

DOCUMENTO DE TRANSFERENCIA DEL AREA TÉCNICA DE SALUD Y NUTRICION,

Dr. Mariano Salazar Castellón, Oficial de Salud y Nutricion, 03/2013
– 03/2014

Este documento sintetiza los rasgos esenciales del contexto del programa de cooperación en salud y nutrición de la oficina de UNICEF en Honduras, en dos dimensiones: la situación actual y la respuesta social en curso. Repasa brevemente la ejecución del programa de cooperación durante el año 2013, identifica las lecciones aprendidas durante ese periodo y formula un grupo de apreciaciones y comentarios sobre las prioridades identificadas en el año 2013 y el que hacer en el año 2014. Concluye con una reflexión final, que utilizando la evidencia disponible, señala que “La oportunidad que tiene UNICEF para asumir un rol protagónico en apoyar al país para progresar en materia de supervivencia infantil es grande”, identificando, además, cuales son los grandes que hacen al rol de UNICEF : capacidades de abogacía, evaluación de políticas, generación de alianzas, movilización de recursos y generación de ejemplos demostrativos a favor del compromiso adquirido por el país, en el marco de los rasgos esenciales del contexto del programa de cooperación. Además, identifica un grupo de documentos claves de referencia y organiza como parte integral de este documento una “biblioteca digital” que facilita su consulta.

*Tegucigalpa,
Honduras, 11 de
Febrero, 2014*

“Despite concerted efforts to mobilise additional funds during the year, the Country Programme continues to suffer from major funding gaps principally for health and nutrition. This has affected support to the Health sector. The sector has been facing serious problems of governance, stability and institutional capacity and this has undermined efforts to advance on commitments made in relation to "A Promise Renewed".

Cristiam Munduate, Representante de Unicef en Honduras
Executive Summary, Annual Report Country Office, 2013

<https://icon.unicef.org/apps02/cop/SitePages/CountryOfficePortal.aspx?CoarId=789&Year=2013&Country=Honduras>

INDICE

EL CONTEXTO DEL PROGRAMA DE COOPERACIÓN: RASGOS ESENCIALES	0	
ANÁLISIS DE SITUACIÓN	0	
LA RESPUESTA SOCIAL	4	
EL PROGRAMA DE COOPERACIÓN DE UNICEF 2013	5	
EL PROGRAMA 01"SUPERVIVENCIA Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS" EN ACCIÓN: ASPECTOS DE SALUD Y NUTRICION	5	
LECCIONES APRENDIDAS	8	
LAS PRIORIDADES 2013: ¿QUÉ HACER EN EL 2014? – APRECIACIONES Y COMENTARIOS	10	
APROPIACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA INICIATIVA: "LA SUPERVIVENCIA INFANTIL: UNA PROMESA RENOVAD"		10
HOSPITALES AMIGOS DE LA NIÑEZ		11
LEY DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA		12
VIGILANCIA NUTRICIONAL		12
INTERRUPCIÓN DE LA TRASMISIÓN VERTICAL DEL VIH		13
IDENTIFICACIÓN DE NUEVOS SOCIOS		14
MOVILIZACIÓN DE RECURSOS		15
UNDAF		15
OTRAS LÍNEAS DE TRABAJO DE EVENTUAL INTERÉS PARA EL AÑO 2014		15
NECESIDADES DE GENERAR CONOCIMIENTO Y DE DISEÑAR CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN, INCIDENCIA Y CABILDEO.		16
REFLEXIONES FINALES	17	
BIBLIOTECA DIGITAL	18	
ANEXOS	20	
NUEVA CADENA DE RESULTADOS PREVISTA PARA EL PROGRAMA Y SUGERENCIAS DE ESTRATEGIAS – BORRADOR DE TRABAJO	20	
DATOS ESENCIALES (PROPUESTA RECIBIDA Y RESULTADOS EJERCICIO FODA) PARA EL ANÁLISIS DEL CASO "PERSPECTIVAS DE SOCIEDAD CON EL PROYECTO ACCESO (US AID)"	23	
DISTRIBUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR DEPARTAMENTOS, HONDURAS 1990 – 2010	28	

El contexto del programa de cooperación: rasgos esenciales¹

Análisis de situación

1. Los últimos datos hechos públicos por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) indican que la pobreza continúa incrementándose en el país. En el 2012 la pobreza subió 4.6 puntos porcentuales (pp) y la pobreza extrema subió 4.4 pp. Este es el mayor incremento interanual de la última década. En términos absolutos, en el 2012 había en el país 858 mil pobres más que en el 2008. En este período, la tasa de crecimiento de las personas en pobreza (4%) es más alta que la tasa de crecimiento de la población en general (2%). La inequidad por su parte, continúa incrementándose en el país, tal como lo demuestra el aumento del coeficiente de Gini de 0.525 en 2009 a 0.574 en 2012 publicado en los Informes del INE². Estos indicadores de pobreza e inequidad muestran la condición estructural de vulnerabilidad que afecta a gran parte de la población hondureña y limita sus oportunidades de acceso a servicios y desarrollo de capacidades.
2. El camino hacia la consecución de los ODM 4 y 5: reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna; no conduce para el año 2015 a un final feliz. La deuda social para alcanzar ambos ODM son altas, por encima de 10 puntos porcentuales en todos los casos. Existe una gran inequidad cuando se comparan los indicadores de mortalidad en ambos ODM con énfasis en la mortalidad materna.

Tabla 1: Situación de los ODM 4 y 5 en Honduras, 2013

Indicador	Meta ODM 2015	Dato Honduras	Diferencia
ODM 4			
Tasa de Mortalidad infantil (Muertes de < 1 año por cada 1000 nacidos vivos)	12	24	12
Tasa de mortalidad de la niñez (Muertes de < 5 años por 1000 nacidos vivos)	16	29	13
Porcentaje de niños y niñas < 1 año vacunados contra el sarampión	n.e		
ODM 5			
Tasa de Mortalidad Materna	46	73	27
Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado	n.e		

Fte: Elaboración propia a partir de datos de ENDESA 2011 – 2012 y SNU y Objetivo de Desarrollo del Milenio, Honduras 2010

¹ Los datos estadísticos, tablas e ilustraciones que se describen y presentan a continuación provienen de la ENDESA 2011 – 2012, a excepción que se establezca lo contrario.

² INE (2012). Resumen Ejecutivo XLIII Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples Mayo 2012. Tegucigalpa: INE

3. Acelerar los progresos en la supervivencia infantil es un desafío para la sociedad hondureña. Datos proporcionados por la ENDESA 2012, indican que no hay progresos en este sentido. La mortalidad infantil y de la niñez se mantuvo invariable en los últimos dos quinquenios. En efecto, durante los cinco años anteriores a la ENDESA 2011 – 2012 (aproximadamente el periodo 2007 – 2012) de 1000 nacidos vivos, 24 morían antes de cumplir su primer aniversario, 18 en el primer mes y 6 en los siguientes once meses; y entre 1000 niños de 1 año, 6 no alcanzan el quinto aniversario. En general, el riesgo de fallecer entre el nacimiento y el quinto aniversario es de 29 por 1000 nacidos vivos.

Ilustración 1 Composición de la mortalidad infantil y en la niñez, Honduras 2012

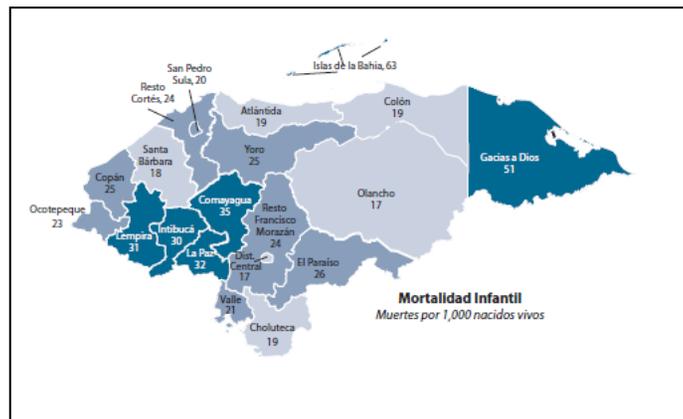


a. La distribución territorial de la mortalidad infantil muestra las inequidades existentes en el país y refleja de manera directa e indirecta las pronunciadas brechas existentes en la provisión de servicios de salud, bienestar y oportunidades de vida que continúan dividiendo a la sociedad hondureña. Un estudio³ reciente (UNICEF, 2012) también devela las inequidades existentes en la vida y la salud de las poblaciones indígenas.

b. Las mayores tasas de mortalidad de los menores de 5 años en Honduras están concentrada en seis departamentos, donde existen importantes asentamientos poblacionales indígenas y afro descendientes: Islas de la Bahía (63%), Gracias a Dios (51%), Comayagua (35%), La Paz (32%), Lempira (31%) e Intibucá (30%). Estas tasas de mortalidad responden, en general, al

mismo patrón nacional de causas inmediatas y causas contribuyentes.

Ilustración 2 Distribución territorial de la mortalidad infantil, Honduras 2012



c. Las causas inmediatas están asociadas a (a) afecciones originadas en el período neonatal (46.25%), (b) malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (21.33%), (c) enfermedades del sistema respiratorio (9.51%), dentro de las cuales destacan la laringitis, influenza y neumonía; (c) enfermedades infecciosas y parasitarias (8.05%), incluido el VIH / SIDA, (d) enfermedades nutricionales y metabólicas (5.23%), dentro de las cuales destaca la desnutrición. Otras causas inmediatas agrupadas en 9 diferentes capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, representan el 10% de las causas inmediatas.

³ UNICEF. Niñez indígena y afro hondureña en la República de Honduras / Observatorio de los Derechos de la Niñez, Tegucigalpa, 2012, p: 203.

- d. El panorama de la nutrición en Honduras tiene un doble perfil. Por un lado la desnutrición crónica tiende a disminuir en 7 puntos porcentuales en la niñez según los datos de las ENDESAS 2005 – 06 (20%) Y 2011 – 2012 (33%), y por otro el sobrepeso (5%) aparece como un problema que hay que comenzar a enfrentar desde ya. Las tendencias de anemia en niños y mujeres de acuerdo a las dos fuentes mencionadas han disminuido también en 8 y 4 puntos porcentuales respectivamente.

Ilustración 3 Tendencias de desnutrición en la niñez, 2006 - 2012



nacidos vivos en el años 2010, con una distribución según el momento obstétrico en que ocurrió la muerte con predominio del puerperio (65.4%), seguidos por el embarazo (21.4%) y el parto (13.2%). Las principales causas de muerte fueron: hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio (37%), edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (25%), embolia obstétrica (5%), sepsis puerperal (4%) y causas indirectas (29%). La distribución por departamento de la Razón de Mortalidad Materna puede apreciarse en el Anexo 01.

Tabla 2 Muertes maternas según el momento obstétrico en que ocurrió la muerte, Honduras 1997 y 2010

Tabla 17. Muertes maternas según el momento obstétrico en que ocurrió la muerte, Honduras C.A., años 1997 y 2010

Momento obstétrico	1997		2010	
	No.	%	No.	%
Embarazo	50	24	34	21.4
Parto	72	35	21	13.2
Puerperio	84	41	104	65.4
Total	207	100	159	100

Fuente: Investigación de mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras 1997.

e. Dentro de las causas contribuyentes destacan (a) la maternidad temprana: el 19% de las adolescentes entre 15-19 años ya son madres, (b) la educación de las madres: el 46% de las adolescentes entre 15 – 19 años que ya han tenido hijos o están embarazadas no tienen educación, (c) la limitada disponibilidad de agua potable, servicios de saneamiento y bajas prácticas de higiene: el 14% de los hogares no tiene acceso a agua potable, dos tercios de la población no tiene acceso al servicio sanitario con alcantarillado y el 10% de hombres y mujeres no tiene nivel alguno de educación, y (d) la mortalidad materna.

f. La razón de mortalidad materna fue de 73 por 100.000 nacidos vivos en el años 2010, con una distribución según el momento obstétrico en que ocurrió la muerte con predominio del puerperio (65.4%), seguidos por el embarazo (21.4%) y el parto (13.2%). Las principales causas de muerte fueron: hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio (37%), edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (25%), embolia obstétrica (5%), sepsis puerperal (4%) y causas indirectas (29%). La distribución por departamento de la Razón de Mortalidad Materna puede apreciarse en el Anexo 01.

4. El acceso a los servicios de salud es limitado, Se estima que el 82% de la población tiene acceso los servicios de salud, 60% a través de la Secretaria de Salud, 12% por parte del Instituto Hondureño de Seguridad Social y 10% por el sector privado⁴. Un 18% de la población no tiene acceso a los servicios de salud. No existen datos de acceso a servicios de salud desagregados por departamentos ni tampoco hay disponibles estudios que identifiquen las coberturas reales de los principales establecimientos proveedores de servicio materno infantiles, a manera de ejemplo. El acceso a los servicios de salud y a otros servicios sociales es clave para entender el comportamiento de las causas directas y factores

⁴ ENDESA 2011 - 12

contribuyentes de la mortalidad infantil. Por ejemplo, un dato sugerente del impacto del acceso a los servicios de salud, léase atención por personal capacitado es uno de los hallazgos de la Secretaria de Salud en un estudio⁵ reciente referente a la mortalidad materna: del total de las defunciones de MEF del 2010, 1,154 (59%) ocurrieron en la comunidad y 808 (41%) ocurrieron en unidades de salud.

5. El primer caso de Sida reportado en Honduras se registró en 1985. A partir de esa fecha y según reporta el Dpto. de ITS – VIH / Sida, a Diciembre del 2012, se han registrado 31.051 personas viviendo con VIH, la mayoría en los departamentos de Cortez, Francisco Morazán, Atlántida y Colon. La prevalencia de VIH estimada es de 0.61% en la población general para el año 2011. La epidemia se concentra en zonas urbanas y con mayor énfasis en la costa norte del país. No obstante, Honduras tiene un perfil compuesto de la epidemia; porque además es concentrada en poblaciones vulnerables como son las mujeres trabajadoras del sexo hombres que tienen sexo con hombres y con alta prevalencia en la población garífuna. El grupo poblacional más afectado es el de 20 – 39 años de edad con un 66% de los casos, el patrón de transmisión es principalmente sexual, con una razón hombre mujer de 1.1:1. Los datos globales de la epidemia y los relacionados con la interrupción de la trasmisión vertical son los siguientes:

Tabla 3 Numeros globales de la epidemia del Vih en Honduras, 2012 e Informe estadístico de la epidemia de VIH en Honduras 1985 – Septiembre 2013

Epidemiología	ESTIMACIONES SOBRE VIH 2011	Indicadores del Programa de Prevención de la Transmisión Madre Hijo (PPTMH), enero a Septiembre 2013							
33.000	Personas viviendo con VIH	Departamentos	Mujeres nuevas en control prenatal	Consejería Pre prueba	% consejería Pre prueba	Pruebas de VIH	% de realización de pruebas	Mujeres embarazadas VIH	% de positivas
5.180	Niños (0 – 14) viviendo con VIH	Atlántida	6667	6093	91.4	5785	86.8	32	0.6
4.920	Jóvenes (15 – 24) viviendo con Vih	Colon	6212	5283	85.0	2931	47.2	18	0.6
0.61%	Prevalencia del VIH	Comayagua	8290	6337	76.4	5308	64.0	2	0.0
1.550	Nuevas infecciones	Copán	6763	7722	114.2	7801	115.3	4	0.1
2.800	Muertes relacionadas al Vih	Cortez	12600	12556	99.7	11129	88.3	22	0.2
46.000	Huerfanos a causa del Sida (0 – 14 años)	Choluteca	6004	3515	58.5	3166	52.7	7	0.2
		El Paraíso	8332	8220	98.7	4897	58.8	3	0.1
		Francisco Morazan	5524	5231	94.7	4502	81.5	1	0.0
		Gracias a Dios	2268	1604	70.7	1394	61.5	6	0.4
		Intibuca	7596	4548	59.9	3382	44.5	1	0.0
		Islas de la Bahía	855	960	112.3	960	112.3	1	0.1
		La Paz	3412	2068	60.6	1394	40.9	1	0.1
		Lempira	6773	8382	123.8	8217	121.3	2	0.0
		Ocotapeque	2592	2688	103.7	1869	72.1	2	0.1
		Olancho	4977	4743	95.3	4390	88.2	4	0.1
		Santa Barbara	7912	5538	70.0	4200	53.1	1	0.0
		Valle	2800	2877	102.8	2877	102.8	4	0.1
		Yoro	11042	9475	85.8	7858	71.2	10	0.1
		Metro Tegucigalpa	18225	16626	91.2	14928	81.9	30	0.2
		Metro San Pedro Sula	11430	8997	78.9	8112	71.1	21	0.3
		Total	140254	123463	88.0	105100	74.9	172	0.2
Fte: CONASIDA/ONUSIDA. Hoja de información del VIH en Honduras 2012		Fte: Secretaria de Salud. Informe estadístico de la epidemia de VIH en Honduras , 1985 – Sept. 2013							

⁵ Honduras: actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010; Agosto del 2013

6. La inestabilidad de la Secretaría de Salud, como socio estratégico para acelerar los progresos en la supervivencia infantil, es un riesgo de gran envergadura. Abonan a esta inestabilidad, la rotación de Ministros en el último periodo y actos de corrupción asociados sobre todo a la compra de insumos médicos y no médicos.

La respuesta social

El Gobierno, la sociedad hondureña y la cooperación internacional en salud, bilateral y multilateral, han respondido ante este escenario de inequidad en salud a través de un proceso de reforma y modernización del sector público de provisión de servicios de salud. Este proceso de reforma y modernización tiene como eje conductor un nuevo modelo conceptual de desarrollo para el sector basado en la estrategia renovada de atención primaria en salud y la desconcentración de funciones de la Secretaría de Salud (SESAL). Tres herramientas representan los proyectos estratégicos de cambio: (a) un nuevo modelo de desarrollo organizacional para el nivel central y las regiones sanitarias de la Secretaría de Salud, que redefine visión, misión, estructura organizativa y roles, (b) la figura de los “gestores”: administradores externos contratados por la SESAL; que trabajan bajo convenio y con un enfoque basado en resultados. Están a cargo de la conducción operativa de redes desconcentradas de servicios de salud que proveen servicios primarios de promoción, prevención, atención y rehabilitación, dirigidos a la población en general, adolescentes, niños y madres gestantes y (c) la organización de redes desconcentradas de unidades de atención primaria de diferentes grados de resolución que incluyen centros, puestos de salud, clínicas materno infantiles y hogares maternos, con un área de influencia territorial que varía entre uno o más municipios.

La cooperación internacional en salud, contribuye dentro de este marco con recursos de asistencia técnica, financiamiento, préstamos y donaciones para la puesta en práctica del proceso de reforma y modernización y el nuevo modelo de salud. Estos recursos están destinados a la operación de proyectos en el terreno orientados a la extensión de cobertura de los servicios básicos a las poblaciones más vulnerables y al fortalecimiento de las capacidades de rectoría y operación de la Secretaría de Salud. Como parte de esta respuesta, el Gobierno de Honduras ha aprobado en el año 2012 la Política Pública para el Desarrollo de la Primera Infancia y se ha sumado a la iniciativa mundial de renovar la promesa con la supervivencia infantil lanzada por UNICEF, USAID y los Gobiernos de Etiopía y la India en el año 2012, formado parte de la fase inicial de construcción para Latinoamérica y el Caribe de la propuesta “Una promesa renovada en las Américas para reducir las inequidades en salud reproductiva, materna y del niño”, 2013.

El programa de cooperación de UNICEF 2013

El Programa 01 "Supervivencia y Desarrollo de los Niños Pequeños"⁶ en acción: aspectos de Salud y Nutrición

PCR 1: Para 2016, una política nacional sobre Desarrollo Infantil Temprano (ECD) está consolidada y funcionando en forma coordinada con otras políticas relacionadas con la niñez, tales como salud, nutrición y protección social.

IR 1.1. Al 2016, los niños y niñas de 138 municipios priorizados tienen menor prevalencia de desnutrición crónica y un óptimo desarrollo integral a través de la implementación del Plan Nacional de Nutrición (0-5 años) y el Plan Nacional de Primera Infancia (0-6 años)

El país y UNICEF convinieron en priorizar las siguientes líneas de acción: Apropiación y socialización de la iniciativa "La supervivencia infantil: una promesa renovada", la Iniciativa de Hospitales Amigos de la niñez, la implementación de la norma de vigilancia nutricional en los menores de 5 años y la interrupción de la transmisión vertical del VIH.

Paralelamente, para avanzar en la consecución de IR, se prepararon 3 propuestas de movilización de recursos sobre los siguientes temas: renovando la promesa por la supervivencia infantil y aumentando el compromiso de las familias con el desarrollo temprano de los niños en las poblaciones indígenas y afro descendientes de Honduras salud y nutrición en pueblos indígenas y afro descendientes y protección de los derechos de los niños en las zonas cafetaleras. Además fue recibida y enriquecida con las autoridades nacionales la propuesta "Vih en la Nación Miskita - propuesta binacional Nicaragua – Honduras". También se procuraron nuevos socios: la Región Sanitaria de Lempira (Iniciativa bien sucedida) y el proyecto ACCESO de USAID (En proceso de conversaciones preliminares)

Este ejercicio de priorización dejó fuera los siguientes productos asociados al IR 1.1: (a) País ha definido al menos dos alimentos complementarios para menores de dos años, (b) Propuesta actualizada de Plan nacional de Nutrición incorporando la lactancia materna, (c) Secretaria de Salud y Comisión nacional de Lactancia Materna (CONALMA) operacionalizando la estrategia de comunicación (C4D) para la promoción de lactancia materna por lo menos en dos municipios priorizados y Estudio CAP elaborado. El principal criterio para esta decisión fue hacer un efecto de concentración en productos que fueran viables de alcanzar en un escenario de rápida ejecución, limitación de tiempo y recursos, y con un proceso de transición política en perspectiva. Todos ellos serán revalorados para el programa de cooperación del año 14.

Producto: Bancos de leche operando en dos hospitales estatales.

Los Bancos de Leche están funcionando en dos de los hospitales públicos más importantes del país, ambos de referencia nacional: el Hospital Escuela, ubicado en la ciudad de Tegucigalpa, capital del país y el Hospital Catarino Rivas ubicado en la ciudad de San Pedro Sula, segunda ciudad de importancia del país, beneficiando en su conjunto a 1.001 neonatos de los servicios de cuidados intensivos e intermedios, utilizando como referencia, el criterio clínico de los

⁶ Esta sección ha sido preparada utilizando los borradores presentados para la elaboración del informe anual y refleja solamente aquellos aspectos ligados a salud y nutrición.

jefes de sala. Los bancos generan regularmente información estadística, cuyo análisis cuantitativo más entrevistas rápidas a informantes claves, realizados con la asesoría técnica de UNICEF, ha permitido diagnosticar el principal problema para el incremento de la utilización de las capacidades de los Bancos de Leche, situación que es más acuciante en Tegucigalpa que en San Pedro Sula. A saber: la ausencia de una red de puntos de acopio de leche materna en el escenario comunitario e institucional. La Secretaria de Salud ha iniciado el proceso de recoger experiencias en el plano internacional para definir cuáles pueden ser útiles en el contexto de Honduras. A manera de ejemplo: bomberos - lecheros, pero todavía no existe una estrategia nacional en este sentido. Esta considerado para el programa de cooperación del próximo año, apoyar al país.

Por otra parte, con el apoyo de UNICEF y la colaboración de la Red Latinoamericana de Bancos de Leche, la OPS/INCAP (Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá), se re-lanzó la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez (IHAN) en el país, a la que se adhirieron 23 hospitales (82% de los 28 hospitales del país) y tres Centros de Salud con Médicos y Odontólogos (CESAMOS), dos de la Región Metropolitana de Tegucigalpa, uno de ellos el de más alta complejidad (CESAMO Alonso Suazo) y otro en la Región Sanitaria de Francisco Morazán. Este lanzamiento contribuyó a la renovación del Convenio de Cooperación Técnica Brasil – Honduras para la instalación de Bancos de Leche Humana. La Red Iberoamericana de Bancos de leche humana ha reconocido la cooperación de UNICEF en Honduras sobre este asunto.

Por otra parte, La Ley de Fomento y Protección de la Lactancia Materna fue aprobada por el Congreso Nacional en septiembre 2013. La abogacía, acompañamiento y seguimiento de UNICEF en su formulación e introducción al Congreso, fue importante para la aprobación. El lanzamiento de la IHAN y la ley contaron con la colaboración inter agencial entre UNICEF y OPS/INCAP.

Tema técnico: vigilancia nutricional

Producto: Vigilancia nutricional funcionando en municipios priorizados.

UNICEF apoyó la implementación de las “Normas para la Vigilancia Nutricional de los Niños y Niñas menores de 5 años de edad”, aprobada por la Secretaria de Salud en el año 2012, en las Regiones Sanitarias de La Paz e Intibucá, beneficiando la totalidad de los 29 municipios y **creando condiciones técnicas** para que 14.5010 niños menores de 5 años reciban una vigilancia nutricional de acuerdo a los estándares actuales de la OMS. Producto de este apoyo se capacitaron 330 trabajadores de los servicios públicos de salud y equipos facilitadores departamentales, para implementar la norma prioritariamente en cuatro redes locales de salud^{7 8}. con una alta mortalidad del < de 5 años.

⁷ Red del Sector Norte (Intibucá y Opalaca), Red Centro Occidente (Intibucá, Opalaca, Yamaranguila, Dolores, San Marcos y San Juan)

⁸ Santa Helena y Juajiquiro.

<p>PCR 1: By 2016, a national policy on ECD is consolidated and operating in a coordinated manner with other child related policies such as health, nutrition and social protection</p>
<p>IR 1.2. Al 2015, mujeres embarazadas y de sus hijos, reciben servicios de prevención de la transmisión y atención integral por el VIH.</p> <p>Tema técnico: Interrupción de la transmisión vertical del VIH. Productos: (a) Servicios de prevención de calidad en centros de salud de los municipios priorizados. UNICEF apoyó al Programa de Prevención de la Transmisión del VIH Madre Hijo (PPTMH) en la ampliación de las capacidades de 27 establecimientos de salud en 20 municipios de las Regiones Sanitarias de Copan, El Paraíso y Gracias a Dios para generar condiciones técnicas para la realización de pruebas rápidas a las mujeres embarazadas. Durante el 2013 se aplicaron las pruebas, en números estimados a partir del comportamiento del año 2012, a 21.142 mujeres embarazadas en su primer control prenatal, de las que 32 resultaron positivas al VIH (0.10%) y fueron captadas para incorporarlas al programa de atención.</p>
<p>PCR 2: Para 2016, el 80% de las niñas y niños tienen en sus primeros 1000 días acceso a ECD integrado, que garantiza la supervivencia y desarrollo en su máximo potencial, con enfoque específico en los municipios priorizados.</p>
<p>IR 2.1. Al 2015, mujeres embarazadas y niños neonatos de los 138 municipios prioritarios acceden a servicios de atención incluyendo al menos 4 controles prenatales, partos atendidos por personal calificado.</p> <p>Tema técnico: Salud materna e infantil</p> <p>UNICEF apoyo al país en el cumplimiento de su compromiso como firmante de la iniciativa “El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada”. La Secretaria de Salud identifico un punto focal de alto nivel, presento la iniciativa a la Mesa de Cooperación Internacional en Salud, conocida como Mesa CESAR, reconoció la relevancia de las estrategias para acelerar los progresos en la supervivencia infantil, formo parte activa de la delegación de país que participo en la reunión latinoamericana “Una promesa renovada para las Américas: reduciendo inequidades en la salud reproductiva, materna y del niño”. El equipo de país que participo en esta actividad esta propuesto para integrarse como un grupo de trabajo a favor de la promesa renovada en el año 2014.</p> <p>Por otra parte, con el enfoque de la promesa renovada UNICEF apoyo la preparación de un plan de con la Región Sanitaria de Lempira, actualmente en proceso de ejecución, que tiene como ejes centrales desarrollar una cultura de análisis y planificación estratégica local para acelerar los progresos en la supervivencia infantil en el ámbito de las redes y sus municipios, apoyar el control de brotes de neumonía y otras enfermedades prevalentes de la infancia, promover el diálogo intercultural entre los proveedores de servicios tradicionales e institucionales y la organización de un foro departamental a favor de la supervivencia infantil.</p>

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 puerperio⁹, lactancia materna¹⁰, 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 programas¹¹ 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

⁹ Salud en los hogares, plan parto y hogares maternos

¹⁰ Bancos de leche, clínicas de lactancia, estrategia de madre canguro, redes comunitarias de educación sanitaria y apoyo.

¹¹ Individuo, familia y comunidad (IFC), Atención integral al niño en la comunidad (AIN-C), hogares maternos

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.
- 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.

Las prioridades 2013: ¿qué hacer en el 2014? – Apreciaciones y comentarios

Apropiación y ejecución de la iniciativa: “La supervivencia infantil: una promesa renovada”

¿Qué hacer en el 2014? – Apreciaciones y comentarios

El próximo año es el año de la preparación del “Plan de Acción” que tiene como objetivo terminar con las muertes prevenibles de los recién nacidos. Un vasto campo de trabajo en el país. El socio para hacer este plan es OPS y el apoyo principal debería ser el Gobierno y los miembros de la delegación que fueron a Panamá el año pasado: US AID y World Visión. En este momento la propuesta de plan está en consulta. En su momento le será solicitado al país su elaboración. Conviene ir coordinando con OPS en perspectiva este asunto e iniciar pláticas con la SESAL, World Visión y US AID. Sugiero hacer una reunión a la brevedad, primero con OPS para manejar la misma información, después con la delegación que fue a Panamá, sin la SESAL y después, en el momento oportuno, con la SESAL. Conviene esperar que la SESAL termine la reorganización del nivel central. De acuerdo a la información que manejo, estará lista alrededor del 15 – 28 de Febrero. Hay que estar pendiente de esta información con nuestros aliados en la SESAL.

En el marco de la implementación del APR, un nuevo socio fue identificado: la Región Sanitaria de Lempira; y en consecuencia un plan de trabajo anual fue elaborado y actualmente se encuentra en ejecución. La idea general fue complementar el trabajo ya mencionado en el párrafo anterior en la dimensión política con los socios claves del APR con un efecto demostrativo en un territorio del país con una alta tasa de mortalidad infantil. El programa de trabajo con la Región de Lempira posee los siguientes componentes: desarrollar una cultura de análisis y planificación estratégica local para acelerar los progresos en la supervivencia infantil en el ámbito de las redes y sus municipios, apoyar el control de brotes de neumonía y otras enfermedades prevalentes de la infancia, promover el diálogo intercultural entre los proveedores de servicios tradicionales e institucionales y la organización de un foro departamental a favor de la supervivencia infantil. Este último, según la información que manejo hasta la fecha, va a ser una actividad pionera en el ámbito local en la historia de la salud pública del país.

En la línea de identificar territorios con altas tasas de mortalidad infantil en los territorios donde Unicef estaba brindando cooperación técnica, fueron identificados 6 redes locales de servicios de salud, 2 en cada una de las siguientes regiones: La Paz, Intibucá y Lempira. En dependencia de los recursos disponibles para el año 2014, estos territorios o a algunos de ellos serían los escenarios de efectos demostrativos para disminuir la mortalidad infantil utilizando el enfoque y las estrategias para acelerar los progresos en materia de supervivencia infantil propuestas por el APR. a través de un paquete de servicios que integrara las acciones ya en curso apoyadas por UNICEF y otras experiencias exitosas del país, con énfasis en el desarrollo de un modelo de salud comunitario, cuyo eje principal serían el desarrollo de habilidades en el escenario familiar para el cuidado de los niños pequeños y la salud de los adolescentes y las mujeres gestantes.

Hospitales amigos de la niñez

¿Qué hacer en el 2014? – Apreciaciones y comentarios

La reciente reunión con las autoridades del Hospital Escuela, en esta coyuntura administrado por un “gestor”: la UNAH; abre un grupo de posibilidades para la proyección de UNICEF en el ámbito de Salud y Nutrición. El Hospital Escuela es el “buque insignia” de la red de servicios públicos de la SESAL. Entre otras cosas, significa que es cabeza de proceso en el ámbito nacional por su condición de unidad nacional de referencia, en el campo de la neonatología y salud materna. La reunión prevista para el Jueves 20 con el Concejo Consultivo y la subsecuente conferencia de prensa donde las autoridades declaran públicamente su adhesión al proceso de certificación como hospital amigo de la niñez es un hito en la proyección de UNICEF como campeón (a) en la lactancia materna y la supervivencia infantil. Este proceso de acreditación debe ser PRIORIZADO y un apoyo sustantivo de abogacía y cooperación técnica debe ser realizado. Las relaciones con OPS sobre este asunto deben ser manejadas con delicadeza sin perder el liderazgo ni la proyección de la imagen corporativa. Los 3 hospitales que recientemente han sido acreditados: Juticalpa, Sta. Bárbara y Choluteca; deben ser acompañados regularmente para asegurar la continuidad de la acreditación, preservar el entusiasmo y conservar las relaciones con las autoridades políticas del Dpto., las autoridades de la Direcciones Regionales de Salud y de los hospitales involucrados y los líderes de los grupos de voluntarios de apoyo al hospital. Además, el proceso de acreditación, tal y como ya ha sido conversado con las autoridades de la SESAL y las otras mencionadas en los actos oficiales de acreditación, debe extenderse en cada territorio a la red de establecimientos, privilegiando las clínicas maternas infantiles existentes. Esto significa. A manera de ejemplo, que en el Dpto. de Choluteca, donde ya fue acreditado el Hospital Regional del Sur, debe continuar el proceso acreditando a la (s) Clínicas Materno Infantiles – en primer lugar – y a los CESAMOS existentes, de tal manera que al concluir el proceso, exista no una unidad de salud (el hospital) sino un red de establecimientos trabajando a favor de la lactancia materna, acreditados como Unidades de Salud Amigas de la Niñez. La meta del año 2013 fue cumplida. Para el 2014 hay que proponerse: el Hospital Escuela, 6 hospitales departamentales mas y 3 redes en los Departamentos de STa. Bárbara, Olancho y Choluteca. Este trabajo también es una oportunidad para lanzar en campo la Estrategia de Comunicación Social de Lactancia Materna que ya esta diseñada.

Bancos de Leche

¿Qué hacer en el 2014? – Apreciaciones y comentarios

Los dos bancos de leche del país están organizados y funcionando en el Hospital Escuela y el Hospital Catarino Rivas de SPS. El problema principal de ambos es la utilización de la capacidad instalada, lease, la utilización de las capacidades para procesar leche humana y convertirla en un alimento terapéutico. La situación es mas acuciante en Tegucigalpa que en SPS. En Tegucigalpa, las autoridades informaron en la última reunión sostenida recientemente, que ya están tomando medidas para fortalecer con personal la unidad y también para lanzar la estrategia de MADRE CANGURO. UNICEF, por su parte, ha designado un recurso voluntario, la Sra. Elizabeth Ilunga, para apoyar el banco de leche en la

promoción de la lactancia materna en el escenario institucional. Pero bien, lo relevante es que la solución de esta situación de baja utilización de la capacidad instalada solo puede solucionarse con la organización de una red de donantes voluntarias de leche materna en el escenario institucional, aprovechando todas las oportunidades que puedan existir en el hospital mismo, y también en el escenario comunitario. La organización y funcionamiento de estas redes de donantes voluntarias y el lanzamiento de la estrategia de MADRE CANGURO debe ser la PRIORIDAD de la cooperación técnica de UNICEF sobre este tema.

Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna

¿Qué hacer en el 2014? – Apreciaciones y comentarios

La ley fue aprobada y publicada en la gaceta el año pasado. UNICEF participo en las sesiones de trabajo para la elaboración del anteproyecto de Ley tanto como en la abogacía ante el Congreso para su aprobación. Tiene también una participación activa en CONALMA. La Ley Contiene los siguientes títulos y capítulos. **Titulo 1 Objeto y definiciones.** **Titulo 2 Promoción de la lactancia materna,** incluye los siguientes capitulos: Apoyo a la familia durante el embarazo y la lactancia, Comisión Nacional de la Lactancia Maternas y Alimentacion Complementaria de Honduras (CONALMA), Obligaciones de los establecimientos y el personal de salud, Escuelas formadoras de recursos, Materiales informativos y educativos. **Titulo III Regulacion de productos desigandos;** incluye los siguientes capítulos: Obligaciones y prohibiciones de los productores, distribuidores de productos designados, establecimientos y personal de salud, Etiquetado. **Titulo IV Sanciones y disposiciones finales.** Hay dos tareas inmediatas que debrian contar con la cooperación tecnica de UNICEF: la preparación del reglamento de la Ley, bajo la responsabilidad de la SESAL y la divulgación de la Ley. Con relación al primer aspecto (Reglamento), UNICEF podría facilitar el intercambio de experiencias con otros países en Centroamérica, eventualmente en LA y evaluar la posibilidad de contratar un profesional del derecho para acompañar la formulación de este reglamento. Cuando el reglamento este listo, la tarea será igualmente apoyar su divulgación. En nuestros países, los problemas de ejecución de las leyes y reglamentos son bien conocidas. Sugiero que en uno de los territorios donde se va a trabajar la IHAN y las redes de establecimientos amigos de la niñez, se brinde cooperación técnica para desarrollar un efecto demostrativo de buenas prácticas en la aplicación de la ley y su reglamento. Este efecto de concentración podría involucrar a los gobiernos locales con los cuales ya tenemos una buena relación de vieja data.

Vigilancia nutricional

¿Qué hacer en el 2014? – Apreciaciones y comentarios

UNICEF apoyo la capacitación del personal de salud en la “Norma para la vigilancia nutricional de los niñas menores de 5 años” en dos regiones sanitarias del país: La Paz e Intibucá; contribuyendo a que el país utilice los estándares recomendados por la OMS. Otros actores de la cooperación apoyaron también este asunto para contribuir a tener una “cobertura” nacional sobre este tema. ¿Cuál es el siguiente paso? Desde

mi punto de vista, apoyar a la Secretaria de Desarrollo Social o bien a la institución que corresponda para que el RENPI tenga en estas dos regiones una cobertura completa y , paralelamente, apoyar el análisis de los datos para conocer “in situ” el comportamiento de los indicadores previstos en la norma. La idea es que este análisis contribuya fortalecer el rol rector de la SESAL en el ámbito departamental, de redes y municipios específicos, para conducir la respuesta institucional y social sobre este problema en esos ámbitos.

Interrupción de la transmisión vertical del Vih

¿Qué hacer en el 2014? – Apreciaciones y comentarios

La epidemia de VIH en Honduras no es una epidemia materno infantil como no lo es en ninguna parte del mundo. Es una epidemia concentrada en los PEMAR que se expresa en las mujeres embarazadas – como población “testigo” – y por extensión afecta a los niños a través de la transmisión vertical. El sentido común indica que las señoras embarazadas son infestadas en el 99% de los casos por su pareja, en relaciones estables o casuales. UNICEF ha apoyado en lo fundamental la capacitación del personal de salud para la utilización de las pruebas rápidas por parte de las señoras gestantes que se presentan a los controles prenatales o al parto institucional en los establecimientos de la SESAL. Un elemento adicional. En una reciente conversación con la responsable del programa de interrupción vertical de la SESAL, surgió la posibilidad de que la institución le solicite a UNICEF la compra de pruebas rápidas. Por supuesto, esta solicitud habría que ponerla en contexto. Pero, valga el ejemplo para reflexionar sobre qué hacer a continuación de lo que ya hicimos el año pasado. Una primera idea es trabajar en la prevención de la infección en las mujeres promoviendo prácticas sexuales saludables y evitando los embarazos no deseados en las MEF, eventualmente en colaboración con el FNUAP. Esta afirmación implica varios aspectos. El empoderamiento de la mujer con relación a la administración de su propio cuerpo en el marco de una sociedad machista y por extensión trabajar en este sentido con organizaciones predominantemente de la sociedad civil. Dos, la promoción del condón como la herramienta de protección esencial, con una doble función, proteger del VIH y de los embarazos no deseados. Un dato interesante: en su carácter de método anticonceptivo el condón no es el método preferido. Las mujeres de 15 a 49 años prefieren más la inyección, la píldora, la esterilización qx y el Diu más que el condón masculino. Interesante esta paradoja, no? Un dato adicional, entre el 29 y el 24% de las mujeres viviendo en el área urbana o rural, han estado sometidas a violencia física desde los 15 años, a través de diversas “figuras”. Llama la atención los que ejercen violencia con más altos porcentajes son el esposo o compañero o el esposo o excompañero. No tengo duda que esta modalidad de violencia hacia la mujer tiene un contenido no cuantificado por la ENDESA de abuso sexual que aumenta las probabilidades de contaminación por el VIH. En fin, para no abundar mas de lo necesario, UNICEF tiene dos opciones: trabajar en el escenario de servicios y continua apoyando el tema “pruebas rápidas” a través de capacitación, eventualmente compra; o bien, se mueve hacia la prevención de la infección en las mujeres embarazadas y asume como temas centrales empoderamiento de la mujer, prácticas sexuales saludables y uso del condón masculino...eventualmente el femenino sobre el cual el país no tiene mucha experiencia. . Mi criterio es que con los pocos recursos disponibles, debería enfatizar la segunda opción. Descartar la primera: pruebas rápidas; ameritaría un análisis más perfecto, más allá del limitado propósito de este documento.

Identificación de nuevos socios

¿Qué hacer en el 2014? – Apreciaciones y comentarios

Para incrementar la eficacia y eficiencia de las contribuciones de Unicef para hacer progresar el país con relación a la deuda social existente en materia de supervivencia infantil son necesarios nuevos socios. Tratar de hacer pasar los compromisos asumidos por los Gobiernos de Latinoamérica y los aliados de la comunidad internacional en la búsqueda de reducir las inequidades en materia de salud sexual y reproductiva, salud materna e infantil, solamente por la SESAL, es como tratar de pasar un camello por el ojo de una aguja. Los nuevos socios son de dos tipos. Aquellos que con los recursos de la cooperación técnica de UNICEF fortalecen sus capacidades para el cumplimiento de su misión institucional a favor de la salud infantil, de los adolescentes y las madres, tal es el caso de la Región Sanitaria de Lempira; y aquellos que representan plataformas de multiplicación de los recursos de cooperación técnica de UNICEF, tal es el caso del proyecto US AID “Acceso”, el Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica (PRESANCA), el Foro de Salud y los Gobiernos locales. En el caso de la región de Lempira, como ya fue expresa, existe ya un plan de trabajo en ejecución. Con los mostros socios identificados, los procesos tienen diferentes grados de avance. Con el proyecto US AID “Acceso”, producto de las conversaciones tenidas con altos personeros de USAID y con los líderes del proyecto, UNICEF tiene en su mesa una propuesta presentada por el proyecto y un análisis FODA de la misma. El paso subsiguiente es, a partir de un debate interno, decidir cuál es la posición de UNICEF y comunicarla oficialmente. Con el Foro de Salud, una “red de redes” de organismos de la sociedad civil con proyección nacional, gremial y comunitaria, incluyendo asociaciones de pacientes, recientemente tuvimos un encuentro de trabajo para iniciar un proceso de acercamiento y explorar la convergencia de intereses. Mi recomendación es que UNICEF marque presencia regular en el Foro, trate de atraerlo para que sea un socio en la abogacía y la movilización social a favor de la supervivencia infantil y el cuidado de los niños pequeños y negocie para este año, en el ámbito nacional y local. En dependencia de los recursos disponibles y las prioridades que se identifiquen para el año 14, UNICEF puede evaluar las conveniencias de realizar un Foro Nacional de Supervivencia Infantil y Cuidados de los Niños Pequeños, eventualmente replicable en los departamentos prioritarios por sus altas tasas de mortalidad infantil. Con PRESANCA hasta la fecha lo que ha habido son contactos informales. Mi recomendación es que se exploren mas posibilidades de convergencia de intereses en los territorios donde el programa ya está trabajando en Honduras. Por la rica historia de trabajo ya existente con los Gobiernos Locales y su Asociación Nacional, a partir de los Programas Municipales de Infancia y Juventud y el proyecto MUNSALUD, financiado por la cooperación canadiense y ejecutado conjuntamente con el FNUAP, los Gobiernos Locales representan una plataforma privilegiada de trabajo para desarrollar desde la perspectiva de la promoción de la salud iniciativas tales como “Municipios Amigos de los Niños” e implementar programas integrados de cooperación en el ámbito local. Mi recomendación es pririzar los escenarios locales (Municipios o grupos de municipios) donde la mortalidad infantil sea elevada en los departamentos prioritarios sobre este tema.

Mobilización de recursos

La situación es conocida. La Sra. Representante ha señalado reiteradas veces que no hay recursos para el trabajo en salud y nutrición. De hecho, la reducción de los recursos ya está impactando en las capacidades de la oficina. El voluntario internacional especialista a cargo de la posición de Oficial de Salud y Nutrición ha concluido su misión en el país. Por otra parte, las 4 propuestas preparadas durante el año no han tenido éxito. La única que aparentemente puede retomarse durante el primer trimestre del año, con respaldo de LACRO, es “Renovando la promesa por la supervivencia infantil y aumentando el compromiso de las familias con el desarrollo temprano de los niños en las poblaciones indígenas y afro descendientes de Honduras, US\$ 150.000). Habrá que estar atento para el momento en que esta oportunidad se presente. Insistir en el transcurso del año, de acuerdo a las oportunidades que se presenten, con otros potenciales donantes, será parte del quehacer regular de la oficina. Igualmente, como ya fue expresado en el ítem anterior, la búsqueda de nuevos socios que representen una plataforma para la multiplicación de los limitados recursos de UNICEF, debería ser una prioridad.

UNDAF

Recientemente concluyeron las sesiones de trabajo de los subgrupos de Nutrición y Salud del Undaf, realizadas precisamente en la sede de UNICEF. Globalmente UNICEF asumió el compromiso de participar, en asociación con OPS, PMA Y FAO, por un lado acompañando temas de interés de la agencia y en otros con compromisos de cooperación técnica. En conjunto con el PMA, fue posible obtener una discreta mejoría en la formulación de indicadores asociados a los productos claves planificados. Esta prevista una reunión de cierre del UNDAF para el Martes 11 de Febrero de todos los grupos de UNDAF. La matriz resultante la hare llegar a los funcionarios apropiados en UNICEF.

Otras líneas de trabajo de eventual interés para el año 2014

1. La erradicación interrumpción de la transmisión congénita de la Sífilis. UNICEF podría brindar cooperación técnica al país para desarrollar un efecto demostrativo, en el ámbito local, ideal sería donde ya tengamos un Gobierno Local amigo, al mediano plazo 2014 – 2015, de erradicación de esta transmisión. Para esto debería apoyar la compra de la prueba rápida, la capacitación del personal de salud, la educación sanitaria de las madres, organizar una campaña de comunicación social, incidencia y abogacía; y establecer una sólida alianza con OPS y explorar vínculos con otros interesados de la comunidad donante y la sociedad civil.
2. Convertirse en una agencia líder en la divulgación de los resultados de la ENDESA en el ámbito nacional, con énfasis en salud y nutrición, de dos maneras: (a) introduciendo en la agenda de los encuentros que organiza la agencia (talleres, seminarios, otros) la divulgación de los resultados de acuerdo a la naturaleza de la actividad y (b) Programando con nuestros socios, por ejemplo la SESAL o el Foro de Salud, entre otros, conferencias en los departamentos con las mayores tasas de mortalidad infantil, destinadas a una audiencia seleccionada de líderes de instituciones gubernamentales y de la sociedad civil, personalidades políticas relevantes y personalidades de otros ámbitos, por ejemplo Iglesias, etc.
3. Los procesos de acreditación de los hospitales como amigos de la niñez permitió “descubrir” un tema técnico y un protagonista que estaba “encubierto”. El protagonista son los Comités de Apoyo a los Hospitales, conformados por voluntarios que movilizan recursos,

normalmente de la empresa privada, para realizar “mejoras” en los hospitales, la gran mayoría de las veces en servicios asociados a la atención de niños y madres gestantes. Lo que he pensado es que UNICEF podría brindar cooperación técnica para la conformación de una red nacional de estos Comités de Apoyo, fortalecer sus capacidades de movilización de recursos y establecer con ellos una alianza a favor de la lactancia materna, la mejoría de las condiciones de atención a niños y mujeres en las unidades hospitalarias y la abogacía en temas tales como supervivencia infantil y humanización de la atención. Normalmente las presidentas son Sras de mucho renombre, bien relacionadas, bien conocidas en los departamentos donde están ubicados los hospitales y con una tremenda actitud de servicio. El tema técnico ya fue mencionado. Se trata de la humanización de la atención en los servicios de control prenatal, labor y parto, puerperio fisiológico y patológico, y en los servicios de neonatología y pediatría. Las escenas que vi en el Hospital Regional de Choluteca todavía rondan mi retina: mujeres prácticamente desnudas en las sala de labor y parto y puerperio fisiológico. Disculpenme, pero esto no puede ser ni en Honduras ni en ninguna pías del mundo. Comento: humanización de la atención es un aspecto de la calidad de la atención. Básicamente es la actitud del personal de salud y un mínimo de condiciones esenciales para la prestación del servicio. Por qué no pensar que UNICEF puede ser el abanderado de una gran red nacional de servicios de labor y parto 5 estrellas o de neonatología?...a manera de ejemplo.

4. Corrupcion en el sector salud. Un tema vigente, caliente, reconocido por las autoridades y que causa un daño inmenso; desviando recursos públicos destinados a los más pobres para bolsillos privados. Por que no pensar que UNICEF podría ser un apoyo importante para la SESAL en la lucha contra la corrupción que ha sido públicamente señalada por el presidente como una de sus prioridades? Combatir la correpcion para mejorar la calidad de la atención de los niños y las madres. Como suena? Por supuesto habría que darle mas cabeza.

Necesidades de generar conocimiento y de diseñar campañas de comunicación, incidencia y cabildeo.

1. Diagnóstico del estado actual de las estrategias de reducción acelerada de la mortalidad infantil propuestas pór el APR.
2. Diagnóstico del estado actual de las intervenciones esenciales para la salud materna e infantil
3. Estudio de la calidad de la atención de los servicios de neonatología y de la red pública de provisión de servicios en esta especialidad.
4. Análisis estadístico avanzado de las datos proporcionados por ENDESA 2011 – 2012
5. Diseño de una campaña de comunicación social acerca de la supervivencia infantil.
6. Diseño de una campaña de incidencia y cabildeo para promover progresos en la supervivencia infantil.

Reflexiones finales

1. La oportunidad que tiene UNICEF para asumir un rol protagónico en apoyar al país para progresar en materia de supervivencia infantil es grande. El Informe de progreso de la promesa Renovada, 2013, ubica a Honduras en el puesto 82 en lo que a mortalidad de los menores de 5 años se refiere y claramente identifica la preeminencia de las causas neonatales. 47% del total. Honduras forma parte del grupo de países ubicados en el rango 80 – 90 de esta clasificación, algunos de ellos en Latinoamérica y otros en el continente asiático y oriente medio. A saber, República de Vietnam (83), Estado de Palestina (83), San Vicente y Granadinas (83), Paraguay (88), Niue (81), Nicaragua (82), Fiki (88), Ecuador (83). Existen claros ejemplos en la comunidad internacional, de países con una alta mortalidad de la niñez (40 o más muertes x 1000 RNV) que han logrado y están todavía logrando, enormes avances en la reducción de la mortalidad infantil. Países que han logrado reducir las tasas de mortalidad de menores de cinco años en porcentajes entre 72 y 50%. Por ejemplo: Bangladés (72%), Bolivia (66%), India (55%) y Benín (50%). Porque Honduras no podría lograrlo?
2. UNICEF ha sumado desde los inicios a la iniciativa de “Una promesa renovada por la supervivencia infantil”, versión mundial y latinoamericana, a socios importantes de la cooperación internacional. En Honduras muchos de ellos ya están trabajando temas asociados a la supervivencia infantil: US AID, Proyecto Mesoamérica del BID. FNUAP, OPS, a manera de ejemplo. Por otro lado, el país tiene políticas, estrategias y programas en esta dirección. En resumen hay un muy buen punto de partida, incluyendo la próxima demanda de preparar un plan de país, para que UNICEF juegue un rol relevante.
3. El rol de UNICEF dependerá en todo caso de sus capacidades de abogacía, evaluación de políticas, generación de alianzas, movilización de recursos y generación de ejemplos demostrativos a favor del compromiso adquirido por el país en esta materia, en el marco de los rasgos esenciales del contexto del programa de cooperación, ya esbozados en este documento.

Biblioteca digital

Por favor, dar doble click encima de la imagen del documento para abrirlo

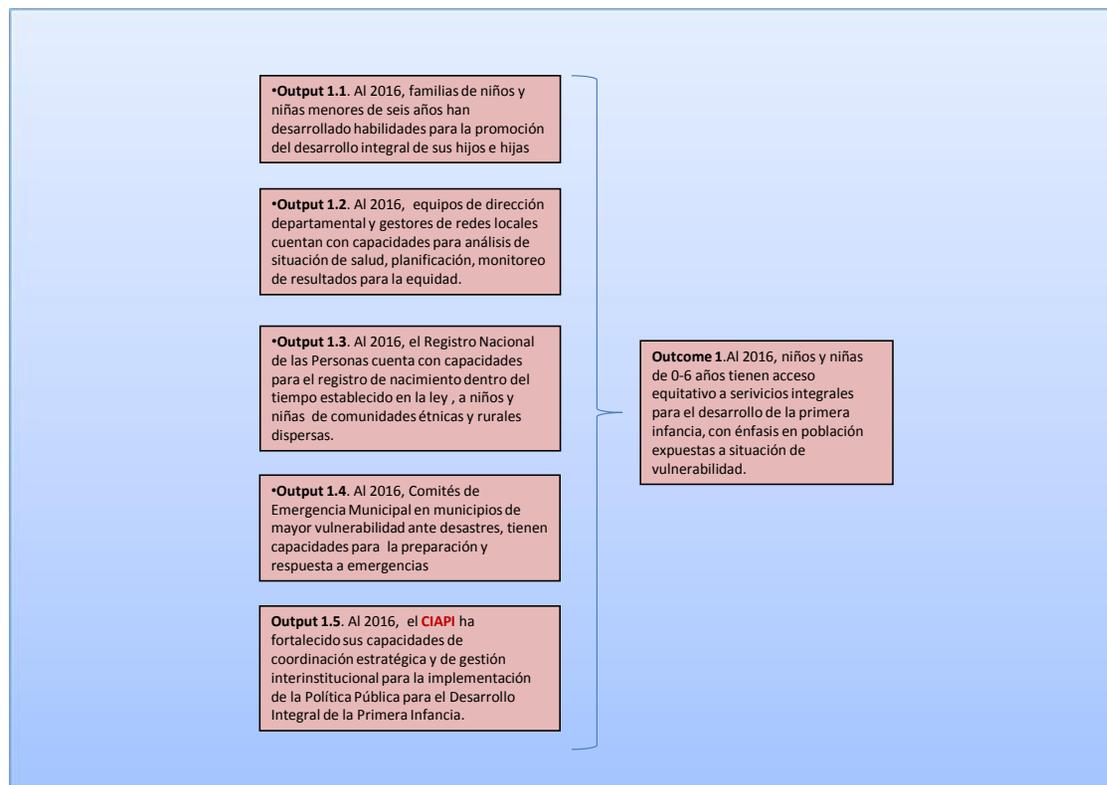
Nombre	Documento
ENDESA 2011 - 2012	 Honduras ENDESA 2011-2012 Informe F
Honduras: caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años, 2009 - 2010	 informe tasas de mortalidad menor de !
Honduras: actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010	 MORATALIDAD MATERNA EN HONDU
Informe estadístico de la epidemia de VIH en Honduras, periodo 1985 – Septiembre 2013	 hoja estadística de VIH-SIDA-ITS a SEPT.
El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada: informe sobre los progresos 2012	 UNICEF. EL COMPROMISO CON L
El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada: informe sobre los progresos 2013	 2013 APR Progress Report - Summary-Sp
Every new born – An action plan to end preventable deaths	 every-newborn-actio n-plan-draft Feb 2014

<p>La cooperación en salud y nutrición de la oficina de Unicef en Honduras: desafíos y oportunidades para el bienio 2014 – 15 / Análisis de situación , racionalidad y visiones de futuro</p>	 <p>La cooperación en salud y nutrición de la</p>
<p>Renovando la promesa por la supervivencia infantil y aumentando el compromiso de las familias con el desarrollo temprano de los niños en las poblaciones indígenas y afro descendientes de Honduras</p>	 <p>7% SET ASIDE APR + ECD V4.docx</p>

Anexos

Nueva cadena de resultados prevista para el Programa y sugerencias de estrategias – Borrador de trabajo¹²

Young Child Survival and Development



¹² Esta cadena de resultados fue preparada con la asistencia técnica del Dr. Jose Ramon Espinoza, Coordinador de Programa seleccionado. En el equipo de trabajo participaron el Ing. Renato Chavarria, Coordinador del Programa 01 y el Dr. Fernando Lazcano, Coordinador de Programa (a.i)

Estrategias¹³

1. Estrategia: Desarrollar alianzas, acciones intersectoriales coordinadas y estimular la movilización social. Contribución: Ninguno de los actores y sectores interesados en la supervivencia infantil y el desarrollo temprano saludable de los niños, puede por sí solo causar el efecto social deseado. Es necesario unir esfuerzos, hacer una ruptura sectorial e involucrar a la ciudadanía para promover soluciones que causen impacto, reduciendo la fragmentación de los actores, movilizándolo la voluntad política y construyendo ciudadanía en salud.
2. Estrategia: Fortalecer las capacidades de análisis, monitoria, seguimiento y liderazgo para la conducción de las respuestas institucionales, sectoriales y sociales. Contribución: El entendimiento de las redes causales que generan la mortalidad infantil y afectan el desarrollo temprano de los niños, tanto en lo que se refiere a las causas inmediatas como a los factores contribuyentes, es crucial para identificar los nudos críticos y diseñar y/o identificar las mejores intervenciones y negociar a través de un liderazgo proactivo su puesta en práctica.
3. Estrategia: Promover la armonización, alineación y complementariedad de las intervenciones programáticas. Contribución: Múltiples actores están realizando una amplia gama de intervenciones en el ámbito de la salud y la nutrición en los escenarios de rectoría, servicios y comunidad, muchas veces sin coordinación, diálogo o intercambio de experiencias, o bien sin apoyar al país en la puesta en práctica de las intervenciones ya diseñadas por el ente rector, provocando ineficacia en la utilización de los recursos disponibles. Superar esta situación es relevante para aumentar la eficacia de las intervenciones, apoyar al país en la identificación de lecciones aprendidas que le permitan mejorar las intervenciones ya diseñadas e introducir de manera ordenada y paulatina nuevas intervenciones provenientes de la experiencia internacional o desarrollos locales.
4. Estrategia: Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y alimentación suplementaria apropiada hasta los tres años. Contribución: Una adecuada nutrición del niño desde el momento de su nacimiento hasta los tres años de edad es un soporte esencial para su crecimiento y desarrollo saludable.
5. Estrategia: Apoyar la implementación del Programa de Atención Integral (AIEPI) a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Contribución: La prevención y el tratamiento apropiado de las enfermedades prevalentes de la infancia, especialmente en el periodo 0 – 3 años, es fundamental para disminuir las muertes, lesiones y discapacidades evitables.
6. Estrategia: Apoyar el Programa Nacional de Inmunizaciones (PAI) y la ejecución del esquema nacional de vacunación. Contribución: Evitar las enfermedades prevenibles por vacunación con énfasis en la población menor de dos años permite disminuir las muertes, lesiones y discapacidades evitables, que afectan el crecimiento y desarrollo saludable.
7. Estrategia: Implementar visitas domiciliarias a las familias de alto riesgo en los municipios seleccionados utilizando un paquete de cuidados para el desarrollo de los niños. Contribución: El escenario familiar es el entorno inmediato donde se realizan los cuidados de los niños, en consecuencia, promover las mejores prácticas en el cuidado de la salud, nutrición, desarrollo psicomotor y emocional, en este escenario, es clave para el desarrollo de los niños.
8. Crear un entorno favorable para el desarrollo de los niños. Contribución: Además de los factores médicos y nutricionales, psicológicos y emocionales, hay muchas otras consideraciones que influyen en el desarrollo de un niño menor de tres años. La pobreza, el aislamiento geográfico, las carencias educativas de las madres, las violaciones de la protección de la infancia y la exclusión de género son factores clave que agravan el riesgo de que el desarrollo de los niños no sea óptimo. Abordar las causas subyacentes se ha convertido en una cuestión más apremiante que nunca. La inversión en el desarrollo no relacionado con la salud, en particular la educación, la infraestructura, el agua y saneamiento, y la generación de ingresos y de empleo, se consideran ahora como componentes vitales de un plan integral para promover el desarrollo de los niños.

¹³ Estas estrategias serán revisadas con el Coordinador del programa 01 y el Coordinador General del programa de Cooperación para revisar su pertinencia con relación a la nueva cadena de resultados identificada.

9. Estrategia: Concentrar los recursos en las redes descentralizadas operando en los municipios donde existan mayores niveles de inequidad en la cobertura de las cinco estrategias mencionadas, dirigiéndolos hacia las poblaciones más postergadas. Contribución: El efecto de concentración y focalización de los recursos permite aumentar los niveles de eficacia de las intervenciones.

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: Fintrac Inc.

Fecha: Junio 21, 2013

Page | 24

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 cientes.
 - * 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 4,258 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

Departamento	# Comunidades	# Menores de 2 Años
Copán	10	283
Lempira	6	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 guía 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 utilizaría (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 @ \$150/mes	3,000	6,180
Salarios Total	10,200	20,940
Overhead (55% sobre salarios)	5,610	11,529
Total Salarios y Overhead	15,810	32,469
Transporte/Comunicaciones/Otros		
Motocicleta (2 x \$4,700)		
Costos (seguro, matrícula, gasolina, mantenimiento)		
Otros: eg. Comunicaciones, hotel & M&IE (2 x \$350/mes)	3,400	
	2,400	5,040
	4,200	5,740
Equipo de campo: 2 x smartphone, laptop, camera, GPS	2,500	
Total Transporte/Comunicaciones/Otros	10,500	10,780
TOTAL Costos Técnicos	26,310	51,625
Donaciones		
Categoría		
Vivienda Saludable (100 x \$200)		
	20,000	
Parcela Domiciliaria (100 x \$60)	6,000	
Gallineros (30 x \$350 & 35 x \$350)	10,500	13,250
Donaciones Total	41,500	13,250
Sub Total	79,890	63,875

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 prioritizados 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.

Distribución de la Razón de Mortalidad Materna por Departamentos, Honduras 1990 – 2010

Tabla 3. Tasa de mortalidad específica de mujeres en edad fértil según departamento de residencia, Honduras C.A., años 1990, 1997 y 2010

Departamentos	Años		
	1990*	1997*	2010**
Atlántida	1.1	1.76	0.75
Colón	1.02	1.52	0.83
Comayagua	1.04	0.8	0.43
Copán	2.24	1.55	0.92
Cortés	1.73	2.27	0.9
Choluteca	0.78	1.04	0.52
El Paraíso	0.74	1.25	0.64
Francisco Morazán	1.47	2.01	0.93
Gracias a Dios	2.25	2.62	0.58
Intibucá	3.22	1.3	0.68
Islas de la Bahía	0.31	0.89	0.49
La Paz	2.39	1.42	0.96
Lempira	1.89	1.54	1.01
Ocotepeque	1.01	1.38	0.93
Olancho	1.08	1.41	0.71
Santa Barbará	1.32	0.84	0.62
Valle	1.17	1.32	0.65
Yoro	1.07	0.97	0.62
Total Nacional	1.43	1.5	0.8
Municipio de San Pedro Sula	NC	NC	0.89
Municipio del Distrito Central	NC	NC	0.34

Fuente: * Investigación sobre Mortalidad Materna y de Mujeres en Edad Reproductiva en Honduras 1990 y 1997.**Para el 2010 la tasa fue calculada con datos de Proyecciones de población 2001 – 2050 en base al censo de Población y vivienda 2001, Instituto Nacional de Estadística. Tasas calculadas por 1.000 MEF