

PROYECTO NUTRICION Y PROTECCION SOCIAL EVALUACION SOCIAL

El Gobierno de Honduras, por medio de la Secretaría del Despacho Presidencial, está gestionando ante la Asociación Internacional de Desarrollo (Banco Mundial) recursos financieros para el Proyecto Nutrición y Protección Social. Este Proyecto será ejecutado por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, en el marco de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP)

Como parte del diseño del Proyecto, y para visualizar sus lineamientos de sostenibilidad, se realizó durante el mes de marzo de 2005, la Evaluación Social del Proyecto, cuyos resultados y recomendaciones se adjuntan, a fin de que sean ampliamente conocidos y diseminados

RESULTADOS EVALUACION SOCIAL Honduras: Proyecto de Nutrición y Protección Social

1. Impacto Ambiental

El Proyecto ha sido clasificado bajo la Categoría C en vista que no presentar ningún impacto ambiental.

2. Evaluación Social y Plan de Desarrollo Indígena (IPDP)

El proyecto se concentra en dos grupos altamente vulnerables de la población hondureña identificados en la ERP: (a) niños de 0-5 años de edad con los niveles más altos de desnutrición y con algunos de los indicadores más bajos de atención médica primaria, en cuatro departamentos (Copan, Intibucá, La Paz y Lempira); y (b) los jóvenes en riesgo (de 15-19 años de edad) que enfrentan acceso limitado a educación y empleo, y los riesgos y desafíos de la vida urbana en Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba.

Las consultas participativas se realizaron en marzo de 2005 con los objetivos de: (a) recoger la percepción de los usuarios con respecto a prácticas actuales del programa AIN-C; (b) consultar a los potenciales beneficiarios directos de ambos componentes sobre la relevancia, la eficiencia de los procesos, la eficacia de programas existentes, las percepciones de como estos pueden ser mejorados y las expectativas de los beneficiarios de ambos componentes. La evaluación se realizó en dos etapas: (a) una revisión de la bibliografía para conocer la composición demográfica de la población focalizada y las estructuras institucionales y legales del proyecto propuesto; y (b) una Evaluación Rural Participativa Rápida (RPRA) para el componente AIN-C, y una Evaluación Urbana Participativa Rápida (RPUA) para el componente Mi Primer Empleo. Las evaluaciones fueron realizadas por dos equipos de consultores locales acompañados de los equipos

técnicos del proyecto de ambos Ministerios (Salud y Trabajo), apoyada por la asistencia técnica del Banco y de común acuerdo con las federaciones étnicas. Las metas de la evaluación fueron: (a) explorar los mecanismos/estrategias para mejorar la entrega de servicios propuestos a los grupos más vulnerables; (b) Acordar un Plan de Desarrollo Indígena que asegure la inclusión de grupos vulnerables Indígenas y Afro-descendientes en el diseño, implementación y monitoreo del proyecto; y (c) incluir recomendaciones para mejorar el diseño de proyecto.

Estructura legal

La Constitución Hondureña y El Código de la Niñez y Adolescencia (Decreto No. 73-9) garantizan el derecho del niño a la salud y establecen especificaciones sobre la edad laboral de los jóvenes. Por ejemplo, establece que: (a.) Art. No. 1, “para propósitos legales, se entiende por niña o niño a toda persona menor de 18 años”; (b) Art. 120 dice “la edad mínima para trabajar es de 14 años”, y “bajo ninguna circunstancia un niño menor de 14 años podrá trabajar”. Esto se ratifica también en el Acuerdo 138 de la OIT. A pesar de lo anterior, el Censo registra como económicamente activos a todos los niños de 10 y más años de edad que trabajan; (c) En la Sección No. 3, Contrato de Aprendizaje, Art 129 ofrece opciones de empleo a jóvenes focalizados por el proyecto. A este respecto especifica que “Por medio del Contrato de Aprendizaje, un niño se obliga a trabajar para un patrono por un salario determinado a cambio de que el segundo le provea la formación técnico-profesional que requiera para aprender un oficio, arte o industria.”

El Convenio 169 de la OIT sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (ratificado por Honduras en 1994) reconoce los derechos de niños y jóvenes indígenas a la salud, la educación y la protección social. Además, la Directriz Operativa 4.20 del Banco Mundial establece la necesidad de ejecutar consultas informadas con los beneficiarios indígenas que habitan el área del proyecto. Un producto de las consultas es un Plan de Desarrollo Indígena (IPDP) acordado con beneficiarios y actores clave, que asegure que los servicios se brinden en una manera culturalmente aceptable.

Las siguientes organizaciones Indígenas y Afro-Descendiente están legalmente constituidas para representar las nueve etnias de Honduras: El Consejo Consultivo Lenca (CCL) que incluye cuatro federaciones ONILH, el MIL, CGL y FONDIL; COPINH (Lenca); CONIMCCH (Chortí); FITH (Tawakha); FETRIPH (Pech); FETRIXY (Tolupán); MASTA (Miskito); NABIPLA (Negros de habla Inglesa); y OFRANEH (Garífuna).

El compromiso del Gobierno para la lucha contra la pobreza de los pueblos indígenas y afro-descendientes

Las comunidades étnicas se encuentran entre las más pobres del país, con las tasas más altas de desnutrición, analfabetismo y de necesidades básicas insatisfechas. Debido al aislamiento geográfico y cultural, la participación de estos grupos en programas de

Gobierno es limitada. Una participación más activa en programas de salud y nutrición por un lado, y de juventud en riesgo por el otro, es clave para la reducción de la pobreza y del riesgo social entre los niños y jóvenes étnicos de Honduras.

En el año 2001, el Gobierno de Honduras (GdH) presentó su Estrategia para la Reducción de la Pobreza (PRSP) que pretende reducir la pobreza en un 24% entre los años 2001-2005 a través de un conjunto de medidas o pilares, que incluyen: (1) un acelerado crecimiento económico equitativo y sostenible; (2) reducción de la pobreza en áreas rurales; (3) reducción de la pobreza urbana; (4) inversión en capital humano; (5) fortalecimiento a la protección social de grupos específicos; y (6) garantía de la sostenibilidad de la Estrategia.

El objetivo de “la Protección Social para Grupos Específicos” (pilar 5) tiende a mejorar las condiciones de vida de personas en pobreza extrema, especialmente los niños, los adolescentes, los jubilados, las mujeres, las personas con incapacidades y las etnias, para permitir su integración y el desarrollo social a través del acceso equitativo a oportunidades. La ERP también incluye en los programas y proyectos (a) el desarrollo socioeconómico de comunidades étnicas, y (b) turismo étnico y ecológico.

Pobreza Indígena

Honduras es uno de los países más pobres en Latinoamérica y se caracteriza por un alto grado de desigualdad en los ingresos. Con un GNI per capita de US \$920 durante el año 2002, el país es el tercero más pobre en Latinoamérica. Dada su alta desigualdad en ingresos (el coeficiente nacional Gini es 0,6), la pobreza es generalizada. Casi dos tercios de la población son pobres y casi la mitad es extremadamente pobre¹ Estos grupos vulnerables, especialmente los que viven en regiones aisladas, están en los dos quintiles más pobres de la población. Más del 50% de hogares rurales son considerados crónicamente pobres en Honduras.

Los indicadores de Desarrollo Humano de las etnias, tales como la desnutrición, el analfabetismo y las necesidades básicas insatisfechas son más altos para indígenas que para no-indígenas. El poco o inadecuado acceso a los servicios básicos es común. El déficit educativo en áreas rurales está por encima del 40% para comunidades étnicas, y el analfabetismo es igualmente alto (el 46% para Tolupán y Miskito) debido, en parte, a su aislamiento geográfico. La escasez de agua potable y electricidad entre grupos étnicos son dignas de mención. Sobre el 70% de hogares indígenas en áreas rurales utilizan candiles para alumbrarse y el 40% dependen de los ríos para abastecerse de agua para beber y el aseo. El déficit en servicios de salud y saneamiento es igualmente sustantivo. Sobre el 50% de la población étnica carece de saneamiento básico incluyendo letrinas. El

¹ La “Pobreza Extrema” son los que viven por debajo de la línea de la pobreza, que significa el costo de la canasta básica para satisfacer las necesidades básicas nutricionales. De acuerdo con el CAS de Honduras (pag.4) “los pobres” en el 2002 representaban el 63.3% de los hogares de Honduras, y los extremadamente pobres representaban el 45.2% de los hogares.

VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas son amenazas significantes en el área de salud en las 54 comunidades de Garifunas de la Costa Atlántica.

Focalización del Proyecto

La focalización del proyecto en el componente AIN-C responde a las necesidades establecidas en la ERP, para mejorar indicadores primarios de salud en los cuatro departamentos del occidente del País: Copán, Intibuca, Lempira y La Paz, especialmente en el área neonatal y de asistencia médica a niños de 0-5 años de edad. Este componente se concentrará en 1.000 nuevas aldeas rurales de los municipios escogidos en los cuatro departamentos.

El componente de Mi Primer Empleo se concentrará en las dos áreas metropolitanas más grandes: Tegucigalpa y San Pedro Sula; y el centro urbano costero de La Ceiba.

Análisis de los Factores Demográficos y Socioeconómicos relacionados con las Intervenciones de AIN-C y Mi Primer Empleo

Datos Demográficos

Según el Censo 2001, 440.323 personas fueron identificadas como indígena o afro-descendiente (el 7,2 % de población hondureña), aunque, según las Federaciones Indígenas la población étnica es aproximadamente de 900.000 habitantes o el 14% de la población. De éstos, el grupo más grande es el Lenca que representa el 62%, seguido por el Miskito 11%, el Garifuna 10%, el Chortí 8%, Negros de Habla Inglesa² 3%, el Tolupan 2%, el Pech 1% y el Tawahka menos del 1%. Los Nahoas no se han reconocido oficialmente como una federación, pero representan el 3%. Los indígenas pertenecen a siete etnias de diversos orígenes. Los Lencas y Chortí son de descendencia Mesoamericana; los Tolupanes o Xicaques, Pech, Tawahkas y Miskitos se cree son de descendencia Chibcha; los Garifunas y Negros de Habla Inglesa de descendencia africana

Tabla 1: Distribución Demográfica Urbana/Rural en los 4 Departamentos Focalizados por el Componente AIN-C

Depart.	Población Total	Total Urbano	Total rural	% R	Total IP y Afro	IP/Afro Urbano	IP/Afro Rural	% IP Rural
Copán	276,083	72,168	203,915	74	15,738	322	15,416	98
Intibuca	175,107	23,400	151,707	87	73,609	8,266	66,037	89
La Paz	147,787	29,746	118,041	80	40,987	1,921	39,066	95
Lempira	243,971	12,425	231,546	95	107,000	5,490	101,510	95
	842,948	137,739	705,209	84	237,334	15,999	222,029	94

Fuente: Basado en censo 2001.

Como se muestra arriba, una tercera parte de la población en los 4 departamentos focalizados por el AIN-C es autóctona. Más específicamente, en el Departamento de

² Este grupo insiste en ser llamado “Negros de habla Inglesa” en lugar de criollos.

Copán, 6% de la población es autóctona, (mayormente Chortis) y 98% de ellos viven en áreas rurales. En los otros 3 departamentos de Intibuca, La Paz y Lempira, casi el 40% de la población es autóctona (mayormente Lenca) y 93.2% de ellos viven en áreas rurales. Consecuentemente, con el AIN-C se beneficiará directa y potencialmente a grupos autóctonos.

De acuerdo con el Censo 2001, la población urbana pobre es de 61.3% a nivel nacional.

Tabla 2: Población Indígena y Afro-Descendiente de 15-19 años en Honduras

	Total Poblac.	Mestizo	Garif	Negra	Tolup	Pech	Misk	Lenca	Tawah	Chort	Total IP
Total	706,845	656,771	5,526	1,470	1,021	438	5,759	31,624	256	3,980	50,074
Urbano	338,995	329,509	3,219	956	72	85	1,231	3,547	76	300	9,486
Hombr.	157,660	153,274	1,545	452	35	38	577	1,568	31	140	5,100
Muje.	181,335	176,235	1,674	504	37	47	654	1,979	45	160	4,386
Rural	367,850	327,262	2,307	514	949	353	4,528	28,077	180	3,680	40,588
Hombr	194,753	173,716	1,117	267	525	156	2,178	14,749	91	1,954	21,037
Muj.	173,097	153,546	1,190	247	424	197	2,350	13,328	89	1,726	19,551

Fuente: Censo 2001.

Tabla 3: Población Indígena y Afro-Descendiente de 15-19 años en Areas Metropolitanas de Tegucigalpa, San Pedro Sula, y La Ceiba.

	Total Populat	Mestizo	Garif	Negra	Tolup	Pech	Misk	Lenca	Tawah	Chort	Total IP
Total	165,223	161,649	1,973	418	21	47	235	672	60	148	3,574
Homb	76,368	74,751	945	190	8	20	98	272	24	60	1,617
Muje	88,855	86,898	1,028	228	13	27	137	400	36	88	1,957
SPS	57,279	55,776	581	84	13	38	71	581	57	78	1,503
Homb	26,193	25,547	272	35	6	16	41	235	24	28	646
Muje	31,086	30,229	309	49	7	22	30	346	33	50	857
MDC	93,059	92,482	266	55	7	9	107	76	3	54	577
Homb	43,047	42,780	131	27	2	4	49	29	0	25	267
Muje	50,012	49,482	135	28	5	5	58	47	3	29	530
La Ceiba	14,885	13,391	1,126	279	1	0	57	15	0	16	1,494
Homb	7,128	6,424	542	128	0	0	19	8	0	7	704
Muj	7,757	6,967	584	151	1	0	38	7	0	9	790

Fuente: Censo 2001

Del cuadro anterior se puede concluir que hay aproximadamente 50.000 jóvenes indígenas y afro-descendientes de 15 a 19 años de edad en el país, de los cuales aproximadamente 9.500 vivían en áreas urbanas en el 2001, y aproximadamente 3.500 en las áreas metropolitanas del Distrito (MDC) Central, San Pedro Sula y La Ceiba. Hay más jóvenes indígenas mujeres que hombres en estas áreas. No se sabe cuántos de ellos estudian y/o trabajan.

La situación Socioeconómica y de salud de los Pueblos Indígenas en el Area del Proyecto

Suministro de Asistencia Médica. Los estudios realizados por el Instituto de Investigación ETZTANI (2001) enfatizan el déficit en el suministro de asistencia médica y el acceso limitado a servicios en esos departamentos en general, especialmente en regiones aisladas con población indígena. Para la población general, el estudio estima que hay un CESAR (con una enfermera) para cada 6.825 personas y un CESAMO (con un médico de servicio social) para cada 30.000 personas.

Hacinamiento y la Epidemia del 'chagas'. Según el censo, el 93% de personas étnicas sufre de hacinamiento. El Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS), a través del Programa de Nuestras Raíces con apoyo de Ministerio de Salud (MS), está rehabilitando 500 viviendas y planea reedificar 4.000 viviendas más infestadas para luchar contra la epidemia.

Agua y Saneamiento. Este es uno de los problemas más grandes que afectan el país entero con consecuencias dramáticas para la salud y la nutrición. Mientras que el 73 % de viviendas en el nivel nacional tiene acceso a conexión domiciliaria, el acceso es limitado al 30% de la población en áreas rurales. El agua de pozo es menos común y limitada al 6% de los hogares a nivel nacional, sin embargo es más popular entre los Garífuna (el 17%) y los Chortí (el 11%) en áreas rurales. El 12% de Honduras todavía depende de agua de río o lago para beber y cocinar, pero el número es más alto en los indígenas. El 24% de Lencas rurales y el 16% de Chortí consumen sólo agua de río.

Con respecto al saneamiento, el 42 por ciento de Lencas, el 50 por ciento de Chortí y el 18 por ciento de viviendas Garífunas no tienen ningún saneamiento instalado, comparado al 22% en el nivel nacional. También, el 23 % de Lencas, el 20 por ciento de Chortí y el 10 por ciento de Garífunas usan letrinas sencillas en contraste con el 25 por ciento en el nivel nacional. En términos de conexiones a alcantarillado, sólo 7 por ciento de Lenca y Chortí y del 22 por ciento de Garífunas están conectados a un sistema, en comparación con el 28 por ciento en el nivel nacional.

Electricidad. De 601.273 hogares rurales que existen en Honduras, sólo 29% tiene el alumbrado público o electricidad privada, una planta privada o energía solar. El otro 71 por ciento usa candiles, antorchas o velas.

Educación. Para la población en general, el censo indica que el analfabetismo es del 6,4% para el Departamento de Francisco Morazán (Tegucigalpa), con un promedio de 9,3 años de escolaridad; el 13 % de analfabetismo y un promedio de 7,7 años de escolaridad para el Departamento de Cortés (San Pedro Sula); analfabetismo de 7 % y un promedio de 8,3 años de escolaridad para Atlantida (La Ceiba).

Los bajos niveles de educación contribuyen a indicadores deficientes de salud. Para personas de 15 años de edad o más, la capacidad de leer y escribir se calcula en el 80% en el nivel nacional, y el 90% en áreas urbanas. Sin embargo, en las áreas Metropolitanas se calcula que cerca del 40% de jóvenes no terminó la primaria; el 95 por ciento de jóvenes que empezaron la educación secundaria no la completaron. Cerca del 10 por ciento asiste a una escuela vocacional. Cerca del 30 por ciento son económicamente activos. El promedio de educación de jóvenes que trabajan ha aprobado el octavo grado. El nivel de alfabetismo de los garífunas (94 por ciento, o 14,212 garífunas) es más alto que el promedio urbano nacional, en comparación con el 87 por ciento para los Lencas y el 88 por ciento para los Chortí urbanos. Estos factores son importantes para el componente de Mi Primer Empleo. Pero, el escenario rural es peor, cerca del 31 por ciento de población rural a nivel nacional, y el 38 por ciento de Chortí y Lencas son analfabetos, lo cual es importante tener en cuenta para el componente de AIN-C.

La población económicamente-activa. En términos de Honduras, la población económicamente activa tiene 10 años y más. La ocupación principal de hondureños es la agricultura, la silvicultura y pesca (el 40 por ciento), seguido por el comercio (el 15 por ciento) industria manufacturera (el 13 por ciento) y las actividades comunitarias (el 11 por ciento). Para el Garífuna urbano, la ocupación más común es los servicios de turismo (el 26 por ciento) seguido por servicios comunales (el 22 por ciento), mientras que, para el Garífuna rural, la agricultura y la pesca son las más comunes (el 48 por ciento). Para los Lencas urbanos, las actividades más comunes son comunales (el 23 por ciento), mientras la agricultura, la pesca, caza ocupa al 83 por ciento de Lenca y el 82 por ciento de Chortí en áreas rurales. El 60 por ciento de trabajadores Lencas y Chortí de 10 años de edad y más son auto-empleados, alrededor del 20 por ciento son empleados en el sector privado y el 4 por ciento trabajan en el sector público. Una fuente de ingresos importante para la población objetivo de ambos componentes son las remesas provenientes de parientes que viven en el exterior.

La Necesidad de Estrategias Interculturales para la Salud y la Protección Social. La comprensión del contexto cultural de los componentes es clave para el logro de los objetivos de los mismos. Aunque el idioma es un indicador importante de las diferencias culturales, este último no es el único indicador. Las costumbres tradicionales de los pueblos autóctonos y sus estructuras y redes sociales se han mantenido aún cuando se hayan perdido las lengua indígenas.

Aunque la lengua Lenca está muerta, la cultura y las tradiciones están vivas

El grupo de Lencas es el más grande en Honduras. Representa el 62 por ciento de población étnica o 279.507 personas (censo 2001) y se concentra en su mayor parte en Occidente. El programa AIN-C se enfocará en los departamentos de Intibucá, Lempira y La Paz, donde la población étnica representa 220.290 de la cual el 98,5 por ciento es Lenca. Aunque la lengua Lenca (de la familia de lenguas mayas) desapareciera en Honduras a principios del siglo XX, los comportamientos, costumbres y preferencias de los Lencas y campesinos de tradición Lenca indican que su cultura y tradiciones siguen vivas. Esto es muy significativo y explica la necesidad de inclusión del concepto de “salud intercultural”.

Las Evaluaciones Participativas Rápidas, Rurales y Urbanas (RPRA y RPUA)

Las dos Evaluaciones Rápidas se llevaron a cabo: una evaluación rural para el componente de AIN C, y para una evaluación urbana para el componente “Mi Primer Empleo”. La consulta rural fue ejecutada por un equipo multi-disciplinario local con el propósito de consultar con 12 comunidades que actualmente son beneficiarias del programa AIN-C, y cuatro comunidades de no-beneficiarios del programa, en los cuatro departamentos del proyecto. Las consultas fueron orientadas a: (a) evaluar el nivel de satisfacción de los beneficiarios directos con el programa y sus expectativas; (b) el nivel del compromiso de la administración municipal y las unidades del MS; y (c) el nivel de participación de la red local tradicional de salud (comités de salud, comadronas, curanderos, sobadores tradicionales, trabajadores de salud y saneamiento del MS (TSA), ONGs) así como sus percepciones y expectativas con respecto al programa. Para el componente de Mi Primer Empleo, la evaluación urbana fue aplicada por un equipo local, acompañado del Ministerio de Trabajo (MT). Las consultas se llevaron a cabo con estudiantes, centros de capacitación, empresarios y las federaciones indígenas. La meta de las consultas informadas era la de conocer las percepciones de los posibles beneficiarios y proveedores de servicios para enriquecer el diseño del proyecto piloto.

Fue difícil analizar el impacto de AIN-C en las regiones étnicas, en vista de que los estudios y evaluaciones existentes no desagregan datos con la variable “etnicidad y género”. La evaluación recomienda la incorporación de las variables “etnicidad, sexo y edad” en las líneas base y sistemas de informática de ambos componentes, para monitorear y evaluar el impacto sobre grupos vulnerables específicos.

Principales hallazgos de la Evaluación Rural Participativa Rápida de AIN-C

1. La estrategia AIN-C existente en las 16 comunidades visitadas atiende a niños de 0-2 años de edad. La actividad central de la estrategia es monitorear el control de peso de los niños y remitir a los niños a las Unidades de Salud. AIN-C solo monitorea el peso, pero otras ONGs i.e. Plan Internacional (Plan Honduras) monitorean peso y talla de los niños.
2. Dado que los CESAMOs (unidades urbanas de salud) tienen sólo un médico en servicio rural (por un año), un enfermero y auxiliar de enfermería para servir a un promedio de 30.000 personas, pareciera que la estrategia de AIN-C se ha vuelto una carga para el CESAMO, que normalmente está alejado de las comunidades rurales. Por el contrario, el CESAR (en las aldeas), aunque solamente tiene enfermera y auxiliar, está más cerca a la comunidad físicamente y culturalmente.

Salud intercultural

3. Como se ha acordado con el Ministerio de Salud, hay una necesidad de un Enfoque Intercultural para el Componente de Atención Integral del Niño en las Comunidades autóctonas. En esos contextos, los comportamientos para resolver problemas de salud son guiados por conductas tradicionales particulares a la cultura.

4. Un módulo de “Salud Intercultural. Prácticas seguras y otras no recomendadas” puede ser añadido al programa de capacitación enseñado a trabajadores de salud. Hay una necesidad de instrucción sistemática en ‘salud intercultural’ a trabajadores de asistencia médica del MS así como a las comunidades, como fue indicado por el Departamento de Salud Indígena en el MS durante las consultas. Esta capacitación debe incluir las prácticas tradicionales seguras (por ej.: té de sacate o manzanilla) así como las prácticas tradicionales no recomendadas (Por ej.: el chupón para el cólico que consiste en hojas de tabaco masticadas por una mujer primeriza, envuelto en su saya, y dado al bebé con cólico como chupón; el uso de antibióticos sobrantes de enfermedades previas; las sobadas, el aceite caliente de gallina para las enfermedades bronquiales, etc.

5. La capacitación a las Redes de Salud Comunitaria debe incluir, entre otras cosas, la prevención contra el mal de chagas, que puede estar afectando a centenares de niños, y que se manifestará en el futuro como problemas de corazón.

La Red de Salud Comunitaria

6. Las redes de salud comunitaria (Comités de Salud, monitores, comadronas, guardianas de salud, curanderos, sobadores) son los únicos proveedores permanentes de asistencia médica en las comunidades aisladas. Las consultas rurales indican que la mayoría de las personas acuden en primer lugar al proveedor comunitario más cercano (monitor, partera, curandero) para alivio de cualquier enfermedad. Las personas van a una unidad de salud u hospital solamente cuando la auto-medicación, receta farmacéutica o las instancias locales no han podido aliviarlas, y en emergencias.

7. Las consultas observaron que la auto-medicación es el primer paso en búsqueda de solución a un problema de salud. Esta se hace en su mayor parte con fitoterapia (plantas), combinada con medicamentos (inclusive antibióticos) comprados en la pulpería o en la farmacia. Las personas son reacias a acercarse a las unidades de salud que no tienen medicina (fue el caso del 50% de CESAMOs y CESARs que se visitó).

Participación de Actores Claves y Auditoría Social

8. La inclusión de autoridades tradicionales es clave para la sostenibilidad del proyecto. Por ejemplo, el Alcalde Auxiliar debe incluirse en la estrategia porque es la mayor autoridad tradicional en las aldeas y caseríos del proyecto. En áreas urbanas, el Alcalde Auxiliar es el representante del Alcalde en el vecindario, por lo tanto, su inclusión puede ser un factor clave de éxito. Además, los Comités de Salud, Patronatos, líderes comunitarios, los Comités de Agua, etc. son representantes importantes de la sociedad

civil. Todos ellos deben ser informados sobre la estrategia de AIN-C, por su capacidad para brindar apoyo logístico a pacientes y monitores. Actualmente no son incluidos.

9. La evaluación encontró que el nivel de interés y la participación en los Municipios visitados en AIN-C va de mínimo (Por ej.: una contribución de una vez de 100 lempiras para el transporte de monitores) a inexistente.

10. El Médico del CESAMO está en el CESAMO durante un año de práctica rural solamente y no se involucra en programas como AIN-C. Al contrario, la enfermera es por lo general la responsable de ejecutar el programa en la comunidad, liderando los esfuerzos de atención primaria y dirigiendo las reuniones mensuales con monitores de AIN-C.

11. Las unidades de salud (SESAMO y CESAR) sólo atienden a los pacientes que las visitan. El personal de salud no visita los hogares. Ellos organizan también brigadas de vacunación y atención primaria de salud en aldeas remotas.

12. Los Monitores (voluntarios comunitarios) son los pilares de AIN-C debido a su compromiso diario. Ellos son el corazón de la red comunitaria. Los monitores proporcionan también el cuidado preventivo y curativo en la comunidad.

13. Aunque el Manual del MS indique que las Monitoras deben ser seleccionadas por la comunidad, la mayoría de los Monitores son seleccionados normalmente por la enfermera de la unidad de salud.

Género

14. La estrategia AIN-C está orientada a las mujeres y madres. Los hombres entrevistados solicitaron ser incluidos y reeducados para compartir la responsabilidad de la paternidad y por lo tanto, la asistencia médica a sus hijos.

Capacitación

15. La mayoría de las Monitoras recibieron el primer módulo de capacitación (5 días) durante el primer año y el segundo módulo (3 días) durante el tercero o cuarto año del voluntariado. En la mayoría de los casos, no hubo capacitación en el interim.

16. La capacitación brindada en la unidad de salud sólo incluye a pocas monitoras, dejando por fuera a toda la red de salud comunitaria que practica la medicina tradicional.

17. Las comunidades demandan que alguna persona de la comunidad sea capacitada para poner inyecciones especialmente a ancianos, discapacitados, personas en riesgo que no pueden ser llevados al CESAMO, generalmente a causa de distancias.

La Epidemia del Chagas

18. Muchos niños de las escuelas, especialmente en el área de Copán han sido identificados como afectados por la epidemia del chagas. Según PAHO, hay actualmente aproximadamente 10.000 casas infestadas con chagas especialmente en las regiones del noroeste (área AIN-C).

Principales Hallazgos de la Evaluación Urbana Participativa Rápida para el Programa Mi Primer Empleo

1. Los resultados de la evaluación social muestran que las oportunidades de jóvenes para estudiar son tan limitadas como las oportunidades que tienen para trabajar. Los estudiantes entrevistados (con edad promedio de 16.5 años) tienen un promedio educativo de sexto o séptimo grado pero tienen sobre-edad para asistir a la escuela regular, por tanto requieren educación alternativa.

2. La baja escolaridad y falta de oportunidades de trabajo resulta en ingresos bajos en los sectores formales e informales.

3. Hubo gran entusiasmo entre los 338 jóvenes entrevistados por participar en la capacitación y acceder a su primera oportunidad de trabajo. La mayoría expresó su preferencia para que dicha capacitación se ejecute cerca de su casa para evitar viajar y ahorrar tiempo. Muchos de ellos estudian. El 63% trabaja.

4. Los trabajos más populares entre jóvenes son: mecánica automotriz, comercio/ventas, cocina o mesería en restaurantes, soldadura, albañilería, limpieza o camareros de hoteles. Los más populares entre mujeres jóvenes son: limpieza de casa/oficina/hoteles, costura, lavado y planchado, ser camareras, cuidado infantil.

5. Las federaciones indígenas han mostrado gran interés en coordinar actividades con el programa. Ofrecen utilizar sus redes sociales urbanas para informar/orientar a los jóvenes en riesgo, de que aprovechen la oportunidad de beneficiarse con el programa registrándose en Educatodos o Pralebha de modo de ser elegibles a Mi Primer Empleo.

6. En la evaluación social, se hicieron 26 entrevistas a empresarios en San Pedro y La Ceiba y se constató el interés de los empresarios de trabajar con el programa. El 54.8% de entrevistados indican poder financiar la capacitación de jóvenes por cuenta de las empresas. El 66% de empresas no tiene jóvenes empleados al momento. La oferta laboral empresarial es de un 20%.

Recomendaciones para el Diseño del Componente 2: AIN-C

1. Incluir un “Módulo de Salud Intercultural” que integre las prácticas tradicionales de la Medicina Occidental y las prácticas tradicionales locales. En el módulo será igualmente importante enfatizar las prácticas seguras como las menos recomendables. Se recomienda

la capacitación de: (a) el personal de salud tanto de los niveles centrales como departamentales, municipales y locales; (b) facilitadores, ONGs y monitores de AIN-C;

2. Cambiar el nombre de ‘monitoras’ a “Monitores” para incluir a hombres monitores.
3. Reforzar las redes existentes de salud comunitaria (Monitores, comadronas, curanderos, guardianes de salud) que operan tradicional y permanentemente en las comunidades con métodos tradicionales de prevención y curación de enfermedades. Ellos gozan de respeto y de credibilidad en la comunidad, por lo tanto, AIN-C se beneficiaría incluyéndolos en su estrategia, para dar mayor credibilidad y sostenibilidad al programa.
4. Organizar las capacitaciones a Monitores en las comunidades mismas (CESAR), para aprovechar la participación de la red entera de salud comunitaria, en lugar de invitar solamente a los monitores al CESAMO. El CESAR es más accesible a comunidades rurales y remotas. La capacitación se puede brindar en las escuelas.
5. Para mejorar la parte nutricional de AIN-C, coordinar con otras agencias para proporcionar a la comunidad las oportunidades para conseguir acceso a los programas agrícolas, distribución de semillas, etc. También, coordinar con instituciones/ONGs que trabaja en programas medicinales de cultivo de plantas.

Recomendaciones para el Diseño del Componente 3: Mi Primer Empleo

1. Se recomienda incluir las variables etnicidad, género y edad en el sistema de monitoreo del proyecto.
2. Procurar que los jóvenes no sean marginados por aspectos de etnicidad, género y procedencia social.
3. El estudio de focalización del programa podría considerar enfocarse en las áreas “metropolitanas” de Tegucigalpa y San Pedro Sula en lugar de solamente las ciudades. Es decir, incluir MDC (Tegucigalpa y Comayagua); San Pedro Sula y La Ceiba y sus municipios satélites, de los cuales viaja diariamente la gente a la ciudad para trabajar.
4. Socializar y promover el proyecto internamente dentro del Ministerio del Trabajo, tanto en MDC como en San Pedro Sula y La Ceiba. Socializar el programa externamente, a manera de una consulta informada con todos los actores claves (sector empresarial, organizaciones sindicales, entidades de capacitación, las federaciones indígenas, las organizaciones de juventud y la sociedad civil).
5. Fortalecer las Direcciones Centrales y Regionales del MT, para colaborar con el proyecto.

3. Plan de Participación Indígena y Afro-descendientes y el Plan de Género (IPDP)

La presencia de población indígena en el área del proyecto activa la Directriz Operativa 4.20 del Banco Mundial que manda asegurar que las necesidades de dicha población se tomen en consideración en el diseño del proyecto, de modo que se beneficien en forma culturalmente adecuada. Dado que los cuatro Departamentos de AIN-C están en un área multi-cultural (más del 30% son Lenca y Chorti, y cerca del 50% son campesinos de tradición maya), se recomienda incluir en el IPDP una estrategia culturalmente apropiada que beneficie la región entera. En el caso del componente de Mi Primer Empleo, el IPDP propone la coordinación con las organizaciones indígenas y afro-descendientes y sus redes sociales para identificar a los jóvenes en riesgo en las áreas urbanas del proyecto e invitarlos a participar.

Se ha acordado con ambos Ministerios que las variables de “etnicidad, edad y sexo” serán agregadas a las líneas de base y a todas las bases de datos usadas para monitorear los componentes del proyecto para medir el impacto del mismo.

Los componentes 2 y 3 del proyecto coordinarán acciones importantes con las Federaciones Indígenas y Afro-Descendiente para activar sus redes sociales en comunidades rurales y urbanas. Igualmente, ambos Ministerios informarán a dichas organizaciones sobre las oportunidades ofrecidas por los programas para participar o para competir como proveedores de servicios, bajo criterios de selección. La capacitación en salud intercultural y la supervisión en el campo para verificar el enfoque intercultural estará a cargo de la Unidad de Salud Indígena del MS.

El componente 2: Consolidación y Expansión del Programa AIN-C

(a) Elaboración del “Módulo de Salud Intercultural y Prácticas Preventivas y Curativas para niños de 0 a 5 años”, por parte de la Unidad de Salud Indígena del MS. Este módulo será anexado a los Módulos de capacitación de AIN-C. La Unidad de Salud Indígena impartirá la capacitación de dicho módulo al personal de salud en los niveles Centrales y Departamentales de la Secretaría, así como a los Facilitadores de AIN-C.

US\$ 17.000

(b) Contratación de una firma para la capacitación del Módulo de Salud Intercultural arriba mencionado, a Monitores de AIN-C.

US\$ 47.000

(c) Supervisión de ONGs en el campo para asegurar la calidad del enfoque de salud intercultural

US\$ 10.000

(e) Taller para acordar con las Federaciones Indígenas su participación en la identificación de comunidades remotas desprovistas de servicios de salud pero elegibles

para el programa AIN-C, y en la identificación de ONGs locales que pueden concursar para proveedoras de servicios bajo AIN-C en comunidades remotas. US\$ 5.000

(f) Equipamiento de Monitores en comunidades remotas con mochilas de calidad, primeros auxilios, balanzas, paraguas, poncho de lluvia, medicinas básicas. Presupuestado bajo el proyecto.

El componente 3: Programa Mi Primer Empleo para Jóvenes en Riesgo

1 Socialización y Promoción del Proyecto con personal de las Direcciones Regionales de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba, más otros actores importantes como empresarios, organizaciones de juventud, oferentes de capacitación, organizaciones étnicas y beneficiarios indígenas y afro-descendientes, sociedad civil,
3 @ 3.500 US\$10,500

2. Realizar un taller de 1 día de socialización con el objetivo de informar las Federaciones indígenas de las ciudades señaladas de Tegucigalpa, sus alrededores y Ceiba .Los objetivos del proyecto y su contenido. \$, 8,000.00

3. Promoción del proyecto por las radios populares entre jóvenes, folletos y afiches llamativos, dirigida, entre otros, a la población indígena y afro-descendiente urbana
US\$ 10,000