

La cooperación en salud y nutrición de la oficina de Unicef en Honduras: desafíos y oportunidades para el bienio 2014 - 15

El Plan bianual de cooperación esta en ejecución y salud y nutrición forma parte del Programa 01. El año 2013 fue un escenario de ejecución rápida de recursos caracterizado por la identificación de tres ejes de acción prioritarios y dos estrategias. A saber, ejes de acción: iniciativa de hospitales amigos de la niñez, vigilancia nutricional e interrupción de la trasmisión vertical del Vih. Estrategias: movilización de recursos y búsqueda de nuevos socios, especialmente aquellos que representaban una plataforma para la multiplicación de los recursos e intereses de Unicef.

A partir de esta experiencia, propongo que el foco principal de la cooperación de la CO debe concentrarse en la promoción del derecho a la salud en el escenario comunitario, apoyando al país en la implementación en curso de un modelo de promoción de la salud materna e infantil, privilegiando a las poblaciones indígenas y afro descendientes y las estrategias y acciones esenciales para la supervivencia infantil, tanto en lo que se refiere a sus causas inmediatas como a sus factores contribuyentes; fomentando simultáneamente estilos de vida, entornos y establecimientos públicos proveedores de servicios, a favor de la promoción de la salud.

La cooperación de Unicef debe promover la constitución de alianzas y sociedades a favor de la supervivencia infantil, el desarrollo de las capacidades de análisis para la conducción de la respuesta social, sectorial e institucional y la armonización, alineamiento y convergencia de los programas de intervención auspiciados por el Gobierno, la Sociedad Civil y la Cooperación Internacional.

La cooperación de Unicef debe combinar abogacía, cabildeo e incidencia, planificación estratégica y actuación local, buscando como incrementar su influencia en los tomadores de decisiones del más alto nivel. La generación de efectos demostrativos en el ámbito local juega un rol relevante en este sentido, demostrando que es posible hacer realidad el derecho a la salud de niños, adolescentes y mujeres, con un alto compromiso ciudadano con la salud y nutrición más políticas públicas apropiadas adecuadamente presupuestadas.

Para estos fines debe promover el uso de evidencias ya disponibles, producir conocimiento, sistematizar experiencias; organizar y/o fortalecer salas de situaciones, el uso de tableros de mando y sistemas de seguimiento y evaluación de políticas públicas, desarrollar efectos demostrativos, sobre todo, en las regiones de Comayagua, La Paz, Intibuca, Lempira, Gracias a Dios e Islas de la Bahía; territorios que concentran las tasas más altas de mortalidad infantil.

Los puntos de partida deben ser las estrategias nacionales ya definidas y la legislación disponible, acompañadas de una reflexión crítica sobre su implementación como un insumo para su gradual perfeccionamiento. Cuando exista la oportunidad, la experiencia internacional de Unicef debe proponerse¹.

La puesta en práctica de los conceptos descritos debe ir acompañada de una estrategia de comunicación que le proporcione visibilidad política a las contribuciones de Unicef para el abordaje de los problemas de salud y nutrición de las (os) adolescentes, embarazadas, recién nacidos y menores de cinco años.

El desafío operacional es aprovechar las oportunidades que ofrecen la preparación del informe anual y el MTR para revisar los IR 1 y 2, realizando un balance de factibilidad y viabilidad de sus contenidos programáticos a la luz de los desafíos y oportunidades para el bienio 2014 – 15 que se esbozan en este abordaje.

Análisis de situación, racionalidad y visiones de futuro

Dr. Mariano Salazar C
Oficial de Salud y
Nutrición

15 de Noviembre, 2013

V 1.0

Contenido

Análisis de situación	2
Breves antecedentes históricos e inmediatos	2
Generalidades sobre el país	2
La economía hondureña	3
El sistema de salud hondureño	4
Ejemplos de problemas de salud pública relevantes en la agenda de Unicef Honduras	6
Ejemplo de efectos generales para el programa de cooperación de Unicef	10
Racionalidad actual del componente de salud y nutrición y perspectivas	12
Propósito	12
Congruencia con las Prioridades Estratégicas de Medio Término y ejes de apoyo al Gobierno	13
El programa de Cooperación en Acción	13
Lecciones aprendidas	15
Ideas fuerza para una visión de futuro	16
Programa de Cooperación 2014 – 2015: mapa preliminar de socios y tópicos	17
Pensando en voz alta: a manera de reflexiones de cierre	24
Anexos	25
02 - Datos esenciales (Propuesta recibida y resultados ejercicio FODA) para el análisis del caso “Perspectivas de sociedad con el Proyecto ACCESO (US AID)”	25

Índice de tablas

Tabla 1: indicadores básicos de Honduras, 2012	7
Tabla 2: Indicadores para las metas de desarrollo del milenio, 2012	8
Tabla 3: Cambios estratégicos para acelerar el progreso a favor de la supervivencia infantil	12

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Tendencias en la desnutrición en los niños. Porcentaje de niños menores de 5 años con: desnutrición crónica, aguda, global y sobrepeso, 2006 y 2012.....	9
Ilustración 2: Mortalidad infantil y en la niñez por mil nacidos vivos, 2012	12

Análisis de situación¹²

Breves antecedentes históricos e inmediatos³

Honduras se ha caracterizado en los últimos cien años por su inestabilidad y por la frecuencia con que las crisis políticas se han resuelto por la vía de golpes de Estado o cruentos levantamientos armados, especialmente durante la primera mitad del siglo XX.

Los sucesos políticos del verano de 2009 afectaron el proceso de construcción gradual de la democracia y la legitimidad de la vía electoral inaugurados a principios de los años ochenta, mostrando entre otros aspectos, que la institucionalidad ganada por el ejercicio parlamentario y de un sistema de partidos fuertemente institucionalizados y en pleno funcionamiento, se vio fácilmente expuesta y debilitada, dejando al descubierto la fragilidad de las instituciones y sus debilidades para procesar de manera institucional los emergentes conflictos sociales y políticos. En consecuencia, el país derrapó hacia una polarización en lo político, social y económico, con sucesivas crisis de gobernabilidad en las principales instituciones del sector salud socias de UNICEF.

Generalidades sobre el país

Honduras se encuentra ubicada justo al medio de Centro América, con límites al nororiente con Guatemala y Belice, al suroeste con El Salvador y al sudeste con Nicaragua. Tiene una extensión territorial de 112,492 Kms² con una población para el 2011 de 8.215.313 habitantes y una densidad poblacional de 73 personas por kilómetro cuadrado.

El tamaño de la población hondureña experimentó un rápido crecimiento en las últimas décadas, de acuerdo a los datos de los últimos censos de población y vivienda realizados en el país. En 1950 la población era de 1.3 millones de habitantes que se incrementó a 1.8 millones para 1961, a 2.6 para 1974, a 4.2 para 1998, llegando a 6.0 millones en 2001. Este último incremento representa 30 por ciento con respecto a 1988. Lo anterior significa que en los últimos 53 años la población creció en casi cinco veces su tamaño. Este ritmo de crecimiento constituye un desafío en materia de implementación de políticas sociales para hacerle frente a la satisfacción de necesidades básicas de esta población. En general, la tendencia de la tasa de crecimiento de la población va en descenso. Los datos del censo de población del 2001 indican que en el último periodo intercensal (1988-2001), la tasa de crecimiento fue de 2.7 por ciento, es decir, que cada año aumentaban 27 personas por cada mil habitantes.

El aumento de la población en las áreas urbanas se ve agravado por los flujos migratorios desde el campo a la ciudad, para compensar necesidades insatisfechas que no necesariamente son suplidas pues también en las ciudades hay hacinamiento, falta de acceso a los servicios básicos como agua, luz y saneamiento básico y, en general, existen condiciones precarias de vida.

El país política y administrativamente se divide en 18 departamentos: Atlántida, Colón, Comayagua, Copán, Cortés, Choluteca, El Paraíso, Francisco Morazán, Gracias a Dios, Intibucá, Islas de la Bahía, La Paz, Lempira, Ocotepeque, Olancho, Santa Bárbara, Valle y Yoro.

¹ En todos los casos, las citas de las referencias bibliográficas, están realizadas en sentido "latu sensu"

² A excepción que se mencione lo contrario, los siguientes aspectos del análisis de situación: generalidades sobre el país, la economía hondureña y el sistema de salud hondureño, están basados en la ENDESA 2011 – 12.

³ Elaboración propia a partir de "Comisión de la verdad. Informe de la Comisión de la verdad, 2013".

El idioma oficial es el español, aunque existe diversidad étnica donde algunos grupos conservan su lengua nativa como los garífunas y los misquitos ubicados en la zona de la costa atlántica de Honduras.

La economía hondureña

Durante el 2011, la actividad económica continuó desarrollándose positivamente, al registrar una tasa de crecimiento en términos constantes de 3.6 por ciento superior a la del 2010 que fue de 2.8 por ciento, esto como resultado de los estímulos proporcionados por la expansión de la demanda interna y externa, que incentivaron el desempeño de las diferentes actividades productivas, especialmente la prestación de servicios de comunicaciones y transporte, así como la producción de bienes de origen agropecuario e industrial. Cabe mencionar, que ese aumento fue coherente con el rango establecido por el Programa Monetario 2011-2012 del Banco Central (entre 3.0 y 4.0 por ciento).

El Sector Agropecuario creció en 5.6 por ciento respecto al 2010 que fue de 1.8 por ciento, influenciado por el comportamiento positivo del Café, motivado por los altos precios en el mercado internacional, aun cuando la producción del maíz, frijol, sorgo, plátano, caña de azúcar y palma africana presentó una leve caída de 0.2 por ciento explicado por las lluvias ocasionadas por la tormenta tropical 12 que ocasionó daños en las zonas sembradas en los departamentos de Choluteca, Olancho, Valle, El Paraíso, Francisco Morazán e Intibucá.

Asimismo, los servicios de Intermediación Financiera registraron una variación de 3.5 por ciento, superior en 2.0 por ciento a la observada el año anterior, debido a la mejoría en el sistema financiero nacional dada la mayor actividad económica. Es de señalar que la Industria Manufacturera creció en 4.2 por ciento en relación al 2010 que fue de 4.0 por ciento como consecuencia del alza en la exportación neta de bienes para transformación; igualmente, por la producción de cemento y varilla, derivados del desarrollo en la actividad de construcción.

En el análisis por el enfoque del gasto, el crecimiento de la economía hondureña fue producto del mayor nivel de demanda interna, la cual alcanzó una variación interanual de 6.1 por ciento (5.1 por ciento en el año previo). El gasto de consumo total mostró una expansión de 2.2 por ciento ocasionada por el aumento en el consumo privado de 3.4 por ciento el cual estuvo relacionado a mayores ingresos, por el alza en los precios internacionales del café, al dinamismo de la actividad económica nacional y externa, que generaron mejores ganancias y el crecimiento de las remesas familiares en 7.8 por ciento. Por el contrario, el consumo público denotó una baja de 3.6 por ciento, producto de las reducciones en el pago de los sueldos y salarios, así como en la compra de bienes y servicios por parte del Gobierno.

Las últimas cifras disponibles (INE, Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, Mayo 2012), indican que el desempleo abierto disminuyó de 4.3 por ciento en 2011 a 3.6 por ciento en 2012. La tasa de subempleo visible para el 2012 fue de 10.4 por ciento, el subempleo invisible se incrementó pasando de 36.3 en el 2011 a 43.6 por ciento en el 2012. La mayor fuente de empleo continúa siendo el sector agrícola que para el 2012 absorbió el 37.1 por ciento de los empleos, seguido del comercio 21.9 por ciento, asimismo la industria manufacturera atrajo el 13.4 por ciento y los servicios comunales, sociales y personales el 14 por ciento.

Por su parte, la tasa de inflación interanual tuvo una leve desaceleración al reportar 5.6 por ciento al cierre de 2011 producto de los esfuerzos de la autoridad monetaria tendientes a salvaguardar el valor interno y externo de la moneda nacional, pese a los incrementos observados en los precios de los combustibles, de algunos productos alimenticios, pasajes de transporte, alquiler de vivienda, entre otros. Los países que registraron mayores tasas de inflación interanual durante 2011 fueron Nicaragua con 8.0 por ciento y República Dominicana con 7.8 por ciento, seguidos de Guatemala con 6.2 por ciento, Honduras con 5.6 por ciento, El Salvador con 5.1 por ciento y Costa Rica con 4.7 por ciento.

La principal fuente de ingresos para el Gobierno Central durante el 2011 fue la de ingresos corrientes, dentro de los cuales continúan teniendo mayor representatividad los ingresos tributarios, al participar con 92.6 por ciento.

El saldo de la deuda externa de Honduras para el año 2011 fue de US\$4,259.5 millones, superior en US\$486.9 millones al de finales del año anterior (US\$3,772.6 millones). Tendencia explicada por desembolsos netos de US\$500.1 millones y al ajuste cambiario negativo de US\$13.2 millones, originado por la depreciación del dólar estadounidense frente al Euro y a los Derechos Especiales de Giro (DEG).

El sistema de salud hondureño

El Sistema de Salud Hondureño está conformado por todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud de la población, incluye organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales, y los proveedores de servicios. El sistema de salud hondureño es un sistema mixto, constituido básicamente, por el sector público: Secretaría de Salud (SESAL), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el sector privado, con y sin fines de lucro.

La Secretaría de Salud, brinda servicios a la población de escasos recursos económicos, sin embargo acuden personas de todos los niveles sociales; el IHSS brinda servicios de salud a la población trabajadora y a sus beneficiarios afiliados al sistema de aseguramiento.

Se estima que el 82 por ciento de la población tiene acceso a los servicios de salud, 60 por ciento a través de la Secretaría de Salud, 12 por ciento por parte del Instituto Hondureño de Seguridad Social y un 10 por ciento por el sector privado.

Según datos del Área de Sistemas de Información de la Secretaria de Salud, la red con mayor número de establecimientos del país pertenece a la Secretaría de Salud, red que actualmente cuenta con 1587 Unidades de Salud, 28 hospitales, 68 clínicas materno infantil (CMI), 444 CESAMO, 3 CLIPER y 1044 CESAR.

El IHSS cuenta con 2 hospitales y 18 establecimientos de atención ambulatoria. El subsector privado, ONGs y otras instituciones administran 108 hospitales y 820 establecimientos ambulatorios.

Actualmente en el país existen un total de 7,588 camas hospitalarias (0.97 camas por mil habitantes) distribuidas así: 5,201 camas en los hospitales de la Secretaria de Salud, 634 camas en el IHSS, 1652 en el subsector privado lucrativo y 101 en ONGs y otras instituciones. En términos de personal de salud, se estima que existen 1 médico, 0.34 enfermeras profesionales, 1.3 auxiliares de enfermería y 0.15 odontólogos por cada 1,000 habitantes.

Para el ejercicio fiscal del año 2012 el origen del financiamiento de la Secretaria de Salud proviene en un 87 por ciento (Lps. 9,206,429,952) de los fondos del Tesoro Nacional, el 13 por ciento (Lps.1,379,693,590) de Créditos Externos, el 2.5 por ciento de Donaciones (Lps. 260,975,524) y el 0.8 por ciento (Lps. 89,900,000) proviene del Alivio de la Deuda Nacional, para un total de Lps. 10,586,123,542.

En el año 2004 se promulgó la Ley de Departamentalización de la Secretaría de Salud que establece el reordenamiento en tres niveles: Nacional, Regional y Áreas y se crean 18 regiones sanitarias departamentales (una por cada departamento que corresponde a la división geográfica del país) y 2 regiones metropolitanas ubicadas en Tegucigalpa y San Pedro Sula. Además, se transfieren responsabilidades administrativas a las regiones de salud en el ámbito de contratación de personal y ejecución financiera.

La Visión de País 2010-2038 y el Plan de Nación 2010-2022, formulado por el actual gobierno tiene como objetivo 1: “Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social”, y en la meta 1.4 establece “Alcanzar el 95 por ciento de cobertura de salud en todos los niveles del sistema.”

El Plan Nacional de Salud 2010-2014, plantea la Reforma del sector salud a partir del reconocimiento de que la misión o razón de ser del Sistema Nacional de Salud consiste en proteger y mejorar, con equidad, el nivel de salud de la población. Presupone que el conjunto de entidades que conforman el sistema actúen en forma sinérgica, para provocar el mayor impacto positivo posible sobre la salud, corrigiendo las fallas o desviaciones que puedan producirse en el proceso, y garantizando que las mejoras en el nivel de salud se den en mayor grado en aquellos segmentos de la población más vulnerables.

Honduras está actualmente en una transición epidemiológica, en la que coexisten enfermedades endémicas de tipo infecciosa, parasitaria y vectorial, con las llamadas enfermedades emergentes como el VIH/Sida, lesiones, accidentes, enfermedades crónicas degenerativas y las reemergentes como la tuberculosis y malaria.

La Secretaría de Salud conduce las principales estrategias de salud a nivel nacional y local, para lo cual la administración del nivel central tiene como órganos de línea varios programas de salud con responsabilidad normativa y de apoyo técnico a los niveles regionales de la misma.

En el país, de acuerdo con lo enunciado en la Constitución de la República se reconoce el derecho a la protección de la salud y que es deber de todos participar en la promoción y preservación de la misma, Desde el año 2008 está impulsando la política denominada **Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez 2008-2015** (RAMNI) para continuar el desarrollo de acciones integradas para mejorar la salud materna y de la niñez.

La Planificación Familiar es prioritaria dentro del marco amplio de salud reproductiva con enfoque de prevención de riesgos para la salud de todo hombre y mujer que tienen derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos con pleno respeto de su dignidad.

Adicionalmente, el país cuenta con políticas nacionales con enfoque sectorial orientadas a fomentar la salud de la población a lo largo de su ciclo de vida, como son: Política de Salud Materno Infantil, Política de Nutrición, Política de Salud Mental, Política de la Mujer, Política de Salud Sexual y Reproductiva, Política de Sangre, Política de Medicamentos y Política para la Prevención de la Discapacidad entre otras.

También el país ha suscrito diversos compromisos y convenios internacionales en áreas específicas como el Convenio Marco de Tabaco (CMT), la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS 2001) sobre el VIH / Sida. Recientemente se ha sumado a la iniciativa de “Una Promesa renovada para las Américas: Reduciendo las inequidades en la salud reproductiva, materna e infantil”.⁴

La Secretaria de Salud continúa avanzando en la extensión de cobertura a través de la gestión descentralizada para la provisión de servicios de salud. En el año 2012 se atendió una población aproximada de 888,306 habitantes a través de 28 gestores en 64 municipios ubicados en 14 departamentos del país.

⁴ Esta última frase es una adición a la referencia citada.

No obstante los avances descritos anteriormente, es preciso intensificar esfuerzos para fortalecer la capacidad del ente rector, a fin de garantizar la adecuada implementación y cumplimiento de las políticas y convenios, verificar su impacto y formular nuevas políticas públicas de salud.

En Honduras, en 1991 se crea el programa nacional de atención integral a la mujer, en el año 2009 se actualiza la norma del mismo con la evidencia científica disponible y basados en los datos mostrados en la ENDESA 2005-2006 y como resultado de esto se diseña e implementa la Estrategia Metodológica de Planificación Familiar cuya finalidad es fortalecer los Servicios en las Unidades de Salud. El 25 de Agosto del 2010 se publican las Normas y Procedimientos de Atención para: Planificación Familiar, Climaterio/Menopausia, Infertilidad, bajo el Acuerdo 2472 del Secretario de Estado en el Despacho de Salud.

Los indicadores básicos del país y el comportamiento de los indicadores asociados a las metas del milenio, pueden apreciar en las páginas siguientes.

Ejemplos de problemas de salud pública relevantes en la agenda de Unicef Honduras⁵

El embarazo en adolescentes⁶, la desnutrición crónica y la mortalidad infantil son problemas de salud pública interrelacionados a los cuáles Unicef debe brindarles una atención preferencial de acuerdo a su mandato y la nueva visión promovida por la Agencia para el abordaje de salud y nutrición en los países consignada en la iniciativa “Una promesa renovada para Las Américas: reduciendo las inequidades en la salud reproductiva, maternal e infantil”.

Estos grandes problemas de salud pública están condicionados por factores estructurales y de otra índole ligados a la pobreza, las condiciones de reproducción social y la provisión y cobertura de servicios públicos esenciales para las familias y las comunidades donde estos grupos vulnerables están inscritos. Estos condicionantes y determinantes afectan la práctica de estilos de vida saludables y el acceso a entornos saludables.



El embarazo en adolescentes está influenciado por el modelo patriarcal existente en la sociedad hondureña, la deprivación en términos de los niveles educación (Ausente o reducida a los tres primeros grados de primaria), la residencia en el área rural y la pertenencia al quintil de riqueza inferior.

⁵ Otros, como por ejemplo, la violencia como problema de salud pública que afecta directamente a los adolescentes como causa de muerte y que produce una degradación de entornos potencialmente saludables para la convivencia y la adquisición de valores positivos para la vida, y la interrupción de la transmisión vertical del VIH que afecta a los recién nacidos, no se analizan en este documento, aunque en un caso (VIH) forma parte del programa de cooperación y en el segundo caso (violencia) es abordado desde otro programa de la la propuesta de cooperación de Unicef para el país.

⁶ El embarazo en adolescentes está considerado como un factor contribuyente relevante para la supervivencia infantil en conjunto con la educación de las madres, agua, saneamiento e higiene y mortalidad materna; desde la perspectiva de la propuesta “El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada”, que ha sido suscrito por el país.

Tabla 1: indicadores básicos de Honduras, 2012

Indicadores básicos	2001	2005-2006	2011-2012
Población de la muestra			
Mujeres de 15 a 49 años	8,362	19,948	22,757
Niños vivos de 12-23 meses	795	1,916	2,127
Niños vivos menores de 5 años	6,624	9,595	10,167
Fecundidad			
Tasa global de fecundidad para la población total ¹	4.4	3.3	2.9
Área urbana	3.3	2.6	2.5
Área rural	5.6	4.1	3.5
Deseo de Tener Hijos			
Porcentaje de mujeres en unión:			
<i>Que no desea tener más hijos (excluyendo las mujeres esterilizadas)</i>	23.8	36.9	32.6
<i>Desea esperar 2 o más años</i>	nd	26.4	31.1
Planificación Familiar entre las Mujeres Actualmente Unidas			
Porcentaje de mujeres que actualmente usa un método	61.8	65.2	73.2
Área urbana	70.4	69.9	75.9
Área rural	54.6	60.8	70.7
Métodos modernos	50.8	56.4	63.8
Esterilización femenina	18.0	21.2	22.3
Píldora	10.4	11.3	11.9
Dispositivo intrauterino (DIU)	9.6	6.6	6.8
Inyección	9.6	13.8	18.1
Condón	3.2	2.9	4.3
Métodos tradicionales	11.0	8.9	9.4
Ritmo	4.4	3.0	2.8
Retiro	6.4	5.8	6.4
Otros	0.2	0.1	0.1
Mortalidad Infantil			
Tasa de mortalidad infantil ²	34	25	24
Área urbana	29	24	25
Área rural	38	33	23
Atención Materna			
Porcentaje de nacimientos en los últimos cinco años cuyas madres:			
<i>Recibieron atención por médico en el embarazo más reciente</i>	nd	70.7	77.2
<i>Recibieron por lo menos dos vacunas antitetánica durante el embarazo más reciente</i>	nd	69.7	72.4
<i>Recibieron atención por médico durante el parto</i>	nd	63.7	79.0
<i>Tuvieron el parto en establecimiento de salud</i>	55.2	66.5	82.7
Vacunación			
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad con carné de salud infantil Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha recibido: ³	87.2	84.9	89.7
BCG	98.2	98.4	99.1
Penta/DPT (las tres dosis)	90.6	92.8	95.2
Sabin (las tres dosis)	91.1	87.7	95.6
SRP	83.1	85.4	87.7
Todas las vacunas ⁴	77.7	74.9	84.5
Prevalencia y Tratamiento de la Diarrea en Menores de 5 Años			
Porcentaje de niños con diarrea ⁵	22.5	15.5	17.8
Niños con diarrea tratados con sales de rehidratación oral (SRO) ⁶	29.6	55.7	59.7
Niños con diarrea que recibieron Terapia de Rehidratación Oral (TRO) ⁶	37.1	66.8	71.2
Lactancia y Nutrición en la Niñez			
Porcentaje de niños menores de 2 meses con lactancia exclusiva	nd	42.9	44.7
Porcentaje de niños de 0 a 5 meses con lactancia exclusiva	34.9	29.7	31.2
Porcentaje de niños con desnutrición crónica ⁷	32.9	30.0	22.6
Porcentaje de niños con desnutrición global ⁸	16.6	8.3	7.0

nd = No disponible

1 Para los tres años que precedieron la encuesta (estimación del número de hijos promedio por mujer al final del período reproductivo con las tasas actuales de fecundidad por edad)

2 Defunciones durante el primer año de vida por cada mil nacidos vivos para los cinco años anteriores a la encuesta para el 2001. En el 2005-2006 el total nacional se refiere a los 6 antes de la encuesta y a los diez para el área urbana y rural.

3 Información obtenida del carné de salud infantil y de la información proporcionada por la madre

4 Incluye BCG, tres dosis de Sabin, tres dosis de Pentavalente, y SRP.

5 Menores de cinco años cuyas madres declararon que el niño estuvo enfermo durante las dos semanas anteriores a la encuesta

6 Para el 2001 solamente incluye Litrosol. Para el 2005-2006 incluye Litrosol, otras SRO y otros líquidos o sueros comerciales como Pedialite u Oralite

7 Porcentaje de niños menores de cinco años con talla inferior a la esperada para su edad siguiendo el patrón internacional de la OMS

8 Porcentaje de niños menores de cinco años con peso inferior al esperado para su edad siguiendo el patrón internacional de la OMS

La cooperación en salud y nutrición de la oficina de Unicef en Honduras: Desafíos y oportunidades para el bienio 2014 - 2015

Tabla 2: Indicadores para las metas de desarrollo del milenio, 2012

	Valor			
	Femenino	Masculino	Total	
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre				
evalencia de desnutrición aguda (peso para la talla) en menores de 5 años	6.4	7.7	7.0	
2. Alcanzar educación primaria universal				
2.1 Tasa neta de asistencia a educación primaria ¹	94.3	93.0	93.6	
2.3 Tasa de alfabetismo para personas de 15-24 años ²	96.5	95.0	95.8	
3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer				
3.1a Razón de niñas a niños en educación primaria ³	na	na	0.97	
3.1b Razón de mujeres a hombres en educación secundaria ³	na	na	1.19	
3.1c Razón de mujeres a hombres en educación terciaria ³	na	na	1.11	
4. Reducir la mortalidad en la niñez				
4.1 Tasa de mortalidad en la niñez ⁴	28	30	29	
4.2 Tasa de mortalidad infantil ⁴	23	24	24	
4.3 Proporción de niños/niñas de 1 año vacunados contra el sarampión	87.5	87.9	87.7	
5. Mejorar la salud materna				
5.2 Proporción de nacimientos atendidos por profesional de salud especializado ⁵	na	na	96.8	
5.3 Tasa de prevalencia anticonceptiva ⁷	73.2	na	na	
5.4 Tasa de natalidad de adolescentes ⁸	101	na	na	
5.5a Cobertura de atención prenatal: por lo menos una visita por profesional de salud especializado	96.6	na	na	
5.5b Cobertura de atención prenatal: por lo menos 4 visitas por proveedores	88.9	na	na	
5.6 Necesidad insatisfecha de planificación familiar	9.7	na	na	
6. Combatir VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades				
6.2 Uso de condón en la última relación de alto riesgo: jóvenes 15-24 años ⁹	36.4	67.1	51.8	
Porcentaje de la población de 15-24 años con conocimiento comprensivo del VIH/SIDA ¹⁰	33.1	34.7	33.9	
6.4 Razón de asistencia escolar de huérfanos y de no huérfanos de 10-14 años	1.03	0.82	0.91	
		Valor		
		Urbana	Rural	Total
7. Asegurar un ambiente sostenible				
7.8 Porcentaje de la población con una fuente mejorada de agua para beber ¹²	98.3	81.6	89.8	
7.9 Porcentaje de la población con acceso a servicio sanitario mejorado ¹³	75.8	58.8	67.1	

na = No aplicable

1 La tasa está basada en la asistencia informada, no en matrículas, en educación primaria entre niños/as en edad para educación primaria (6-10 años). La tasa también incluye niños/as en edad para primaria que están asistiendo a la escuela secundaria. Esto representa el Indicador 2.1 de MDM, la tasa neta de asistencia.

2 Se refiere a entrevistados/as que asistieron a escuela secundaria o superior o quienes pueden leer una frase completa o parte de la frase.

3 Basado en la asistencia neta informada, no en matrículas brutas, entre niños/as de [6-10] años para primaria y [11-15] años para secundaria y [16-20] para terciaria.

4 Expresada en términos de muertes por 1,000 nacidos vivos. La mortalidad por sexo es para un período de referencia de 10 años antes de la encuesta. Las tasas combinadas de mortalidad para hombres y mujeres se refieren a período de 5 años antes de la encuesta.

5 Expresada en términos de de muertes maternas por 100,000 nacimientos en el período de 7 años que precedieron la encuesta

6 Entre los nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta

7 Porcentaje de mujeres 15-49 actualmente unidas que usan algún método anticonceptivo.

8 Equivalente a las tasas específicas de fecundidad para mujeres 15-19 para el período de 3 años antes de la encuesta, expresadas en nacimientos por 1,000 mujeres 15-19.

9 Sexo de alto riesgo se refiere a relaciones sexuales con una pareja no marital, no cohabitante. Se expresa como el porcentaje de hombres y mujeres de 15- 24 años que tuvieron relaciones sexuales de alto riesgo en los últimos 12 meses.

10 Conocimiento comprensivo significa saber que el uso consistente de condón durante las relaciones sexuales y tener una sola pareja fiel puede reducir el riesgo de contra el virus del SIDA; saber que una persona que luce saludable puede tener el virus del SIDA; y rechazar las dos creencias erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del virus del SIDA.

11 Medido como el porcentaje de niños/as de 0-59 meses que estuvieron enfermos con fiebre en las dos semanas que precedieron la encuesta y que recibieron un medicamento antimalárico.

12 Porcentaje de la población de jure cuya fuente principal de agua potable es con conexión al hogar (tubería), grifo/tanque público, pozo, pozo séptico protegido, manantial protegido, recolección de agua lluvia, o agua embotellada.

13 Porcentaje de la población de jure en hogares con inodoro de arrastre, letrina mejorada ventilada, letrina mejorada con cierre hidráulico, o letrina abonera; y que no comparten la instalación con otros hogares

a Se restringe a hombres en la submuestra seleccionada para las entrevistas a hombres.

b El porcentaje se calcula como el simple promedio aritmético de los porcentajes en las columnas para hombres y mujeres.

Las consecuencias en las adolescentes, en este escenario, donde influye además la paternidad irresponsable como una variable con un alto grado de incidencia, son devastadoras. La constante es un apoyo emocional y económico limitado, a los cuales se suma el estigma social, con las dramáticas consecuencias para el natural desarrollo de la adolescente y la atención del niño en sus diferentes ciclos.

Por otra parte, las relaciones sexuales que generan el embarazo en adolescentes están mediadas en muchos casos por violencia psicológica, física y sexual, especialmente esta última, por parte de una gama de familiares, relaciones y ex relaciones de pareja, conocidos y desconocidos. El 16.4% de las mujeres en el grupo de edad de 15 – 19 años, han sufrido violencia física o sexual en los últimos doce meses por parte del esposo / compañero.⁷

Ilustración 1: Tendencias en la desnutrición en los niños. Porcentaje de niños menores de 5 años con: desnutrición crónica, aguda, global y sobrepeso, 2006 y 2012



Fte: ENDESA 2011 - 2012

La desnutrición crónica es una de las causas principales de la mortalidad infantil. Los niños debilitados por la desnutrición tienen más probabilidades de morir de enfermedades comunes de la infancia como la neumonía, la diarrea, el dengue y el sarampión, así como a causa del SIDA, si viven con el VIH.

Las principales causas de la desnutrición se inscriben en el marco de sistemas de seguridad alimentaria nutricional deficientes. Las causas directas están asociadas a la disponibilidad y calidad de los alimentos, la alimentación y las prácticas de cuidados deficientes de los lactantes y niños más pequeños, como

la lactancia materna sub óptima; las carencias de micronutrientes como el Zinc, la vitamina A y el yodo, y los episodios repetidos de enfermedades infecciosas, a menudo exacerbados por los parásitos intestinales.

A causa de la desnutrición crónica, los menores de cinco años se atrofian, es decir, tienen corta talla para su edad. El retraso del crecimiento causa daño físico y mental, que en gran medida es irreversible.

En Honduras, el principal componente de la mortalidad en los menores de cinco años es la mortalidad neonatal. Representa el 62% de la mortalidad de los menores de cinco años: 18 muertes por 1000 nacidos vivos; y el 75% de la mortalidad infantil. Además de la mortalidad neonatal, contribuyen a la mortalidad en la niñez la mortalidad post-neonatal y la post infantil, ambas con tasas de 6 por mil nacidos vivos.



Fte: ENDESA 2011 - 2012

En términos generales, la mortalidad de la niñez en Honduras tiene un grupo de causas directas y otros factores contribuyentes.

Las causas básicas de defunciones clasificadas según los capítulos de la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE), son⁸: ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (46.25%), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (21.33%), ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (8.05%), enfermedades endocrinas, nutricionales y

⁷ ENDESA 2011 - 2012.

⁸ SESAL. Honduras: caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años, 2009 - 2010

metabólicas (5.23%) y traumatismos, envenenamientos, y algunas otras consecuencias de causas externas (2.06%) y otras. La desnutrición como causa básica, representa en el capítulo de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, el 96% del total. Por otra parte, las dos sub causas que hacen al total del capítulo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal son los trastornos circulatorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal (85.32% y las infecciones específicas del periodo perinatal (7.44%)

No existe en Honduras un análisis de factores contribuyentes a la mortalidad de la niñez. La literatura internacional señala y destaca el rol que juegan la maternidad temprana, la educación de las madres, la disponibilidad de agua y saneamiento y las prácticas de higiene, y la mortalidad materna.

Existen si datos sugerentes⁹ que en el futuro pueden dar pie a ejercicios de asociaciones, reconociendo, en principio, la validez inicial de los enunciados de la literatura internacional. Por ejemplo: el embarazo en adolescentes y su distribución relevante en el grupo de adolescentes con ausencia o bajo nivel educativo. Un 30% de los hogares no tratan el agua antes de tomarla...sin embargo en el área rural el porcentaje de hogares que no tratan el agua antes de tomar es mayor que en el área urbana (41 y 19%, respectivamente).

Conviene señalar que la distribución territorial de la mortalidad infantil refleja las inequidades existentes en la sociedad hondureña. El Gobierno, la sociedad civil y la cooperación internacional en salud, han respondido ante este y otros desafíos del sector salud, con un proceso de reforma y modernización, un nuevo modelo nacional de salud, basado en la estrategia renovada de atención primaria en salud, y la participación en la iniciativa “Una promesa renovada en las Américas para reducir las inequidades en salud reproductiva, materna y del niño”.

Permanecen como retos los determinantes y condicionantes de la salud infantil, el abordaje continuado y eficaz, desde una perspectiva social de sus causas principales y factores relevantes contribuyentes, la cobertura, calidad y eficacia en la provisión de intervenciones esenciales y la promoción del compromiso ciudadano, familiar y comunitario con el derecho a la salud y a la nutrición infantil.

Ejemplo de efectos generales para el programa de cooperación de Unicef

La crisis de gobernabilidad del sector salud ha atravesado transversalmente el programa de cooperación de la agencia durante el periodo 2009 – 2013. Uno de sus socios estratégicos, la Secretaria de Salud, se ha visto afectada por frecuentes cambios de las más altas autoridades políticas, rotación del personal técnico y señales de corrupción.

Aunado a lo anteriormente descrito, las capacidades de la Oficina en el año 2012 sufrieron en su conjunto una importante disminución a expensas de la crisis económica de la agencia y la subsecuente reducción de personal técnico. Una de sus consecuencias específicas, arrastrada desde antes del año en mención, fue la ausencia de un Oficial y/o Especialista en Salud y Nutrición y las subsecuentes implicaciones para la formulación e implementación, seguimiento y ajuste del programa de cooperación en esta área, las relaciones con los socios nacionales, la comunidad donante internacional y las agencias hermanas del sistema de naciones unidas.

Por otra parte, la iniciativa “El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada”, estrategia de reposicionamiento de Unicef en el ámbito de salud y nutrición en el mundo entero con relación a la supervivencia infantil, estuvo disponible con recursos después de que el programa de cooperación 2011 – 2012 había sido diseñado.

⁹ ENDESA, 2011 - 2012.

En consecuencia, en esta área técnica específica, no consiguió ejercer una influencia en el diseño. Sus recursos fueron reflejados dentro de la arquitectura existente del programa de cooperación. Este y otros factores influyeron para que el programa de cooperación en su conjunto en el país, tenga una arquitectura más ligada a una imagen sectorial por programas en el Plan de Trabajo 2012 – 13 de la CO y a los funcionarios a cargo que a los ciclos de vida, considerando estos últimos como la mejor opción para integrar los diferentes ámbitos de la cooperación de la agencia en los diferentes escenarios¹⁰ donde esta se negocia, produce y genera resultados esperados y efectos.

Trabajar este tema, de tal manera que conviviendo con las limitantes de la arquitectura actual del programa de cooperación, se pueda hacer una migración funcional efectiva a un abordaje por ciclos de vida, y por extensión una sinergia entre los diferentes componentes programáticos, es uno de los desafíos que habrá que enfrentar en el futuro. Una buena oportunidad para realizar un esfuerzo en este sentido, al corto plazo, es la revisión de medio término del programa de cooperación., además de las iniciativas inmediatas que ya se puedan tomar.

Otros aspectos mencionados en la visión global de país también ejercen un efecto general sobre el diseño y los recursos disponibles para el programa de cooperación en salud y nutrición. Por ejemplo, el ritmo de crecimiento de la población hondureña y los flujos migratorios del campo a la ciudad, constituyen un desafío en materia de implementación de políticas públicas destinadas a mitigar la prevalencia de las principales causas de mortalidad infantil y sus principales factores contribuyentes: embarazo en adolescentes, educación de las madres, agua, saneamiento e higiene y mortalidad materna.

En la práctica significa que diversas políticas y estrategias¹¹ que el país ha definido destinadas a acelerar los progresos en la supervivencia infantil y fomentar la salud de la población a lo largo de su ciclo de vida, sufren el impacto del ritmo de crecimiento de la población y los flujos migratorios del campo a la ciudad, tensionando los efectos de cobertura y concentración de acciones esenciales de salud pública, además de sufrir la influencia de otros factores estructurales asociados al carácter multidimensional de la pobreza.

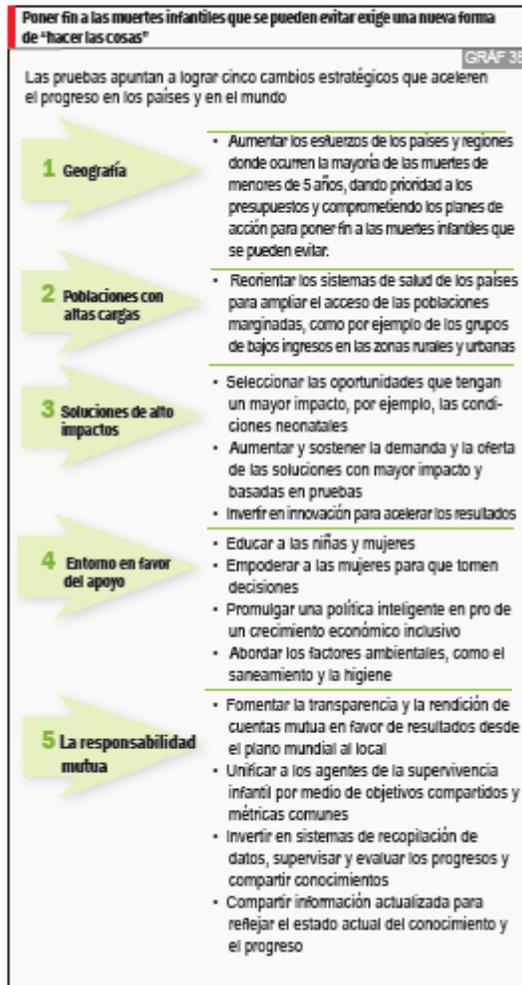
Un elemento relevante para ser tomado en consideración, también, como un elemento de referencia para el programa de cooperación, considerando que la Secretaria de Salud en su conjunto y diversidad de estructuras y roles: sede central, regiones sanitarias y redes descentralizadas o no; es uno de nuestros socios estratégicos, es su proceso de reforma y modernización, contemplado en el Plan de Salud 2010 – 2014, que se expresa, entre otros matices de interés, en una política de extensión de cobertura basada en la promoción de la gestión descentralizada de la provisión de servicios de salud a través de 28 gestores en 64 municipios localizados en 24 departamentos del país, que ofrece una oportunidad a explorar para la cooperación de la CO.

Las consecuencias para el programa de cooperación de Unicef en salud y nutrición, del ritmo de crecimiento poblacional y el proceso de reforma y modernización son directas, incrementando la necesidad de recursos de inversión y la armonización, alineación y convergencia con actores del ámbito institucional, sociedad civil y comunidad internacional, que han asumido el escenario local como un espacio privilegiado de producción social de la salud.

¹⁰ Liderazgo, conducción y administración; rectoría, provisión de servicios y comunidad; mas las interfaces del caso.

¹¹ Entre otras, políticas: Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez 2008-2015 (RAMNI), Planificación Familiar, Política de Salud Materno Infantil, Política de Nutrición, Política de Salud Mental, Política de la Mujer, Política de Salud Sexual y Reproductiva, Política de Sangre, Política de Medicamentos y Política para la Prevención de la Discapacidad; y estrategias tales como: Individuo, familia y comunidad (IFC), Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Atención Integral al Niño en la Comunidad (AIN-C), Ayudando a los BBS a Respirar (ABR), Cuidados Obstetricos y Neonatales Esenciales (CONE)

Tabla 3: Cambios estratégicos para acelerar el progreso a favor de la supervivencia infantil



Son numerosas estas implicaciones. Algunas de las más relevantes se mencionan a continuación. El esfuerzo continuo de movilización de recursos a favor de los derechos en salud de la niñez, la adolescencia y las mujeres con un enfoque de equidad, la aplicación de estos recursos, en lo que se refiere a la primera infancia, siguiendo los postulados de la iniciativa “La supervivencia infantil: una promesa renovada” para acelerar los progresos en la supervivencia infantil, tomando en consideración el énfasis en la generación de alianzas¹², el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de análisis y de decisiones basadas en evidencia, como un soporte para la conducción de la respuesta institucional, sectorial y social ante los desafíos de la supervivencia infantil, y la implementación de un programa de intervención alienado con las prioridades, armonizado y desconcentrado que apoye de manera creativa las políticas y estrategias nacionales, privilegiando el escenario local y el impacto en las poblaciones vulnerables. Todas las características anteriormente mencionadas son útiles también para los otros ciclos de vida y poblaciones vulnerables de interés.

Racionalidad actual del componente de salud y nutrición y perspectivas

Propósito

El propósito del programa de Cooperación de la Oficina de UNICEF en Honduras, en el marco de la supervivencia y desarrollo de los niños pequeños, es contribuir a disminuir la mortalidad infantil, de acuerdo a las características que este problema de salud pública presenta en el

país. (Ver Ilustración 02)

Ilustración 2: Mortalidad infantil y en la niñez por mil nacidos vivos, 2012



Este propósito es compartido con otras agencias del Sistema de NNUU en el marco de la asistencia que el sistema tiene comprometido con el Gobierno. Desde esta perspectiva, el sistema prevé los siguientes efectos en las poblaciones de la primera infancia y mujeres gestantes, con un enfoque de DDHH y de determinantes sociales de la salud y la nutrición. A saber: mejorar las deficiencias nutricionales y disminuir los riesgos nutricionales e incrementar sus niveles de salud priorizando el abordaje de enfermedades transmisibles y no transmisibles,

¹² Con actores relevantes de la cooperación internacional en salud, instituciones del Gobierno del sector social e influencia en la supervivencia infantil, Gobiernos locales y gestores de la reforma. Habría que hacer un esfuerzo también para incorporar en los convenios de la SESAL con los gestores, diferentes aspectos de la agenda del programa de cooperación ya negociado con el Gobierno y otros aspectos de interés.

VIH/SIDA y Salud Sexual y Reproductiva.

Congruencia con las Prioridades Estratégicas de Medio Término y ejes de apoyo al Gobierno

Dentro de este marco global de actuación, la oficina de país de UNICEF ha utilizado como elementos direccionales para la elaboración del programa de cooperación las Prioridades Estratégicas de Medio Término definidas por UNICEF (MTSP), priorizando Resultados Claves del Área 1, brindando apoyo, en consecuencia, al Gobierno de Honduras para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio “Reducir la Mortalidad Infantil”; reducir el número de infecciones pediátricas por HIV, aumentar el número de mujeres portadoras de VIH y niños recibiendo tratamiento antirretroviral, y mejorando la nutrición infantil a través de la promoción de la lactancia materna, las mejores prácticas de alimentación complementaria y un mayor acceso a productos y servicios que estimulen una alimentación saludable.

13

De manera específica, UNICEF oficina de país, para apoyar al Gobierno en esta dirección, ha negociado brindar cooperación técnica para la elaboración de un plan nacional de la primera infancia, el desarrollo y aprobación de normas y estándares de calidad para servicios y programas de primera infancia, la incorporación de la lactancia materna en el plan nacional de nutrición, la implementación de la norma para vigilancia nutricional de los < de 5 años en municipios priorizados, la proyección nacional de la Iniciativa de Hospitales amigos de la Niñez; el incremento del número de niños que participan con un adulto en actividades de aprendizaje, de las mujeres embarazadas que se hacen la prueba rápida del VIH y Sífilis, reciben 4 controles prenatales y su parto es atendido por personal calificado en las áreas priorizadas. Estos ejes de apoyo al Gobierno han sufrido un proceso de transformación en la práctica de acuerdo a prioridades identificadas a expensas del origen de los recursos disponibles, el breve periodo de ejecución para el año 2013 y las capacidades de ejecución de los asociados. En el ítem siguiente se proporcionan más detalles.

El programa de Cooperación en Acción

Concretamente, la oficina de país de UNICEF, en esta secuencia de ideas, ha brindado cooperación técnica para la implementación de la Iniciativa de Hospitales amigos de la niñez incorporando en el proceso a 23 hospitales del país y tres centros de salud, la identificación del problema principal de los dos bancos de leche existentes en el país: la baja utilización de la capacidad instalada y la necesidad de promover como respuesta una red de puntos de acopio con el involucramiento de la comunidad y la capacitación del personal de salud en la utilización de la norma para la vigilancia nutricional de los < de 5 años en dos regiones sanitarias donde existen altos niveles de desnutrición crónica: La Paz (39%) e Intibuca (48%).

Simultáneamente, están comprometidos recursos de cooperación técnica para apoyar al país, desde el programa de Atención Integral al Niño, en el análisis de la situación de la sobrevivencia infantil, con énfasis en el nivel local, identificando los territorios donde la supervivencia infantil posee los mayores riesgos, como una guía para el diseño y conducción de intervenciones desde la SESAL, otras instituciones del Gobierno, la sociedad civil y la comunidad cooperante internacional.

También la oficina de país ha apoyado, a través del Programa Nacional de Interrupción de la Transmisión Vertical del VIH, la capacitación del personal de salud en la utilización de las nuevas normas del programa, la calidad de la consejería pre y post prueba, la elaboración del set de indicadores claves para el seguimiento de las manifestaciones de la epidemia en la población de mujeres embarazadas y niños recién nacidos, la utilización de pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH y la socialización de las experiencias de operación del programa en las regiones sanitarias.

Un nuevo frente de trabajo ha sido iniciado, incorporando en calidad de efecto demostrativo, a una de las Regiones Sanitarias: Lempira; como un socio de la cooperación de UNICEF en el país. Desde esta perspectiva territorial, la cooperación de UNICEF está enfocada, en el marco de las definiciones globales ya descritas, a fortalecer las capacidades de análisis de la situación de la salud materna e infantil para conducir la respuesta institucional y social, el desarrollo de alianzas locales para establecer una plataforma común de abordaje basada en los principios de

armonización, complementariedad y convergencia, la adecuación cultural de la provisión de servicios de control prenatal, atención institucional del parto y puerperio, y la implementación de la Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Primera Infancia.

Asimismo, la cooperación de la Oficina ha apoyado la formulación del Plan Estratégico para la implementación de la Política Pública para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia, a través de un proceso de coordinación interinstitucional. Igualmente, ha promovido el Registro Nacional de la Primera Infancia (RENPI), como un elemento de convergencia inter agencial con el PMA. Esta agencia hermana ha implementado este registro y su soporte tecnológico en un universo importante de municipios del país, desarrollando una experiencia exitosa de utilización y colaboración inter agencial.

Exploraciones de sociedades con protagonistas de la cooperación internacional fueron realizadas. No se pudieron concretar por falta de recursos. Con OPS/OMS se identificaron como posibilidades de acción conjunta dos actividades de capacitación dirigidas a al personal de salud en los temas de emergencias obstétricas y reanimación neonatal. Fueron iniciadas conversaciones con el Proyecto ACCESO, financiado por USAID, para ampliar la cobertura de localidades, mujeres embarazadas, recién nacidos, niños lactantes y familias en situación de riesgo, con acciones de promoción, prevención de la salud y educación sanitaria en salud materna e infantil, fortaleciendo la ejecución del componente de salud y nutrición del proyecto. Por considerar relevante las perspectivas de entrar en sociedad con este actor, en los anexos están incorporados la propuesta inicial presentada por ACCESO y un análisis FODA inicial, con el objetivo de realizar un análisis de caso de esta oportunidad de multiplicación de recursos para UNICEF.

Además, fueron elaboradas diversas notas conceptuales para movilización de recursos a diferentes donantes potenciales y sobre diferentes temas. Al Comité Nacional de España fue presentada la nota “Promoviendo el derecho a la salud y nutrición de los niños y mujeres en las poblaciones indígenas y afro descendientes de Honduras”, por un monto de US\$ 750.000,00, para un periodo de tres años. A la empresa de la Lotería de Gran Bretaña, una nota denominada “For the Protection of Children’s Rights in the Coffee-Producing Areas of Honduras”, elaborada en conjunto por los programas 01 y 02, por un monto de Lbs. 900.000,00 para un periodo de tres años. En conjunto con la CO de Nicaragua, está en curso la preparación de la versión final de la propuesta “Respuesta Integral para la prevención del VIH en la nación miskita: WASPAM y Gracias a Dios hacia la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la erradicación de la Sífilis congénita”, por un monto de US\$ 2.250.000,00 para un periodo de tres años. Otras notas fueron preparadas y presentadas: (a) “Implementation of maternal homes: Mosquitia region in Honduras / A contribution to the reduction of maternal, neonatal and child morbidity and mortality, 2013-2015”, por un monto de US\$ 490.000,00 para un periodo de tres años, (b) “Organización de bancos de leche en el marco de la promoción de la lactancia materna”, US\$ 250.000,00 para un período de dos años en el marco de la cooperación Sur – Sur. Una nota está elaborada y pendiente de ser presentada: “Improving access to nutrition interventions and programming for the most vulnerable Honduran children”, por un monto de US\$ 1.500.000,00 para un periodo de tres años.

Lecciones aprendidas

- 1) El lanzamiento de la iniciativa “Una promesa renovada en las Américas: reduciendo las inequidades en la salud reproductiva, maternal y de los niños” y la adhesión del país a la misma, redundan en la necesidad de privilegiar este enfoque en la concepción y ejecución del programa de cooperación en salud y nutrición.
- 2) Los buenos resultados del ejercicio de establecimiento de prioridades para la ejecución del programa de cooperación señalan la necesidad de concentrar los esfuerzos en el apoyo a un modelo comunitario de promoción de la salud con ejes de interacción esenciales con la provisión de servicios, basado en la prevención del embarazo en adolescentes, la atención institucional del parto y el puerperio¹³, lactancia materna¹⁴, alimentación complementaria, vigilancia nutricional, la atención integral del niño en la comunidad y la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia con énfasis en neumonía. Este modelo deberá concentrarse en las áreas geográficas con mayor riesgo para la supervivencia infantil y salud materna, y de mayor concentración de población indígena y afro descendiente.
- 3) La demanda de preparación de propuestas de movilización de recursos exige una apropiación de conocimiento y habilidades en la preparación de notas conceptuales, perfiles y/o documentos de proyectos, la elaboración de informes para los donantes y la utilización del enfoque basado en resultados y en derechos humanos, así como en la preparación de acuerdos y convenios.
- 4) La reciente experiencia de ejecución de recursos en un tiempo breve, más las perspectivas de ingreso de nuevos recursos, genera la necesidad de diversificar los socios en la esfera gubernamental, de la sociedad civil y la cooperación internacional, conservando y ampliando las relaciones de trabajo con los socios con buena capacidad de ejecución y en línea con el programa de cooperación.
- 5) Hasta el momento las relaciones con la Secretaría de Salud han estado concentradas en jefaturas de programas (PNSAN, PAIN) y Direcciones Regionales de Salud (La Paz, Intibuca y Lempira), ganando de esta manera capacidad de ejecución e identificando oportunidades de cooperación. Esta buena experiencia debe complementarse con el desarrollo de relaciones y mayor influencia en otros programas¹⁵ y regiones, la Dirección General de Promoción de la Salud y otras Direcciones claves, los Viceministros y el Ministro (a) mismo, de tal manera que la cooperación de UNICEF obtenga más visibilidad política.
- 6) El programa de cooperación debe contribuir con el desarrollo de la salud de niños, jóvenes y adolescentes y no concentrarse solamente en uno de los ciclos de vida. Un buen ejemplo es la oportunidad que ofrece para trabajar en las escuelas los resultados de la encuesta global de salud escolar.
- 7) Deben aprovecharse mejor las oportunidades de sinergia, complementariedad y convergencia con los otros componentes del programa de cooperación. Por ejemplo, el trabajo de sistematización realizado de la experiencia de Comayagua en la lucha contra el Dengue no se puso a favor de visibilizar el rol de los Gobiernos locales en la lucha contra la epidemia a partir de una movilización social concertada y las valiosas contribuciones de los Programas Municipales de Infancia y Juventud.
- 8) Es necesario procurar plataformas de multiplicación de los recursos de UNICEF con socios estratégicos ya desplegados en terreno tanto nacionales como internacionales. Dos buenos ejemplos son, en el ámbito nacional, el proyecto Acceso con fondos de USAID y en el ámbito internacional, subregional, el Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica (PRESANCA II), integrado al sistema de Integración Centroamericano (SICA). Otra opción a explorar para poner a nuestro favor su experiencia global en la subregión centroamericana es el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP).
- 9) Conviene incorporar la metodología de estudios de casos para debatir internamente de forma más extensa oportunidades específicas de alianzas y sociedades. Como un punto de partida para estos fines, propongo el estudio del caso “UNICEF – ACCESO / USAID”, una oportunidad muy interesante de multiplicación de los recursos de UNICEF dentro de una plataforma ya desplegada en terreno.

¹³ Salud en los hogares, plan parto y hogares maternos

¹⁴ Bancos de leche, clínicas de lactancia, estrategia de madre canguro, redes comunitarias de educación sanitaria y apoyo.

¹⁵ Individuo, familia y comunidad (IFC), Atención integral al niño en la comunidad (AIN-C), hogares maternos

- 10) La riqueza de ejecución del programa de cooperación en salud y nutrición en este corto periodo del año 2013, los énfasis realizados y la necesaria continuidad de los temas técnicos identificados bajo esta óptica, mas las nuevas oportunidades existentes de socios, temas y escenarios, señala la conveniencia de revisar y adecuar a las nuevas circunstancias los productos previstos en los resultados intermedios ya formulados, utilizando como una buena oportunidad la preparación del informe anual 2013 y el próximo ciclo de inflexión que representa el MTR.
- 11) La ejecución programática debe acompañarse de un esfuerzo gradual e “in crescendo” de generación de conocimiento a través de diversas modalidades de estudios y su amplia difusión, así como del aprovechamiento de estudios ya realizados como el SITAN indígena”, ENDESA 2012, mortalidad materna e infantil.
- 12) Responder, atendiendo prioridades, a los diferentes desafíos de la salud y nutrición de los niños y adolescentes en diferentes escenarios: servicios, escuelas, comunidad, utilizando un enfoque de derechos e inequidad.

Ideas fuerza para una visión de futuro

La preparación del informe anual 2013 y próxima evaluación de medio término es una oportunidad para revisar y mejorar el programa de cooperación a partir de las lecciones aprendidas. Iniciativas inmediatas en este sentido, antes del MTR también son necesarias y posibles.

En todo caso, la revisión debe contemplar algunos principios producto de la experiencia:

- 1) La promesa renovada como una guía para la elaboración de los IR y productos del programa de cooperación en salud y nutrición.
- 2) Concentrar los esfuerzos en el apoyo a un modelo comunitario de promoción de la salud con ejes de interacción esenciales con la provisión de servicios.
- 3) Incrementar las habilidades en la preparación de propuestas de proyectos y el uso del EBR y el EDDHH.
- 4) Diversificar los socios en la esfera gubernamental, de la sociedad civil y la cooperación internacional,
- 5) Mas visibilidad política para la cooperación de UNICEF.
- 6) Contribuir con el desarrollo de la salud de niños, jóvenes y adolescentes y no concentrarse solamente en uno de los ciclos de vida y diversificar los escenarios de actuación: rectoría, provision de servicios, escuelas, comunidades. .
- 7) Aprovechar mejor las oportunidades de sinergia, complementariedad y convergencia con los otros componentes del programa de cooperación.
- 8) Procurar plataformas de multiplicación de los recursos.
- 9) Utilizar la metodología de estudios de casos.
- 10) Revisar y adecuar a las nuevas circunstancias los productos previstos en los resultados intermedios ya formulados.
- 11) Realizar esfuerzo gradual e “in crescendo” de generación de conocimiento a través de diversas modalidades de estudios y su amplia difusión, así como del aprovechamiento de estudios ya realizados.
- 12) Tomar en consideración diferentes escenarios: rectoría, servicios, escuelas, comunidad, utilizando un enfoque de derechos e inequidad; para la entrega de la cooperación.

Programa de Cooperación 2014 – 2015: mapa preliminar de socios y tópicos ¹⁶

SOCIO	TOPICO (GIRO EN NIÑEZ. MUJER Y ADOLESCENCIA)	Intersección con el programa de cooperación		Comentarios
		IR	Producto	
SEPLAN	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN Y LA RESPUESTA SOCIAL E INSTITUCIONAL.	1.1 1.2 2.1	Cruza todos los productos	Con el Ing. Mariano Jiménez, Director, esta acordada un encuentro para ver la posibilidad de incorporar en la agenda de transición política de SEPLAN tres tópicos: el compromiso del país con la promesa renovada, versión Latinoamérica, la iniciativa de hospitales y establecimientos amigos de la niñez y el desarrollo de una sala de situaciones para el seguimiento y evaluación de la salud reproductiva y materno infantil.
ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS	DERECHO A LA SALUD	1.1 1.2 2.1	Cruza todos los productos	El Asesor Internacional en Derechos Humanos del SNU, ha ratificado su interés para abordar este tema. En un próximo encuentro, veremos los ejes de intersección de las agendas de cooperación de ambas agencias y haremos una rápida evaluación de viabilidad y factibilidad.
FORO DE SALUD	EXPLORAR LAS CONVERGENCIAS DE INTERESES EN EL FUTURO PROXIMO	1.1 1.2 2.1	Cruza todos los productos	El 5 de Diciembre esta previsto un encuentro con la dirigencia del Foro para realizar una identificación preliminar de puntos de convergencia y explorar posibilidades de colaboración para el futuro.
COMISION DE SALUD DEL CONGRESO NACIONAL	LEGISLACION EN SALUD	1.1 1.2 2.1	Cruza todos los productos	Además de la aprobación de la Ley de Promoción de la Lactancia Materna, un avance substantivo en la legislación sanitaria del país; otras leyes y reglamentos deben existir que amparen el derecho a la salud de los niños (as), adolescentes y mujeres adolescentes gestantes. El trámite con ellos lo visualizo en perspectiva después de identificar los ejes de colaboración con el Asesor Internacional en Derechos Humanos del SNU.

¹⁶ Tomando como referencia en cada caso los resultados intermedios ya definidos. No contempla los posibles resultados positivos de los esfuerzos de movilización de recursos realizados ni los posibles cambios producto de las negociaciones con los socios y el MTR. En principio, se asume un efecto de “arrastre” en el periodo y ha utilizado un factor de discriminación para este efecto un análisis rápido de viabilidad y factibilidad de todos los productos enunciados inicialmente, de acuerdo a la experiencia práctica y las lecciones aprendidas en el año 2013. Los productos enunciados, vía este efecto de “arrastre”, podrían estar sujetos a modificación de acuerdo al grado de flexibilidad de las normativas internas de UNICEF.

La cooperación en salud y nutrición de la oficina de Unicef en Honduras: Desafíos y oportunidades para el bienio 2014 - 2015

			Producto ¹⁷	Agencia y otros actores
AGENCIAS DE LAS NNUU	REFLEJADOS EN UNDAF SALUD Y NUTRICIÓN – ENFATIZAR OPS/OMS, PMA, FAO, FNUAP Y ASESOR INTERNACIONAL DE DH.	1.1	Bancos de leche operando en dos hospitales estatales	OPS – INCAP, SESAL ¹⁸ /DGPS ¹⁹ , SESAL/PNSAN, CONALMA, EQUIPOS DE DIRECCIÓN HOSPITALES ESTATALES,
		1.1	SESAL y CONALMA operacionalizando la estrategia de comunicación (CSD) para la promoción de la lactancia materna por lo menos en dos municipios priorizados	OPS – INCAP, SESAL/DGPS, SESAL/PNSAN, CONALMA, REGIÓN SANITARIA DE LEMPIRA Y/O INTIBUCÁ O LA PAZ, GOBIERNOS LOCALES
		1.1	Vigilancia nutricional funcionado en municipios priorizados	OPS – INCAP, SESAL/DGPS, SESAL/PAIN, SDS ²⁰ , REGIONES SANITARIAS DE INTIBUCA, LA PAZ Y LEMPIRA, GOBIERNOS LOCALES
		1.1	Plan Nacional de Nutrición	OPS – INCAP, PMA, FAO, SESAL/DGPS, SESAL/PNSAN
		1.1	Estudio CAP elaborado sobre practicas de cuidado infantil en municipalidades priorizadas	OPS, SESAL/DGPS, SESAL/PAIN, REGIONES SANITARIAS DE LA PAZ, INTIBUCÁ Y/O LEMPIRA, GOBIERNOS LOCALES
		1.2	Servicios de prevención de calidad en el nivel de centros de salud de municipios priorizados	ONUSIDA, FONDO GLOBAL, SESAL/DGPS, SESAL/PITV ²¹ , REGIONES SANITARIAS DE LA PAZ, INTIBUCÁ Y LEMPIRA
		1.2	Informe sobre actividades apoyadas	UNICEF (PROCESO INTERNO DE MyE Y OTROS)

¹⁷ Los productos esta citados textualmente utilizando como referencia “UNICEF. Plan de trabajo 2012 – 2013, país: Honduras”.

¹⁸ Secretaria de Salud

¹⁹ Dirección general de promoción de la salud

²⁰ Secretaria de Desarrollo Social

²¹ Programa de interrupción de la transmisión vertical madre hijo

		2.1	Estrategia de comunicación implementada en el contexto de municipios amigos en municipios priorizados	OPS, PMA, FAO, SESAL/DGPS , SESAL/PNSAN, REGIONES SANITARIAS DE LA PAZ, INTIBUCÁ Y LEMPIRA, GOBIERNOS LOCALES
		2.1	Personal institucional de salud, encargado de la atención en salud y desarrollo de niños < de 4 años, mediante la aplicación de la Atención Integral de la Niñez al nivel comunitario (AIN-C) y Educación Inicial para niños menores de 4 años a nivel familiar y comunitario	OPS, PMA, SESAL/DGPS, REGIONES SANITARIAS DE LA PAZ, LEMPIRA E INTIBUCA 19
		2.1	Por lo menos en municipios en zonas de occidente se amplía la implementación de la AIN - C	OPS, PMA, SESAL/DGPS, REGIONES SANITARIAS DE LA PAZ, LEMPIRA E INTIBUCA
		2.1	Informe sobre actividades apoyadas	UNICEF PROCESO INTERNO DE MYE Y OTROS

La cooperación en salud y nutrición de la oficina de Unicef en Honduras: Desafíos y oportunidades para el bienio 2014 - 2015

<p>INSTITUCIONES, PROYECTOS Y PROGRAMAS SUBREGIONALES (INCAP, PROGRAMA REGIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA NUTRICIONAL,</p>	<p>INICIAR ACERCAMIENTO PARA EXPLORAR CONVERGENCIAS EN LA AGENDA DE INTERESES</p>	<p>1.1</p>		<p>El PRESANCA opera en municipios de los bordes fronterizos de Centroamérica. En el encuentro sostenido con la Directora, Sra. Patricia Palma, surgió la posibilidad de explorar posibilidades de trabajar juntos en los territorios destino del proyecto. Mas contactos habrá que realizar para avanzar sobre este asunto e incluso evaluar la posibilidad de invitarla a Honduras, visitar la sede en El Salvador y o hacer una video conferencia. En general la idea es continuar en la búsqueda y encuentro de plataformas de multiplicación de los recursos de UNICEF. Con el INCAP ya existe una relación con el punto focal en OPS. Mi posición es que, paralelamente, es necesario explorar una asociación directamente con la institución como tal desde la sede, de tal manera, que UNICEF Honduras reciba un beneficio de la experiencia regional no solo local de esta institución. Contactos realizados con la Sra. Directora, la Dra. Siu, abren esta posibilidad. De igual manera con el PRESANCA II, modalidades similares pueden implementarse para continuar en contacto y explorar posibilidades.</p>
<p>UNAH / POSTGRADO EN SALUD PUBLICA;CARRERA DE NUTRICIÓN; UPN (DIRECCION DE POSTGRADO)</p>	<p>PRODUCCION DE CONOCIMIENTO, FORMACION Y CAPACITACION</p>	<p>1.1 1.2 2.1</p>	<p>Cruza todos los productos</p>	<p>La generación de conocimiento y el uso e las evidencias disponibles con relación a la salud reproductiva, mater e infantil; son cruciales para fines de abogacía y movilización de recursos. Encuentros preliminares con autoridades de las instancias mencionadas, apuntan a que esta posibilidad puede materializarse.</p>
<p>SESAL</p>				<p>La SESAL es un socio estratégico para el trabajo de UNICEF en el país. Es el organismo rector, generador de políticas y opera programas y redes de establecimientos de salud de diferentes niveles de resolución, a lo largo y ancho del país, dirigidos a la promoción, prevención, provisión de servicios y rehabilitación de los daños en el ámbito de la salud reproductiva, materna e infantil. A continuación se enuncian algunas instancias de especial interés para el trabajo de UNICEF y se esbozan ideas para ganar influencia y visibilidad.</p>

La cooperación en salud y nutrición de la oficina de Unicef en Honduras: Desafíos y oportunidades para el bienio 2014 - 2015

MINISTRO DE SALUD	SALA DE SITUACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y LA RESPUESTA INSTITUCIONAL Y SOCIAL, MAS ABOGACIA A FAVOR DE LA SALUD Y NUTRICIÓN.	1.1 1.2 2.1	Cruza todos los productos	
VICEMINISTROS DE SALUD	SEGUIMIENTO DE LOS COMPROMISOS DE PAÍS CON LA PROMESA RENOVADA CON ÉNFASIS EN ALIANZAS, CAPACIDADES DE ANALISIS Y ARMONIZACION, ALINEACION Y CONVERGENCIA DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCION	1.1 1.2 2.1	Cruza todos los productos	
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	IDENTIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS A SU CARGO MAS RELACIONADOS – ADEMAS DEL PAIN Y EL PNSAN – MAS ASOCIADOS A LA AGENDA DE COOPERACIÓN DE UNICEF	1.1 1.2 2.1	Cruza todos los productos	Es necesario organizar sesiones de trabajo para identificar necesidades de cooperación en línea con el programa de cooperación de UNICEF y movilizar capacidades a favor de los socios regionales actuales y en perspectiva.
PNSAN	INICIATIVA DE HOSPITALES Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA NIÑEZ	1.1	Producto no contemplado en la programación actual.	Ya estamos trabajando con una proyección nacional en un universo de 23 establecimientos hospitalarios y 3 SESAMOS.
PAIN	VIGILANCIA NUTRICIONAL	1.1	Vigilancia nutricional funcionando en municipios pririzados	Ya estamos trabajando en dos regiones del país: Intibucá y La Paz; en términos de personal de salud capacitado en la norma de vigilancia, el FODA de la misma, la identificación de problemas de salud relevantes como causa de mortalidad infantil y la identificación de territorios con altos factores de riesgo para la supervivencia infantil

VIH	INTERRUPCION DE LA TRANSMISION VERTICAL Y ERRADICACION DE LA SIFILIS CONGENITA	1.2	Servicios de prevención de calidad en nivel de centros de salud de los municipios priorizados.	Y estamos trabajando con el programas en los productos mencionados. Es necesario complementar el trabajo actual con el apoyo a la erradicación de la sífilis congénita.
DENGUE	PROGRAMA ESCOLAR AMBIENTAL	2.1	Producto no contemplado en la programación actual	Ya existen antecedentes de trabajo sobre este asunto. El Dengue es una emergencia “cíclica” en Honduras y Centroamérica. Uncef apoyo actualmente la respuesta de emergencia pero también debería considerar en su agenda de cooperación la mprevfencion del dengue en territorios priorizados. Este tema también ofrece vía los programa municipales la posibilidad de visibilizar la cooperación de UNICEF en apoyo a la respuesta municipal desde los Gobiernos locales con una visión interinstitucional. Aquí existe una oportunidad que hay que explorar más y tomar decisión.
SALUD ESCOLAR	CAMPAÑA DE DESPARASITACION, APOYO A LA RESPUESTA DE LA ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD ESCOLAR	2.1	Producto no contemplado en la programación actual	Dos oportunidades de cooperación muy interesantes. Ambas ofrecen un la oportunidad de realizar un trabajo en colaboración entre los programas 1 y 2 del programa de cooperación..
REGIONES DE SALUD	INTERCULTURALIDAD Y SALUD, ANALISIS DE REDES CAUSALES (SOBREVIVENCIA INFANTIL Y SALUD MATERNA), HOGARES MATERNOS, ALIANZAS LOCALES A FAVOR DE LA SUPERVIVENCIA INFANTIL	2.1	Ver los productos a los cuales se asocia a continuación	Estrategia de comunicación implementada en el contexto de municipios amigos en municipios priorizados; Personal institucional de salud, encargado de la atención en salud y desarrollo de niños < de 4 años, mediante la aplicación de la Atención Integral de la Niñez al nivel comunitario (AIN-C) y Educación Inicial para niños menores de 4 años a nivel familiar y comunitario; Por lo menos en municipios en zonas de occidente se amplía la implementación de la AIN - C

La cooperación en salud y nutrición de la oficina de Unicef en Honduras: Desafíos y oportunidades para el bienio 2014 - 2015

GESTORES EN SALUD	INTERCULTURALIDAD Y SALUD, ANALISIS DE REDES CAUSALES (SOBREVIVENCIA INFANTIL Y SALUD MATERNA), HOGARES MATERNOS, IHAN	2.1	Ver los productos a los cuales se asocia a continuación	Estrategia de comunicación implementada en el contexto de municipios amigos en municipios priorizados; Personal institucional de salud, encargado de la atención en salud y desarrollo de niños < de 4 años, mediante la aplicación de la Atención Integral de la Niñez al nivel comunitario (AIN-C) y Educación Inicial para niños menores de 4 años a nivel familiar y comunitario; Por lo menos en municipios en zonas de occidente se amplía la implementación de la AIN – C. Conviene señalar que con este actor no existe una experiencia previa de cooperación. ¿Cuál es el atractivo de trabajar con ellos? En principio, dentro del proceso de reforma y modernización, administran las redes de servicios de atención primaria, incluyendo las clínicas materno infantiles. Trabajan bajo convenio con la SESAL. La incorporación en estos convenios de aspectos de interés para la sobrevivencia infantil y la salud materna, es una posibilidad para institucionalizarlos.
PENDIENTES DE IDENTIFICAR	DISCAPACIDAD	2,1	Producto no contemplado en la programación actual	La discapacidad de los niños es un problema de salud pública de alta sensibilidad. Ya hay instituciones trabajando en Honduras sobre este tema, pero no conozco de antecedentes de cooperación desde UNICEF. Habría que evaluar las oportunidades de cooperación existentes.

Pensando en voz alta: a manera de reflexiones de cierre

El Plan bianual de cooperación esta en ejecución y salud y nutrición forma parte del Programa 01. El año 2013 fue un escenario de ejecución rápida de recursos caracterizado por la identificación de tres ejes de acción prioritarios y dos estrategias. A saber, ejes de acción: iniciativa de hospitales amigos de la niñez, vigilancia nutricional e interrupción de la transmisión vertical del Vih. Estrategias: movilización de recursos y búsqueda de nuevos socios, especialmente aquellos que representaban una plataforma para la multiplicación de los recursos e intereses de Unicef.

24

A partir de esta experiencia, propongo que el foco principal de la cooperación de la CO debe concentrarse en la promoción del derecho a la salud en el escenario comunitario, apoyando al país en la implementación en curso de un modelo de promoción de la salud materna e infantil, privilegiando a las poblaciones indígenas y afro descendientes y las estrategias y acciones esenciales para la supervivencia infantil, tanto en lo que se refiere a sus causas inmediatas como a sus factores contribuyentes; fomentando simultáneamente estilos de vida, entornos y establecimientos públicos proveedores de servicios, a favor de la promoción de la salud.

La cooperación de Unicef debe promover la constitución de alianzas y sociedades a favor de la supervivencia infantil, el desarrollo de las capacidades de análisis para la conducción de la respuesta social, sectorial e institucional y la armonización, alineamiento y convergencia de los programas de intervención auspiciados por el Gobierno, la Sociedad Civil y la Cooperación Internacional.

La cooperación de Unicef debe combinar abogacía, cabildeo e incidencia, planificación estratégica y actuación local, buscando como incrementar su influencia en los tomadores de decisiones del más alto nivel. La generación de efectos demostrativos en el ámbito local juega un rol relevante en este sentido, demostrando que es posible hacer realidad el derecho a la salud de niños, adolescentes y mujeres, con un alto compromiso ciudadano con la salud y nutrición más políticas públicas apropiadas adecuadamente presupuestadas.

Para estos fines debe promover el uso de evidencias ya disponibles, producir conocimiento, sistematizar experiencias; organizar y/o fortalecer salas de situaciones, el uso de tableros de mando y sistemas de seguimiento y evaluación de políticas públicas, desarrollar efectos demostrativos, sobre todo, en las regiones de Comayagua, La Paz, Intibuca, Lempira, Gracias a Dios e Islas de la Bahía; territorios que concentran las tasas más altas de mortalidad infantil.

Los puntos de partida deben ser las estrategias nacionales ya definidas y la legislación disponible, acompañadas de una reflexión crítica sobre su implementación como un insumo para su gradual perfeccionamiento. Cuando exista la oportunidad, la experiencia internacional de Unicef debe proponerse²².

La puesta en práctica de los conceptos descritos debe ir acompañada de una estrategia de comunicación que le proporcione visibilidad política a las contribuciones de Unicef para el abordaje de los problemas de salud y nutrición de las (os) adolescentes, embarazadas, recién nacidos y menores de cinco años.

El desafío operacional es aprovechar las oportunidades que ofrecen la preparación del informe anual y el MTR para revisar los IR 1 y 2, realizando un balance de factibilidad y viabilidad de sus contenidos programáticos a la luz de los desafíos y oportunidades para el bienio 2014 – 15 que se esbozan en este abordaje.

²² Es el caso del abordaje comunitario de la neumonía.

Anexos

02 - Datos esenciales (Propuesta recibida y resultados ejercicio FODA) para el análisis del caso “Perspectivas de sociedad con el Proyecto ACCESO (US AID)”

PERFIL DE ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN - USAID-ACCESO CON UNICEF

Preparado para: UNICEF Honduras

Preparado por: Fintrec Inc.

Fecha: Junio 21, 2013

En el marco de la coordinación interinstitucional USAID-ACCESO y UNICEF proponen ampliar la cobertura en comunidades priorizadas por la Secretaría de Salud con altos índices de desnutrición y que haya sido implementado la estrategia de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C) en el marco del planteamiento estratégico y operativo de USAID-ACCESO en su componente de Nutrición y Salud como son:

1. Adopción de buenas prácticas de alimentación y suplementación materno infantil a través de educación y asistencia técnica en:

- Promoción y mejoramiento de las prácticas de alimentación complementaria contribuyendo a la nutrición con énfasis en los menores de dos años, embarazadas y lactantes de familias carentes.
- Vigilancia en el aseguramiento de la suplementación de hierro y vitamina A a menores de dos años, y ácido fólico y sulfato ferroso a las mujeres en edad fértil y embarazada.

2. Asegurar la disponibilidad, acceso, estabilidad, diversidad de los alimentos y condiciones sanitarias para prevenir enfermedades.

- El acceso sostenido de los alimentos.
- Calidad nutricional en el uso de los alimentos.
- Mejoramiento de condiciones de vida.

3. Plan de Información Educación Comunicación (IEC) para el Cambio de Comportamiento en las Comunidades (CCC)

- Desarrollar acciones de promoción de la seguridad alimentaria y la nutrición.
- Capacitaciones.
- Fortalecer la red de voluntarios de salud.

Incidendo en los siguientes indicadores:

- Prevalencia de niños de bajo peso menores de cinco años.
- Prevalencia de niños bajos en talla menores de cinco años.
- Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable.
- Prevalencia de alimentación exclusivamente con leche materna a niños menores de seis meses.
- Prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva.
- Prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses de edad.
- Diversidad dietética de la mujer: promedio de grupos alimenticios consumidos por mujeres en edad reproductiva.

USAID-ACCESO actualmente cuenta con 15 técnicos de nutrición y salud que trabajan en 217 comunidades priorizadas directamente con 4,268 niños de menos de 2 años de edad (más de 10,000 niños menores de 5 años de edad). Si UNICEF contribuye con dos técnicos de nutrición y salud, USAID-ACCESO puede aumentar el número de comunidades priorizadas a 30, e incorporar 740 niños menores de dos años adicionales.

Con la adición de los dos técnicos del UNICEF, USAID-ACCESO redistribuirá las comunidades entre los técnicos, por lo que, tanto los técnicos nuevos y existentes serían responsables de las comunidades existentes y nuevas. De esta manera, el proyecto puede garantizar que las nuevas comunidades se seleccionen basadas en problemas actuales de desnutrición. Esto también ayudará en la logística para la entrega de los servicios técnicos.

USAID-ACCESO ha identificado las comunidades adicionales que se incluirán y se distribuyen de la siguiente manera en los departamentos donde el proyecto está en funcionamiento:

Departamento	# Comunidades	# Menores de 2 Años
Copán	10	203
Lempira	8	166
Ocoatepeque	5	104
La Paz	7	147
Intibucá	2	40
TOTAL	30	740

UNICEF ha indicado que pueden tener un presupuesto disponible de US\$100,000 para un periodo de seis meses hasta diciembre de 2013, con la posibilidad de fondos en 2014. Actividades realizadas en USAID-ACCESO hasta la fecha han demostrado que los cambios iniciales y mejoras se pueden obtener con seis meses de asistencia. Para obtener resultados a nivel de los hogares requiere por lo menos de un año de la ayuda, y por lo menos 18 meses para maximizar las posibilidades de sostenibilidad.

Un presupuesto que cubriendo los salarios de técnicos (junto con el "overhead"), costos de operación de campo y transporte, se proporciona a continuación. También se incluye un presupuesto asociado, que se utilizará (co-financiado) para las mejoras del hogar y parcelas domiciliarias. Se presenta los costos para los 6 meses de 2013 (que incluye el costo de equipo y motor) y los 12 meses en 2014.

Categoría	US\$	
	6 meses 2013	12 meses 2014
Técnicos		
Salarios: 2 técnicos @ \$600/mes	7,200	14,760
Beneficios por ley: 2 técnicos @ \$250/mes	3,000	6,180
Salarios Total	10,200	20,940
Overhead (35% sobre salarios)	3,570	7,330
Total Salarios y Overhead	13,770	28,270
Transporte/Comunicaciones/Otros		
Motorcycles (2 x \$4,700)		
Costos (seguro, matrícula, gasolina, mantenimiento)	9,400	
Otros: eg. Comunicaciones, hotel & M&IE (2 x \$250/mes)	2,400	5,040
	4,200	3,740
Equipo de campo: 2 x smartphone, laptop, cámara, GPS	2,500	
Total Transporte/Comunicaciones/Otros	18,500	10,780
TOTAL Costos Técnicos	38,390	51,625
Donaciones		
Categoría		
Vivienda Saludable (100 x \$250)	25,000	
Parcela Domiciliaria (100 x \$60)	6,000	
Gasfuegos (30 x \$350 & 35 x \$350)	10,500	12,250
Donaciones Total	41,500	12,250
Sub Total	79,890	63,875
Gran Total		143,765

En este presupuesto no se incluye el "fee" Fitrac (sujeto a la confirmación de la oficina principal).

Si UNICEF decide seguir con esta actividad, se proporcionará información técnica y presupuestaria adicional.

Anexo 02 Estudio de caso: Sociedades con el Proyecto ACCESO (USAID) – Propuesta y análisis FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. La alianza con Acceso le permite a Unicef ganar para su programa de cooperación: <ol style="list-style-type: none"> a. Una presencia importante en el <u>escenario comunitario</u> directamente ligada al abordaje de la desnutrición crónica como problema de salud pública en 5 departamentos priorizados en su programa de cooperación (Copan, Lempira, Ocotepeque, La Paz e Intibuca), b. Un efecto directo en 247 comunidades prioritarias a través de cambios y mejoras en el estatus nutricional de un universo de niños < de 1 año (5008) y < de 5 años. (más de 10.000), en un periodo de 6 meses en el año 2013, con perspectivas de continuidad por un año y medio más a partir de 2014. c. Un set de indicadores de resultado e impacto: <ol style="list-style-type: none"> i. Prevalencia de niños de bajo peso menores de cinco años. ii. Prevalencia de niños bajos en talla menores de cinco años. iii. Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable. iv. Prevalencia de alimentación exclusivamente con leche materna a niños menores de seis meses. v. Prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva. vi. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses de edad. vii. Diversidad dietética de la mujer: promedia de grupos alimenticios consumidos por mujeres en edad reproductiva. 2. Permite generar para los niños y mujeres embarazadas un efecto de sinergia entre los escenarios de servicios y comunitarios. 3. La inversión prevista para los últimos seis meses del año 2012 (US 78.890) es : <ol style="list-style-type: none"> a. ligeramente menor (-9%) que el total del aporte de UNICEF para el trabajo de Agua para el pueblo en la Mosquitia US\$ 86.000, sobre un total de aproximadamente US\$ 100.000,00 b. menor (-33%) que la contribución de UNICEF (US\$ 105.000) para desarrolla una sociedad con el PMA, con énfasis en el Proyecto de los 1000 días. c. mucho menor (-225%) que el promedio anual del proyecto binacional (US\$ 256.798), sin incluir todavía el presupuesto de Honduras, de interrupción de la transmisión vertical del VIH en la Nación Misquitia, d. Representa a su vez el 71% del total de la inversión en el escenario de <u>servicios</u> (US\$ 135.000), tomando en consideración las cooperaciones previstos para la implementación de la IHAN (US\$ 68.000,00) y de la norma de vigilancia nutricional (US\$ 67.000,00) en dos departamentos solamente (Intibuca y La Paz). 4. TACRO anda en busca de nuevos modelos de intervención desde la perspectiva de nutrición. Este reúne condiciones novedosas de integración entre salud y nutrición y con aspectos de seguridad alimentaria. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unicef presente en el terreno, en el escenario comunitario, con un mínimo de inversión, beneficiándose de un andamiaje operacional en ejecución. 2. Implementar un modelo real de <u>multiplicación</u> de recursos de la cooperación de UNICEF para generar beneficios directos en poblaciones vulnerables dentro de su área de competencia, a través de una alianza con una empresa privada y una agencia bilateral, por un periodo inicial de 6 meses, con un horizonte temporal de dos años, cubriendo el programa de cooperación hasta el año 2016. 3. Las lecciones aprendidas a partir de la experiencia de los primeros seis meses de sociedad permitirían en la revisión de medio término repensar y renegociar la participación de UNICEF en la sociedad.
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Los fondos previstos (US 78.890) para la segunda mitad del año 2013 como contribución de UNICEF habría que identificarlos de los fondos OR o RR (o una suma de ambos) o bien solicitarlos a TACRO debidamente justificados en la cantidad total o como complemento a lo existente. 2. Los indicadores de resultado e impacto posibles de obtener no están contemplados como indicadores principales de progreso en el programa de cooperación 2012 – 16. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una sociedad de este tipo puede ir, eventualmente, en contra de la cultura organizacional de UNICEF. 2. La continuidad del énfasis en nutrición puede levantar suspicacias con relación a la opción salud como sujeto del programa de cooperación. 3. La ausencia de representatividad de los indicadores de resultados y efectos previstos puede crear una crisis de negociación con TACRO. 4. La sensación de que “le estamos dando dinero a USAID” puede convertirse en un prejuicio difícil de saltar.