

Programa “Acceso” en el sector de salud de Honduras

**Nils Öström
Leticia Velásquez
Sergio Rottenschweiler**

**Department for Democracy
and Social Development**

Programa “Acceso” en el sector de salud de Honduras

Nils Öström
Leticia Velásquez
Sergio Rottenschweiler

Sida Evaluation 05/26

**Department for Democracy
and Social Development**

This report is part of *Sida Evaluations*, a series comprising evaluations of Swedish development assistance. Sida's other series concerned with evaluations, Sida Studies in Evaluation, concerns methodologically oriented studies commissioned by Sida. Both series are administered by the Department for Evaluation and Internal Audit, an independent department reporting directly to Sida's Board of Directors.

This publication can be downloaded/ordered from:
<http://www.sida.se/publications>

Authors: Nils Öström, Leticia Velásquez, Sergio Rottenschweiler.

The views and interpretations expressed in this report are the authors' and do not necessarily reflect those of the Swedish International Development Cooperation Agency, Sida.

Sida Evaluation 05/26
Commissioned by Sida, Department for Democracy and Social Development

Copyright: Sida and the authors

Registration No.: 2005-1835
Date of Final Report: May 2005
Printed by Edita Communication AB, 2005
Art. no. Sida17556es
ISBN 91-586-8694-0
ISSN 1401—0402

SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY
Address: SE-105 25 Stockholm, Sweden. Office: Sveavägen 20, Stockholm
Telephone: +46 (0)8-698 50 00. Telefax: +46 (0)8-20 88 64
E-mail: sida@sida.se. Homepage: <http://www.sida.se>

Índice

Executive Summary	3
1. Introducción	4
2. Metodología	4
3. El Contexto del Programa	4
3.1 General	4
3.2 Fase I y II de Acceso	5
3.3 Objetivo, resultados e implementación de la tercera fase de Acceso	6
4. Hallazgos	7
4.1 Logros con relación a resultados esperados	7
4.2 Resumen de resultados y logros de objetivos	14
4.3 Utilización de fondos	15
4.4 Sector de salud, descentralización y transferencia de fondos	16
4.5 Otros proveedores de fondos externos	18
4.6 Perspectivas para un programa sectorial (SWAp).....	20
5. Resumen de Conclusiones	20
6. Recomendaciones para el Apoyo Futuro.....	21
7. Lecciones Aprendidas	22
Anexo 1 Terms of Reference	23
Anexo 2 Lista de documentos	28
Anexo 3 Entrevistas	29
Anexo 4 Financiamiento del Sector Salud.....	31

Executive Summary

Sweden has supported the programme “Access to Health Services” in Honduras since 1995. The two first phases of the programme (1995–2002) were channelled through PAHO. In the third phase (2003–2005) the Swedish contribution is managed directly by the Ministry of Health, through an executing unit. The total amount contributed is SEK 67 millions distributed between 6 expected results, with focus on organisation and implementation of health services at local levels, including active participation of local governments and communities.

In August 2005, Sida commissioned an evaluation of the programme with aim to assess the achievements of expected results and objectives and also to make recommendations regarding modalities for future support. The evaluation was performed under a contract with Stockholm Group for Development Studies AB during the period 22/8–2/9 in Honduras.

The conclusions of the evaluation are that the programme has been able to provide a flexible and efficient support to the management of health services in 8 departments (provinces) of Honduras through the training of health staff and representatives of local governments and the community, support to outreach activities of the health services and promotion of active collaboration with local authorities and participation of the community in planning and implementation of the services.

There are clear indications that the programme has contributed to increased access to services and also to reduction in morbidity and mortality in relation to common diseases and health problems. In many cases, the programme has also contributed to improved planning in general and the generation of ideas for local development projects outside the health sector as such.

The funds contributed has been utilised with aim of complementing resources provided by the Ministry of Health and other donor financed programmes. With the present economic situation for Honduras, the perspectives for the Ministry of Health to assume the costs presently provided by programmes with external financing are limited, at least in the medium term.

There are several examples of practical coordination between the Access programme and other programmes at the local level. Although there is regular coordination of donor financed programmes also at the national level, this coordination has so far not included harmonisation of methods and utilisation of funds. Discussions regarding a sector wide approach (SWAp) for coordination of external support regarding the health sector in Honduras have been ongoing for one or two years, but it could be expected to take some time more before such an approach could be applied in practise.

With regard to possible future support, the evaluation recommends in the short term to prolong the present agreement utilising remaining funds at the end of 2005. For the medium term, the support should continue with aim of consolidating and improving access to health services and promoting the further decentralisation of the services, including the role of the municipalities. Both in the short and medium term it is deemed important to further improve the coordination and integration between programmes with external funding and the regular planning and follow up of the Ministry of Health in preparation of the longer term vision of a sector wide approach.

1. Introducción

Suecia ha apoyado el programa “Acceso a servicios de salud” en Honduras desde 1995. Las dos primeras fases (1995–98, 1999–2002) fueron administradas a través de OPS. La tercera fase (2003–2005) ha sido administrada directamente por la Secretaría de Salud a través de un Grupo de Apoyo Técnico (GAT) con un monto de SEK 67 millones.

En agosto 2005, la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (Asdi) contrató a Stockholm Group for Development Studies AB (Nils Öström, Leticia Velásquez, Sergio Rottenschweiler) para una evaluación de la tercera fase del programa Acceso según los Términos de Referencia 2005-06-14. La evaluación tiene dos objetivos principales.

- Evaluar el cumplimiento de los resultados y objetivos del programa.
- Hacer recomendaciones sobre una posible prolongación del apoyo al programa, y sobre las modalidades de un futuro apoyo para asegurar la integración del mismo en los sistemas regulares del gobierno.

2. Metodología

En línea con los Términos de Referencia, la evaluación fue ejecutada en Honduras entre 22/8 y 2/9. En la primera semana los consultores se dividieron en grupos para visitar cinco departamentos donde se han implementado actividades del programa. En la segunda semana los consultores tuvieron entrevistas con el Grupo de Apoyo Técnico (GAT) del Programa, unidades técnicas de la Secretaría de Salud, representantes de la Secretaría de Finanzas y la Secretaría de Gobernación y Justicia, la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON) y organizaciones internacionales y bilaterales de cooperación. En el Anexo 2 se presenta una lista de documentos revisados durante la evaluación y en el Anexo 3 una lista de personas entrevistadas y lugares visitados.

3. El Contexto del Programa

3.1 General

Según la Estrategia para Reducción de Pobreza, ERP (2001–2015), 66% de la población de Honduras vive en condiciones de pobreza, con un 49% en extrema pobreza. ERP tiene como enfoque estratégico realizar acciones en favor de los grupos y áreas menos desarrolladas y el fortalecimiento de la participación de la sociedad civil y descentralización. En relación con los servicios de salud se estima que los servicios administrados por la Secretaría de Salud cubren un 60% de la población. Otro 10% está cubierto por el Instituto Hondureño de Seguro Social (IHSS) y el sector privado, dejando alrededor de 30% de la población sin acceso a servicios de salud. Para el sector de salud ERP prioriza entre otros, el paquete de servicios básicos, promoción de salud para niños y mujeres y prevención de enfermedades infectuosas.

La reforma en el sector de salud se inició en 1990 dentro del marco del proceso de modernización del Estado. Los enfoques expresados han incluido reorganización y descentralización, tanto como cooperación intersectorial al nivel municipal y participación social, pero la eficiencia en la implementación ha variado con más resultados en acciones prácticas al nivel local y menos al nivel central normativo.

En 2005 se ha elaborado un Plan Estratégico del Sector Salud a 2021, presentando visiones y estrategias desde las perspectivas de la población y los procesos internos del sector. Esto incluye estrategias para garantizar la calidad de los servicios y legitimación de la participación social, pero en formas muy generales. Al fin de septiembre 2005 se espera presentar un Plan Nacional de Salud para 2006–2009.

3.2 Fase I y II de Acceso

La primera fase del Programa Acceso, 1995–1998 (“Proceso Nacional de Acceso a Servicios de Salud”), forma parte integral de la reforma del sector. El apoyo sueco fue canalizado a través de OPS e implementado en una tercera parte del país (15 de los 42 áreas de salud), coordinando con actividades similares implementadas en el resto del país a través de otros programas financiados por USAID, BID y Banco Mundial. Esta fase tenía tres componentes/resultados principales:

- Reorganización de la red de servicios, especialmente al nivel local municipal, incluyendo capacidades para gerencia y planificación a este nivel.
- Desarrollo de los recursos humanos, tanto profesionales de salud, como promotores voluntarios y representantes de las autoridades municipales.
- Participación social en el análisis de la situación y en la planificación e implementación de actividades.

En la segunda fase de Acceso, 1999–2002 (“Extensión, Consolidación y Profundización del Proceso Nacional de Acceso”) se continuó y profundizó el programa en la misma área del país con componentes/resultados un poco más especificados.

- La separación de roles entre la función rectora y reguladora de la Secretaría y el rol de entrega de servicios a niveles locales.
- Descentralización y desarrollo local para cogestión de actividades dirigidas al sector salud con municipios y mancomunidades de municipios.
- Vigilancia de salud, incluyendo análisis de la situación de salud en el área del programa con participación social, y apoyo a la implementación de inmunizaciones y la lucha contra enfermedades priorizadas como VIH/SIDA, TB, Chagas y otros.
- Cogestión y cooperación con mancomunidades y ONGs locales para actividades en salud.
- Atención a pueblos indígenas para los servicios de salud.
- Rehabilitación física y mental con base comunitaria, incluyendo establecer una Unidad de Rehabilitación al nivel central y cinco Centros de Rehabilitación al nivel departamental.

En una evaluación del programa, comisionada por Asdi en 2002 (Evaluation of Sida’s Health Reform Support to El Salvador, Guatemala and Honduras 1999–2001), se concluyó que el programa estaba bien organizado con enfoque a atención primaria al nivel local y participación comunitaria. Sin embargo se notó una falta de línea de base e indicadores de impacto.

3.3 Objetivo, resultados e implementación de la tercera fase de Acceso

La tercera fase del programa (2003–2005) es básicamente una continuación de las actividades de las dos primeras fases en la misma área geográfica de implementación, con algunas variaciones en los enfoques específicos. Además, se ha incluido un componente de agua y saneamiento, antes apoyado como parte de un programa regional a través de UNICEF. Otra diferencia entre la tercera fase y las dos primeras fases es que el apoyo de Suecia está canalizado directamente a la Secretaría de Salud en lugar de hacerse a través de OPS.

Objetivo del Programa

La población de las zonas de intervención involucrada en un proceso de desarrollo local integral y accede a la salud desde una perspectiva de derecho ciudadano con equidad, calidad y participación social.

Resultados Esperados

1. Direcciones Departamentales organizadas y funcionando para la conducción y gerencia descentralizada de sus redes de servicios de salud.
2. Evaluación y Promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud implementadas (Función Esencial de Salud Pública No 7).
3. Modelo de atención basado en la promoción de la salud, atención primaria y participación social, desarrollado en municipios demostrativos y mancomunidades.
4. Grupos especiales de población (etnias, adulto mayor, discapacitados, adolescentes, mujeres embarazadas, niños y víctimas de violencia intra familiar) recibiendo servicios primarios de salud, relevando aspectos de género, interculturalidad, solidaridad, dignidad humana e inserción social.
5. Estrategias integrales orientadas al adecuado manejo comunitario de problemas de agua y saneamiento implementados.
6. Los resultados alcanzados por el Programa (de su inicio hasta 2005), probada su atenuencia e impacto, incorporados oficialmente al sistema de salud.

Área y forma de implementación

El Programa está implementado en 8 departamentos (con 141 municipios) y en 5 mancomunidades en otros departamentos (con 28 municipios). Esto comprende el 56% de los municipios del país con el 42% de la población total.

La mayor parte (85%) de los recursos del Programa está canalizado directamente a direcciones departamentales, mancomunidades (8 + 5 apoyado) y municipios demostrativos (2 en cada departamento) en base de planes semestrales presentados por los niveles locales según los resultados y criterios del Programa. Los recursos de un plan semestral aprobado son transferidos a través de un banco a la instancia de implementación. La aprobación y transferencia de recursos para el siguiente semestre está condicionada a la rendición de cuentas del semestre anterior. Una pequeña parte (5%) de los recursos es utilizada al nivel central para actividades relacionadas al rol normativo de la Secretaría de Salud.

La gestión general del Programa, incluyendo aprobación y seguimiento de los planes, es efectuada por un Grupo de Apoyo Técnico (GAT) con 18 personas (9 empleados permanentes financiados con fondos nacionales de la Secretaría de Salud; 9 por contrato financiado con fondos de Asdi). GAT forma parte de la estructura de la Secretaría de Salud como un grupo ad-hoc adscrito al Despacho del Secretario de Estado en Salud.

4. Hallazgos

4.1 Logros con relación a resultados esperados

La evaluación de los resultados está principalmente basada en los informes anuales/semianuales del Programa y la información obtenida en las visitas de campo (ver Anexo 3).

Marco Lógico, planes y informes del Programa

Antes de presentar los hallazgos sobre los resultados obtenidos por el Programa, cabe destacar que la estructura del Marco Lógico es compleja con varias estrategias bajo cada resultado y varias actividades bajo cada estrategia. A veces las actividades se cruzan entre los resultados o son definidos en formas similares bajo más de un resultado. Al mismo tiempo, la implementación del Programa ha sido descentralizada y en la práctica más flexible que la estructura del Marco Lógico. Esta situación ha dado como resultado que los informes muchas veces son difíciles de interpretar. Los informes internos entre el Programa y los niveles locales deben llevar la misma problemática.

Además, los indicadores presentados en el Marco Lógico son numerosos y con diferentes grados de detalle. Muchos definen solamente cuantas veces una actividad será ejecutada. La definición de los indicadores varía sustancialmente entre el Documento del Programa (Octubre 2002) y los informes anuales. En los informes se presenta el cumplimiento del indicador en porcentajes con un comentario, pero no es siempre claro como se ha llegado al porcentaje indicado. Todavía, el Programa no ha presentado indicadores agregados al nivel del Objetivo del Programa (indicadores de acceso a los servicios de salud) como línea de base inicial de la tercera fase.

Para facilitar la presentación de los logros en la evaluación hemos seleccionado un número limitado de indicadores reportados que nos parecen importantes como información inicial para cada resultado. En algunos casos hemos transferido indicadores de un resultado a otro, donde aparecen más lógicos.

Resultado 1 Direcciones departamentales organizadas para la conducción y gerencia descentralizada de sus redes de servicios de salud.

Cumplimiento de indicadores

8 direcciones departamentales organizadas y preparadas con estructuras presupuestarias.	100%
13 mancomunidades organizadas y activas en salud.	100%
Personal técnico departamental, municipal y de mancomunidades capacitadas en planificación y gestión.	80%
8 comisiones departamentales de salud funcionando con participación activa de organizaciones de base y gobiernos locales.	50%

El cambio de la organización de los servicios de salud desde los niveles anteriores de regiones y áreas hacia departamentos y municipios ha significado la necesidad de reorganizar los servicios, reubicar personal, reordenar infraestructura y equipamiento, al mismo tiempo que readecuar la participación de los municipios, mancomunidades y ONGs para la entrega eficiente de los servicios de salud. Por esto, las actividades principales financiadas por el Programa bajo el Resultado 1 son capacitaciones y reuniones sobre organización y planificación con personal de salud en el nivel departamental y municipal, tanto como con representantes de los gobiernos locales y la sociedad civil.

El rol principal del personal del nivel departamental es promover las normas en diferentes áreas de los servicios de salud y saneamiento, y asistir a la planificación del nivel municipal. Además el rol es dar seguimiento a la implementación de actividades según las normas. Un problema encontrado en algunos de los departamentos es la falta de recursos humanos para efectuar estos roles. Una razón de esta

situación es que los recursos humanos todavía son distribuidos entre los departamentos según el modo anterior de organización, lo que significa más recursos en un departamento que antes era la sede de una región y menos en los otros. Otra razón es la reducción de personal estatal en general que se ha hecho, a fin de ajustar el presupuesto nacional (condición macroeconómica para préstamos internacionales).

No obstante este problema parece, en base a las visitas de campo y otra información, que el Programa ha logrado ayudar a las direcciones departamentales a organizar e implementar sus funciones, incluyendo la participación activa con los gobiernos y ONGs locales. La organización de 13 mancomunidades (total 79 municipios) para apoyo a los servicios de salud (entre otras áreas) es también un ejemplo de logros relacionados con este resultado. Otro ejemplo es el hecho de que todos los municipios cubiertos por el programa tienen en sus planes estratégicos actividades dirigidas a proveer servicios de salud.

Al nivel central se puede notar que se firmó un acuerdo para la creación de la Unidad Técnica de Descentralización entre la Secretaría de Salud, la Secretaría de Gobernación y Justicia y la Asociación de Municipios (AMHON). Sin embargo no se ha constituido oficialmente esta Unidad. En la práctica hay coordinación de estos actores al nivel departamental en las comisiones de salud departamental.

Desde 2005 el presupuesto departamental en salud está basado en indicadores de población, Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), prevalencia de enfermedades principales, desnutrición y cobertura de servicios. Sin embargo, la parte más importante del presupuesto, que son los salarios de los recursos humanos comprometidos a las actividades de salud, todavía no ha sido incluida, pero será incluido en el próximo año cuando se cuente con un inventario de recursos humanos actualizado. Al mismo tiempo, se puede notar que este cambio ha generado resistencia en los departamentos favorecidos por el sistema anterior, que son los departamentos más desarrollados y con más población.

Otro cambio en el nuevo presupuesto es que las direcciones departamentales pueden ejecutar rubros como compras, viáticos y combustible. Sin embargo, las compras siguen efectuando el nivel central según las solicitudes de la dirección departamental, con la consecuencia de que el proceso es muy lento. También las transferencias de fondos para salarios tardan normalmente varios meses.

Resultado 2 Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud.

Cumplimiento de indicadores	
8 direcciones departamentales con evaluación de las funciones esenciales de salud (FESP) implementando actividades para fortalecer debilidades identificadas en la evaluación.	100%
Personal técnico departamental, municipal y de mancomunidades capacitadas en evaluación y promoción de los servicios de salud.	100%
Análisis de situación de salud según condiciones de vida (ASIS/CV) actualizado en los municipios de 8 departamentos.	100%
Estudio de exclusión de la protección social – 5 estudios implementados.	60%

Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

El enfoque inicial de este resultado fue uno de las 11 Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), que es la función relacionada con la evaluación y promoción del acceso a servicios de salud. Sin embargo, en la implementación de actividades se ha apoyado a la medición de todas las funciones y también a intervenciones en áreas identificadas como resultado de esta medición. La medición de FESP es un proceso sistemático que se efectuó en forma de talleres al nivel departamental (y a veces también en mancomunidades) con amplia participación de las municipalidades y organizaciones de la sociedad civil.

Ejemplos de actividades mencionadas en departamentos visitados como consecuencia de la medición de FESP son:

- Estudio de VIH/SIDA en mujeres embarazadas en todo el departamento.
- Estudio de chagas en poblaciones indígenas resultando en un microproyecto de mejoramiento de viviendas.
- Estudio de enfermedades respiratorias resultando en un proyecto para promover estufas más efectivas en las casas.
- Elaboración de planes de desastres que antes no existían.
- Cambio de horarios y turno de personal para enfrentar un aumento en demanda de los servicios.

Análisis de situación de salud e indicadores de acceso

Tratamos también bajo este resultado, los análisis de situación de salud según condiciones de vida, los indicadores para el análisis de accesibilidad y los estudios de exclusión social (financiados por el Programa conjunto con OPS), porque pensamos que estas tres actividades son claramente relacionadas con la evaluación de acceso a los servicios de salud. Se debe notar que en los planes e informes de Acceso estas actividades forman parte del resultado 3.

El análisis de situación de salud según condiciones de vida (ASIS/CV) es la colección y análisis de información para identificar los problemas prioritarios de salud en diferentes grupos de la población. Es una base esencial para planificación, gestión de los servicios de salud y la evaluación de su impacto en la situación de salud. El análisis incluye, entre otros, estratificación según NBI de los hogares, cobertura de agua y letrinas, infraestructura y recursos humanos de los servicios de salud, demanda y cobertura de atención en salud, mortalidad y morbilidad por grupos.

En base a los análisis de la situación de salud, Acceso ha desarrollado 17 indicadores de accesibilidad de aplicación al nivel municipal y departamental. Los indicadores son divididos en tres grupos. Desde la demanda – caracterización poblacional, hogares según condiciones de vida, acceso geográfico y económico, etc. Desde la oferta – unidades de Salud, distribución de recursos humanos, porcentaje de atenciones nuevas en salud, cobertura de inmunizaciones y agua, mortalidad materna y infantil, embarazos adolescentes. Desde la gestión social – cabildos abiertos, planes y convenios de gestión, gasto en salud al nivel municipal de diferentes fuentes.

Según información de Acceso, los análisis de salud e indicadores de acceso fueron establecidos en todos los municipios del área de intervención del Programa 2001–2003 como línea de base (véase la recomendación de la evaluación arriba mencionada en 3.2). En 2004 el Programa apoyó la actualización de los análisis de salud, y para el segundo semestre de 2005 está planificada una nueva medición de los indicadores para poder verificar el progreso en el acceso.

Sin embargo, el Programa todavía no ha presentado un resumen de información agregada de estas líneas de base o la actualización de los análisis de salud. Por esto, no hay seguridad si existe o no esta información por todos los departamentos y municipios del Programa, o si existe también por otros departamentos y municipios del país.

Estudios de exclusión social

Los estudios de exclusión fueron ejecutados a fines de 2004 y al inicio de 2005 en 5 de las mancomunidades apoyadas por el Programa en forma participativa, utilizando líderes locales, maestros en escuelas, etc. para hacer entrevistas en una muestra de hogares en los municipios. Estos estudios constituyen el inicio de la focalización de exclusión social necesarios para impulsar estrategias que permitan la extensión de la protección social, y en la práctica una nueva medición de los indicadores de acceso antes mencionados.

Como ejemplo de algunos resultados se puede mencionar el estudio en la Mancomunidad de Municipios del Norte de Choluteca, donde 40% de personas enfermas no accedió a los servicios de salud por causas de mala atención, falta de dinero y problemas de distancia geográfica. Además, 40% de los partos no fueron institucionales y 20% de las mujeres embarazadas no cuenta con control prenatal. El gasto promedio por consulta que necesita pagar la población es 85 Lempiras, de lo cual 80% es para medicamentos y 15% por transporte y alimentación. La conclusión general del estudio es que la causa principal de la exclusión es la falta de protección financiera para garantizar acceso a la población más pobre.

Resultado 3 Modelo de atención y gestión local integrado basado en la promoción de la salud, atención primaria y participación social, desarrollado en municipios demostrativos y mancomunidades.

Cumplimiento de indicadores

17 municipios demostrativos readecuando la red de servicios de salud para mejorar acceso.	100%
13 mancomunidades con cartera de proyectos para mejoramiento de las condiciones de vida y salud.	100%
Todos los municipios en 8 departamentos incorporados al proceso de municipios por la salud (según criterios de cooperación y contribución en actividades para la salud),	70%

Las actividades más importantes apoyadas por el Programa bajo este resultado son las relacionadas con la entrega de servicios de salud y prevención de enfermedades en cooperación entre las autoridades y unidades de salud al nivel departamental y municipal, los gobiernos locales (municipios/mancomunidades) y las organizaciones de la sociedad civil.

Los aportes del Programa han sido utilizados para financiar los costos de transportes, viáticos, materiales y equipos para la entrega de los servicios básicos (paquete básico materno-infantil con inmunizaciones, control prenatal, etc.) a las comunidades y poblaciones más pobres en los municipios demostrativos, mancomunidades, y en cierta forma también en todos los municipios de los 8 departamentos del Programa. Se ha contribuido a la capacitación de personal básico de salud, tanto como de los voluntarios en las comunidades. Además se ha apoyado la capacitación de las autoridades municipales y representantes de la sociedad civil en formulación de planes estratégicos y proyectos. Esta capacitación ha facilitado también el financiamiento de proyectos locales en diferentes sectores fuera del sector de salud (a través de FHIS y otras fuentes).

Municipios demostrativos

Los municipios demostrativos han sido elegidos en base a la voluntad política y de organización de los gobiernos locales, y también considerando el nivel de pobreza de los mismos. Un ejemplo de esto es el municipio de Concepción Sur (departamento de Santa Bárbara), donde se notó una voluntad de la alcaldía para organizar el trabajo con las comunidades después del Mitch. El trabajo de rehabilitación fue rápido en el municipio con reparación y construcción de 200 viviendas y sistemas de agua.

Con el apoyo de Acceso se ha capacitado a comités locales en cooperación con la ONG Vecinos del Mundo (apoyada por USAID). Las capacitaciones han incluido campañas de limpieza y prevención de enfermedades vectoriales a maestros y alumnos, capacitación a los adolescentes sobre salud reproductiva y VIH, y al personal de salud en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas. El centro de salud capacita mensualmente a las voluntarias de las comunidades de manera conjunta con la entrega de algunos medicamentos básicos y capacitación sobre el uso de medicina tradicional. El centro organiza también visitas regulares a comunidades lejanas. Se ha notado una reducción clara de los casos de neumonía y diarrea en los últimos años.

Según los representantes de la alcaldía, las capacitaciones son la contribución más importante de Acceso. Con apoyo de Acceso se elaboró un Plan Estratégico Municipal en 2003 (intersectorial). De los 5 proyectos más priorizados, hay 3 con relación a agua y saneamiento, que también se ha logrado ejecutar (con fondos de FHIS). Las visiones más importantes para el futuro son las de erradicar el analfabetismo y tuberculosis.

Unidades Comunitarias de Salud

Una iniciativa importante del Programa Acceso es la organización de Unidades Comunitarias de Salud (UCOS). Estas unidades son casas simples en comunidades lejanas donde no hay centro de salud. Las unidades son manejadas por un grupo de voluntarias seleccionadas por la comunidad y capacitadas por el centro de salud. Sus tareas son promoción y prevención básica de salud, tanto como la detección y manejo temprano de enfermedades prevalentes. También se ocupan de la vigilancia general de la situación de salud y control de crecimiento de los niños. Las voluntarias reciben capacitación y seguimiento de forma mensual por parte del centro de salud en la cabecera municipal.

El UCOS San Miguel (municipio Colinas, departamento Santa Bárbara) trabaja con 8 voluntarias adultas en turnos cada tarde y algunas jóvenes que observan y aprenden. Controlan el crecimiento de los niños y visitan a las familias donde viven para promoción y detección de enfermedades. Hacen también un control simple de mujeres embarazadas y preparan y asisten en las visitas del personal del centro de salud (cada 2 meses). Hay una reducción visible en las enfermedades principales desde el establecimiento del UCOS. La organización de las voluntarias ha logrado otros pequeños proyectos en la comunidad, construcción de un lavadero, etc.

Actualmente hay UCOS establecidos en un gran parte de los 168 municipios apoyados por el Programa y también en varios municipios en otros departamentos fuera del área de Acceso.

Clínicas maternas

Otro ejemplo de actividades apoyadas bajo el Resultado 3 es el establecimiento y manejo de clínicas maternas en municipios con difícil acceso. El objetivo es el de facilitar partos institucionales en áreas alejadas de los hospitales regulares. Muchas veces, de forma complementaria, se construye también un albergue conjunto a la clínica para acoger a las mujeres embarazadas algún tiempo antes del parto. Acceso está apoyando estas actividades en cooperación con los gobiernos locales, organizaciones locales y otros programas con financiamiento externo (USAID, BID, UNICEF).

La clínica materna en el municipio Morazán (departamento de Yoro) está administrada por una fundación conformada en el municipio. Tiene participación voluntaria de médicos privados para asistir a partos con complicaciones.

Mancomunidades

La organización de mancomunidades entre un grupo de municipios vecinos es una forma de utilizar los recursos municipales de manera más eficiente. Se puede aprovechar de una asistencia técnica y administrativa conjunta en diferentes áreas de trabajo, y se pueden solicitar proyectos y asistencia del nivel central y programas de financiamiento en una manera conjunta. Las 13 mancomunidades apoyadas por el Programa han sido establecidas durante los últimos 10 años (1996–2004). En algunos casos han sido creados por iniciativas en salud impulsadas por el Programa Acceso, en otros casos una mancomunidad existente ha sido utilizada para actividades conjuntas en salud. En ambos casos, la mancomunidad tiene un convenio suscrito con la Secretaría de Salud para la implementación de actividades definidas, financiadas de manera conjunta con fondos de la Secretaría (nacionales o externos) y de la mancomunidad (contribuciones de los municipios miembros). Actualmente todas las mancomunidades están manejando actividades en diferentes sectores, aparte de las del sector de salud.

Los recursos del Programa para las actividades antes mencionadas han sido utilizados en una forma flexible según las necesidades en cada municipio y mancomunidad para complementar los recursos nacionales de la Secretaría de Salud, recursos contribuidos por los gobiernos locales y las contribuciones de las mismas comunidades. Esta flexibilidad, tanto como la forma de entrega de los fondos del Programa (en transferencias semestrales) han sido verificadas en todos los departamentos y municipios visitados por la misión de evaluación.

Resultado 4 Grupos especiales de población recibiendo servicios primarios de salud, relevando aspectos de género, interculturalidad, solidaridad, dignidad humana e inserción social.

Cumplimiento de indicadores

Servicios de Salud en 8 departamentos capacitados y abordando problemas de grupos especiales (rehabilitación de discapacitados, violencia intrafamiliar, embarazo en adolescentes, diabetes, promoción de actividades para jóvenes).	75%
17 microproyectos ejecutados en relación a grupos especiales - 13 ejecutados (la mayoría para discapacitados y adolescentes).	70%
Servicios de Salud en 6 departamentos con actividades para grupos indígenas, incluyendo capacitación de recursos de enfermería – actividades implementadas en 3 departamentos.	50%

Este resultado cubre actividades relacionadas con grupos y problemas en la población muy diversos (edad, género, etnia, discapacidad, enfermedad, violencia intra familiar) y el límite entre los resultados 3 y 4 no es claramente definido. En muchos casos, las actividades presentadas en los informes son en la práctica parte integral del modelo normal de atención a la población en general y no actividades diseñadas específicamente por un grupo u otro. Esta situación, conjunto con la compleja estructura del Marco Lógico, dificulta la verificación de los logros de este resultado en base a los informes. El cumplimiento parcial de los indicadores puede también ser una indicación de la misma complejidad. En base de las visitas de campo y otra información se pueden identificar los siguientes tres grupos más importantes de este resultado.

Rehabilitación de discapacitados

En 5 departamentos se han establecido centros de rehabilitación, capacitado a personal de estos centros y promovido la rehabilitación con base comunitaria a través de capacitaciones de líderes comunales. Se ha también identificado a los discapacitados por tipo de discapacidad al nivel municipal. En algunos departamentos se ha contratado a la asociación local de discapacitados para este diagnóstico y también para preparar propuestas de microproyectos. Entre los microproyectos, hay proyectos para generación de ingresos de los discapacitados, como la crianza de cerdos y el establecimiento de una cooperativa de ahorro y crédito.

Adolescentes

Las actividades dirigidas a jóvenes y adolescentes tienen el objetivo de prevención de problemas de salud así como embarazos tempranos, violencia intra familiar, VIH/SIDA, alcoholismo y drogadicción. La forma de apoyo es a través de microproyectos al nivel municipal que combinan la promoción de salud con actividades de arte y deporte. Ejemplos de este tipo de apoyo son contribuciones a grupos de jóvenes (asociaciones locales) que practican danza y música tradicional.

Atención a grupos étnicos

En 3 departamentos se ha organizado formación de enfermeras auxiliares para jóvenes de comunidades indígenas. Los participantes en esta formación de 10 meses, son seleccionados por sus comunidades con el motivo de que ellos permanezcan como enfermeras en las comunidades.

Un ejemplo de microproyecto para grupos étnicos es un proyecto para una comunidad de la población Xicaque en el departamento de Yoro. Este microproyecto fue elaborado como consecuencia de un estudio de investigación de enfermedades prevalentes después de la medición de FESP (véase Resultado 2 arriba) y tiene como objetivo de mejorar el medio ambiente en las casas a través de introducción de estufas más eficientes. Con esta medida se ha podido reducir la prevalencia de problemas respiratorios.

Aparte de estos ejemplos, no hay muchas actividades con un enfoque directo y específico de los grupos étnicos. Aunque haya interés en algunas direcciones departamentales, la Unidad en la Secretaría de Salud a nivel central es débil en el liderazgo del tema.

Para el futuro apoyo a este tema se sugiere concentrarse en uno o dos departamentos de población indígena. La estrategia debe ser enfocada en dos o tres líneas de trabajo que podrían ser medicina tradicional, la formación de recursos humanos e la identificación de prácticas de atención materna infantil que son contradictorios entre la medicina formal y medicina indígena.

Resultado 5 Estrategias integrales orientadas al adecuado manejo comunitario de problemas de agua y saneamiento implementadas.

Cumplimiento de indicadores

Mejorar coberturas de agua y saneamiento con 8 sistemas (en 8 municipios) - 60 proyectos de agua y 14 proyectos de letrinas implementados en cooperación con otros programas (asistencia técnica a través de Acceso/UNICEF) en 30 municipios.	más de lo planificado
Promover uso de sistemas de agua y saneamiento y prácticas de higiene en 8 municipios – implementado en 20 municipios (UNICEF).	más de lo planificado
Establecer mecanismos de regulación y control de calidad de agua en 8 departamentos.	100%

Este componente está implementado a través de UNICEF. Las actividades para mejorar cobertura de sistemas de agua y letrinas, tanto como la promoción del manejo y uso de las mismas están implementadas con el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), ONGs y gobiernos locales. En la mayoría de los proyectos el aporte de Acceso a través de UNICEF ha sido para el financiamiento de la asistencia técnica y capacitación de las comunidades.

El financiamiento de los costos de construcción ha sido a través de contribuciones de otros programas de cooperación de USAID, UE y FHIS. De esta manera se ha podido facilitar la implementación de mucho más proyectos que lo planificado inicialmente. Los criterios y métodos de verificación desarrollados por UNICEF bajo los conceptos de Casa Saludable y Escuela Saludable han sido utilizadas para confirmar el impacto de las actividades.

En el caso de mecanismos de regulación y control de calidad de agua, UNICEF ha trabajado con la Secretaría de Salud capacitando a técnicos ambientales en las direcciones departamentales de salud y los laboratorios de control.

Resultado 6 Los resultados alcanzados por el Programa (de su inicio hasta 2005), probada su atención e impacto, incorporados oficialmente al sistema de salud.

Las actividades e indicadores presentados en los informes no son realmente relacionados con los logros en este resultado. Esto refleja que el Programa no tiene una estrategia clara para la comunicación de sus experiencias y resultados hacia los niveles superiores de la Secretaría de Salud, ni para el proceso de integración de los recursos del Programa en si en las estructuras generales de la Secretaría. Un paso en este proceso podría ser la coordinación de la planificación y programación de recursos del Programa con el mismo proceso para fondos nacionales.

No obstante la falta de una estrategia clara de integración, se puede notar los siguientes puntos principales donde el Programa ha tenido una influencia significativa en el sistema nacional de salud.

La departamentalización de los servicios de salud ha sido iniciada por el Programa y fue introducida formalmente en todo el país desde 2004.

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) fueron introducidas por Acceso de forma conjunta con OPS y han sido medidas en todos los departamentos con la asistencia técnica de Acceso y financiamiento de otros fondos externos (BM, USAID) en los departamentos del país.

Los Indicadores de Accesibilidad fueron introducidos por Acceso y han sido aplicados en la mayoría de los municipios del país.

Unidades Comunitarias de Salud (UCOS) fueron introducidas por Acceso y son aplicadas en varios municipios fuera del Programa.

Centros y actividades de rehabilitación de discapacitados son replicados en varios departamentos y la Secretaría ha establecido una Unidad para Rehabilitación a nivel central.

El Programa fue uno de los primeros programas promocionando la cooperación activa entre los servicios de salud y las municipalidades, así como la participación social en la planificación local para la salud, lo que actualmente está tomada como elementos claves en la política nacional de salud.

4.2 Resumen de resultados y logros de objetivos

Resultados

Resumiendo los resultados arriba presentados, se puede concluir que la gran mayoría de los resultados esperados han sido obtenidos por el Programa. En algunos casos, como en el resultado 5 de agua y saneamiento, se ha logrado aumentar la cobertura mucho más que lo esperado a través de coordinación de actividades con otras fuentes de financiamiento. En algunos casos, como en atención a los grupos étnicos, los resultados son menores a lo esperado. Se puede notar también que muchas veces la contribución del Programa ha tenido un efecto catalizador, por ejemplo, en forma de planes estratégicos y proyectos municipales o de mancomunidades fuera del sector de salud como tal.

Aunque no se refleja en las actividades presentadas bajo el resultado 6 en los informes, el Programa ha tenido una influencia significativa para el sistema de salud en general. Sin embargo, el Programa no tiene una estrategia clara y efectiva para la comunicación de sus experiencias, ni para el proceso de integración de sus actividades y recursos en las estructuras regulares del sector.

Objetivo del Programa

La suma de estos resultados contribuye claramente al logro del objetivo del Programa: “La población de las zonas de intervención involucrada en un proceso de desarrollo local integral y accede a la salud desde una perspectiva de derecho ciudadano con equidad, calidad y participación social”. Sin embargo, se debe notar que este objetivo es ambicioso, especialmente en la segunda parte con relación a la perspectiva de equidad y calidad. Por esto, no se puede esperar lograr completamente el objetivo en un período tan corto como los 3 años de esta fase del Programa, ni de los 10 años de las tres fases.

Objetivo de Desarrollo

Con relación al objetivo de desarrollo del Programa: “Contribuir al mejoramiento de salud, bienestar y calidad de vida de la población”, se puede notar indicaciones concretas de impacto (estadísticas) en forma de disminución e igualación de la brecha en nuevas atenciones de salud entre los estratos con más ingresos y los con menos. Además, hay varias indicaciones presentadas en los departamentos y municipios de aumentos en cobertura en forma de atenciones, y de reducciones de casos de las enfermedades principales (neumonía, diarrea, chagas, etc.). En varios departamentos hay también indicaciones de reducción de la mortalidad materna e infantil.

Al inicio de 2006, el Programa debe poder presentar datos agregados de la mejora en acceso en base de la medición de indicadores de acceso planificada por la segunda parte de 2005. Estos indicadores deben ser comparados con las líneas de base de 2002–2003, y también con estadísticas sobre morbilidad y mortalidad en el área de intervención del Programa.

Factores externos y análisis de riesgos

Los principales factores externos y riesgos identificados al inicio de la tercera fase del Programa fueron en una parte relacionados con la voluntad política del gobierno central y el proceso de descentralización hacia los municipios y coordinación intersectorial en general, tanto como con el nivel central de la Secretaría de Salud y el mismo proceso en la implementación de servicios de salud hacia un modelo integral de atención en lugar programas verticales. Otra parte de los factores externos y riesgos fueron relacionados con la voluntad y capacidades de los gobiernos locales para participar en el proceso de descentralización y para involucrar a sus habitantes en procesos participativos.

En base de los informes del Programa y las visitas de la misión evaluadora, se puede notar que la voluntad política del nivel central, el lento proceso de descentralización y la visión centralista en los niveles centrales, incluyendo la Secretaría de Salud, ha limitado el impacto de los resultados del Programa. Al otro lado, los factores externos y riesgos relacionados con la voluntad de los gobiernos y comunidades locales no han tenido efectos negativos, sino positivos para los resultados y el logro del objetivo del Programa. Además, cabe destacar que un limitante principal para el logro completo del objetivo es el crecimiento económico y desarrollo general del país. La existencia de programas verticales apoyados con fondos externos es también una limitación para la coordinación efectiva e intersectorial en el nivel local.

4.3 Utilización de fondos

En esta sección se presenta información sobre la distribución y utilización de los fondos contribuidos por Asdi al Programa.

Fondos programados y ejecutados 2003–2005 (en miles de USD) incluyendo proyección segundo semestre 2005

	Programado	Ejecución incl proyec 2005	Ejecución % de programado	Distrib. ejec. por resultado
Resultado 1	2 069	1 076	52%	19%
Resultado 2	460	497	108%	9%
Resultado 3	1 980	1 613	81%	29%
Resultado 4	589	941	160%	17%
Resultado 5	700	719	103%	13%
Resultado 6	490	121	25%	2%
Gastos operativos.	712	571	80%	10%
Total	7 000	5 538	79%	100%

Los montos arriba presentados en base de los informes de Acceso son calculados por todo el período en base del tipo de cambio entre coronas suecas y dólares al inicio de la tercera fase. Sin embargo, por las variaciones en este tipo de cambio, el remanente de fondos al fin de 2005 sería probablemente casi el doble de lo arriba indicado (USD 3 millones en lugar de 1,5 millones).

Además, se puede notar que la distribución entre los resultados de los fondos ejecutados tiene un enfoque claro al Resultado 3 (~30%), una baja utilización de Resultado 6 y también de Resultado 1 en relación a lo programado, y una sobre utilización de Resultado 4. Las diferencias entre los Resultados 1 y 4 pueden ser explicadas con la falta de definiciones y delineamientos claras entra las actividades bajo cada resultado. La baja utilización en Resultado 6 se debe también a debilidades en la definición de las actividades, tanto como en los indicadores presentados (véase comentarios arriba).

Fondos ejecutados por año 2003–2005 (en miles de USD) incluyendo proyección segundo semestre 2005

	2003	2004	I/2005	II/2005 proyección	Total
Resultado 1	193	396	207	280	1 076
Resultado 2	107	179	94	117	497
Resultado 3	267	495	358	492	1 613
Resultado 4	105	326	227	283	941
Resultado 5	208	272	122	117	719
Resultado 6	40	30	17	35	121
Gastos operac.	71	247	111	142	571
Total	991	1 945	1 137	1 465	5 538

En los cuadros arriba se puede notar que la utilización de fondos ha sido menos de lo programado. Las razones por esta situación ha sido el remanente de fase 2, que se pudo utilizar en el primer semestre 2003, retrasos en transferencia de fondos por cambio de banco en 2003 y a veces tardía presentación de rendiciones de cuentas de los municipios. En el siguiente cuadro se puede notar el enfoque a niveles locales, especialmente departamentales y de mancomunidades, de la utilización de los fondos.

Distribución de fondos por niveles de implementación 2003–2005

Direcciones departamentales	35%
Mancomunidades	25%
Municipios demostrativos	10%
Agua y saneamiento (UNICEF)	15%
Sub total niveles locales	85%
Nivel central	5%
Gastos operativos	10%
Total	100%

Conclusión

En base de las conclusiones en sección 4.1 y 4.2 arriba se puede concluir que la utilización de menos fondos que lo programado y las variaciones en la distribución por resultado en general no parece haber influenciado los resultados obtenidos y los logros en relación al objetivo del Programa. La distribución de los fondos por niveles de implementación muestra bien el enfoque a niveles locales del Programa.

4.4 Sector de salud, descentralización y transferencia de fondos

Secretaría de Salud

Desde 2005 el presupuesto de la Secretaría de Salud está distribuido por departamentos (antes era por regiones). La distribución está basada en indicadores de población, de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), prevalencia de enfermedades principales, desnutrición y cobertura de servicios. Sin embargo, la parte más grande del presupuesto, los salarios, todavía no están incluidos, pero está planificado incluirla en 2006, cuando se cuente con un inventario de recursos humanos actualizado. Al mismo tiempo se puede notar que este cambio ha generado resistencia en los departamentos favorecidos por el sistema anterior, que son los departamentos más desarrollados y con más población.

Bajo el presupuesto asignado, las direcciones departamentales pueden ejecutar rubros como compras, viáticos y combustible. Sin embargo las compras siguen siendo efectuadas por el nivel central según las solicitudes de la dirección departamental, con la consecuencia de que el proceso se hace muy lento. También las transferencias de fondos para salarios tardan normalmente varios meses. La estructura del presupuesto y el sistema de información todavía no genera información sobre el uso del presupuesto por tipo de actividades (capacitación, promoción, vacunación, etc.), sino solo por rubros (salarios, medicamentos, inversión, etc.).

Con el nuevo Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAFI) se espera tener información sobre la utilización del presupuesto según actividades, de acuerdo a una estructura programática. La introducción gradual de este sistema ya ha permitido la presentación de los fondos externos en el presupuesto del sector salud (por programa/fuente de financiamiento), pero todavía no por departamento o municipio. Esto significa que no es posible verificar el monto total de fondos nacionales y externos que recibe un departamento o municipio.

Hasta ahora, la Secretaría de Salud no tiene mecanismos para transferencias de fondos a los municipios. Son solamente los fondos de la cooperación externa que se transfieren directamente a los munic-

pios y mancomunidades a través de mecanismos específicos de cada programa (Acceso, USAID, BM, BID, FHIS, UNICEF).

Transferencias del presupuesto nacional a los municipios

Los municipios tienen derecho por la Ley de Municipalidades a transferencias generales del 5% de los ingresos tributarios contemplados en el presupuesto nacional, con 40% en partes iguales y 60% según la población. De hecho, no se ha cumplido con este porcentaje, que hasta 2004 ha sido inferior de 2%. En 2005 se espera que los municipios reciban 4,5%. A partir de 2006 se implementará un nuevo mecanismo de distribución, con 50% en partes iguales y 50% según criterios de población, pobreza (NBI) y eficiencia fiscal (incremento en ingresos tributarios).

Con el nuevo mecanismo se pretende también aumentar el porcentaje de la transferencia que se puede utilizar para operaciones y mantenimiento de la infraestructura social (principalmente educación y salud) de 5% a 15% de la transferencia total. Sin embargo, no existen actualmente sistemas de información para monitorear el uso de estos fondos de transferencia para los municipios. Según representantes de los gobiernos locales, se utilizan probablemente porcentajes más altos para actividades sociales. Según los planes para la implementación del nuevo SIAFI, está previsto incorporar a los municipios en 2007. En vista de la complejidad de este proceso, parece ser una visión muy optimista.

Se debe notar que los montos anuales de estas transferencias son muy pequeños para la mayoría de los municipios (USD 100.000–200.000 o también menos). Al mismo tiempo, estos municipios tampoco tienen muchos recursos tributarios propios, por razones de pobreza y número de habitantes. Esta situación limita las posibilidades para una verdadera descentralización de funciones y responsabilidades hacia los municipios.

Utilización de los fondos de Acceso

Los fondos de Acceso pasan formalmente por la Secretaría de Salud (y son presentados como monto global en el presupuesto), pero el uso no es planificado en conjunto con el presupuesto nacional. Esta situación es similar al uso de otros fondos externos que recibe la Secretaría de Salud.

Las transferencias de los fondos de Acceso en base de planes departamentales y municipales (véase 3.3 arriba) implica un manejo desconcentrado de estos fondos para una parte de los gastos en salud, principalmente al nivel municipal. En el caso de las transferencias directas a municipios demostrativos y mancomunidades se está comenzando un proceso de descentralización, en el sentido que son los gobiernos locales y sus habitantes que juegan el rol principal en las decisiones sobre el uso de los fondos.

Desde el punto de vista de transferencias de Acceso en relación al nivel pobreza (NBI) se puede notar que muchas veces hay una correlación entre la transferencia per cápita y el nivel de NBI en los departamentos de Acceso. Al mismo tiempo, cabe destacar lo que es importante de medir no es las transferencias de un tipo de fondos externos solo, sino la suma de transferencias per cápita de fondos, tanto nacionales como externos, a un departamento determinado en relación al nivel de pobreza (véase el comentario arriba sobre el presupuesto en salud).

Además, hay que notar que otros programas con fondos externos también promueven el proceso de descentralización y rol de los municipios. Esto es el caso con los fondos de FHIS para inversiones en infraestructura para la salud, y fondos de UNICEF para salud y educación en municipios seleccionados.

Conclusión

Con relación a alternativas para transferencia de fondos de Asdi (véase segundo objetivo de la evaluación en sección 1. arriba), se puede concluir en base de lo anteriormente presentado, que actualmente no existen mecanismos alternativos viables en los sistemas nacionales para la transferencia de fondos externos hacia los municipios para la entrega de los servicios de salud.

4.5 Otros proveedores de fondos externos

En el Anexo 4 se presenta datos sobre el financiamiento al sector de salud en el año 2005 por fuente de financiamiento. Estos datos significan que un 24% del financiamiento viene de fuentes de créditos y donaciones externos.

USAID

USAID tiene actualmente un apoyo de 7 MUSD/año (más 5 MUSD a VIH/SIDA) dirigido a 6 departamentos (Lempira coincide con Acceso). Incluye apoyo a las funciones rectoras a nivel central y departamental y asistencia técnica a proveedores de servicios públicos y privados (ONGs). USAID colabora muy de cerca con los programas materno-infantil de BM y BID en La Paz, Copan, Intibuca y Lempira.

Según USAID, Acceso es un programa piloto en Honduras con el que se ha colaborado y coordinado bien. En la primera fase de Acceso tenían oficinas juntas en la Secretaría. Se han utilizado los mismos métodos en transferencia de recursos, apoyo a los niveles departamentales y municipales así como impulsando participación comunitaria.

Ejemplo de colaboración actual con Acceso es en la mancomunidad MANCORSARIC en Copan, donde están Acceso, USAID, BM, UNICEF en la misma mesa de cooperantes. La mancomunidad ha sido contratada por la Secretaría como proveedor de servicios de salud en los 4 municipios que forman parte de la misma. Fondos de los diferentes donantes se han juntado para establecer una Clínica Materna.

Banco Mundial

El proyecto financiado por el Banco Mundial (BM) en salud es por el período de 2003–2006 de 32 MUSD (Proyecto de Reforma del Sector Salud, PRSS), con una ejecución hasta ahora del 70%. Está dirigido a la Secretaría de Salud e IHSS. Incluye fortalecimiento de capacidades normativas al nivel central de la Secretaría y desde 2004 apoyo a contratación de servicios de salud a proveedores locales, en respuesta al problema de tener muchas unidades de salud cerradas por falta de recursos humanos y otro.

Se financian 10 contratos con mancomunidades, municipios o ONGs en zonas del Occidente, Mosquitia y el Sur del país cubriendo un total de 120,000 habitantes. Uno de estos contratos es con la mancomunidad de MANCORSARIC (Copan) también apoyado por Acceso. Bajo estos contratos se paga según número de atenciones efectuadas (15 USD/atención). Los fondos son administrados por PNUD, que transfiere los recursos a los proveedores. El monto global de estos contratos es de 5 MUSD. Al inicio BM financia todo el contrato, pero gradualmente se disminuirá este financiamiento y se cambia con fondos nacionales, de la comunidad u otras fuentes.

UNICEF

UNICEF tiene un enfoque para todos sus programas en 25 municipios entre los más postergados en el país. UNICEF transfiere los recursos trimestralmente a las autoridades municipales, que los maneja según planes anuales. En cada municipio hay mesas de cooperantes que se reúnen mensualmente. Muchos de estos encontramos en los departamentos de Acceso. Con respecto al componente de agua y saneamiento (véase 4.1 resultado 5 arriba), hay varios ejemplos de financiamiento complementario, que son financiados tanto por Acceso como por UNICEF destinados a clínicas maternas, vacunaciones y otros (véase MANCORSARIC).

Banco Interamericano de Desarrollo

El proyecto PRIESS/BID tiene dos partes principales: Reorganización Institucional (el rol normativo rector de la Secretaría) y Extensión de los servicios básicos (hospitales y la atención primaria con enfoque materno-infantil).

Para la extensión de la atención primaria se han contratado a 13 ONGs para servicios de equipos itinerantes (5 profesionales) que visitan a comunidades sin servicios de salud una vez por mes. Se cubren 1,000 comunidades (275,000 habitantes) en 14 departamentos. Este mecanismo para extender la cobertura será evaluado en octubre 2005. Entre el área de intervención de este programa hay 45 municipios en 6 de los departamentos de Acceso, aunque durante esta evaluación no se ha mencionado ninguna colaboración con Acceso por parte de PRIESS o por parte de Acceso.

Coordinación de programas con fondos externos

Existe una mesa de coordinación entre la Secretaría de Salud y los donantes en el sector que se reúne regularmente. Este tipo de mesas de coordinación existe también al nivel departamental y en mancomunidades y municipios.

Actualmente, la Secretaría de Salud está en proceso de establecer una Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento (UECF), como parte de una nueva estructura de la Secretaría elaborado principalmente con apoyo del programa PRIESS/BID. Según el decreto gubernamental para su creación, la Unidad tendrá dos roles principales.

- Administrar recursos de cooperación externa en forma armonizada en conformidad de las regulaciones de cada cooperante y de Honduras, con enfoque sectorial de gestión por resultados.
- Implementación de contratos de gestión entre financiador (que puede ser externo) y proveedores (véase programas de BM y BID arriba).

Inicialmente está planificado que la Unidad administrará los próximos programas a ser preparados por BM, BID y USAID en base al próximo Plan Nacional de Salud que se presentará en septiembre 2005. USAID ha contratado a una firma que preparará una propuesta para la organización y los recursos de la Unidad.

Conclusión

Como se puede notar arriba, hay varios ejemplos de coordinación concreta entre los programas financiados con fondos externos. Además, no se ha podido identificar casos de sustitución de fondos nacionales, por la simple razón que estos fondos se utilizan principalmente para salarios y medicamentos. En cambio, la coordinación entre los programas ha tenido como objetivo el de complementar esfuerzos. Al nivel central, tanto como al nivel departamental y también municipal, se coordina e intercambia información en forma de mesas de cooperación, aunque la coordinación en general funciona mejor al nivel local que al nivel central.

Sin embargo, se debe notar que hasta ahora los programas apoyados por BM, BID y USAID igual que Acceso son manejados por unidades especiales de programas y no por la estructura regular de la Secretaría. También, se puede notar que la coordinación hasta ahora ha sido limitada a una distribución de los fondos externos más o menos por niveles y, en el caso de atención primaria, por áreas geográficas. La coordinación todavía no ha incluido una asignación coordinada de fondos hacia el nivel departamental y municipal en base de criterios de pobreza y en base de un acuerdo general entre el gobierno y los cooperantes. Tampoco se ha coordinado y armonizado enfoques y métodos implementados y la utilización de los fondos.

Además, parece que el Programa Acceso y sus experiencias no fueron tomados en cuenta o involucrado en la planificación de la nueva Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento. También parece faltar coordinación entre el programa PRIESS/BID y Acceso en las mismas áreas geográficas, por lo menos no fue mencionada en esta misión de evaluación.

4.6 Perspectivas para un programa sectorial (SWAp)

En los contactos con la Secretaría de Salud y las organizaciones internacionales y nacionales contribuyendo fondos externos se ha averiguado sobre las perspectivas para un programa sectorial general en el sector de salud (SWAp), donde las diferentes contribuciones de los donantes son utilizadas en una forma conjunta para implementar políticas y planes bien definidos y consensuados entre las autoridades y los cooperantes.

Las discusiones sobre un programa sectorial fueron iniciadas en el sector de salud de Honduras hace uno o dos años, con la promoción y participación activa de las representantes de Suecia. Sin embargo, por diferencias opiniones y entendimiento de este tema entre los donantes, y también por el rol relativamente débil de la Secretaría en su liderazgo, el proceso no ha avanzado mucho, aparte de la planificación parcialmente conjunta de los nuevos programas del Banco Mundial, BID y USAID. El establecimiento de la Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento arriba mencionado podría ser un paso en la dirección de un programa sectorial, a lo menos en forma parcial. Pero esto no se puede evaluar hasta que la Unidad haya empezado a funcionar.

De todos modos, se puede prever que el proceso para llegar a un verdadero programa sectorial necesitará algunos años más de discusión y preparación. En este proceso se deben tomar en cuenta las experiencias de procesos similares en el sector de educación en Honduras, tanto como en el sector de salud en Nicaragua.

5. Resumen de Conclusiones

El Programa Acceso ha logrado, desde su inicio en 1995, brindar un apoyo ágil y flexible al manejo de los servicios de salud al nivel departamental y municipal en casi la mitad del país. Las actividades apoyados por el Programa han sido enfocadas en aumentar las capacidades de recursos humanos dentro de los servicios de salud, tanto como en los gobiernos locales y entre los representantes de las comunidades. Otro enfoque ha sido de promover la participación y contribución activa de los gobiernos locales y las comunidades en la planificación y manejo de los servicios y la promoción de salud.

Hay varios indicios de que los resultados del Programa han contribuido a la mejora del acceso a servicios de salud para la población más postergada, y de la reducción en mortalidad y morbilidad en el área del Programa. Además, en varios casos las actividades del programa han contribuido y facilitado otras iniciativas de desarrollo local fuera del sector de salud como tal. Se puede afirmar, en general, que los recursos que se transfirieron a los niveles locales tuvieron una lógica redistributiva, y de fomentar la equidad en el acceso a los servicios de salud por parte de la población de las regiones alcanzadas por Acceso.

Es importante subrayar que los fondos del Programa han sido utilizados para complementar, en una manera flexible y eficiente, recursos nacionales para salud, fondos de los gobiernos locales, tanto como fondos de otros programas y proyectos con financiamiento externo. En la situación económica actual del país, no se pueden ver posibilidades de sustituir el apoyo del Programa con fondos nacionales, por lo menos en el mediano plazo. Además, actualmente no existen mecanismos alternativos viables en los sistemas nacionales para la transferencia de fondos externos hacia los municipios.

Con relación a la coordinación del uso de los fondos externos en el sector de salud se han notado varios ejemplos de coordinación concreta entre los programas. Al nivel central, tanto como al nivel departamental y también municipal, hay mecanismos de coordinación. Sin embargo, la coordinación todavía

no ha incluido asignación de fondos al nivel local según criterios de pobreza o la armonización de enfoques y métodos en la utilización de los fondos, y se nota que la coordinación en general funciona mejor al nivel local que al nivel central. En relación con la coordinación entre fuentes de financiamiento externo, se ha notado que el proceso hacia un programa sectorial único en salud necesitará más tiempo en el futuro.

6. Recomendaciones para el Apoyo Futuro

Corto plazo

En el corto plazo se debe prolongar el presente acuerdo entre Suecia y Honduras para un año más (o tal vez dos años si hay fondos suficientes), utilizando los fondos remanentes que se estima tener al fin de 2005. Por razón del corto plazo de esta prolongación no se debe hacer mayores cambios en la estructura y forma de implementar el Programa.

Sin embargo, el Programa debe tratar de intensificar los contactos e intercambio de experiencias con los otros programas financiados con fondos externos (especialmente los de BID, BM y USAID) con el objetivo de contribuir a la armonización de métodos y la integración de las experiencias exitosas en el sistema de planificación e implementación regular de la Secretaría. Estos contactos debería ser el enfoque principal en el Resultado 6 del Programa para 2006. Los logros de colaboración y comunicación de experiencias de UNICEF en el componente de agua y saneamiento podrían servir como ejemplo para una estrategia de comunicación y promoción de experiencias del Programa Acceso en general.

Otra actividad principal durante 2006 debería ser la presentación agregada de indicadores de acceso de los departamentos y municipios apoyados por el Programa en base de la medición planificada para la segunda parte de 2005. Esta presentación debe incluir una comparación con los mismo indicadores medidos al inicio de la tercera fase del Programa (2002–2003).

Mediano plazo

En el mediano plazo se puede considerar diferentes formas para el apoyo sueco, pero es importante asegurar la continuación y consolidación de actividades y procesos establecidos al nivel local en el área cubierto por Acceso. Como se notó arriba, no se prevé que los fondos nacionales puedan sustituir sustancialmente a mediano plazo fondos externos para actividades de capacitación y extensión de servicios. Al mismo tiempo es importante utilizar el apoyo para avanzar el proceso de descentralización para los servicios de salud, incluyendo la colaboración de los gobiernos locales y otros actores locales.

Es también importante promover la armonización en la planificación y uso de los fondos para salud, tanto los nacionales como los externos. Esto significa continuar e intensificar aun más los contactos entre Acceso y otros programas financiados con fondos externos, tanto como con actividades de las unidades de la Secretaría responsables para la planificación y coordinación en el sector.

Una alternativa para el apoyo en mediano plazo es una última fase de Acceso (2007–). Esta alternativa debe incluir una estrategia clara para el proceso de la integración de las actividades y recursos del Programa en el sistema regular de la Secretaría al fin del período de esta fase. Además debe tener una estructura del Programa sustancialmente simplificada con un Marco Lógico de menos resultados y solamente actividades principales, en lugar de estratégicas y actividades detalladas. Se debe también identificar un número limitado de indicadores solamente al nivel de resultados y objetivo del programa, para facilitar y asegurar un seguimiento y evaluación concreta y eficiente de los logros del Programa.

Otra alternativa, y un posible paso intermedio entre la presente forma de apoyo a través de un Programa separado y un programa sectorial general, podría ser que los recursos (fondos y personal) y las actividades del Programa estén integrados en la Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento, naturalmente bajo las condiciones que se consideren que esta Unidad funcione bien y juegue un rol protagonista en los procesos de descentralización y armonización en el sector.

Largo plazo

La visión de largo plazo para el apoyo de Suecia debe ser un programa sectorial único al que se pueda contribuir con fondos de los donantes en una forma general sin destino determinado para el uso de los fondos. Los esfuerzos del Programa Acceso arriba mencionados pueden contribuir al proceso para un programa sectorial. Pero más importante para este proceso será el diálogo de Asdi con otros donantes y con los niveles altos del gobierno y la Secretaría de Salud. Este diálogo debe tomar en cuenta los diálogos y procesos similares entre Suecia y Honduras para un apoyo presupuestario general, tanto como para otros apoyos sectoriales.

7. Lecciones Aprendidas

Una lección aprendida de la implementación de este Programa es que una estructura demasiado compleja de Marco Lógico limita las posibilidades de presentar planes e informes claros sobre las actividades y resultados del Programa. Los informes basados en este tipo de Marco Lógico también pueden esconder los verdaderos resultados de un Programa flexible con un enfoque de apoyar servicios integrales. También es importante para poder dar seguimiento y evaluar el Programa que los indicadores son pocos, bien seleccionados y claramente definidos, incluyendo sus valores iniciales y finales para el período del Programa.

En relación a la flexibilidad del Programa, se puede aprender que esto promueve resultados adicionales no esperados. Ejemplos de este tipo de resultados no esperados son el establecimiento de Unidades Comunitarias de Salud con voluntarios de la comunidad, y la identificación de diferentes proyectos de desarrollo local como consecuencia de capacitación en planificación de proyectos al nivel municipal.

Otra lección aprendida es que la integración en el sistema nacional de experiencias exitosas al nivel local es difícil cuando el nivel central todavía actúa bajo una cultura centralista. Para promover la integración es necesario tener una estrategia clara y bien definida para la promoción de las experiencias, incluyendo alianzas con otros programas de financiamiento externo para poder influenciar el nivel central.

Anexo 1 Terms of Reference

Terms of reference for an evaluation of the programme “acceso a servicios de salud con equidad y administracion descentralizada” 2003–2005

1 Background

Sweden has supported the programme “Access to health services” since 1995. The two initial phases were administered and channelled through PAHO. In 2003, a third phase of the programme was initiated through a bilateral agreement signed by the Government of Sweden and the Government of Honduras. The agreement covers the period 2003–2005 and amounts to SEK 67 million. The programme’s third phase is administered by the Ministry of Health in Honduras, with an executing unit called Grupo de Apoyo Técnico (GAT).

The main objective of the programme is to involve the population in the areas of intervention, in an integrated local development process and to give the same population access to health services. This should be done using a human rights perspective including equity, quality and social participation.

The expected results are:

1. Eight selected regions (Departamentos) should be organised to lead and manage their health services in a decentralised way by the year 2005.
2. The Function of Evaluation and Promotion of Equitable Access to necessary health services (FESP)¹ should be implemented.
3. A health model based on health promotion, primary health care and social participation in selected demonstration municipalities and associations of municipalities (Mancomunidades) should be implemented.
4. Specific population groups (ethnic groups, elderly people, persons with disabilities, young people, pregnant women, children and victims of gender-based violence) shall receive equitable primary health services, taking into account aspects of gender, inter-cultural aspects, solidarity, human dignity and social inclusion.
5. Integrated strategies of adequate community management of water and sanitation problems should be in place.²
6. In 2005, the results of the programme should be incorporated into the official health system as an integral part of the normal procedures of the Ministry.

In 2004, the Government of Honduras appointed the health sector as a priority sector for the implementation of a Sector Wide Approach (SWAp). The Government has also launched two sub-sector programmes, Maternal and Child Health, and Nutrition and Social Protection. These sub-sector programmes should later merge into a whole sector programme. A SWAp initiative has also been mentioned within the water sector, relevant to the integration of the water and sanitation component of the Acceso programme. The plans for moving ahead with the whole sector SWAp’s have however slowed down recently.

Besides Sida, the following donors are active in the Honduras health sector: Canadian CIDA, IDB, Japan, PAHO, UNDP, UNFPA, UNICEF, USAID, and the WB.

¹ FESP: Función Escencial de la Salud. Eleven global indicators on health, developed by PAHO.

² UNICEF implements this result in accordance with an agreement between the Ministry of Health and UNICEF.

In relation to plans for integrating the Acceso-project into the Ministry of Health's normal procedures some steps have been taken:

- As of 2005, the Acceso funds are included in the national budget, shown as resources available from co-operation in accordance with the Budget-Law from 2004. Earlier, the funds were only shown in the bilateral agreement and in the statistics of Ministry for International Development Co-operation in Honduras (SETCO).
- However, the programme's operational planning is made separately from the Ministry of Health's overall planning procedures. At municipal level the procedures are somewhat integrated. Decisions on how to use the projects funds are mainly done by the GAT in consultation with political levels at the Ministry of Health.
- Discussions have been held regarding finding an accounting system for the project. In this regard, discussions started with the Ministry of Finance on the possibility to use the Integrated Financial Management System of the country (in Honduras called SIAFI) for the purposes of decentralising the accounting. However, after a preliminary feasibility assessment of the proposal Sida has decided not to go forward with this proposal. This implies that there are some options on how to continue with health support to Honduras in 2006 to choose between, all of which require further assessment. The options can be shown in the following table:

Option for Swedish support 2006 and forward...	Task for the evaluation to analyse if this option is chosen:	Possible benefits with this option/ Comments on the current situation:
1. Continue with the project as present, prolong existing agreement with existing funds to 2006	As earlier said in the ToRs and... 1. How can planning be coherent with the POAs and the normal planning procedures of the MiHealth? 2. How can the indicators/results of the project be better incorporated with the general indicator framework for the health sector (currently being developed by MoS and UNAT)? 3. Are there any changes (in staff composition, project set-up) that would be advisable to do to better achieve results and integration?	Since 2005 is an election year it could be "easier" to just prolong the agreement and take the first year of the new government (2006) to discuss and make sure that key issues (decentralisation, local participation) are taken into account in health sector development and use the existing project modality for that dialogue.
2. Project continues only with capacity building activities. Financial resources are transferred to municipalities through already existing disbursement function to health municipalities from MiHealth. Need to change the financial transfer set-up in agreement.	1. Analyse the existing cash transfer mechanism at the MiHealth to the municipalities. Analyse the a) plans of the government to extend this mechanism to further municipalities b) the technical aspects that it would require to make money transfers through this mechanism with external funds c) the necessary changes in planning and budgeting that are necessary if this mechanism should be chosen for transfer of Sida-funds in 2006 and d) the capacity building needs, both of GAT and what other support would be necessary 2. Analyse if this cash transfer mechanism would function for a regular, larger cash transfers? If not, what would be necessary to develop?	Use the capacity and knowledge developed over years within the project. The benefit with changing the cash transfer into existing structure would be that decision-making, planning and money control would be more integrated within Ministry structures. This way also the capacity and the systems for cash transfers would improve.

Option for Swedish support 2006 and forward...	Task for the evaluation to analyse if this option is chosen:	Possible benefits with this option/ Comments on the current situation:
3. Project terminated. Financial resources transferred to health municipalities through a (new) general and poverty oriented formula	1. Analyse the current situation in regard to correlation between PRS and money flows. 2. Provide input in regard of steps that would need to be taken if a new poverty oriented formula would be developed for money flows.	Currently there is not a mechanism that regulates money flows in comparison to (poverty) needs. Through Acceso some municipalities receive larger amounts of money in a parallel system. A formula for this purpose would be necessary to develop in a long run for poverty reduction purposes.
4. Project terminated. New agreement to support SWAP-initiatives, and provide sector- budget support or budget support where we follow-up some joint health indicators, possibly at municipal/decentralised level.	Broader long-term option for Swedish support. Sweden could choose only to support some key, strategic processes to improve the SWAP/ budget support climate. 1. Provide some general recommendations on key strategic areas to enhance the SWAP/budgetsupport.	A health sector vision plan for 2021 has recently been developed. There has been plans to develop a SWAP, however, this process has slowed down recently. There is not a real operational strategic plan for health and different messages exist on whether this is being developed.

2. Purpose and Scope of the Evaluation

The main objective of the evaluation is to evaluate the third phase of the Programme, i.e. results achieved during 2003–2005. However, in order to put the third phase into a broader context a look back on the previous phases will also be necessary.

The evaluation has two main purposes:

1. To evaluate whether objectives and expected results of the third phase of the Acceso Programme have been achieved.
2. To assess and provide recommendations regarding a possible prolongation or whether to terminate the project and choose another modality for supporting the health sector. To answer the questions in the matrix above on possible support modalities /how to integrate the support to a major extent into ordinary modalities of the government.

3. The Assignment (issues to be covered in the evaluation)

3.1 Questions to be analysed:

a) Objectives and expected results according to indicators and strategies described in the Programme Document “Programa: “Acceso a Servicios de Salud con Equidad y Administracion Descentralizada” (further on called the Programme Document):

- Has the Programme contributed to the overall objective (Objetivo de Desarrollo)?
- Have the Programme objectives (Objetivo del Programa) and the expected results (Resultados Esperados) been achieved?

b) Has the Programme contributed to the development and strengthening of the local health systems? Has the Programme supported a participatory planning, based on local needs?

c) How has the Programme covered the needs of the different population groups specified in result area four?

d) Have any of the external factors and risks mentioned in the Programme Document become serious problems and if so, how have the Programme worked to counteract these problems?

- e) Are the FESP-data used for planning and budget allocation? What are the recommendations in relation to the use of the FESP-data as a planning instrument?
- f) What are the lessons learned from the Programme? Are there any suggestions as to what would be valuable to keep in mind when preparing a new agreement on Swedish support to the health sector in Honduras.
- g) In the regions where different donors are active, using different methods etc: What are the effects with regard to the six expected results and the aid effectiveness? What recommendations can be made?

3.2 Sources of information:

- Project documents
- Workplans
- Annual reports
- Monitoring reports
- Other reports and studies
- The results from the FESP-indicators

4 Methodology, Evaluation Team and Time Schedule

4.1 Methodology

After the initial preparation and collection of relevant documents and background material from Sida, the main part of the evaluation will take place in Honduras. This includes interviews with Honduran actors in the Programme, both at central and decentralised levels, political and technical people at the Ministry of Health, Ministry of Finance and UNAT as well as other donors providing support to the health sector or who are providing budget support to the municipalities. The list of persons to interview as well as relevant field visits shall be discussed with the local partners and with Sida.

The evaluation should be in line with Sida's Evaluation Manual, available as PDF-file at Sida's website: http://www.sida.se/content/1/c6/02/56/24/SIDA3753en_mini.pdf

The tender shall include a description of the methodology the team intend to use.

4.2 Evaluation Team

The consultancy team shall have training in and experiences from the fields of public health, health systems and services, results-based management and communication. The assignment requires fluency in Spanish. One specialist in financial management /cash transfer systems and decentralisation should participate in the team. The evaluation team is encouraged to include a junior consultant in the evaluation team. At least one of the members in the team should be a local consultant.

The team should accept that a Sida representative and a GAT member participate as facilitators in the evaluation team. However, the consultants are responsible for the recommendations and for the writing of the report. The evaluation team should work closely with the all GAT members and with the regional authorities in a participatory manner.

4.3 Time schedule

The evaluation should be done in August–September 2005.

The total number of consultancy weeks for the assignment is expected to be 4: initial preparation and collection of relevant documents and background material from Sida (1 week), fieldwork (2 weeks), and report writing (1 week).

The tender shall include a proposal on the number of weeks in Sweden or respective home country and in Honduras.

The evaluation team shall present preliminary findings for comments and discussions in a seminar with Honduran actors within the Health sector; other donors and Sida representatives in Honduras.

5 Reporting

The evaluation report shall be written in Spanish and should not exceed 30 pages, excluding annexes. The draft report shall be submitted to Sida electronically and in 3 hardcopies (air-/surface mailed or delivered) no later than September 30, 2005. Within 2 weeks after receiving comments on the draft report, a final version shall be submitted to Sida, again electronically and in 3 hardcopies. The evaluation report must be presented in a way that enables publication without further editing. Subject to decision by Sida, the report can be published in the series Sida Evaluations.

Annexes

Annex 1: The Programme Document “Programa: “Acceso a Servicios de Salud con Equidad y Administracion Descentralizada”

Annex 2: Signed agreements

Annex 3: Annual progress report 2004

Anexo 2 Lista de documentos

- Documento de Programa Acceso 2003–2005, Secretaría de Salud/Acceso, 2002
- Informe de Progreso del Programa Acceso 2003, Secretaría de Salud/Acceso, 2003/2004
- Reporte Anual del Programa Acceso 2004, Secretaría de Salud/Acceso, 2005
- Informe de Avance, Resultado V del Programa Acceso 2004, UNICEF, 2004
- Informe de Revisión Semianual del Programa Acceso enero–julio 2005, Secretaría de Salud/Acceso, agosto 2005
- Documento de Información para la Comisión Evaluadora del Programa Acceso, Secretaría de Salud/Acceso agosto 2005
- Manual de Regulación Administrativa. Programa: “Acceso a Servicios de Salud con Equidad y Administración Descentralizada”, Fondos Asdi 2003–2005.
- Ley de Municipalidades y su Reglamento (Decreto N° 134-90)
- Plan Estratégico del Sector Salud a 2021, Secretaría de Salud, 2005
- Plan Estratégico de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión, UPEG, Secretaría de Salud, 2005
- Indicadores para el Análisis de la Accesibilidad a servicios de salud, Secretaría de Salud/Acceso, 2003
- Las Mancomunidades en Honduras y su Impacto en el sector de salud, Secretaría de Salud/Acceso, 2004
- Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública, Departamento de Colon, Secretaría de Salud/Acceso, 2003
- Análisis de Situación de Salud según Condiciones de Vida (ASIS/CV) en Municipio de Salamá, Olancho, Secretaría de Salud, 2003
- Exclusión Social en Salud, Mancomunidad de Municipios del Norte de Choluteca, Secretaría de Salud/Acceso/OPS (2005)
- Health Sector Review Honduras, Nils Öström/Leticia Velásquez, 2002
- Evaluación de Programas de Agua y Saneamiento de UNICEF en Honduras, Nils Öström/Leticia Velásquez/Julio Orías, 2002
- Public Finance Management Systems, Sector Wide Approaches and Budget Support in four countries in Latin America, (with special paper on health and education sectors in Honduras), Stefan Sjölander/Camilla Salomonsson, August 2005

Anexo 3 Entrevistas

Göran Paulsson	Embajada de Suecia
Orlando Valladares	Sección para la Cooperación con Honduras
Ramón Pereira	Coordinador
Equipo GAT	Grupo Apoyo Técnico (GAT), Programa Acceso
Rosario Cabañas	Unidad de Garantía y Calidad, Secretaría de Salud
Ramón Bertteti	Gerente Administrativo, Secretaría de Salud
Franklin Cerrato	Dirección de Regulación, Secretaría de Salud
Ana Lucila Estrada	Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión, Secretaría de Salud
Amable Hernández	Vice Presidente de AMHON
Roberto Martínez	SIAFI, Secretaría de Finanzas
Mirian Zepeda	Unidad de Descentralización, Secretaría de Gobernación
Renato Chavarria	UNICEF
Rebeca Santos	Salud y Educación, Banco Mundial
José Fiusa Lima	Representante OPS
Maritza Elvir	Representante Auxiliar, UNFPA
Jay Andersson	USAID
Emma Iriarte	
Camille Pomerleau	ACDI
Etna Avila	Coordinadora General PRIESS, BID

Departamento de Santa Barbara

Region departamental de Salud	Directora Departamental y su equipo, representantes de autoridades municipales, líderes comunitarios, asociación de discapacitados, jóvenes, etc.
Municipio demostrativo Concepción Sur	Vice alcalde, personal del Centro de Salud, voluntarios de salud de diferentes comunidades.
Mancomunidad CODEMUSSBA	Alcaldes, candidatos para alcaldes, personal de salud (equipo intermunicipal), líderes comunitarios, jóvenes, etc
Municipio Colinas y	Voluntarios de la Unidad Comunitaria
Unidad Comunitaria de Salud	Alcalde, grupos de jóvenes con danzas y marimba, salón de cultura para jóvenes en construcción, biblioteca municipal.
Mancomunidad MAVAQUI	Alcaldes, personal del “area” y centro de salud, voluntarios de salud de diferentes comunidades.

Departamento de Yoro

Región departamental de salud de Yoro	Directora Departamental y su equipo, representantes de autoridades municipales, alcaldes municipales, representantes de pueblo indígena Xicaque.
Mancomunidad MAMUCRAC	Alcaldes, representantes de ONG, personal de salud.
Municipio Demostrativo de Yorito	Alcalde Municipal, Jefe Municipal de Salud, equipo de salud
Municipio demostrativo de Victoria	Alcalde, equipo de salud, representantes de las comunidades, candidatos a Alcaldes. (Unidades Comunitarias de Salud de Combas y Valle de Oloman)
Municipio Demostrativo de Morazan	Alcalde, equipo de salud, candidato a Alcalde, representantes de ONG's, equipo de clínica Materno Infantil.
Municipio Demostrativo el Negrito, Tribu el Pate	Alcalde, equipo de salud, representantes de la comunidad. (Microproyectos de Hornillas Lorena)

Departamento El Paraíso

Region departamental de Salud	Director Departamental y su equipo, representantes de la comunidad.
Municipio demostrativo Teupasenti	Alcalde, personal de salud, voluntarios de salud y representantes de la comunidad.
Municipio de Trojes	Médico, enfermeras y otro personal del Centro de Rehabilitación, representantes de la comunidad.

Departamento de Choluteca

Mancomunidad del Norte de Choluteca	Presidente de la Mancomunidad, coordinador de la Unidad Técnica, equipo de salud y representantes de la comunidad.
Aldea Las Cañas, Municipio de San Antonio de Flores	Alcalde, personal de salud, voluntarios de la Unidad Comunitaria de Salud.

Departamento de Intibúca

Region departamental de Salud	Director Departamental y su equipo, presidente de AMFI
Curso de enfermeras auxiliares indigenas	30 participantes del grupo étnico Lencas

Anexo 4 Financiamiento del Sector Salud

Financiamiento del sector de salud en 2005

	MUSD	%
Fondos nacionales	206,8	76%
Créditos	29,7	11%
Donaciones	24,6	9%
HIPC	10,2	4%
Total	271,2	100%
Créditos		
España	11,1	37%
BID	7,8	26%
BM	1,6	5%
BCIE	2,9	10%
OPEC	2,4	8%
Otros	3,9	13%
Total	29,7	100%
Donaciones		
Comunidad Europea	9,7	40%
USAID	6,1	25%
Suecia	2,4	10%
Otros	6,4	26%
Total	24,6	100%

Recent Sida Evaluations

- 05/15 Swedish EPA's Cooperation with Environmental Authorities in North West Russia and Transboundary Water Issues, 1999–2004**
Lars Rylander, Johan Willert
Department for Infrastructure and Economic Cooperation
- 05/16 Partnership Evaluation of Forum Syd 2001–2003**
Åsa Köningson, Lennart Köningson, Bo Andreasson, Jens Larsen, Charlotte Mathiassen, Eva Sennemark, Gertrude Hermansen
Department for Co-operation with Non-Governmental Organisations, Humanitarian Assistance and Conflict Management
- 05/17 Sida Supported ICT Project at Makerere University in Uganda**
Alan Greenberg, Gerrit Versluis
Department for Research Co-operation
- 05/18 Returning Home
An Evaluation of Sida's Integrated Area Programmes in Bosnia and Herzegovina**
Melita Čukur, Kjell Magnusson, Joakim Molander, Hans Skotte
Department for Evaluation and Internal Audit
- 05/19 Povratak kući: Procjena Sidinih programa integralnog pristupa regiji u Bosni i Hercegovini**
Melita Čukur, Kjell Magnusson, Joakim Molander, Hans Skotte
Department for Evaluation and Internal Audit
- 05/20 Programa de Capacitación en Economía para Funcionarios de la República de Cuba**
Guillermo García Huidobro, Stefan de Vylder
Department for Latin America
- 05/21 Turning Policy into Practice
Sida's implementation of the Swedish HIV/AIDS strategy**
Ulrich Vogel, Anne Skjelmerud, Pol Jansegers, Kim Forss
Department for Evaluation and Internal Audit
- 05/22 General or Selective Intervention? An Evaluation of Sida's Partnership Programmes in Chile and South Africa**
Börje Svensson
Department for Infrastructure and Economic Co-operation
- 05/23 Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) An Evaluation**
Rodrigo Arocena, Eric Hershberg, Rosemary Thorp
Department for Research Co-operation
- 05/24 Fortalecimiento de iniciativas populares de la sociedad civil por la paz en Colombia, 2002–2005. Apoyo de Asdi al programa de Consejería de Proyectos (PCS)**
Nils Boesen, Bente Østergaard Madsen
Department for Latin America
- 05/25 Desmovilización y Reintegración de Niños Soldados, en Colombia. Apoyo de Asdi a UNICEF, 2003–2004**
Jaime Jesús
Department for Latin America, Department for Co-operation with Non-Governmental Organisations and Humanitarian Assistance and Conflict Management

Sida Evaluations may be ordered from:

Infocenter, Sida
SE-105 25 Stockholm
Phone: +46 (0)8 779 96 50
Fax: +46 (0)8 779 96 10
sida@sida.se

A complete backlist of earlier evaluation reports may be ordered from:

Sida, UTV, SE-105 25 Stockholm
Phone: +46 (0) 8 698 51 63
Fax: +46 (0) 8 698 56 10
Homepage: <http://www.sida.se>



SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY
SE-105 25 Stockholm, Sweden
Tel: +46 (0)8-698 50 00. Fax: +46 (0)8-20 88 64
E-mail: sida@sida.se. Homepage: <http://www.sida.se>