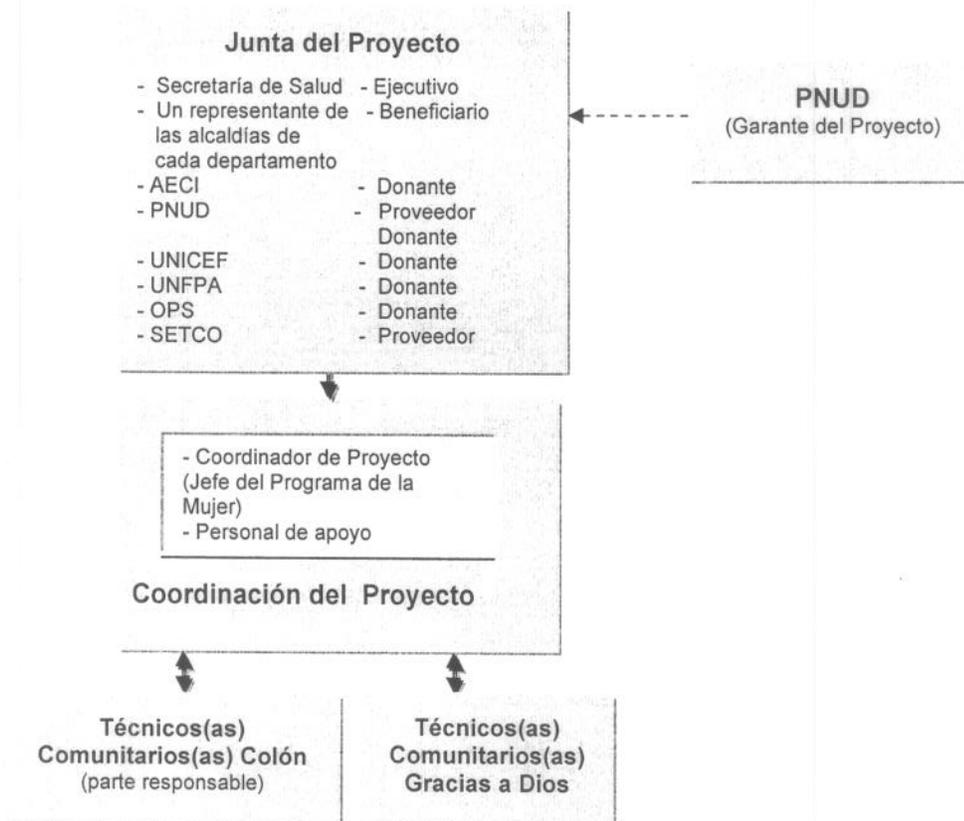
6.1 Duración del proyecto

El proyecto tiene una duración prevista de doce meses, a partir de la firma del mismo.

6.2 Estructura del Proyecto

La implementación del proyecto requiere de una acción participativa y coordinada, que garantice la efectividad de las intervenciones previstas, así como una gestión y movilización oportuna de recursos y un uso óptimo de los mismos. Por lo tanto, es fundamental establecer una estructura de gestión de proyectos eficaz para lograr el éxito. Ya que un proyecto suele ser interdisciplinario e involucra cierta asociación, su estructura necesita ser más flexible y probablemente requerirá una amplia gama de habilidades durante un período de tiempo específico. La estructura de la Gestión de Proyectos del PNUD consiste en funciones y responsabilidades que reúnen los diversos intereses y habilidades involucrados en el proyecto y requeridos por éste.

La organización para la implementación del presente proyecto, contempla la participación de la siguiente estructura de ejecución:



Asociado en la Ejecución: La Secretaría de Salud es el ente responsable del logro de los resultados del Proyecto, responsable entre otros de planificar, gestionar y rendir cuentas de las actividades del proyecto; gestión de los recursos y de la supervisión de la ejecución del proyecto. Como tal, desempeña el rol de Ejecutivo en la Junta del Proyecto.

El Programa de la Mujer adscrito al Vice ministerio de Riesgos Poblacionales será la dependencia asignada por la Secretaría de Salud como la responsable de la planificación y gestión efectiva de las actividades del proyecto, la presentación de informes, contabilidad, y la administración y uso de los recursos del proyecto. El Asociado en la Ejecución será sujeto a una evaluación de su capacidad para la gestión del proyecto.

Junta del Proyecto: La Junta del Proyecto es responsable de tomar decisiones de gestión sobre la base de consenso, cuando la Coordinación del Proyecto (delegada en el Programa de la Mujer), requiera de algún tipo de orientación, incluida la aprobación de exámenes a proyectos. Los exámenes de garantía del proyecto efectuados por esta Junta, se llevan a cabo según puntos de decisión designados durante el desarrollo del proyecto o, según sea necesario, cuando así lo considere la Coordinación del Proyecto. Esta Junta es consultada por el(la) Coordinador(a) de Proyecto cuando se trata de tomar decisiones en caso que las tolerancias del proyecto hayan sido excedidas. La mencionada Junta contempla las siguientes tres funciones generales:

- a) Ejecutivo, que representa la apropiación del proyecto que actúa como Presidente de la Junta,

- b) Proveedores, los cuales actúan como guía en cuanto a la factibilidad técnica del proyecto, y,
- c) Beneficiario, que controla el cumplimiento de los beneficios del proyecto.

Tal como se puede ver en la ilustración arriba, en este Proyecto la Junta está integrada por un funcionario de la Secretaría de Salud, en este caso representada en la Ministra de Salud o su delegado, cumpliendo la función del Ejecutivo; dos representantes de los (las) alcaldes (sas) (uno por cada departamento), cumpliendo el rol de Beneficiarios; un representante del PNUD con el rol de Proveedor y Donante, un representante del UNFPA, un representante de la OPS y un representante de UNICEF, cumpliendo el rol de Donantes. Además SETCO participará en las reuniones de la Junta de Proyectos en su rol de institución coordinadora y responsable del monitoreo de la cooperación internacional no reembolsable del país.

Esta Junta se reunirá de manera regular conforme a los puntos de revisión establecidos en el plan operativo, y de manera extraordinaria cuando una de las partes convoque.

Las principales responsabilidades de la Junta del Proyecto son:

- Aprobar el plan general del proyecto;
- Tomar decisiones en los puntos de revisión definidos en el Plan Operativo Anual;
- Monitoreo del desarrollo del proyecto: asegurarse que las actividades estén contextualizadas en las estrategias y objetivos del proyecto;
- Aprobar las revisiones presupuestarias y sustanciales al proyecto y abordar los problemas relativos a éste a medida que el Coordinador del Proyecto los informe;
- Aprobar los planes del proyecto e informes técnicos y financiero de avances del mismo.

Garante del Proyecto: El PNUD asignará un/a Oficial de Programas que apoye a la Junta del Proyecto en la supervisión y monitoreo del proyecto en forma objetiva e independiente. Proporcionará supervisión dentro del contexto del proyecto y entregará la información requerida acerca del progreso alcanzado a la Junta del Proyecto.

Coordinación del Proyecto: será la responsable directa de la operación y mantenimiento del proyecto. Esta Coordinación se responsabilizará de realizar las actividades comprendidas en el proyecto por parte de la Secretaría de Salud a nivel local, así como dar asistencia técnica a las municipalidades y comunidades locales beneficiarias del proyecto, está conformada en forma colegiada por el Coordinador del Proyecto (en este caso el Jefe del Programa de la Mujer). Esta Coordinación será responsable también de la gestión técnica y la toma de decisiones diarias de todas las actividades previstas, coordinará la gestión de las actividades de asistencia técnica a nivel local, y la preparación y ejecución de talleres y eventos, en la formación del personal técnico de las Direcciones Departamentales de Colón y Gracias a Dios. El Asociado en Ejecución es responsable del nombramiento del personal de la Coordinación del Proyecto, debiéndose presentar los nombres de los candidatos seleccionados para su aprobación en la primera reunión de la Junta del Proyecto.

Partes Responsables: Como partes responsables del Proyecto, se cuenta con los(las) Técnicos(as) Comunitarios(as) de Salud de los departamentos de Colón y Gracias a Dios, que se contratará en el marco del desarrollo de las actividades del Proyecto, con amplio conocimiento en temas de salud reproductiva, y su perfil deberá corresponder al de enfermeras especializadas o médicos generales. Los(las) Técnicos(as) Comunitarios(as) de Salud tendrá, como se indicó anteriormente, la principal responsabilidad de promover el Proyecto para la organización comunitaria en base a la estrategia definida, fortalecer las capacidades de los líderes, y del personal de salud designado en la zona, de manera en que se facilite la intervención del Proyecto. Se espera contar con un mínimo de tres Técnicos(as) Comunitarios(as) en cada uno de los departamentos.

Serán aplicables a la prestación de estos servicios de apoyo, las disposiciones correspondientes del Acuerdo Básico entre el Gobierno de Honduras y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, firmado por las partes el 17 de enero de 1995 y en vigencia a partir del 27 de abril de 1995, incluidas sus disposiciones relativas a la responsabilidad y a los privilegios e inmunidades. La responsabilidad general por el proyecto se mantiene en la Secretaría de Salud.

b) Traspasos de bienes y documentación

Los equipos, materiales y productos obtenidos como resultado de los diferentes procesos de adquisición de bienes y servicios mediante este Proyecto, permanecerán en custodia de la Secretaría de Salud durante la ejecución del proyecto. El destino final de los mismos será decidido por la Junta Ejecutiva del Proyecto a la finalización del proyecto. .

c) Auditorias

El Proyecto será objeto de auditoria según las normas y procedimientos establecidos por el PNUD, por lo que se consigna fondos para esta actividad en el presupuesto del proyecto.

Estas auditorias externas deben ser integrales de todos los recursos que maneja el Proyecto, y el informe de auditoria deberá incluir una opinión basada en el Informe Combinado de Gastos (CDR), limitando el alcance a los gastos efectuados por el Organismo de Ejecución, los cuales incluyen: 1) todos los desembolsos indicados en los informes financieros presentados por el organismo de ejecución; y 2) los pagos directos efectuados por el PNUD a petición del organismo de ejecución.

Sección II.

Capítulo 1- Seguimiento y Monitoreo

El monitoreo es una función permanente que apunta principalmente a proporcionar a las partes interesadas más importantes de un proyecto indicaciones tempranas sobre la calidad, la cantidad y los plazos del progreso alcanzado con respecto a la consecución de los resultados

esperados. Mientras que la Coordinación del Proyecto es responsable de desarrollar el proyecto de manera exitosa, la Junta del Proyecto tiene un papel fundamental de seguimiento durante el desarrollo de las actividades del Proyecto, ya que aprueba las revisiones al proyecto y aborda los problemas relativos a éste a medida que la Coordinación del Proyecto los informe.

El monitoreo y evaluación al presente proyecto se realizará con los siguientes mecanismos:

El Plan de Comunicaciones y Monitoreo identifica los actores involucrados en el Proyecto y define los detalles de los mecanismos y frecuencia de comunicación entre los actores y el Proyecto; es decir el tipo de Informe a producir y quien es responsable de cada Informe. Este Plan es un insumo necesario con que deberá de contarse previo el inicio de las actividades del proyecto, cuyo propósito es asegurar que todas las partes interesadas del proyecto estén informadas sobre el progreso del proyecto y otros temas relacionados con el mismo.

El Plan de Comunicaciones del proyecto debe ser innovador, considerando las particularidades de la zona y de los beneficiarios del Proyecto; de manera en que se involucre a las fuerzas vivas y organizaciones con presencia en los departamentos.

Considerando lo anterior, se procurará contar con el inventario de los medios de comunicación y los recursos comunitarios disponibles en la jurisdicción del establecimiento de salud, de forma en que se le permite al proveedor de los servicios de salud (CONEs), hacer un mejor uso de los mismos frente a situaciones de emergencia y evacuación. Esta información también es útil para la gestante y su familia al permitirles identificar las rutas, las formas de apoyo y los medios más adecuados para la evacuación oportuna.

La Junta del Proyecto tiene entre sus responsabilidades darle un seguimiento continuo del desarrollo del Proyecto. Esta Junta se reunirá al menos una vez cada tres meses y entre los temas a tratar en estas reuniones se encuentra el seguimiento a los informes de avances presentados y a cualquier otro asunto que la Coordinación del Proyecto estime necesario. La Junta del Proyecto hará su análisis y recomendaciones relacionadas con los asuntos discutidos en aras de garantizar el mejor desarrollo de las actividades del proyecto, y existen varios puntos de decisión que deben abordarse mientras el proyecto se está desarrollando, con el fin de responder a las siguientes preguntas: ¿Está el proyecto rindiendo de acuerdo a los resultados esperados? ¿Está el proyecto desarrollándose según lo planeado? ¿Existe necesidad de rediseñar, cancelar o modificar el proyecto en cualquier manera?

Así mismo el Asociado en Ejecución preparará un Plan Inicial de Trabajo, identificando las actividades iniciales y definiendo entre otros, los siguientes entregables: guía de operación del proyecto, marco lógico detallado, la composición operativa del Proyecto, el Plan Anual de Trabajo, el Paquete de Trabajo, el Plan de Adquisiciones, los puntos de revisión y el Plan de Comunicaciones y Monitoreo. El Plan Inicial de trabajo deberá considerar el establecimiento de la Línea de Base municipal. Este Plan debe presentarse en la segunda reunión de la Junta del Proyecto después de haberse constituido, y debe contar con su aprobación.

El Coordinador del Proyecto presentará el Plan Operativo Anual incluyendo el presupuesto del proyecto detallado y el calendario de actividades con indicadores que reflejan los entregables

técnicos y de gestión. La Junta del Proyecto tendrá que analizarlo, tomando en cuenta si el diseño del proyecto evidencia un plan para operar y evaluar el progreso con respecto a la consecución de objetivos programados y de productos que aseguren el éxito.

Se trabajará por parte de la Coordinación del Proyecto un Plan de Trabajo orientado a darle permanencia a las actividades del proyecto, que incluya una estrategia de movilización de recursos para la sostenibilidad de acciones como los hogares maternos.

Los mecanismos de monitoreo de los avances del Proyecto están creados para facilitar la evaluación continua de sus actividades. Sin embargo, también hay que realizar una evaluación independiente del Proyecto basado en Términos de Referencia claros, los cuales deben ser aprobados por la Junta del Proyecto. Estas evaluaciones incluirán Reportes que se provisionarán a la iniciativa de Vigilancia de la Mortalidad Materna, reporte de supervisión y encuesta en hogares y comunidades para medir el impacto de las capacitaciones y acciones de promoción; esta actividad será acompañada por su experiencia por la OPS/ OMS.

Considerando las características de los departamentos focalizados, el adiestramiento del personal de salud para la prestación de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios, tanto a nivel de la autoridad sanitaria como a nivel subnacional es limitado¹², y aunque existen políticas nacionales de salud que favorecen a los pueblos indígenas, la aplicación de las mismas, en general, es reducida y no existe un sistema de evaluación del impacto de estas políticas en la salud de los pueblos. Por lo tanto la participación indígena, factor primordial en el logro del bienestar de los pueblos, deberá de ser evaluada durante el proceso de monitoreo del Proyecto.

Capítulo 2- Contexto Legal

Este documento conjuntamente con el CPAP suscrito en diciembre 2006 entre el Gobierno de Honduras y el PNUD, el cual se incorpora como referencia, constituyen conjuntamente el Documento de Proyecto a que se hace referencia en el en el Artículo 1 del Acuerdo entre el Gobierno de la República de Honduras y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), firmado por las partes el 17 de enero de 1995 y en vigencia a partir de su publicación en La Gaceta, Diario Oficial de la República de Honduras, el 27 de abril de 1995, Decreto No. 33-95. Todas las provisiones del CPAP aplican a este documento.

La prestación de los servicios de apoyo por parte del PNUD puede sufrir retrasos si hay demora en el depósito inicial de los fondos. El Gobierno asumirá los riesgos relacionados con las operaciones originadas por el Proyecto y tendrá responsabilidad de responder reclamaciones que terceros pudieran hacer llegar contra el PNUD, sus funcionarios u otra persona que estén prestando servicios en su nombre. En todo caso, las operaciones relativas a este Proyecto se ejecutarán de acuerdo a las responsabilidades de cada una de las partes que se presentan en este documento.

¹²En el marco de la Iniciativa “La Salud Pública en las Américas” (1999-2002), se realizó la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública”. La Función Esencial 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, incluyendo la capacidad de proporcionar una atención de salud culturalmente apropiada, tiene un nivel de desempeño bajo (OPS, 2002).

El PNUD proporcionará la asistencia requerida en este documento, sujeto al cumplimiento de los requisitos arriba enunciados. Al no cumplirse los requisitos previos importantes de este acuerdo, el PNUD o el Gobierno de Honduras pueden, a su discreción, suspender este Convenio o ponerle fin. Asimismo, este Proyecto podrá suspenderse o finalizarse previo acuerdo mutuo entre las partes involucradas.

Capítulo 3- Riesgos

Considerando la particularidad de la zona, podría darse la falta de oferta de servicios médicos, que no permita cubrir de manera inicial las demandas de servicios; por lo tanto la Coordinación del proyecto deberá de identificar en el Plan Inicial las actividades que permitan reducir este riesgo.

Para lograr un efecto significativo sobre la mortalidad materna, se requiere de un período de tiempo prolongado, durante el cual se mantenga una misma dirección de política; por lo tanto se deberá de prever en los diversos instrumentos que se desarrollen durante la ejecución del proyecto, una estrategia de movilización de recursos que permita construir, implementar y sostener en el tiempo una política coherente para reducir la mortalidad materna que requiriere del desarrollo tecnológico de los servicios de salud, con todos sus costos asociados.

Sección III

RELACIÓN ENTRE RESULTADOS Y RECURSOS DEL PROYECTO

<p>Resultado esperado como se menciona en el Marco de Resultados de país: En el <i>Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo</i> (UNDAF, por sus siglas en inglés), dentro del área de prioridad de invertir en las personas, se ha definido como uno de los cinco efectos directos que "la población hondureña, especialmente excluidos y pobres, avanzan hacia el acceso universal a la salud".</p>				
<p>Indicador de resultados como se menciona en el Marco de Resultados y Recursos del Programa de país, incluyendo bases y objetivos: En el marco del Programa de País (CPAP, por sus siglas en inglés), este proyecto se encuentra dentro del efecto directo 1.1: "la población hondureña, especialmente excluidos y pobres, avanzan hacia el acceso universal a la salud", con el producto concreto esperado de "capacidades del sistema de salud fortalecidas para que mujeres, hombres, adolescentes y jóvenes reciban servicios integrales de salud sexual y reproductiva, con énfasis en acciones orientadas a disminuir la mortalidad materna" (1.1.1). La meta es que "El Programa de la Mujer de la Secretaría de Salud, desarrolla, difunde y apoya la implementación y evaluación de normas técnicas que garantizan la atención integral con calidad para la mujer y el recién nacido a nivel local. Las organizaciones a nivel local del ámbito del proyecto organizan y gestionan procesos de mejoramiento de la Calidad de Atención Integral para la mujer y el recién nacido", con el indicador de la tasa de mortalidad materna por cada 100,000.</p>				
<p>Gama de Servicios del MYFF aplicable: 1.3 Iniciativas Locales de Pobreza</p>				
<p>Asociado en la Ejecución: Secretaría de Salud</p>				
<p>Estrategia de Asociación: Se prevé la suscripción por parte del Asociado en Ejecución de convenios con UNFPA, UNICEF, OPS, UNV.</p>				
<p>Denominación e Identificación (ID) del Proyecto (ID de Adjudicación en ATLAS): "Proyecto Fortalecimiento de Capacidades para el Mejoramiento de los índices de Mortalidad Materna", No. Atlas:</p>				
<p>Productos Esperados</p> <p>Actividad 1. Fortalecimiento de las redes de salud y de los CONEs básicos y ampliados en los departamentos de Colon y Gracias a Dios.</p> <p>Productos:</p> <p>Proveedores de servicios obstétricos cuentan con la formación calificada inicial, para la atención en salud sexual y reproductiva y neonatal.</p> <p>Prácticas y conocimientos actualizados del personal de salud de áreas rurales; y equipamiento de los centros de provisión de los servicios obstétricos para la atención del embarazo, parto y recién nacidos.</p>	<p>Metas del Producto</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 4 CONEs (2 ampliado y 2 básicos) con personal capacitado en departamento de Colón. ○ 3 CONEs (1 ampliado y 2 básico) con personal capacitado en departamento de Gracias a Dios. ○ 2 CONEs (con equipos y materiales para atención de embarazo, parto y puerperio) ○ 2 de redes de salud departamentales fortalecidas ○ Línea de base municipal 	<p>Actividades Mínimas Necesarias</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Capacitación de los proveedores comunitarios en atención obstétrica esencial de emergencia. ○ Capacitación de los proveedores hospitalarios en técnicas para salvar vidas y en prestación de atención obstétrica integral esencial. ○ Capacitación de parteras y personal hospitalario para poner énfasis en la calidad de la atención. ○ Supervisión y monitoreo. ○ Suministros de equipo médico. ○ Contratación de servicios de asesoría antropológica. ○ Diseño y puesta en marcha de la Línea de Base municipal 	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No. de CONEs organizados ○ No. de CONEs fortalecidos ○ 6 CONEs equipados y en operación ○ Aumento de conocimientos en los proveedores de salud en CONE. ○ Aumento de conocimientos de las parteras en la detección de señales de alarma de parto complicado. ○ Se fortalece la comunidad en CONE básico y ampliado mediante el aumento del número de actores involucrados. ○ Viajes de Supervisión ○ Redes de salud fortalecidas ○ Línea de Base 	<p>Aportes</p> <p>\$427,295.91</p>

<p>Actividad 2 Desarrollo comunitario</p> <p>Productos: Servicios para la información, detección, prevención y promoción de los servicios de salud fortalecidos para reducir los niveles de mortalidad materna infantil.</p> <p>Acciones que contribuyen al sistema de vigilancia de la muerte materna en los servicios de salud y la comunidad.</p> <p>Línea de base municipal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No. de familias que saben identificar signos de riesgo y a donde derivar a la gestante. <input type="radio"/> No. de comunidades que han organizado sistemas de transporte de gestantes a US de mayor complejidad. <input type="radio"/> No. de Hogares Maternos <input type="radio"/> Contribución al sistema de vigilancia con datos validados. <input type="radio"/> Promoción del Proyecto para su inserción en el Programa del SS. <input type="radio"/> Seminarios y talleres para la Capacitación del RRHH. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Talleres de planificación participativa con actores sociales en municipios de Colon y Gracias a Dios. <input type="radio"/> Capacitación de los líderes y personal de salud en protocolo de investigación de muertes maternas <input type="radio"/> Capacitación a líderes para la atención y supervisión de los HM <input type="radio"/> Reuniones departamentales para el análisis de las muertes maternas <input type="radio"/> Jornadas de capacitación sobre temas relacionados con la implementación del Proyecto. <input type="radio"/> Contratación de los Técnicos(as) Comunitarios(as) es de salud. <input type="radio"/> Talleres de organización de la vigilancia con personal de salud y otros actores sociales <input type="radio"/> Realización de seminarios <input type="radio"/> Realización de talleres <input type="radio"/> Actividades de promoción del proyecto a nivel local <input type="radio"/> Capacitaciones varias <input type="radio"/> Especialización del recurso humano <input type="radio"/> Actividades de capacitación para el monitoreo <input type="radio"/> Auditoría externa 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No. de mujeres capacitadas <input type="radio"/> No. De Acuerdos <input type="radio"/> No. De Mujeres que gozan de los servicios de salud reproductiva <input type="radio"/> Viajes de supervisión <input type="radio"/> Encuestas de salida con los usuarios a cerca de la calidad de los servicios. <input type="radio"/> Aumento de conocimientos de los CONE en las comunidades organizadas. <input type="radio"/> No. De mujeres auditadas <input type="radio"/> No. de HM <input type="radio"/> Informe de monitoreo <input type="radio"/> Ayuda memoria de los seminarios <input type="radio"/> Ayuda memoria de talleres <input type="radio"/> Campaña de promoción Personal capacitado <input type="radio"/> Recursos humanos especializados de la UCP <input type="radio"/> Personal capacitado <input type="radio"/> Informe de Auditoría externa 	<p>\$ 70,153.07</p>
<p>TOTAL PRESUPUESTO PROGRAMADO</p>		<p>€ 390,000.00</p>	<p>\$ 497,448.98</p>	

Sección IV

Capítulo 1 - Presupuesto

El presente Proyecto tendrá una duración de un año. El financiamiento del Proyecto proviene de una donación del Fondo Fiduciario “España- PNUD Hacia un Desarrollo Integral Incluyente”, con el monto total de CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO Y NOVENTA Y OCHO CENTAVOS DOLARES (USD \$ 497,448.98) equivalente a € 390,000 serán administrados por el PNUD.

La tasa de cambio se aplicará en función de la fecha en que se reciba la contribución.

1.1 Presupuesto para apoyo a la implementación a nivel local

Para lograr una mejor operación del Programa a nivel local incluyendo que la gestión general del Proyecto este alineada a resultados, se refleja en el presupuesto la actividad de Apoyo a la implementación a nivel local por un monto máximo de EURO 20,000. Dicha actividad financiará la adquisición y contratación de los insumos requeridos para los servicios de apoyo a la implementación prestados por el PNUD de acuerdo a la necesidad del Proyecto. Estos insumos pueden incluir viajes de supervisión, jornadas de capacitación y la contratación de servicios de asistencia técnica puntual.

Los cargos de esta actividad se facturarán trimestralmente al proyecto por parte del PNUD.

1.2 Costos de Apoyo

Cabe mencionar que debido a que los fondos se manejan bajo un Fondo en Fiduciario Abierto (Open Trust Fund), el presupuesto del proyecto no refleja los costos de apoyo a la gestión general (GMS).

Capítulo 2 - Plan Anual de Trabajo

Plan Anual de Trabajo 2007- 2008

Proyecto Fortalecimiento de Capacidades para el Mejoramiento de los índices de Mortalidad Materna

No. y Título del Proyecto: PRODUCTOS ESPERADOS DEL CP e indicadores, incluidas las metas anuales	ACTIVIDADES PLANIFICADAS	CALENDARIO			PARTE RESPONSABLE	Donante AECI	Partida presupuestaria	Importe		
		2007		2008				EURO	USD	
		T3	T4	T1						T2
Para el 2011, las y los hondureños/los avanzan hacia el cumplimiento equitativo y universal de sus derechos a la salud, al agua y saneamiento, a la alimentación, a la educación, a la cultura, y a la protección contra la violencia, el abuso y la explotación. Indicador clave: Tasa de mortalidad materna por cada 100,000 niños nacidos vivos. Meta Anual: Fortalecidas 2 redes de salud y CONES básicos y ampliados en los departamentos de Colon (4 CONES) y Gracias a Dios (3 CONES).	Fortalecimiento de las redes de salud y de los CONES básicos y ampliados en los departamentos de Colon y Gracias a Dios.					71300	Personal nacional	75,000.00	95,663.26	
						71600	Viajes	12,000.00	15,306.13	
						72200	Equipos y Materiales	220,000.00	280,612.21	
		X	X	X	X	74100	Monitoreo	2,000.00	2,551.03	
						72100	Seminarios y Talleres	10,500.00	13,392.85	
						74200	Promoción y Publicidad	6,000.00	7,653.07	
						72500	Materiales e Insumos	9,500.00	12,117.36	
							Subtotal	€ 335,000.00	\$427,295.91	
						10870	Personal	12,000.00	15,306.13	
						10870	Viajes	4,000.00	5,102.05	
		X	X	X	X	72200	Equipos y Materiales	3,750.00	4,783.14	
						74100	Monitoreo	2,000.00	2,551.03	
						72100	Seminarios	5,000.00	6,377.56	
						74200	Promoción y Publicidad	6,500.00	8,290.82	
				74500	Materiales e Insumos	1,750.00	2,232.14			
					Viajes de Supervisión					
				10870	Consultores	8,500.00	10,841.84			
					Subtotal	€55,000	\$70,153.07			
TOTAL								€ 390,000.00	\$497,448.98	

Anexos

PLAN OPERATIVO ANUAL

No. y Título del Proyecto: XXXXX, Programa Integrado de Mejoramiento de los Índices de Mortalidad Materna

PRODUCTOS CP	ACTIVIDADES	SUB-ACTIVIDADES	SCRIPCIÓN DE OPERACIONES / TARI	INICIO DE EJECUCIÓN	FIN DE EJECUCIÓN	INSUMOS	PRESUPUESTO TOTAL EN EUROS	PRESUPUESTO TOTAL EN USD	PRESUPUESTO 2007 EN EUROS	PRESUPUESTO 2007 EN USD	PRESUPUESTO 2008 EN EUROS	PRESUPUESTO 2008 EN USD	Método de Adquisición	Elaboración de Términos de Referencia y especificaciones técnicas	Duración Proyectada Competitivo	Firma de Contrato/AOC	Duración	Término del (re)sección		
LA POBLACIÓN HONDUREÑA, ESPECIALMENTE EXCLUIDOS Y POBRES, AVANZAN HACIA EL ACCESO UNIVERSAL DE LA SALUD (Capacidades del sistema de salud fortalecidas para que mujeres, hombres, adolescentes y jóvenes reciban servicios integrales de salud sexual y reproductiva con énfasis en servicios orientados a disminuir la mortalidad materna)	Fortalecimiento de las redes de salud y de los CONES básicos y ampliados en los departamentos de Colon y Gracias a Dios.	Especialización del recurso humano comunitario y hospitalario local	Contratación de los Técnicos(as) Comunitarios(as) de salud.	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	Contrato, TDRs	75,000.00	95,693.27	37,500.00	47,831.63	37,500.00	47,831.63	Contratación	30 días	15 días	31 de julio, 2007	1 año	30 de junio, 2008		
			Capacitación de los proveedores comunitarios en atención obstétrica de emergencia.	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	Capacitador, material didáctico	5,500.00	7,015.31	2,750.00	3,507.65	2,750.00	3,507.65	N/A	N/A	N/A	N/A	1 año	30 de junio, 2008		
			Capacitación de los proveedores hospitalarios en técnicas para salvar vidas y en prestación de atención obstétrica integral esencial.	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	Capacitador, material didáctico	5,500.00	7,015.31	2,750.00	3,507.65	2,750.00	3,507.65	N/A	N/A	N/A	N/A	1 año	30 de junio, 2008		
			Capacitación de parteras y personal hospitalario para poner énfasis en la calidad de la atención.	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	Capacitador, material didáctico	5,500.00	7,015.31	2,750.00	3,507.65	2,750.00	3,507.65	N/A	N/A	N/A	N/A	1 año	30 de junio, 2008		
			Supervisión y apoyo de los Técnicos(as) Comunitarios(as), instructores y del recurso humano	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	N/A	8,000.00	10,204.08	4,000.00	5,102.04	4,000.00	5,102.04	N/A	N/A	N/A	N/A	1 año	30 de junio, 2008		
			Supervisión y monitoreo	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	N/A	10,500.00	13,392.86	5,250.00	6,696.43	5,250.00	6,696.43	Solicitud de Cotización	30 días	37 días	30 de junio, 2008	1 año	30 de junio, 2008		
			Suministro de equipo de comunicación a los(as) Técnicos(as) Comunitarios(as) de salud	1 de julio, 2007	31 de octubre, 2007	Materiales de información	220,000.00	280,612.24	220,000.00	280,612.24	0.00	0.00	0.00	0.00	Invitación a Licitación	60 días	75 días	31 de octubre, 2007	4 meses	31 de octubre, 2007
			Suministro de equipo de comunicación a los(as) Técnicos(as) Comunitarios(as) de salud	1 de julio, 2007	31 de agosto, 2007	Capacitador, material didáctico	5,000.00	6,377.55	5,000.00	6,377.55	0.00	0.00	0.00	0.00	Solicitud de Cotización	15 días	37 días	31 de agosto, 2007	2 meses	31 de agosto, 2007
			Talleres de planificación participativa con actores sociales en municipios de Colon y Gracias a Dios.	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	Capacitador, material didáctico	4,600.00	5,867.35	2,300.00	2,933.67	2,300.00	2,933.67	2,300.00	2,933.67	N/A	N/A	N/A	N/A	1 año	30 de junio, 2008
			Talleres de organización de la vigilancia con personal de salud y otros actores sociales	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	Capacitador, material didáctico	4,600.00	5,867.35	2,300.00	2,933.67	2,300.00	2,933.67	2,300.00	2,933.67	N/A	N/A	N/A	N/A	1 año	30 de junio, 2008
Desarrollo comunitario	Organización de la comunidad para la mejora de la red de salud	Organización de la comunidad para la mejora de la red de salud	Capacitación de los líderes y personal de salud en protocolo de investigación de muertes maternas	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	Capacitador, material didáctico	4,600.00	5,867.35	2,300.00	2,933.67	2,300.00	2,933.67	N/A	N/A	N/A	N/A	1 año	30 de junio, 2008		
			Reuniones departamentales para el análisis de las muertes maternas	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	N/A	4,600.00	5,867.35	2,300.00	2,933.67	2,300.00	2,933.67	N/A	N/A	N/A	N/A	1 año	30 de junio, 2008		
			Jornadas de capacitación sobre temas relacionados con la implementación del Proyecto	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	Capacitador, material didáctico	4,600.00	5,867.35	2,300.00	2,933.67	2,300.00	2,933.67	2,300.00	2,933.67	N/A	N/A	N/A	1 año	30 de junio, 2008	
			Contratación de los Técnicos(as) Comunitarios(as) de salud.	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	Contrato, TDRs	12,000.00	15,306.12	6,000.00	7,653.06	6,000.00	7,653.06	6,000.00	7,653.06	Contratación	30 días	15 días	31 de julio, 2007	1 año	30 de junio, 2008
Apoyo a la implementación	Apoyo a la Supervisión, capacitación y apoyo técnico	Apoyo a la Supervisión, capacitación y apoyo técnico	Viajes de supervisión del PNUD	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	N/A	11,500.00	14,668.37	5,750.00	7,334.18	5,750.00	7,334.18	N/A	N/A	N/A	N/A	NA	NA		
			Jornadas de capacitación sobre temas relacionados con la implementación del Proyecto	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	N/A	3,500.00	4,464.29	1,750.00	2,232.14	1,750.00	2,232.14	1,750.00	2,232.14	N/A	N/A	N/A	NA	NA	
			Contratación de servicios de asistencia técnica puntual para apoyo en los procesos de adquisiciones de bienes y servicios	1 de julio, 2007	30 de junio, 2008	N/A	5,000.00	6,377.55	2,500.00	3,188.78	2,500.00	3,188.78	N/A	N/A	N/A	N/A	NA	NA		
			Subtotal				396,000.00	497,448.98	270,000.00	344,387.76	45,000.00	57,397.96								

Monitoreo del Plan Anual de Trabajo (AWP)

Componente del CP: LA POBLACIÓN HONDUREÑA, ESPECIALMENTE EXCLUIDOS Y POBRES, AVANZAN HACIA EL ACCESO UNIVERSAL DE LA SALUD

la realización: Secretaría de Salud

META ANUAL	INDICADORES	ACTIVIDADES PLANIFICADAS	GASTOS TOTALES		GASTOS 2007		GASTOS 2008		RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES	ADELANTO LOGRO PRODUCTOS DEL CP	EL HACIA DE LOS CP
			Euro	US Dollar	Euro	US Dollar	Euro	US Dollar			
		Contratación de los Técnicos(as) Comunitarios(as) de salud	75,000.00	95,663.27	37,500.00	47,831.63	37,500.00	47,831.63	Técnicos(as) Comunitarios(as) contratados		
		Capacitación de los proveedores comunitarios en atención obstétrica esencial de emergencia	5,500.00	7,015.31	2,750.00	3,507.65	2,750.00	3,507.65	Proveedores comunitarios capacitados en la atención obstétrica esencial de emergencia		
		Capacitación de los proveedores hospitalarios en técnicas para salvar vidas y en prestación de atención obstétrica integral esencial.	5,500.00	7,015.31	2,750.00	3,507.65	2,750.00	3,507.65	Proveedores hospitalarios capacitados en técnicas para salvar vidas y en prestación de atención obstétrica integral esencial		
		Capacitación de parteras y personal hospitalario para poner énfasis en la calidad de la atención.	5,500.00	7,015.31	2,750.00	3,507.65	2,750.00	3,507.65	Parteras y personal hospitalario capacitados para poner énfasis en la calidad de la atención		
		Supervisión y apoyo de los Técnicos(as) Comunitarios(as), instructores y del recurso humano comunitario y hospitalario local	8,000.00	10,204.08	4,000.00	5,102.04	4,000.00	5,102.04	Informes de supervisión, Ayudas memorias de talleres y reuniones		
		Materiales de información	10,500.00	13,392.86	5,250.00	6,696.43	5,250.00	6,696.43	Documentos		
		Suministro de equipo médico a los CONES	220,000.00	280,612.24	220,000.00	280,612.24	0.00	0.00	Documentos		
		Suministro de equipo de comunicación a los(as) Técnicos(as) Comunitarios(as) de salud	5,000.00	6,377.55	5,000.00	6,377.55	0.00	0.00	Documentos		
		Indicadores de Mortalidad Materna e Infantil	4,600.00	5,867.35	2,300.00	2,933.67	2,300.00	2,933.67	Ayuda memoria de los talleres		
		Talleres de organización de la vigilancia con personal de salud y otros actores sociales	4,600.00	5,867.35	2,300.00	2,933.67	2,300.00	2,933.67	Ayuda memoria de los talleres		
		Capacitación de los líderes y personal de salud en protocolo de investigación de muertes maternas	4,600.00	5,867.35	2,300.00	2,933.67	2,300.00	2,933.67	Líderes y personal de salud capacitados en protocolo de investigación de muertes maternas		
		Reuniones departamentales para el análisis de las muertes maternas	4,600.00	5,867.35	2,300.00	2,933.67	2,300.00	2,933.67	Ayuda memoria de las reuniones		
		Jornadas de capacitación sobre temas relacionados con la implementación del Proyecto	4,600.00	5,867.35	2,300.00	2,933.67	2,300.00	2,933.67	Ayuda memoria de las jornadas		
		Contratación de los Técnicos(as) Comunitarios(as) de salud.	12,000.00	15,306.12	6,000.00	7,653.06	6,000.00	7,653.06	Técnicos(as) Comunitarios(as) contratados		
		Viajes de supervisión del PNUD	11,500.00	14,668.37	5,750.00	7,334.18	5,750.00	7,334.18	Informes de supervisión		
		Jornadas de capacitación sobre temas relacionados con la implementación del Proyecto	3,500.00	4,464.29	1,750.00	2,232.14	1,750.00	2,232.14	Ayuda memoria de las jornadas		
		Contratación de servicios de asistencia técnica puntual para apoyo en los procesos de adquisiciones de bienes y servicios	5,000.00	6,377.55	2,500.00	3,188.78	2,500.00	3,188.78	Contratos, Informes		
			€ 390,000.00	\$497,448.98	€ 307,500.00	\$392,219.39	€ 82,500.00	\$105,229.59	Subtotal		



Annual Work Plan

Honduras - Tegucigalpa

Award Id: 00047503

Award Title: MORTALIDAD MATERNA

Year: 2008

Report Date: 25/7/2007

Project ID	Expected Outputs	Key Activities	Timeframe		Responsible Party	Planned Budget				
			Start	End		Fund	Donor	Budget Descr	Amount US\$	
00057098	MORTALIDAD MATERNA	DESARROLLO COMUNITA			HON-MINISTERIO DE SALUD PU	52600	MOFACSPAIN	71300	Local Consultants	9,183.68
						52600	MOFACSPAIN	71400	Contractual Services - Individ	6,505.10
						52600	MOFACSPAIN	71600	Travel	11,862.25
						52600	MOFACSPAIN	72100	Contractual Services-Companie	3,826.54
						52600	MOFACSPAIN	72200	Equipment and Furniture	2,869.88
						52600	MOFACSPAIN	74100	Professional Services	1,530.62
						52600	MOFACSPAIN	74200	Audio Visual&Print Prod Costs	4,974.49
						52600	MOFACSPAIN	74500	Miscellaneous Expenses	1,339.28
						52600	MOFACSPAIN	71300	Local Consultants	57,387.96
						52600	MOFACSPAIN	71600	Travel	9,183.68
						52600	MOFACSPAIN	72100	Contractual Services-Companie	8,035.71
						52600	MOFACSPAIN	72200	Equipment and Furniture	168,367.33
						52600	MOFACSPAIN	72500	Supplies	7,270.41
						52600	MOFACSPAIN	74100	Professional Services	1,530.62
52600	MOFACSPAIN	74200	Audio Visual&Print Prod Costs	4,591.83						
TOTAL										298,469.38
GRAND TOTAL										298,469.38



Annual Work Plan

Honduras - Tegucigalpa

Award Id: 00047503

Award Title: MORTALIDAD MATERNA

Year: 2007

Report Date: 25/7/2007

Project ID	Expected Outputs	Key Activities	Timeframe		Responsible Party	Planned Budget				
			Start	End		Fund	Donor	Budget Descr	Amount US\$	
00057098	MORTALIDAD MATERNA	DESARROLLO COMUNITA			HON-MINISTERIO DE SALUD PU	52600	MOFACSPAIN	71300	Local Consultants	6,122.45
						52600	MOFACSPAIN	71400	Contractual Services - Individ	4,336.74
						52600	MOFACSPAIN	71600	Travel	7,908.16
						52600	MOFACSPAIN	72100	Contractual Services-Companie	2,551.02
						52600	MOFACSPAIN	72200	Equipment and Furniture	1,913.26
						52600	MOFACSPAIN	74100	Professional Services	1,020.41
						52600	MOFACSPAIN	74200	Audio Visual&Print Prod Costs	3,316.33
						52600	MOFACSPAIN	74500	Miscellaneous Expenses	892.86
						52600	MOFACSPAIN	71300	Local Consultants	38,265.30
						52600	MOFACSPAIN	71600	Travel	6,122.45
						52600	MOFACSPAIN	72100	Contractual Services-Companie	5,357.14
						52600	MOFACSPAIN	72200	Equipment and Furniture	112,244.88
						52600	MOFACSPAIN	72500	Supplies	4,846.95
						52600	MOFACSPAIN	74100	Professional Services	1,020.41
52600	MOFACSPAIN	74200	Audio Visual&Print Prod Costs	3,061.24						
TOTAL										
198,979.60										
GRAND TOTAL										
198,979.60										