

**REPUBLICA DE HONDURAS  
UNIDAD NACIONAL DE APOYO TECNICO  
(UNAT)**

***PROYECTO***

**“Atención Integral a la Mujer”**

**Tegucigalpa M.D.C,**

**Honduras C.A.**

**Abril, 2005**

## I. PRESENTACIÓN

El Proyecto **Atención Integral a la Mujer** consiste en continuar ampliando la cobertura y mejorando la calidad de los servicios de salud en la estrategia de Atención Integral a la Mujer (AIM). Con dicha estrategia se impulsarán acciones para el cuidado integral de las mujeres en edad fértil relacionadas con la planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención de embarazo en adolescentes, atención prenatal, parto y puerperio. Se requiere, además, desarrollar acciones orientadas a asegurar una seguridad alimentaria nutricional para la mujer embarazada y lactante; la prevención de las enfermedades, ITS/SIDA, y la prevención de la violencia intra-familiar, y suplementación alimenticia con vitamina A, ácido fólico, sulfato ferroso, de las mujeres de las comunidades del Proyecto.

.El objetivo general del proyecto es mejorar las condiciones de salud de las mujeres en edad reproductiva, en las comunidades pobres del país, ampliando la cobertura y mejorando la calidad de los servicios integrales en salud.

El proyecto beneficiará a mujeres en edad reproductiva estimándose un total de 98,398 de los municipios: Guarita, La Iguala, Las Flores, La Unión, San Juan Guarita, San Rafael, Talgua, Tambla, Tomalá, Valladolid, San José, Concepción, Dolores, San José (La Paz); de los departamentos de: Lempira, Choluteca, Intibucá y La Paz.

Los componentes del Proyecto son los siguientes:

1. Estudios de Preinversión
2. Atención Integral de la Mujer
3. Programa de Información Educación y Capacitación (IEC)
  - 3.1 Educación y Capacitación a personal institucional
  - 3.2 Información a la Población Beneficiaria
4. Vigilancia epidemiológica
5. Infraestructura
6. Monitoreo y Evaluación

**II. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO:**

**A. Datos Generales:**

**País:** Honduras

**Nombre del Proyecto:** Atención Integral a la Mujer

**Programa Marco:** Estrategia Para la Reducción de la Pobreza

**Institución Solicitante:** Municipalidades (Secretaría de Salud, SS)

**Institución Ejecutora:** Secretaría de Salud/ Programa de Atención Integral a la Mujer.

**Beneficiarios:**

Mujeres en edad reproductiva de la población de 98,398 de los Municipios: Guarita, La Iguala, Las Flores, La Unión, San Juan Guarita, San Rafael, Talgua, Tambla, Tomalá, Valladolid, San José, Concepción, Dolores, San José (La Paz); de los departamentos de: Lempira, Choluteca, Intibucá y La Paz.

**Financiamiento:**

Concepto	Lempiras	Condiciones (Fuente de Financiamiento)
Costo total	7.061	HIPC y Aporte Local
Aportes por obtener	6.140	HIPC
Contrapartida local	0.921	Aporte Local

**Período de Ejecución:**

El Proyecto tendrá un período comprendido desde junio a diciembre de 2005.

**Situación Actual del Proyecto:**

X	Perfil
	Pre-factibilidad
	Factibilidad
	Diseño

### **III. Propuesta Técnica**

#### **A. Presentación de la situación problema**

La falta de cobertura y la calidad en los servicios de atención en salud, relacionados con la atención integral de la mujer en lo que respecta a la planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención de embarazo en adolescentes, atención prenatal, parto y puerperio, en las zonas postergadas y más pobres del país, ha generado la idea del presente Proyecto.

El Proyecto pretende, además, desarrollar acciones orientadas a asegurar una seguridad alimentaria nutricional para la mujer embarazada y lactante; la prevención de las enfermedades, ITS/SIDA, y la prevención de la violencia intra familiar, y suplementación con vitamina A, ácido fólico, sulfato ferroso, etc., para las mujeres de las comunidades beneficiarias del Proyecto.

#### **B. Descripción del Proyecto, incluyendo componentes y actividades principales**

Mediante el Proyecto Atención Integral a la Mujer, se continuará ampliando la cobertura y mejorando la calidad de los servicios de salud en la estrategia de Atención Integral a la Mujer (AIM). Con dicha estrategia se impulsarán acciones para el cuidado integral de las mujeres en edad fértil relacionadas con la planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención de embarazo en adolescentes, atención prenatal, parto y puerperio. Se requiere, además, desarrollar acciones orientadas a asegurar una seguridad alimentaria nutricional para la mujer embarazada y lactante; la prevención de las enfermedades, ITS/SIDA, y la prevención de la violencia intra-familiar, y suplementación alimenticia con vitamina A, ácido fólico, sulfato ferroso, de las mujeres de las comunidades del Proyecto.

Como un mecanismo para garantizar una atención adecuada, se prevé la apertura de 10 clínicas materno infantiles y 5 hogares materno para mujeres pobres en situación de embarazo de riesgo.

Se implementará un plan de IEC, dirigido a dos niveles: el institucional y el comunitario, para obtener logros significativos en los aspectos mencionados.

Los componentes del Proyecto son los siguientes:

##### **1. Estudios de Preinversión**

Con este componente se elaborará un diagnóstico en las comunidades en donde se desarrollará el Proyecto, tomando en cuenta los componentes y lineamientos

estratégicos del mismo. En este sentido, se realizarán estudios sobre la situación actual de las condiciones de salud de los habitantes de las comunidades beneficiarias del Proyecto para conocer realmente sus necesidades. Asimismo, se conocerá la situación de las ONGs de salud y su capacidad instalada para ejecutar las acciones del Proyecto.

## **2. Atención Integral de la Mujer**

La atención integral de la mujer contempla un modelo de atención basado en la prestación de servicios de planificación familiar, utilizando métodos de planificación a mujeres con factores de riesgo para evitar o postergar embarazos, utilizando la gama de métodos disponibles en la Secretaría de Salud y sus distintos niveles de atención.

Se contempla la atención prenatal para lo cual se contempla fortalecer el sistema de captación de mujeres embarazadas en las primeras 20 semanas de gestación, para su debido control y la respectiva suplementación con vitaminas.

Dentro de la atención integral se considera prioritaria la atención del parto, parto limpio y alumbramiento seguro en hospital o clínica materno infantil (CMI) así como el seguimiento a parteras con énfasis en identificación de riesgo y referencia oportuna.

Asimismo, y como parte de un proceso de seguimiento y control, se contempla el control post parto, especialmente en los primeros 10 días del post parto, enfatizando en prevención de infecciones, lactancia materna, planificación familiar y cuidados del o la recién nacida.

## **3. Programa de Información Educación y Capacitación (IEC)**

### **3.1 Educación y Capacitación a personal institucional**

Se realizará un proceso de educación/capacitación dirigido al personal institucional, que consistirá en la transferencia de conocimientos por parte del personal técnico normativo, y posteriormente regional, sobre las normas de Atención Integral de la Mujer (AIM) y las Emergencias Obstétricas.

### **3.2 Información a la Población Beneficiaria**

Con el propósito de garantizar que las atenciones lleguen a la población beneficiaria de manera efectiva, se realizará una serie de acciones de promoción de la atención integral por medio de diferentes medios de comunicación o medios alternativos, tales como: radio novela, trífolios, rotafolio y calendario, los cuales serán entregados previa información educativa.

Para la puesta en marcha de este componente se conformará previamente un Comité de IEC para la Atención a la Mujer, el cual determinará, de manera consensuada, las estrategias, técnicas, metodologías y acciones a seguir en general en IEC. Este Comité tendrá participación interinstitucional con aquellas instituciones y organizaciones que tengan relación con esta atención.

#### **4. Vigilancia epidemiológica**

Este componente contempla la vigilancia de casos de muerte materna, a través del fortalecimiento de los comités de vigilancia de la muerte materna. Para implementar las acciones, se revisará el sistema de vigilancia actual y sus instrumentos de operativización para fortalecerlo, y hacerlo más efectivo, capaz de generar información para la toma de decisiones y acciones oportunas. Este sistema será estandarizado a nivel nacional.

Asimismo, se conformarán comités locales de vigilancia de la mortalidad materna y de la atención a la mujer en cada comunidad (o uno por municipio como mínimo) para apoyar los procesos y contribuir con los niveles institucionales en la toma de las decisiones oportunas.

#### **5. Infraestructura**

A través de este componente se pretende ampliar la respuesta de atención, creando instancias intermedias para la atención del parto, al nivel institucional, por lo que se considera construir 10 clínicas materno infantiles para completar un número de 53, ya que actualmente hay 43.

Se entiende por clínica materno infantil a las instancias intermedias para la atención del parto al nivel institucional, de bajo riesgo y bajo costo, entre comunidad y hospital. Su objetivo es incrementar la dotación del parto con énfasis en las mujeres que tienen factores de riesgo reproductivo y embarazos no complicados, que generalmente deben funcionar junto al CESAMO de la comunidad, para facilitar la integralidad de la atención y de los servicios, disminuyendo, a la vez, los costos y los problemas administrativos.

Dentro de este componente también se contempla la construcción de 5 “Hogares Maternos” para llegar a un total de 14, ya que actualmente existen 9.

Los hogares maternos se definen como instancias no dependientes de las estructuras estatales, ubicada en las cercanías de un hospital, destinadas para alojamiento, en los días previos al inicio del parto, de embarazadas con factores de riesgo reproductivo, a fin de acercarlas a la atención hospitalaria especializada. Un uso adicional podría ser, si las condiciones lo permiten, el alojar púerperas con

recién nacidos internos en el hospital con alguna patología. La estadía de las puérperas es aprovechada para la educación de la salud en general, y reproductiva en particular, para colaborar en las actividades de sostenimiento del hogar; no se les considera una unidad de atención médica.

## **6. Monitoreo y Evaluación**

En este componente se elaborará un diagnóstico del estado actual de las mujeres de las comunidades en donde se desarrollará el Proyecto, tomando en cuenta los componentes y lineamientos estratégicos del mismo.

Para la evaluación durante la ejecución del Proyecto, se tomará en cuenta la participación comunitaria de las organizaciones de salud existentes en las comunidades, quienes tendrán el apoyo del personal técnico de la Secretaría de Salud y de los especialistas en el campo.

La evaluación después de la ejecución del Proyecto estará en relación con los logros obtenidos en cuanto a la atención integral de la mujer, tomado en cuenta los requerimientos establecidos al inicio del Proyecto.

El monitoreo y evaluación de la capacitación y aplicación de las normas de AIM y Emergencias Obstétricas será permanente y se establecerán los mecanismos de su monitoreo periódico, con miras a que todos los procesos se realicen de manera efectiva.

## **C. Justificación**

Si bien la mortalidad materna ha experimentado un descenso importante en los últimos años, pasando de 182 muertes por cada 100,000 nacidos(as) vivos(as) en 1990 a 108 nacidos vivos en 1997, siendo una de las más altas de América Latina y cuyas causas son fundamentalmente prevenibles como la hemorragia (47.1%); trastornos hipertensivos del embarazo (19.4%), infecciones (15,2) y distocias (1%).

A su vez, en el grupo de las mujeres adolescentes la tasa de mortalidad materna alcanza valores de 391 y 160 por cada 100,000 nacidos vivos para las cohortes de edad: 12-14 y 15 – 19 años, respectivamente, lo cual es casi cuatro veces superior a la media nacional en el grupo de 12 a 14 años.

Es importante mencionar que la infección por VIH aparece como la primera causa de muerte en mujeres en edad reproductiva, representando el 17% de todas las causas. Ello se explica por la magnitud de la epidemia en Honduras lo que incrementa el riesgo de mortalidad materna y neonatal, así como de la transmisión del VIH/SIDA de la madre al hijo(a.)

A pesar de la reducción de las tasas a las que se ha hecho referencia anteriormente, es evidente que aún existe una brecha en cuanto al ejercicio de los derechos reproductivos, estimándose en Honduras que cada 31 horas muere una mujer durante el embarazo, parto o puerperio y cada año, 1,400 niños(as) quedan sin madres en el país y la principal causa de muerte es por hemorragia, especialmente en el parto domiciliario.

En esta línea de análisis, aunque la mortalidad afecta todos los estratos sociales y económicos, muere un número desproporcionadamente elevado de mujeres pobres, analfabetas y que en su mayoría inciden en otros grupos de edad, lo que indica que la muerte o discapacidad son resultado de la situación de extrema desventaja que se encuentran muchas mujeres no sólo en Honduras, sino en América Latina y El Caribe.

Las mujeres más pobres de las zonas rurales y urbano marginales inician su vida reproductiva siendo muy jóvenes, con espacios intergenésicos muy cortos y siguen teniendo hijos(as) hasta edades maduras.

Es importante notar que si bien se ha incrementado la prevalencia de uso de métodos de planificación familiar (61.8%, ENESF, 2001) entre las mujeres casadas o en unión, los diferenciales de prevalencia anticonceptiva son muy altos.

Dada la problemática planteada, se hacen necesarias las intervenciones efectivas que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna por causas prevenibles; en este sentido, el Proyecto pretende aumentar la vigilancia comunitaria para la prevención de embarazos a alto riesgo, prevención de las enfermedades ITS/SIDA, una seguridad alimentaria nutricional para la mujer embarazada y lactante, una planificación y salud familiar y prevención de la violencia familiar, suplementación con micro nutrientes a las mujeres en edad fértil.

## **D. Relación con la Estrategia para la Reducción de la Pobreza**

### **a. Metas Globales**

Se contribuirá con el cumplimiento de las metas de reducir a la mitad la tasa de mortalidad materna, pasando de 147 a 73 por cada 100.000 nacidos vivos y equiparar y elevar en un 20% el índice de desarrollo humano de la mujer.

### **b. Área Programática**

El Proyecto es parte del Área 4: Invirtiendo en Capital Humano, Sub Área 4.1: Mayor y Mejor Acceso a Servicios de Salud

### **c. Lineamientos Estratégicos**

Los lineamientos que se están considerando para la ejecución del Proyecto son los siguientes:

1. Priorizar acciones que tiendan a la reducción sostenible de la pobreza

El acceso efectivo a servicios básicos de salud permite asegurar las condiciones para el desarrollo de los sectores más vulnerables de la población, particularmente del binomio materno-infantil.

2. Fortalecer los niveles locales/municipales

La incorporación de los municipios con sus autoridades y la población en general en el proceso de promoción de la salud permite obtener sostenibilidad y por ende municipios saludables a través de un enfoque de atención integral de los sectores más vulnerables.

Se conformarán comités locales de vigilancia de la atención materna y de la mortalidad materna, como instancia local de gestión y control

3. Priorizar acciones a favor de zonas y grupos más postergados del país

La razón del Proyecto es la dotación de servicios a grupos poblacionales más pobres y a los sectores más vulnerables como lo es la mujer.

4. Fortalecer la participación de la sociedad civil y la descentralización

La participación comunitaria es un elemento central del Proyecto, ya que su ejecución se basa en la incorporación de organizaciones comunitarias (participación social, incorporación de la sociedad civil en estrategias de la base comunitaria), oportunamente capacitadas, en la formación de redes locales y en la capacitación de promotores de salud y parteras para el respectivo seguimiento o monitoreo. Asimismo, los contenidos de los componentes serán establecidos a partir de las prioridades de la población.

5. Fortalecer la gobernabilidad y la democracia participativa

El acceso a servicios básicos de salud por parte de los sectores más pobres y vulnerables de la población es un aspecto básico de la equidad entre grupos sociales y entre los sectores de la población.

6. Disminuir la vulnerabilidad ambiental y su impacto sobre la pobreza

Promover el desarrollo de entornos y estilos de vida saludables a través de mejorar la educación en salud.

## **E. Objetivos del Proyecto: Generales y Específicos**

### **Objetivo general**

Mejorar las condiciones de salud de las mujeres en edad reproductiva, en las comunidades pobres del país, ampliando la cobertura y mejorando la calidad de los servicios integrales en salud.

### **Objetivos específicos**

1. Fortalecer la vigilancia comunitaria para la prevención del embarazo de alto riesgo, ITS/VIH/SIDA y violencia intra familiar
2. Incrementar la cobertura de atención de parto institucional a través de clínicas materno infantil
3. Fortalecer la planificación familiar, el control prenatal y de post parto en los servicios de salud.
4. Atender la seguridad alimentaria nutricional y de micro nutrientes para la mujer embarazada y lactante.

## **F. Estrategias**

Se incluirá un plan de comunicación social para lograr los siguientes objetivos: a) Dar a conocer al conjunto de personas que participarán en el Proyecto los objetivos, actividades, metodología y los resultados esperados, b) concienciar a la población en general, y a las mujeres en particular, sobre el Proyecto a fin de orientar la demanda hacia el mismo, con atención especial a promover la asistencia de la población femenina y grupos étnicos, en el caso de su existencia, y c) establecer procesos de proveeduría y auditoria social al nivel de las comunidades.

Se preverán recursos para un conjunto de actividades que incluyen: difusión por diferentes medios de comunicación existentes en la comunidad, difusión a través de eventos masivos tales como asambleas, foros comunitarios, talleres y jornadas de capacitación.

Estas actividades se ejecutarán en tres niveles: a) en el ámbito local y municipal incluyendo al Alcalde, el Consejo Municipal, las instituciones de servicio y otros grupos comunitarios y b) a nivel desconcentrado para asegurar los mecanismos de implementación y c) a nivel nacional incluyendo instancias gubernamentales, universidades y grupos profesionales y gremiales.

## **G. Proceso Tecnológico y/o Metodológico**

El Proyecto será ejecutado por la Secretaría de Salud con la descentralización de las acciones a través de los centros de salud de las comunidades beneficiarias. La participación local tendrá un papel muy importante, por medio de convenios con las municipalidades quienes, a su vez, serán apoyados por los mecanismos de desarrollo participativos locales para facilitar la participación de la comunidad por medio de organizaciones de grupos de mujeres, padres y madres de familia, parteras capacitadas, personal voluntario, ONGs y Municipalidades.

Para la ejecución del componente de infraestructura se coordinará con el FHIS y las municipalidades correspondientes.

Los procesos de seguimiento y evaluación serán ejecutados por los distintos niveles que intervienen dentro de la Secretaría de Salud, con apoyo cercano de los técnicos normativos.

## **H. Cobertura Geográfica (localización)**

La estrategia AIM ha sido diseñada para lograr una cobertura nacional, a través de la atención ambulatoria de las UPS. Estos lugares han sido seleccionados especialmente para la ubicación de las Clínicas Materno Infantiles (CMI) y los hogares materno infantiles, con miras a mejorar el acceso a la población beneficiaria y descongestionar los niveles de atención de mayor complejidad.

### **a. Microlocalización**

El Proyecto será ejecutado en las siguientes comunidades:

Guarita, La Iguala, Las Flores, La Unión, San Juan Guarita, San Rafael, Talgua, Tambla, Tomalá, Valladolid, San José, Concepción, Dolores, San José (La Paz)

### **b. Macrolocalización**

Los departamentos beneficiarios del Proyecto son los siguientes:

Lempira, Choluteca, Intibucá y La Paz

## **I. Cobertura Demográfica (Grupo Beneficiario: Directo e Indirecto)**

Se estima que con este Proyecto se dará atención a todas las mujeres en edad reproductiva (10 a 49 años) de la población total de 98,398 personas de las 14 comunidades en situación de pobreza.

**a. Los beneficiarios:**

**1. Beneficiarios Directos**

Las mujeres en edad reproductiva de la población total de 98,398 de las 14 comunidades beneficiarias del Proyecto.

**2. Beneficiarios Indirectos**

La población total de las 14 comunidades del Proyecto, y que corresponde a 98,398 personas.

**J. Indicadores de Proceso y de Impacto (en su defecto de resultado)**

**1. Indicadores de proceso:**

Estos indicadores permiten medir los insumos y productos del Proyecto. A través de estos se miden los avances en relación a las metas físico – financieras y se analiza la capacidad de gestión de las instancias vinculadas a su ejecución. Además de los indicadores utilizados para medir los resultados se utilizarán los siguientes:

1. Diez (10) clínicas materno infantil construidas y en funcionamiento
2. Cinco (5) hogares maternos construidos y en funcionamiento
3. No. de beneficiarias atendidas en la vida del Proyecto
4. Un (1) Plan de IEC elaborado e implementado para personal comunitario y de salud
5. No. de mujeres atendidas durante la vigencia del Proyecto
6. No. de atenciones a mujeres por año según demanda
7. Un (1) Comité Local de Vigilancia de la Atención a la Mujer, conformado y funcionando por Municipio
8. No. de municipios intervenidos por año
9. No. de casos de mortalidad materna analizados por el Comité Local de Vigilancia Materna

**2. Indicadores de impacto**

1. Reducción de la mortalidad materna por causas prevenibles (hemorragias, trastornos hipertensivos del embarazo, parto obstruido) a menos de 80 por 100,000 nacidos vivos
2. Incrementar la cobertura institucional del parto en un 70%
3. Lograr que al menos un 90% de las embarazadas reciban al menos un CPN
4. Lograr que el 50% de embarazadas de zonas rurales reciban al menos un CPN

5. Lograr un incremento de la cobertura de control puerperal igual o mayor a 50%
6. Lograr que el 100% del personal institucional que atiende las mujeres en las UPS apliquen correctamente normas, protocolos, flujogramas y listas de verificación
7. Reducir el número de embarazos con alta probabilidad de desarrollar complicaciones en 20%
8. Tasa anual de mortalidad materna por cada 1000 nacidos vivos
9. Índice de desarrollo humano de la mujer
10. Indicadores de metas diferenciados por género.

#### **K. Productos Esperados**

1. Personal institucional y comunitario capacitado y desarrollando actividades para la prevención de embarazos en adolescentes en el 100% de las UPS seleccionadas
2. Mujeres embarazadas captadas en las primeras 20 semanas de gestación y atendidas con suplementación de vitaminas
3. Casas comunitarias de salud atendiendo situaciones de parto y posparto
4. Programa de IEC para personal de salud y comunitario implementado
5. Programas educativos en planificación familiar funcionando
6. Programas educativos sobre prevención de las ITS/SIDA funcionando
7. Servicio de consejerías familiares fortalecidos para atender la violencia intrafamiliar
8. Proceso de seguimiento en las UPS, establecido y funcionado efectivamente
9. Financiamiento canalizado hacia el programa
10. Comités locales de vigilancia de la atención a la mujer y de la mortalidad materna, conformados y en funcionamiento
11. Acceso a la atención institucional del embarazo, parto y puerperio incrementado
12. Calidad de la prestación de servicios en la atención perinatal en el nivel institucional y comunitario, mejorado

#### **L. Duración**

El Proyecto tendrá una duración comprendida de mayo a diciembre de 2005.

## **LL. Plan de Monitoreo y Evaluación del Proyecto**

Se establecerá un sistema de monitoreo y evaluación que permita dar seguimiento a todas las actividades, tanto técnicas como financieras, establecidas dentro del Proyecto; para ello se diseñarán los instrumentos del sistema que permitan la toma de decisiones oportunas.

La base del sistema de monitoreo y evaluación serán los indicadores de proceso y los de impacto.

Para dar seguimiento a las acciones se realizarán monitoreos periódicos en los diferentes niveles de intervención, con el propósito de realizar realimentaciones de los procesos, que conduzcan a la toma de decisiones oportunas, de manera efectiva y real.

Las supervisiones serán parte del proceso de seguimiento y se realizará una evaluación ex ante que permita crear una línea de base capaz de establecer parámetros de comparación con una evaluación intermedia y una ex post del proceso. Las evaluaciones tendrán como base los indicadores de impacto, los productos o resultados finales y los monitoreos periódicos, como insumos de proceso. Se establecerán mecanismos de control contable financiero, de fácil manejo por las organizaciones correspondientes a nivel comunitario, que permitan la transparencia en el manejo de los recursos.

Las actividades de monitoreo y evaluación a la capacitación y aplicación de las normas de AIM y Emergencias Obstétricas serán permanentes y sistematizadas a través de un sistema estandarizado.

De manera estandarizada, se establecerá un sistema de monitorea, supervisión y evaluación que permita dar seguimiento a todas las actividades tanto técnicas como financieras establecidas dentro del proyecto, para ello se diseñarán los instrumentos del sistema que permita la toma de decisiones oportunas.

La base del sistema de monitoreo y evaluación serán los indicadores de proceso y los de impacto.

Para dar seguimiento a las acciones se realizarán monitoriza periódicas en los diferentes niveles de intervención, con el propósito de realizar retroalimentaciones, que conduzcan a la toma de decisiones oportunas y de manera efectiva y real.

Las supervisiones serán parte del proceso de seguimiento y se realizará una evaluación ex ante que permita crear una línea de base capaz de establecer parámetros de comparación con una evaluación intermedia y una ex post del proceso. Las evaluaciones tendrán como base los indicadores de impacto, los productos o resultados finales y las monitorías periódicas como insumos de proceso.

.

Se establecerán mecanismos de control contable financiero que permitan la transparencia en el manejo de los recursos.

Se conformará un **Comité de Auditoría Social** compuesto por miembros de la Sociedad Civil para vigilar la adecuada ejecución del proyecto tanto en la parte técnica como financiera. Este Comité saldrá de la iniciativa local acompañado de la asesoría del CCERP.

### M. Cronograma de Actividades

A continuación se presenta la propuesta de Cronograma de Actividades del Proyecto

Componente/ Actividad	Duración (Meses)									Responsable	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<b>Componente 1: Estudio de Preinversión</b>											
1. Realización de un diagnóstico en las comunidades del Proyecto	X										
<b>Componente 2: Atención Integral de la Mujer</b>											
2. Control post parto, especialmente en los primeros 10 días del post parto											X
3. Se conformará previamente un Comité de IEC para la Atención a la Mujer											Secretaría de Salud
4. Promoción de la atención integral por medio de diferentes medios de comunicación o medios alternativos, tales como: radio novela, trifoldios, rotafolio y calendario	X										Secretaría de Salud y ONGs participantes
5. Detección y referencias de las mujeres que requieren atención	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Personal de los CESAMOS y CESARES
<b>Componente 3: Vigilancia Epidemiológica</b>											
6. Vigilancia de casos de muerte materna, a través del fortalecimiento de los comités de vigilancia de la muerte materna.	X										Secretaría de Salud y ONGs participantes

7. Conformación de comités locales de vigilancia de la mortalidad materna y de la atención a la mujer en cada comunidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Secretaría de Salud, con la participación de la comunidad
<b>Componente 4: Infraestructura</b>										
8. Ampliación y/o construcción de las clínicas materno infantiles como respuesta de atención a la mujer									X	Secretaría de Salud
<b>Componente 5: Monitoreo y Evaluación de las acciones del Proyecto</b>										
9. Elaboración del Plan de Monitoreo y Evaluación	X									Secretaría de Salud
10. Realización de las actividades de Monitoreo del Proyecto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Secretaría de Salud
11. Realización de las actividades de Evaluación del Proyecto			X			X			X	Secretaría de Salud
12. Elaboración del Informe Final de Ejecución del Proyecto									X	Secretaría de Salud
13. Elaboración del Plan de Sostenibilidad del Proyecto	X	X								Secretaría de Salud
14. Realización de actividades de sostenibilidad del Proyecto									X <sup>1</sup>	Secretaría de Salud

## N. Propuesta de sostenibilidad

La reforma del sector salud, con el mejoramiento y ampliación de los servicios, comprende también la descentralización hacia los municipios y las comunidades, convirtiéndolos en participes activos y responsables, factores que son determinantes para la sostenibilidad.

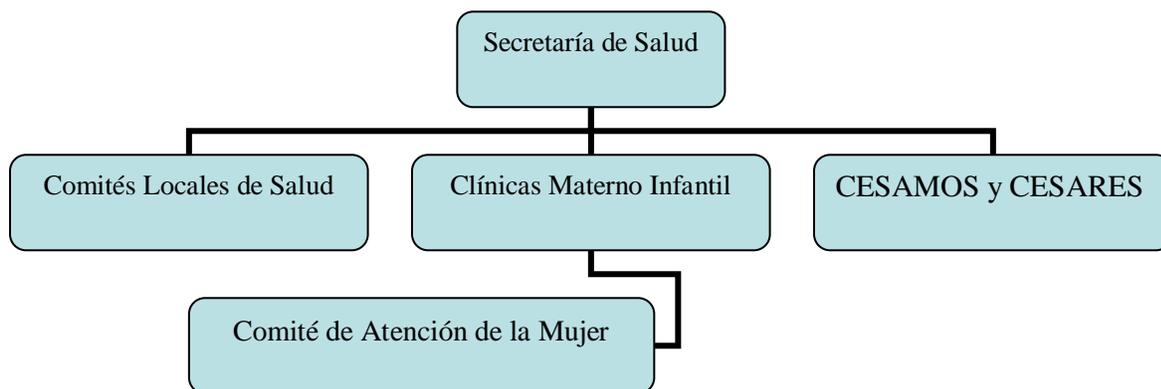
La sostenibilidad del Proyecto se basa en el buen funcionamiento de las redes locales, UPS, y de su reforzamiento a través de las instancias centrales y descentralizadas de salud. La concientización y la capacitación continua serán clave para la sostenibilidad del Proyecto.

<sup>1</sup> Las actividades de sostenibilidad serán realizadas después de la finalización del Proyecto. En el último mes de ejecución del mismo se realizarán las actividades preliminares para garantizar su ejecución en el tiempo.

## Ñ. Organización y estructura organizativa del Proyecto

El Proyecto será ejecutado por la Secretaría de Salud, con el apoyo de las instancias descentralizadas a nivel local, Consultores y Asesores, Comités de Desarrollo Municipal (CODEM) y Departamental, Corporaciones Municipales, las Confederaciones y las ONGs locales relacionadas con la temática de la salud.

El organigrama que se propone para la ejecución del Proyecto es el siguiente:



## O. Factores críticos de éxito

1. Se implementa una política descentralizada para la Atención Primaria en Salud y atención Integral de la Mujer teniendo como orientación estratégica la participación comunitaria, de ONG's y gobiernos locales, en la atención y la gestión en salud.
2. Se promueve la organización comunitaria y su incorporación en la planificación municipal para articular la demanda para servicios básicos de salud y establecer la estructura organizativa para su gestión a través de la conformación de Comités de Vigilancia de Mortalidad Materna y de la Atención a la misma.
3. El proyecto establece una oferta de servicios. Los contenidos y las modalidades de ejecución ESPE

## **P. Ejes transversales**

Los ejes transversales que se están considerando en el Proyecto son los siguientes:

Descentralización y desarrollo local:

El sistema de salud municipal debe ir acorde a la problemática de cada comunidad, en donde, según las condiciones climáticas, las distancias de centros urbanos, los niveles de pobreza y otros elementos que interfieren en la condición humana, hacen la diferencia. En este sentido, las responsabilidades en este campo no le corresponden sólo a la Secretaría de Salud, sino que también a las Alcaldías Municipales quienes están llamadas a jugar un papel fundamental en la preservación de la salud de sus ciudadanos.

La participación comunitaria:

La comunidad, concientizada y organizada en los mecanismos de desarrollo locales, puede afrontar los retos del Proyecto. Su participación activa será un eje transversal importante del Proyecto.

La equidad de género y la calidad en la vigilancia en salud:

La mujer recibirá una atención prioritaria en el marco del Proyecto, sobre todo la mujer en edad reproductiva y además, soltera-jefa de familia, y que tiene que trabajar arduamente para asegurarles el sustento alimenticio a sus hijos.

El Proyecto tiene un claro enfoque de género ya que las acciones están directamente dirigidas a las mujeres en edad fértil. La equidad de género se entiende como el reconocer las necesidades específicas que tienen en materia de salud tanto hombres como mujeres.

La calidad, en forma práctica se entiende como “hacer lo correcto”, “hacerlo bien”, tomándose como dimensiones de la calidad para efectos de este Proyecto, el desempeño técnico, la eficacia de la atención, el acceso a los servicios de salud, las relaciones interpersonales, la continuidad de la atención, la infraestructura física, la comodidad y la elección de la aplicación de la medida de prevención o la medida de intervención en salud.

## **Q. Análisis Ambiental**

Al inicio del Proyecto se realizará un diagnóstico ambiental con la participación de la Secretaría de Recursos Naturales en coordinación con las Municipalidades involucradas en el Proyecto. Según los resultados del diagnóstico, se elaborará un Plan de Intervención Ambiental al inicio, durante y al finalizar el Proyecto.

## R. Viabilidad del Proyecto

El Proyecto Atención Integral de la Mujer toma las experiencias exitosas logradas por la Secretaría de Salud en la ejecución de programas y proyectos similares.

## IV. Propuesta Financiera

### A. Cuadro Consolidado de Costos según Componente, Rubro Principal y Fuente de Financiamiento

Componente	Institución	Lempiras	Fuente de Financiamiento
Estudios de Preinversión	Secretaría de Salud/ Municipidades	0.5000	ERP y Comunidades
Atención Integral a la Mujer	Secretaría de Salud/ Municipidades	2,0305	ERP y Comunidades
Información, Educación y Comunicación	Secretaría de Salud/ Municipidades	1.05915	ERP y Comunidades
Vigilancia Epidemiológica	Secretaría de Salud/ Municipidades	1.05915	ERP y Comunidades
Infraestructura	Secretaría de Salud/ Municipidades/FHIS	1.4122	ERP y Comunidades
Monitoreo y Evaluación Y Auditoría Social	Secretaría de Salud/ Municipidades/FHIS/ Sociedad Civil	0.5000	ERP y Comunidades
Sostenibilidad	Secretaría de Salud/ Municipidades/FHIS/ Sociedad Civil	0.5000	ERP y Comunidades
Costo total		7.061	HIPC y Aporte Local
Aportes por obtener		6.140	HIPC
Contrapartida local		0.921	Aporte Local