PD-ABB-062
66523

EVALUACION DE MITAD DE PROYECTO
DEL PLAN DE REDUCCION DE LA ENFERMEDAD Y
MUERTE INFANTIL (PREMI)
EN ECUADOR

A Report Prepared By PRITECH Consultants:
JAIME BENAVENTE
ROBERTO CALDERON
KIP ECKROAD
MAGDALENA VANONI
MARCO ENCALADA
ANA MARIA AGUILAR
ANTONIA CRESPO

During The Period:
JULY - AUGUST, 1988

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT
Supported By The:
U.S. Agency For International Development
CONTRACT NO: AID/DPE-5969-Z-00-7064-00
PROJECT NO: 936-5969

AUTHORIZATION:
AID/S&T/HEA: 2/23/90
ASSGN. NO: HSS 006-EC

INDICE

PAGINA

RESUMEN EJECUTIVO 1

I. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

1. Introducciòn 12
2. Historia y Ambiente 13
3. El Programa PREMI y su Contenido 16
4. Metodologìa de Evaluaciòn 20

II. RESULTADOS DE LA EVALUACION

1. Asesorìa General del Impacto de los Programas de Supervivencia Infantil 22
2. Diseño del Proyecto y Estrategias de Supervivencia Infantil 28
3. Estructura Organizativa y Administraciòn 32
4. Desarrollo Institucional del MSP 40
5. Intervenciones de Supervivencia Infantil 56
6. Sistema de Informaciòn de Salud 82
7. Comunicaciòn y Mercadeo Social 101

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones Generales 142
2. Recomendaciones 147

ANEXO A - Personas Entrevistadas

ANEXO B - Documentos Utilizads en la Evaluaciòn de PREMI

RESUMEN EJECUTIVO

Este trabajo representa los hallazgos de la evaluaciòn de medio proyecto, en el Plan de Supervivencia Infantil en el Ecuador. El Ministerio de Salud Pùblica (MSP) y el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), con la ayuda de USAID, UNICEF y OPS, han completado dos años y medio del Programa para la Reducciòn de Enfermedad y Muerte Infantil (PREMI).

La evaluaciòn, diseñada por la Divisiòn de Salud de USAID, fue dirigida por el Dr. Jaime Benavente e implemetnada por los asesores contratados por PRITECH. Se solicitò al equipo de evaluaciòn que evaluarà la implementaciòn y administraciòn del proyecto, para ayudar a lograr los objetivos y realizar recomendaciones al MSP, INNFA y USAID sobre las medidas que ayudarian al Proyecto a lograr sus metas.

La actual iniciativa de supervivencia infantil (PREMI) en el Ecuador es financiada por USAID bajo el Proyecto de Desarrollo Rural Integral (SEDRI) autorizado en Agosto de 1981. En Junio de 1985 la Misiòn USAID en Ecuador autorizò un aumento de US $4,000,000 en los fondos no reembolsables de salud, para las actividades de supervivencia infantil bajo el Proyecto SEDRI. Estos fondos adicionales fueron obligados en Junio de 1985 y la fecha de tèrmino del convenio se extendiò 21 meses, hasta Junio de 1988. Este fue el inicio del Plan de Reducciòn de la Morbi-Mortalidad (PREMI) del Gobierno del Ecuador. En Julio de 1987 USAID/Ecuador recomendò que se enmiende el Convenio del SEDRI para incrementar el financiamiento de Fondos Donaciòn en US $960,000 para la supervivencia infantil, y la fecha de tèrmino del convenio se extendiò 19 meses màs, hasta Diciembre de 1989.

La meta del proyecto es el reducir la mortalidad y morbilidad, especialmente en las àreas rurales, de niños menores de cinco años. El Proyecto de Supervivencia Infantil incluye apoyo para distribuir y promocionar la terapia de rehidrataciòn oral (TRO), y para expandir los programas de inmunizaciòn (PAI), lactancia, nutriciòn y monitoreo de crecimiento.

Los objetivos especìficos son el incrementar la cobertura de vacunaciòn (DPT y polio) de los niños de 0 meses a 1 año, de 48 a 80 porciento; incrementar la cobertura de tètanos en las mujeres embarazadas de 11 a 50 porciento; e incrementar la cobertura de TRO de 21 a 85 porciento en la unidades de salud del MSP, y de 2 a 50 porciento a nivel comunitario, para finales del Proyecto, es decir, Diciembre 31 de 1989.

Para poder incrementar con èxito las coberturas en vacunaciòn y TRO, el diseño del proyecto sugiriò las siguientes actividades: (1) utilizar campañas masivas y tècnicas de mercadeo social para estimular la demanda de servicios de supervivencia infantil; (2)

movilizar el mayor nùmero posible de instituciones e individuos para tratar de alcanzar la meta de reducciòn de la mortalidad infantil; (3) crear una capacidad permanente dentro del MSP para entrega de servicios de supervivencia infantil a nivel nacional; (4) fortalecer el MSP y otras instituciones en el diseño e implementaciòn de actividades de supervivencia infantil; (5) capacitar a los trabajadores de salud del nivel rural en actividades de expansiòn y motivaciòn; y (6) mejorar los sistemas actuales de informaciòn.

2. Objetivos y Metodologìa

Luego de dos años y medio de implementaciòn, en Febrero de 1988, el MSP, INNFA y la Misiòn USAID en Ecuador diseñaron una evaluaciòn a mitad del Proyecto de Supervivencia Infantil (PREMI). Como se definiò en el documento del Proyecto, la evaluaciòn a mitad del proyecto debìa enfocar hacia un anàlisis profundo del sistema de operaciòn del proyecto y a su estructura administrativa, y debìa orientarse a realizar recomendaciones y modificaciones sobre la implementaciòn del Proyecto para los 16 meses restantes. La evaluaciòn se enfocarìa principalmente hacia: 1) la implementaciòn de las actividades en relaciòn al cronograma establecido, 2) los logros del proyecto, identificando los factores que pudieran contribuìr al logro de las metas propuestas, y 3) personal trabajando en el Proyecto, asistencia tècnica apropiada y coordinaciòn.

Especìficamente, esta evaluaciòn de PREMI se diseñò para analizar los siguientes aspectos: a) la estrategia especìfica de supervivencia infantil aplicada en el Ecuador; b) el impacto y logros de las intervenciones con relaciòn a morbilidad y mortalidad; c) el mejoramiento de la capacidad del MSP y otras instituciones para diseñar, implementar y evaluar las intervenciones de supervivencia infantil; d) el rol del componente de comunicaciòn y mercadeo social en la implementaciòn global de PREMI; y e) mejoras en las actividades de capacitaciòn y supervisiòn en el MSP y otras instituciones, como resultado de las actividades PREMI.

La metodologìa para evaluar la implementaciòn y logros del proyecto hasta la fecha y su futuro potencial, consistiò en la recopilaciòn de informaciòn relevante, entrevistas a una amplia gama de participantes en el proyecto, estudios de revisiòn, y anàlisis de los resultados de las encuestas completadas durante el perìodo del Proyecto. No se proveyò financiamiento adicional para el anàlisis o recolecciòn de informaciòn adicional. Los documentos e informes revisados jugaron un papel excepcionalmente importante en esta evaluaciòn. Como resultado, el trabajo del equipo de evaluaciòn se concentrò especialmente en Quito, realizando sòlo algunas visitas a aquellas unidades de salud provinciales que fue

posible.

La metodologìa de evaluaciòn estuvo fuertemente influenciada por las metas de crecimiento institucional del proyecto. Esto resultò ser controversial dentro de la evaluaciòn, ya que algunos participantes en el proyecto cuestionaron la importancia de tales metas e inclusive su existencia dentro del diseño del proyecto. A pesar de que esto es un tema de discusiòn analizado en la secciòn de resultados de la evaluaciòn, los cinco miembros del equipo de evaluaciòn consideraron que el crecimiento institucional era un componente relevante en el proyecto y que debìa estar presente en la implementaciòn de cualquier proyecto.

El equipo de evaluaciòn estuvo conformado por un experto en programas de atenciòn primaria de salud (APS), un especialista en administraciòn de salud pùblica, un asesor en comunicaciòn social, un especialista en sistemas de informaciòn de salud, y un asesor en evaluaciòn. Ademàs, el equipo contò con la ayuda de otros especialistas en supervivencia infantil y dos personas de apoyo.

3. Hallazgos y Evaluaciòn Global

El equipo de evaluaciòn encontrò evidencia que indica que las intervenciones de PREMI contribuyeron a producir un impacto positivo en la morbi-mortalidad infantil en el Ecuador, durante el periodo de 1985 a 1988. A pesar de que la contribuciòn de PREMI no ha ayudado a acelerar la constante disminuciòn de mortalidad infantil, por lo menos las intervenciones de supervivencia infantil ha permitido mantener la tasa estable durante un periodo de dificultades econòmicas severas para las poblaciòn en riesgo. Ademàs, las intervenciones de supervivencia infantil han constituido factores importantes de reducciòn de morbilidad en niños menores de cinco años.

Si el PREMI jugò un papel positivo en la prevenciòn de enfermedades, mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años, fue gracias a los esfuerzos de expansiòn de servicios de salud en inmunizaciòn y el incremento del uso efectivo del TRO, y al gran esfuerzo por incrementar la demanda de esos servicios por medio de la comunicaciòn y mercadeo social. A pesar de que esta estrategia sòlo produjo efectos a corto plazo, los esfuerzos de PREMI incrementaron la conciencia de la poblaciòn en cuanto a la mortalidad infantil, e iniciò eventualmente la movilizaciòn de un gran nùmero de individuos e instituciones para llevar a cabo actividades de supervivencia infantil.

PREMI tuvo èxito en ayudar a desarrollar una conciencia nacional sobre la supervivencia infantil y las maneras màs efectivas para disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad infantil. Este es un logro sobresaliente debido a que se

estableciò una base para las actividades de supervivencia infantil y un componente permanente en el programa de salud nacional dentro del Ecuador.

Con relaciòn a intervenciones especìficas de supervivencia infantil, el equipo de evaluaciòn estableciò que a pesar de que las "jornadas" PREMI fueron efectivas en atraer niños a las unidades de salud para ser vacunados, este esfuerzo no reflejò un cambio significativo en las tasas de coberturas de vacunaciòn, debido a la disminuciòn de las actividades regulares de vacunaciòn entre campañas.

Aùn màs, no se ha logrado la meta de vacunar al 80% del total de niños menores de un año entre 1985 y 1988. Con relaciòn a las metas propuestas del 100% en el grupo de edad de 1-4 años, las coberturas han mejorado sustancialmente a pesar de no haberse logrado la meta. Tampoco se logrò la meta de vacunar al 80% del total de mujeres embarazadas de las àreas de riesgo, con tètanos toxoide. Sin embargo, las campañas PREMI ayudaron a educar a las madres en la importancia de completar el esquema de vacunaciòn e incrementò el nùmero de niños que recibieron la primera dosis de vacunaciòn. El PREMI tambièn ha contribuìdo a mejorar la cadena de frìo a nivel nacional. La cadena de frìo cubre ahora el 82% de unidades de salud que participan en las actividades de vacunaciòn.

A pesar de que no existe informaciòn suficiente para evaluar el impacto del componente de CED, la evidencia indirecta indica que hubo algùn èxito. Pudo haberse esperado una disminuciòn màs clara y definitiva, desafortunadamente los datos disponibles para evaluar este aspecto fueron escasos y errònеos. El Proyecto no ha podido producir datos para medir los logros del proyecto con relaciòn a este componente. Sin embargo, los resultados preliminares de los estudios CAP indicaron que existe un incremento cuantitativo importante en la concientizaciòn, tanto del personal de salud como de las madres, sobre los riesgos de muerte por enfermedades diarrèicas, y sobre la importancia del TRO para reducir este riesgo.

Las actividades orientadas a lograr las metas en cuanto a nutriciòn, control de crecimiento y lactancia fueron escasas desde el principio, y se descontinuaron debido a cambios intra-institucionales. Los principales logros de este componente fueron en elaboraciòn, producciòn y distribuciòn de material educativo para nutriciòn y control de crecimiento, para ser distribuìdo al personal de salud del MSP, y la adquisiciòn de balances para control de crecimiento, a ser distribuìdo a las unidades de salud del MSP. Otro logro importante en esta àrea fue la investigaciòn llevada a cabo por el IIDES y Manoff Internacional, con apoyo del Proyecto y de USAID. Esta investigaciòn prodrìa proveer las bases para diseñar una componente definitivo de nutriciòn, control de crecimiento y lactancia, para identificar los elementos claves para esta implementaciòn.

A pesar de que el control de infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de cinco años no fue parte del diseño original del Proyecto, el IRA se incluyò en PREMI como un componente en 1986 debido a su alta prevalencia en las causas de muerte y enfermedad infantil. Han habido pocas intervenciones de IRA en el PREMI. A pesar de que el MSP elaborò normas para el tratamiento del IRA y de tener la aprobaciòn de la comunidad mèdica, èstas no han sido traducidas a un esfuerzo programàtico.

El PREMI diò una amplia capacitaciòn al personal del MSP. La metas para este componente se lograron por lo menos cuantitativamente, la mayorìa en TRO. Se necesita un anàlisis posterior de la calidad de esta capacitaciòn y su poder para producir efectos duraderos. Desafortunadamente, no se pudo contar con la informaciòn para evaluar la calidad de la capacitaciòn al momento de esta evaluaciòn. No hubo supervisiòn ni seguimiento en la implementaciòn de este componente. A pesar del esfuerzo de los equipos del MSP y de la asistencia tècnica, la falta de un compromiso definitivo por parte del MSP limitò los intentos de producir e implementar un nuevo esquema de supervisiòn.

La Asistencia Tècnica jugò un papel muy importante en la implementaciòn del Proyecto y ha sido en general efectiva. A pesar de ser beneficiosa para el Proyecto, la mayorìa de la asistencia no contò con una coordinaciòn y contraparte apropiada. La asistencia a largo plazo tuvo una falta de guìa y no actuò com un equipo. La utilizaciòn de asistencia tècnica a corto plazo frecuentemente no fue planificada y no pudo ser valorizada por los oficiales y administradores del Proyecto por parte de USAID.

La Unidad de Coordinaciòn PREMI/AID fue muy importante en cuanto a la administraciòn de un proyecto tan complejo y con tantas agencias implementadores y donantes. La Unidad fue crìtica durante la implementaciòn de las primeras fases del Proyecto. Ahora, su papel original casi ha desaparecido y su funcionalidad no està del todo clara. Este componente debe redefinirse totalmente debido a los cambios producidos en el MSP bajo la nueva administraciòn.

Este equipo de evaluaciòn encontrò que no se completaron ninguna de las principales actividades del sistema de informaciòn en salud. No ha existido una estrategia clara, coordinada y organizada para mejorar el sistema de informaciòn de supervivencia infantil. Los esfuerzos han sido fragmentados, algunas veces inconsistentes y muchas veces inefectivos. La principal razòn fue la falta de unidad y continuidad en los esfuerzos por llevar a cabo acciones dentro de este componente del Proyecto PREMI.

Las actividades de comunicaciòn masiva, el modelo de mercadeo social y las campañas de movilizaciòn social diseñadas por AED e implementadas por INNFA, jugaron un papel importante en el desarrollo del Proyecto PREMI. Sin ellas el Proyecto no hubiera

podido lograr resultados positivos en cuanto a salud y mortalidad infantil. La comunicaciòn social, con un enfoque hacia la investigaciòn de mercado, ha generado efectivamente una considerable, aunque temporal, demanda de servicios de supervivencia infantil. Sin embargo, es incierto que los conceptos y habilidades promocionadas por las estrategias de supervivencia infantil produzcan cambios permanentes de comportamiento. Sin la publicidad que acompañò a las actividades del PREMI, no hubiese habido una garantìa de que la demanda por servicios de salud hubiese continuado al actual nivel, o que la gente a la que PREMI estaba tratando de llevar hubiesen continuado las pràcticas apropiadas de supervivencia infantil. La estrategia para incrmeentar la demanda de servicos provò haber tenido èxito en cuanto al logro de sus metas inmediatas; pero probablemente no ha realizado cambios a largo plazo en cuanto a las actitutes y pràcticas de la poblaciòn. El ènfasis en mercadeo social significò que no se prestò suficiente atenciòn a la utilizaciòn de los recursos humanos existentes, que jugaron un papel importante en la comunicaciòn persona-a-persona como una "fuerza de venta" del Programa.

En general, las iniciativas del PREMI permitieron que el Ecuador incrementaran el nivel de sus esfuerzos para reducir la mortalidad infantil. Basado en la experiencia obtenida por el PAI y el PCED, el PREMI pudo vincular a varias organizaciones e individuos en su trabajo. Sin embargo, la mayorìa de los logros de PREMI tuvieron una falta significativa de permanencia, y en caso de volverse a implementar cualquier intervenciòn hoy en dìa, se necesitarìa un nivel de esfuerzo igual a aquel que se necesitò al implementarse por primera vez el proyecto.

El MSP tuvo un èxito relativo en cuando a la expansiòn de su capacidad de entrega de servicios durante los dos primeros años del Plan. Sin embargo, esta expansiòn temporal fue una respuesta a la demanda de servicios generada por el uso intensivo de comunicaciòn masiva y a las campañas llevadas a cabo para aumentar las coberturas, especialmente de vacunaciòn y TRO. Algunos factores han limitado la transformaciòn de la participaciòn del MSP en una capacidad permanente dentro de este esfuerzo nacional. Algunos de estos factores son: la organizaciòn especìfica de PREMI; la existencia de dos instituciones principales para implementar la estrategia; la direcciòn inicial y sin competencia de INNFA; la concentraciòn de los esfuerzos de aumento de la demanda en INNFA, mientras que las acciones de expansiòn y provisiòn se concentraron en el MPS. Ademàs, la estructura y organizaciòn del MSP no respondiò a las necesidades del PREMI en cuanto a su enfoque de comunicaciòn social.

A pesar de estas limitantes se lograron experiencias valiosas con la participaciòn del MSP en PREMI. La màs valiosa fue la participaciòn de los trabajadores de salud en las actividades de PREMI, y su concientizaciòn sobre la importancia de las actividades de supervivencia infantil. A pesar de que el MSP no utilizò

todas las oportunidades para su crecimiento institucional, su compromiso hacia las nuevas actividades de supervivencia infantil da paso a grandes esperanzas.

Una de las mayores limitantes del proyecto fue la falta de resultados en cuanto a crecimiento institucional, especialmente dentro del MSP. Este problema no se debiò enteramente a errores en la implementaciòn del proyecto, sino que refleja una gran deficiencia en el diseño del proyecto, que no enfatizò las actividades para desarrollar la habilidad del MSP para diseñar y entregar servicios de supervivencia infantil en bases permanentes.

La mayorìa de las limitantes del Proyecto se relacionan con una inadecuada e ineficiente implementaciòn y administraciòn por parte de las agencias que participaban en el Proyecto. Durante la revisiòn el proceso de diseño, el equipo de evaluaciòn identificò las siguientes debilidades adicionales: 1) falta de una estrategia nacional especifica para reducir la mortalidad infantil; 2) falta de distribuciòn efectiva de los recursos limitados; 3) falta de tiempo para el desarrollo de un nuevo proyecto; 4) falta de procedimientos gerenciales y administrativos, apropiados y bien definidos, para la enmienda del proyecto.

La utilizaciòn del apoyo polìtico como un substituto por la falta de una concientizaciòn llevò a un compromiso inadecuado por parte de las agencias e individuos a cargo de la implementaciòn de los componentes del Proyecto. Al dividir la administraciòn del proyecto entre por lo menos tres institutiones (MSP, INNFA y USAID), se incrementò la falta de compromiso. Debe evitarse en el Futuro esta divisiòn de administraciòn y sus problemas inherentes, dentro del diseño de un proyecto.

La Estrategia Nacional de Supervivencia Infantil del Ecuador (ESI) financiado por la Misiòn USAID, llegò a su tèrmino en Marzo de 1988, y representa una estrategia fresca y apropiada para el proceso de diseño. La ESI se basa en la revisiòn de las tasas reales de mortalidad infantil en el Ecuador. Esto ha dado como resultado una amplia gama de prioridades de inmunizaciòn y uso de SRO, mencionàndolas segùn su orden de importancia y factores de riesgo de mortalidad: 1) bajo peso al nacer/nacimientos con riesgo; 2) desnutriciòn; 3) infecciones respiratorias agudas; 4) enfermedades diarrèicas, y 5) enfermedades inmuno-prevenibles. Los problemas del proceso de diseño de 1985 pueden verse claramente al compararlo con el proceso deliberado de diseño utilizado para desarrollar el Proyecto de Supervivencia Infantil para el año fiscal 1989.

4. Recomendaciones

Durante el ùltimo año de implementaciòn el caràcter inter-institucional del Proyecto cambiò dràsticamente; esto se debiò a los cambios dentro del MSP entre Abril 1987 y Julio de 1988, a la

finalizaciòn de la participaciòn de INNFA en el Proyecto, y al inicio de la nueva administraciòn en el paìs.

Estos cambios hicieron que el MSP sea la institución màs importante en las intervenciones de supervivencia infantil. Debe tomarse esto en cuenta durante la programaciòn del Proyecto y el diseño de las nuevas iniciativas de Supervivencia Infantil, incluyendo tanto iniciativas para expandir y mejorar los servicios, como para incrementar la demanda de estos servicios.

El MSP necesita de ayuda para fortalecer su habilidad de implementaciòn de intervenciones de supervivencia infantil en bases regulares. Asimismo, cualquier esfuerzo de USAID para apoyar las actividades de supervivencia infantil en el paìs debe dar prioridad al fortalecimiento de la capacidad institucional del MSP para diseñar, implementar y evaluar acciones permanentes de supervivencia infantil. Los esfuerzos de fortalecimiento institucional deben enfocarse hacia los niveles provincial y regional, en lugar del nivel central del MPS, para reforzar la decentralizaciòn y regionalizaciòn que ya se ha iniciado en el Ministerio.

USAID debe asegurar una participaciòn directa del MSP en el proceso de diseño. Debe facilitarse esta participaciòn con un desarrollo del concenso para generar un compromiso por parte de las agencias e individuos a cargo de la implementaciòn de los componentes del Proyecto. Todo esto determinarà el desarroollo de una estrategia nacional especìfica para la reducciòn de la mortalidad infantil. Debe evitar la utilizaciòn de apoyo polìtico como el substituto a un proceso de concenso y compromiso.

Recomendamos que el nuevo Proyecto de Supervivencia Infantil oriente sus intervenciones hacia las àreas e individuos que tengan mayor necesidad, en lugar de continuar con una estregia a nivel nacional. Los diseñadores del Proyecto deberàn determinar las àreas geogràfica con mayor morbilidad y mortalidad infantil, e identificar los instrumentos (por ejemplo control de crecimiento) para encontrar a los individuos de màs alto riesgo en cualquier regiòn.

Recomendamos orientar las intervenciones de supervivencia infantil hacia el nivel provincial, con el apoyo del nivel central y de asistencia tècnica. Para lograr esto deberà fortalecerse las estructuras operativas y administrativas del nivel provincial del MSP, para lograr una implementaciòn, supervisiòn y evaluaciòn màs efectiva del programa a este nivel.

Deberà continuarse con el enfoque hacia actividades de inmunizaciòn y TRO (incluyendo el uso de SRO y otros fluìdos) dentro del Proyecto. Sin embargo, apoyamos la decisiòn de dar prioridad a las actividades de nutriciòn/control de crecimiento e infecciones respiratorias agudas. Estas estrategias de super-

vivencia infantil deberàn acentuarse en el futuro, para mejorar la calidad de vida de los niños en el Ecuador. La interrelaciòn entre los factores tales como IRA y desnutriciòn es un factor de riesgo muy importante para la mortalidad infantil.

Estudios recientes han demostrado la importancia de la mortalidad neonatal en las tasas globales de mortalidad infantil (casi la mitad del total de muertes infantiles). Debido a que la mortalidad neonatal es tan alta, es muy importante diseñar e implementar intervenciones enfocadas hacia los embarazos y nacimientos de alto riesgo. La nueva estrategia nacional de supervivencia infantil toma esto en cuenta. Apoyamos fuertemente esta decisiòn.

El diseño el Proyecto deberà tambièn proveer una buena gruìa para la administraciòn y gerencia de las intervenciones de supervivencia infantil. Deberà establer mecanismos efectivos de coordinaciòn a travès de una descripciòn clara de las responsabilidades y lìneas de autoridad en la implementaciòn. Ademàs, la relaciòn entre las distintas instituciones participantes deberà definirse claramente.

Deberàn reactivarse de inmediato las actividades del actual Proyecto de Supervivencia Infantil. Para llevar a cabo esto deberàn programarse las actividades hasta finales de este Proyecto (Diciembre de 1989). Esta programaciòn requerirà una evaluaciòn clara de la habilidad del MSP para dirigir la implementaciòn. La evaluaciòn deberà incluìr a la Divisiòn de Fomento y Protecciòn del MSP, y a los programas especìficos (PAI, PCED, IRA y Nutriciòn), y se hace necesario un compromiso por parte del MSP a reforzar estas unidades en caso de ser necesario. La asistencia tècnica de USAID deberà jugar un papel importante en el apoyo a esta evaluaciòn. La programaciòn completa de las actividades de PRMI deberà completarse en el plazo màximo de un mes.

Incrementar la atenciòn dada a las visitas del niño sano, como mecanismo para garantizar la entrega de servicios de salud integrados a los niños, para asegurar que se complete el esquema de vacunaciòn antes del primer año de vida. Establecer un mecanismo que facilite el seguimiento adecuado de los niños a travès de las campañas masivas de vacunaciòn.

Dar prioridad a la vacunaciòn de niños menores de un año con una meta del 80% de cobertura para DPT, Polio y Sarampiòn. Implementar la obligatoriedad de la vacuna BCG para la inscripciòn del niño y mantener las tasas de cobertura de los años anteriores. Mantener una meta de cobertura del 20% para DPT, Polio y Sarampiòn para los niños de 1-4 años, para lograr eventualmente una cobertura acumulada del 80% para este grupo de edad.

Continuar la promociòn de TRO y uso de SRO y otros fluìdos para el control de la diarrea, a travès de mesajes a los grupos en

riesgo. Promocionar la lactancia y el uso de leche de vaca para niños mayores, durante los episodios de diarrea. Proveer informaciòn sobre las pràcticas adecuadas de alimentaciòn durante los episodios diarrèicos.

La programaciòn de las actividades de nutriciòn/control de crecimiento y lactancia de PREMI deben considerarse dentro del diseño de una estrategia global que incluya: i) pràcticas apropiadas de alimentaciòn infantil; ii) promociòn de lactancia y pràcticas de alimentaciòn infantil; iii) capacitaciòn a trabajadores de salud en control de crecimiento y nutriciòn infantil; y iv) educaciòn de la madre en nutriciòn infantil y en el uso del carnè de salud infantil.

Deben redefinirse totalmente las intervenciones de control de infecciones respiratorias agudas. Las actuales normas para tratamiento del IRA, que tienen la aprobaciòn general de la comunidad mèdica, deberà traducirse en esfuerzos programàticos. las normas son el punto de inicio para el diseño de las intervenciones.

Deben analizarse a fondo, y redefinirse de ser necesario, las campañas para la expansiòn de servicios y el incremento de las tasas de cobertura. Las campañas nacionales deberàn ajustarse estrictamente a las metas institucionales permanentes, para mejorar la calidad y cantidad de los servicios de supervivencia infantil que se entregan actualmente.

Tanto el actual esfuerzo de supervivencia infantil como el nuevo proyecto, necesitan hacer gran uso del mercado social, con igual ènfasis en la utilizaciòn de comunicaciòn masiva y desarrollo educacional para la comunicaciòn persona-a-persona. La estrategia de mercadeo social requerirà de la participaciòn de recursos humanos existentes (doctores, trabajadores de salud, educadores, y lìderes comunitarios), quienes han servido de "fuerza de venta" dentro del programa.

Deberà prepararse una nueva propuesta para el uso de comunicaciòn masiva para apoyar el programa de supervivencia infantil. Esta propuesta deberà combinar el modelo de mercadeo utilizado por PREMI, junto con otros que enfaticen un nivel rasonable de comunicaciòn cara-a-cara. La meta es engendrar cambios de comportamiento por medio de la educaciòn y automotivaciòn. El programa de comunicaciòn deberà generar una ddemanda de servicios de salud a largo plazo, reconociendo al mismo tiempo la diversidad cultural de la poblaciòn objeto y las limitaciones presupuestarias del proyecto.

Realizar un compromiso para desarrollar y mejorar el Sistema de Informaciòn en Salud del Ecuador. Reconocer que el desarrollo de un Sistema de Informaciòn en Salud es un proceso contìnuo, que mejorarà gradualmente hasta ser màs ùtil. Esto requiere una

estrategia modular y de incremento, pero deberà diseñarse e implementarse teniendo en cuenta el sistema principal.

Crear un equipo para anàlisis de sistemas y de profesionales en sistemas de informaciòn, con el apoyo y facilidades apropiadas. Ciertamente, parte de este equipo està ya conformado. Existe el personal del Departamento Nacional de Informàtica del MSP y la asistencia tècnica a largo plazo.

La unidad de coordinaciòn PREMI/AID ha perdido la mayor parte de su rol, a pesar de contar con recursos importantes para ayudar en la implementaciòn de las actividades del actual Proyecto. Recomendamos reestructurar esta unidad para que se acople a los cambios de la nueva administraciòn del MSP. Deberàn redistribuirse y/o recanalizarse los recursos de la Unidad. Estos cambios en la Unidad tambièn enfocan hacia la participaciòn directa de USAID en la implementaciòn del Proyecto. USAID deberà intentar transferir el control sobre estos recursos a la unidad de implementaciòn correspondiente dentro del MSP.

La asistencia tècnica deberà seguir jugando un rol importante dentro de las actividades tanto del actual como del nuevo proyecto. Es importante establecer procedimientos claros para utilizar esta asistencia tècnica. La AT deberà ayudar a la contraparte nacional, y por tanto, dependerà de esta contraparte. El MSP (y cualquier otra instituciòn nacional que participe en la implementaciòn) deberà guiar la implementaciòn; la AT deberà proveer el apoyo tècnico. Tanto la AT a corto como a largo plazo deberàn intentar trabajar como equipo. Si no existe una contraparte para la AT, probablemente no se necesita de esta AT. Una relaciòn clara entre la AT y la contraparte ecuatoriana ayudarìa a eliminar los actuales problemas de planificaciòn, selecciòn y utilizaciòn de la AT. La AT para actividades de supervivencia infantil deberà ser provista bajo la responsabilidad y direcciòn de una sola organizaciòn, con el propòsito implìcito de proveer una continuidad de AT a corto y largo plazo durante la vida del proyecto.

Una ùltima recomendaciòn global con relaciòn a Evaluaciòn. Las actividades de Evaluaciòn deberàn reprogramarse para cubrir el periodo que falta del Proyecto PREMI, que termina en Diciembre de 1989. Las evaluaciòn ùtiles dependen del anàlisis apropiado de una buena informaciòn. Deberàn reorganizarse los datos de los estudios CAP. Deberàn planificarse cuidadosamente el anàlisis de los programas, basàndose en la disponibilidad de datos. Deberàn generarse, cuando sea necesario, datos adicionales en un formato ùtil. Buena informaciòn y un correcto anàlisis son esenciales para el diseño, implementaciòn y revisiòn del Proyecto.

I. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

I. INTRODUCCION:

Este trabajo representa los hallazgos de la evaluaciòn de mitad del Proyecto de Supervivencia Infantil del Ecuador. El Ministerio de Salud Pùblica (MSP), El Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), con la ayuda de USAID, UNICEF y OPS, han completado dos años y medio del programa de cinco años para la Reducciòn de la Enfermedad y Muerte Infantil (PREMI).

La evaluaciòn, diseñada por la Divisiòn de Salud de USAID, fue llevada a cabo por el Dr. Jaime Benavente e implementada por asesores de PRITECH. Se pidiò al equipo de evaluaciòn que evaluara la implementaciòn y administraciòn del proyecto para lograr un mayor progreso en cuanto al logro de los objetivos, y presentar recomendaciones para el MSP, INNFA y USAID que aseguren que el proyecto cumpla con sus metas.

Esta evaluaciòn se planificò originalmente para principios de Mayo de 1988, pero problemas en la contrataciòn de asesores la retrasaron. El esfuerzo de evaluaciòn tambièn se vio frustrado por la falta de informaciòn accesible y disponible sobre la historia de la planificaciòn, implementaciòn y logros del proyecto. Aunque habìa mucha informaciòn, èsta no estaba bien organizada.

El equipo de evaluaciòn estuvo compuesto por un experto en programa de atenciòn primaria de salud infantil (APS), un especialista en adminstraciòn de salud pùblica, una asesor en comunicaciòn social, un especialista en sistemas de informaciòn de salud y un asesor en evaluaciòn de programas de salud. Ademàs, el equipo contò con el apoyo de dos especialistas en supervivencia infantil y dos ayudantes.

Los miembros del equipo fueron la Dra. Magdalena Vanoni, el Dr. Roberto Calderòn, el Dr. Marco Encalada, el Sr. James Eckroad y el Dr. Jaime Benavente. La responsabilidad de la evaluaciòn de los logros e impacto del programa PREMI recayò sobre la Dra. Magalena Vanoni, esto incluyò la evaluaciòn de actividades de supervivencia infantil como inmunizaciòn, control de enfermedades diarrèicas, terapia de rehidrataciòn oral (TRO), y control-monitoreo de crecimiento. El Sr. Roberto Calderòn fue el responsable de evaluar las factores administraciòn y gerencia del proyecto y el mejoramiento de la capacidad del MSP para diseñar, implementar y evaluar las estrategias de supervivencia infantil. El Dr. Marco Encalada fue responsable de ayudar al INNFA/PREMI en su esfuerzo de comunicaciòn masiva y mercadeo social, enfocado en

estrategias y planificaciòn global, producciòn y distribuciòn de material y evaluaciòn. El Sr. James Eckroad fue responsable de evaluar las actividades del sistema de informaciòn. El Dr. Jaime Benavente fue el director del equipo y fue responsable de la evaluaciòn global del programa y su estrategia.

Segùn se mencionò anteriormente, otras personas tambièn ayudaron en esta evaluaciòn. La Dra. Ana Marìa Aguilar ayudò al director del equipo a analizar las estrategias institucionales y de implementaciòn escogidas por el Programa de Supervivencia Infantil del Ecuador. El Dr. Jorge Sierra ayudò al experto en programas de APS en la asesorìa del impacto y logros del programa. La Sra. Joanne Jones de USAID ayudò al especialista en administraciòn de salud en la asesorìa institucional. El Sr. Antonio Crespo ayudò al especialista en programas de APS en la asesorìa del impacto y logros del proyecto. La Srta. Patricia Moser, de la Oficina Regional de USAID/Washington, aportò crìticas y sugerencias valiosas.

El Dr. Jaime Benavente elaborò la versiòn final de este informe. Todos los miembros del equipo de evaluaciòn contribuyeron para las conclusiones y recomendaciones. Informes preliminares de los distintos asesores estàn disponibles a pedido. La evaluaciòn a mitad del perìodo fue llevado a cabo del 11 de Julio al 12 de Agosto de 1988.

2. HISTORIA Y AMBIENTE

Durante varios años la asistencia de salud de USAD estuvo enfocada hacia programas de mejoramiento de la salud de la madre y del niño. Sin embargo, desde 1985 se ha enfocada hacia programas de prevensiòn de muerte infantil. USAID ha apoyado el desarrollo de programas permanentes de vacunaciòn y la disponibilidad de TRO. Estos son los "motores gemelos" del Programa de Supervivencia Infantil de USAID. La estrategia del Programa de Supervivencia Infantil de USAID tambièn incluye otras intervenciones como control de infecciones respiratorias agudas, lactancia materna y espaciamiento entre niños.

Las metas especìficas de USAID son el ayudar a paìses del tercer mundo a reducir las tasas de mortalidad infantil a menos del 75 por mil nacidos vivos, y la mortalidad de la niñez a menos de 10 muertes por mil nacidos vivos por año, antes del tèrmino de este siglo. Desde 1985, cuando el Congreso de los Estados Unidos estableciò un fondo especial para supervivencia infantil, USAID ha reservado cerca de 500 millones de dòlares para apoyar actividades de supervivencia infantil en todo el mundo.

El Ecuador se convertiò en un paìs prioritario para los

esfuerzos de supervivencia infantil dentro de las iniciativas de supervivencia infantil de los Estados Unidos, cuando USAID lo escogiò entre los seis paìses de Latinoamericano y del Caribe para llevar a cabo actividades para la reducciòn de mortalidad infantil.

Con una tasa de crecimiento poblacional de 2.9% debido a la alta fertilidad combinada con tasas moderadas de mortalidad, el Ecuador es una de las poblaciones de màs ràpido crecimiento poblacional en Latinoamèrica. Por este motivo, Ecuador tiene una poblaciòn excepcionalmente joven, combinada con una situaciòn de salud tradicionalmente adversa. De acuerdo a los estimados de 1985, los niños menores de cinco años representan el 15% (1.4 millones) de la poblaciòn total de 9.4 millones de Ecuador. De esta poblaciòn, 260.000 son menores de un año. De los 300.000 nacimientos anuales sòlo la mitad son atendidos clìnicamente.

A pesar de la reducciòn sustancial en las tasas de mortalidad infantil (TMI) en los ùltimos 25 años, la mortalidad de los niños continùa siendo excesivamente alta. Estadìsticas recientes estiman que en 1982 la mortalidad infantil fue 72 muertes por 1.000 nacidos vivos, y cerca de 60/1000 en 1985. Hubo una reducciòn anual del 1.8% desde 1960, cuando las TMI eran 111 muertes por 1000 nacidos vivos. A pesar de este progreso significativo, las TMI nacionales de 60/1000 son todavìa significativamente altas dentro de la reducciòn de mortalidad en Sud Amèrica. Asì, Ecuador es el paìs con tasas màs altas de mortalidad infantil en Amèrica del Sur, luego de Bolivia y Perù.

En 1986, 29% del total de muertes infantiles en el paìs fueron en niños menores de cinco años. Muchas de estas muertes pudieron haberse evitado con technologìas disponibles y de bajo costo. La diarrea fue la causa principal de muerte en niños menores de cinco años (28%), seguida de enfermedades respiratorias (22%).

Las enfermedades inmuno-prevenibles estaban ya en un nivel bajo, provocando sòlo 4% de las muertes infantiles. Estas cifras representan un cambio importante dentro de las causas de muerte infantil. Diez años atràs, las enfermedades inmuno-prevenibles en Ecuador fueron la causa de 20% de las muertes de niños menores de un año, y 10% del total de muertes. (Tabla 1).

Esta reducciòn dramàtica en la proporciòn de muertes infantiles por enfermedades inmunoprevenibles, fue debido a un esfuerzo a nivel nacional para implementar la estrategia de inmunizaciòn, uno de los primeros esfuerzos a nivel nacional para reducir la morbi-mortalidad infantil.

TABLE 1

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
ECUADOR, 1976 y 1986 (Porcentajes)

C A U S A S	INFANTES		NIÑOS	
	1976	1986	1976	1986
Enteritis y Diarrea	24	19	25	28
Enfermedades inmunoprevenibles	10	2	19	4
Infecciones Respiratorias Agudas	30	21	25	22
Otras Causas	36	31	31	36
Total	100	100	100	100

Fuente: INEC, 1987

El nivel de morbilidad y mortalidad infantil ha sido una de las preocupaciones del MSP desde mediados de 1970. Sin embargo, la magnitud del problema en el país impulsó la participación de agencias internacionales como OPS/OMS, en el diseño e implementación de los programas de supervivencia infantil tales como inmunización y control de enfermedades diarréicas. Estas metas tan ambiciosas fueron "salud para todos" para el año 2000 y "vacunación universal a niños" para 1990.

En 1977 el MSP de Ecuador estableció el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), para controlar la alta tasa de mortalidad y morbilidad infantil debido a enfermedades inmuno-prevenibles. Ecuador fue uno de los primeros países en Latinoamérica que lo hizo. En 1982 el MSP, con el apoyo técnico y económico de agencias internacionales, inició una campaña de vacunación intensiva.

Este programa inicial del MSP/PAI alcanzó grandes logros entre 1979 y 1982: una mejora dramática en las coberturas de vacunación con DPT a niños menores de un año, una mejora moderada en cadena de frío, capacitación en PAI, un incremento en el personal que trabajaba en actividades del PAI, y un presupuesto adicional del MSP para el programa. A pesar de que las coberturas de vacunación han mejorado considerablemente desde 1985, siguen siendo bajas y no han llegado al nivel necesario para producir reducciones considerables de tasas de morbilidad y mortalidad. Los patrones de morbi-mortalidad infantil a causa de las seis enfermedades inmuno-prevenibles, han mostrado muy poco cambio en los últimos diez años.

Considerando las altas tasas de mortalidad infantil debido a enfermedades diarrèicas, en 1979 el MSP inició un programa para el control de enfermedades diarrèicas (PCED). El objetivo gneral del PCED es reducir la morbilidad y mortalidad de niños menores de cinco años, por medio de: 1) promociòn del TRO y la lactancia materna como un medio para prevenir la diarrea, 2) establecimiento de un sistema de vigilancia de enfermedades diarrèicas, y 3) promociòn de participaciòn y promociòn activa de la comunidad en el PCED. Las dos principales fuerzas de este programa son el fuerte compromiso para usar TRO como base del PCED y la capacidad para asegurar la disponibilidad y amplia distribuciòn de sales de rehidrataciòn oral (SRO) en toda la regiòn del MSP. Entre 1979 y 1985, el PCED de Ecuador realizò un notable progreso, a pesar de que hubieron factores que inhibieron el alcance y efectividad del programa. Por estas razones los logros del PCED no fueron tan dramàticos como los del programa de inmunizaciones.

En 1981, con el apoyo de USAID, el MSP lanzò el Proyecto de Salud Rural Integral, como un esfuerzo para mejorar la salud infantil. La meta del proyecto era diseñar y probar modelos para reducir la morbilidad y mortalidad especialmente en madres y niños menores de cinco años, en las àreas rurales pobres de Ecuador.

Dentro de este esquema de trabajo de preocupaciòn nacional y de cooperaciòn internacional, en 1983 UNICEF ofreciò apoyo econòmico al Gobierno del Ecuador (GDE) para la expansiòn de los programas de promociòn de lactancia materna, control de crecimiento, PCED y PAI. USAID y UNICEF promocionaron estas estrategias con intervenciones simples y de bajo costo, que al ser aplicadas simultàneamente, podrìan ayudar a lograr reducciones significativas en la morbi-mortalidad infantil. En 1984 el GDE se comprometiò con la estrategia de supervienvia infantil de UNICEF, y preparò una propuesta para UNICEF llamada "Apoyo a las Estrategias para la Reducciòn de la Mortalidad Infantil".

La oferta de UNICEF y su propuesta general escrita en el MSP coincidieron con la creaciòn de un fondo especial para supervivencia infantil, que fue establecido por el Congreso de los Estados Unidos (1985) como parte de una iniciativa de supervivencia infantil a nivel mundial. La creaciòn de este fondo y el èn fais de USAID en programas de supervivencia infantil proveyeron los recursos necesarios para las iniciativas del MSP/UNICEF.

3. EL PROGRAMA PREMI Y SU CONTEXTO

En 1985 el Gobierno del Ecuador, con la ayuda de USAID, OPS y UNICEF, diseñaron un programa nacional de supervivencia infantil - Plan de la Reducciòn de la Enfermedad y Muerte Infantil, PREMI. Este programa nacional proponìa una implementaciòn simultànea de cuatro actividades de supervivencia infantil: control de

crecimiento, promociòn de lactancia, inmunizaciones y control de enfermedades diarrèicas en niños menores de cinco año. Sin embargo, dentro del diseño del proyecto de ayuda USAID enfatizò dos de estas actividades, CED y PAI. La implementaciòn de las actividades de PREMI se iniciaron en Octubre de 1985.

Las actuales iniciativas de supervivencia infantil del Ecuador estàn apoyadas y financiados por USAID, bajo el Proyecto de Sistemas de Desarrollo Rural Integral. El Proyecto DRI (Proyecto No. 518-0015, Prèstamo No. 518-U-040) fue autorizado por AA/LAC en Agosto de 1981. El financiamiento original de USAID para el proyecto fue US$1.000.000 de Fondos No Reembolsables y US$6.000.000 de Fondos de Prèstamo. Su propòsito original fue desarrollar un modelo de bajo costo para el sistema de entrega de servicios de salud en las tres regiones, y reproducir este sistema con èxito a nivel nacional una vez que los sistemas desarrollados hayan sido probados. En el àrea de APS, el diseño del proyecto enfatizò las actividades de crecimiento institucional del MSP, para lograr una descentralizaciòn de servicios del MSP en las àreas piloto. Sin embargo, el enfoque primordial del proyecto fue hacia las actividades de crecimiento institucional: expansiòn de servicios de atenciòn primaria, especialmente control de enfermedades diarrèicas; inmunizaciones, cuidado materno-infantil; educaciòn en salud; y provisiòn de agua y servicios sanitarios a las àreas objeto. Se apoyaron las actividades de nutriciòn y aquellas que tenìan como objeto el aumento de la participaciòn comunitaria dentro de la imlementaciòn del proyecto. El Proyecto DRI fue considerado un èxito tanto por USAID como por las instituciones del GDE que participaron, especialmente aquellas del sector de salud, a pesar de que no se han elaborado informes de evaluaciòn para apoyar este punto de vista.

En Junio de 1985 la Misiòn USAID de Ecuador autorizò un incremento de US$4.000.000 de fondos no reembolsables de salud, para las actividades de supervivencia infantil dentro del Proyecto DRI. Estos fondos adicionales fueron obligados en Junio de 1985 y la fecha de tèrmino del proyecto fue extendida por 21 meses, hasta Junio de 1988. Este es el inicio del Plan del GDE para la Reducciòn de la Morbi-Mortalidad Infnatil (PREMI). En Julio de 1987, USAID/Ecuador recomendò que se realizara una enmienda al Proyecto DRI para incrementar el financiamiento de fondos no reembolsables en US$960.000, dentro de la cuenta de supervivencia infantil, y la extensiòn de la fecha de tèrmino del proyecto por 18 meses adicionales, hasta Diciembre de 1989.

Ademàs, dese 1985 hubo financiamiento de otras fuentes de donaciòn, para ayudar al GDE en la implementaciòn de PREMI. La participaciòn de otros donantes en PREMI fue muy significativa. En los ùltimos dos años UNICEF ha entregado cerca de US$600.000 para el inicio del proyecto, incluyendo actividades de las cuatro estrategias de supervivencia infantil. OPS ha entregado asistencia tècnica por un valor de US$20.000 al programa de inmuniza-

ciones, especialmente para cadena de frìo. Para el perìodo 1987-91 el PAI recibirà aproximadamente US$1.260.000, US$224.500 de UNICEF, US$392.000 del Club Rotario, US$23.500 de OPS, US$225.500 de IDB por medio de OPS y US$393.800 de USAID/W. Ademàs, 35 voluntarios del Cuerpo de Paz Norteamericano estàn trabajando en actividades de salud, mucho de ellos entregando servicios de supervivencia infantil en clìnicas del MSP o capacitando a las organizaciones comunitarias.

La meta del proyecto es la reducciòn de la morbi-mortalidad, especialmente en las àreas rurales, a nivel de niños menores de cinco años. El Proyecto de Supervivencia Infantil incluye apoyo para la expansiòn y promociòn del TRO, expansiòn del PAI, lactancia y control de crecimiento/nutriciòn.

Los objetivos especìficos son incrementar las coberturas de inmunizaciòn (DPT y Polio) en niños entre las edades de 0-1, de 48 a 80%; incrementar la cobertura de tètanos en mujeres embarazadas, de 11 a 50%; e incrementar las coberturas de TRO de 21 a 85% en las unidades de salud del MSP, y de 2 a 50% a nivel comunitario. Se espera lograr estos objetivos para finales del Proyecto, es decir, hasta Diciembre de 1989.

Para lograr un incremento significativo en las coberturas de inmunizaciòn y de TRO, el diseño del proyecto ha propuesto las siguientes actividades:

- Utilizar campañas masivas y tècnicas de mercadeo social para estimular la demanda por servicios de supervivencia infantil.

- Movilizar la mayor cantidad posible de instituciones e individuos para lograr la meta de reducciòn de la mortalidad infantil.

- Crear una capacidad a largo plazo dentro del MSP, para la entrega de servicios de supervivencia infantil a nivel nacional.

- Fortalecer al MSP y otras instituciones para diseñar e implementar actividades de supervivencia infantil.

- Evaluar y financiar una coordinaciòn contìnua y servicios administrativos permanentes durante el perìodo duraciòn del proyecto.

- Capacitar a trabajadores de salud del àrea rural, en actividades motivacionales y de expansiòn, para incrementar las coberturas de inmunizaciòn por medio de instituciones que no pertenecen al MSP pero que juegan un papel importante en la movilizaciòn para el apoyo a PREMI.

Mejorar el sistema actual de salud para lograr una retroalimentaciòn efectiva de demandas especìficas de servicios y en capacidad de entrega de servicios. Esta retroalimentaciòn capacitarà al MSP para que mejore su logìstica, planificaciòn y apoyo, y el uso racional de recursos de salud.

Las dos instituciones claves escogidas dentro del diseño del Proyecto para dirigir los esfuerzos fueron el MSP y el INNFA. Estas dos instituciones contaron con el apoyo de otras instituciones del GDE como el MEC, MBS, ISS, organizaciones privadas y voluntarias, Conferencia Episcopal, agencias internacionales como USAID, UNICEF y OPS. Se buscò una estrategia internacional, multi-institucional, para apoyar el plan principal de motivar la movilizaciòn social y la participaciòn comunitario en el desarrollo e implementaciòn de las actividades de supervivencia infantil.

Para el diseño del Proyecto se organizò un Comitè Nacional para lograr la participaciòn de otras instituciones para la movilizaciòn social. Se organizò un comitè Ejecutivo que era responsable de establecer los programas y cronogramas del mismo. Para apoyar estas actividades USAID aportò los servicios permanentes de un Coordinador del Proyecto, un Gerente de Proyecto y una Asesor en Evaluaciòn.

Los principales objetivos de las actividades de Supervivencia Infantil fueron:

(1) Un Sistema de Informaciòn en salud que permitiera al MSP registrar informaciòn de slud y planificar la entrega de servicios de salud para casi la mitad de los niños ecuatorianos menores de cinco años;

(2) Recolecciòn de datos de mortalidad infantil en 10.000 hogares, para medir el impacto de PREMI en la mortalidad infantil, para que sirva como una base de datos esencial para futuros anàlisis.

(3) Entrega de balanzas estandarizadas y calibradas a 250 unidades de salud.

(4) Capacitaciòn de 50 profesionales del MEC en supervivencia infantil.

(5) Elaboraciòn y prueba de materiales educativos de supervivencia infantil, producidos para uso del MEC y de los trabajadores de salud.

4. METODOLOGIA DE EVALUACION

Luego de dos años y medio de implementaciòn, en Febrero de 1988 el MSP, INNFA y la Misiòn USAID en Ecuador diseñò una evaluaciòn a mitad del proyecto, para el Programa de Supervivencia Infantil (PREMI). Como se definiò en el Documento del Proyecto, esta evaluaciòn parcial es un anàlisis profundo de las àreas de operaciòn del proyecto y de la estructura administrativa. El anàlisis recomienda modificaciones necesarias dentro de la administraciòn y organizaciòn del Proyecto, para los 16 meses que faltan para completar el Proyecto. La evaluaciòn se enfoca hacia: 1) la oportunidad en la iniciaciòn e implementaciòn de las actividades segùn su cronograma; 2) còmo està logrando el proyecto sus metas, incluyendo la identificaciòn de los factores que ayudan y obstaculizan el logro de estas; y 3) personal trabajando en el Proyecto, necesidad de asistencia tècnica y coordinaciòn del proyecto.

Especificamente, la evaluaciòn de PREMI analiza:

a) lo adecuado de las estrategias de supervivencia infantil llevadas a cabo en Ecuador, y de las organizaciones institucionales, admnistrativas y de servicio que toman parte.

b) la efectividad del programa para reducir la morbimortalidad infantil; la entrega de servicios de inmunizaciòn y control de diarreas; mejoramiento de control de crecimieto, lactancia y pràcticas de destete; y control de infecciones respiratorias agudas.

c) mejoramiento de la habilidad del personal del MSP y otras instituciones para diseñar, implementar y evaluar los programas de supervivencia infantil y el rol de la asistencia tècnica.

d) papel de la comunicaciòn y mercadeo social en la implementaciòn del programa de supervivencia infantil; y

e) mejoramiento de la capacitaciòn y supervièn dentro del MSP y otras instituciones, como resultado de las actividades del proyecto.

El equipo de evaluaciòn recolectò documentos relevantes del programa, entrevistò a varios participantes importantes dentro del proyecto, revisò estudios y analizò los resultados de encuestas que se completaron durante el perìodo del Proyecto. No hubo financiamiento para un mayor anàlisis o recolecciòn de datos. La revisiòn de documentos e informes fue una parte muy importante de

la evaluaciòn. Como resultado, el trabajo del equipo de evaluaciòn se concentrò en Quito. Sòlo se realizaròn algunas visitas a provincias y unidades de salud cuando fue posible.

La metodologìa de evaluaciòn se concentrò en las metas de crecimiento institucional del proyecto. Esto resultò ser controversial en la evaluaciòn debido a que algunos participantes del proyecto objetaron la importancia de tales metas e inclusive su existencia en el diseño del proyecto. A pesar de que este es un asunto que se tratarà en la secciòn de resultados de la evaluaciòn, todos los miembros del equipo de evaluaciòn consideraron que el crecimiento institucional fue un componente muy importante en este proyecto. Los distintos asesores que participaron en la evaluaciòn preparon informes preliminares que fueron la base para este informe de evaluaciòn.

II. RESULTADOS DE LA EVALUACION

1. ASESORIA GENERAL DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE SUPERVIVENCIA INFANTIL.

El PREMI tuvo èxito en ayudar a desarrollar una conciencia nacional sobre la supervivencia infantil y las maneras màs efectivas para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad infantil. Este es un logro significativo porque establece una base para hacer de las actividades de supervivencia infantil, un componente permanente dentro de la salud en el Ecuador.

Las actividades efectivas de comunicaciòn masiva, el modelo de mercadeo social y las campañas de movilizaciòn diseñadas por la Academia de Desarrollo Educacional (AED), e implementadas por medio del INNFA, deben considerarse como factores imporantes dentro del conocimiento del pùblico sobre supervivencia infantil. Este componente de PREMI llegò a màs de 3.500.000 ecuatorianose incrementò el conocimiento del pùblico sobre la demanda de inmunizaciones, TRO y otros servicios de supervivencia infantil.

Parece ser que el PREMI ha tenido un impacto positivo en la reducciòn de la morbilidad y mortalidad infantil durante el periodo 1985 y 1988. A pesar de que la contribuciòn de PREMI no acelerò el proceso permanente de disminuciòn de mortalidad infantil, las intervenciones de supervivencia infantil por lo menos ayudaron a USAID a mantener el proceso durante un periodo de grandes dificultades econòmicas para la poblaciòn en riesgo. Sin embargo, no hay suficientes datos para demostrar estas conclusiones.

Si el PREMI jugò un papel importante en la reducciòn de la morbi-mortalidad infantil se debiò a los esfuerzos de expansiòn de servicios de salud en inmunizaciòn, y al incremento del uso efectivo del TRO. A pesar de que el plan considerò la implementaciòn de las cuatro principales actividades de supervivencia infantil - control de crecimiento, promociòn de lactancia, inmunizaciones y control de enfermedades diarrèicas - sòlamente se enfocò en las dos ùltimas (PAI y CED) en este programa.

Actualmente la expansiòn de inmunizaciones ha sido la principal intervenciòn de la supervivencia infantil PREMI. El instrumento principal para lograr la meta propuesta en esta àrea fueron las campañas nacinales. Estas campañas nacionales, denominadas jornadas PREMI para destinguirlas de las anteriores campañas, tuvieron èxito en atraer un gran nùmero de niños menores de cinco años a las vacunaciones. En 1985, entre los niños menores a un año, las jornadas lograron un 12% de las vacunaciones con BCG, 22% con DPT1 y cerca de 24% con Polio1. Entre los niños 1-5 años los porcentajes fueron 46, 56 y 56% respectivamente. En 1986 el

impacto de las jornadas disminuyò. Entre los niños menores de un año las jornadas lograron 22% de las vacunaciones con BCG, 46% con DPT1 y 45% con Polio1. Entre los niños de 1-5 años en el mismo año, los porcentajes fueron 65, 73, y 74% respectivamente. Durante 1987 disminuyò la participaciòn de los niños en las jornadas de inmunizaciòn; para menores de un año hubo 21% en BCG, 27% para DPT1 y 26% para Polio1. Para niños 1-5 años los porcentajes fueron 43% para BCG, 41% para DPT1 y 40% para Polio1. Ciertamente las campañas PREMI fueron la causa de un incremento en el nùmero de participantes nuevos en el programa. Ademàs, las campañas facilitaron la inmunizaciòn de un nùmero significativo de niños, especialmente en el grupo de edad de 1-4 años, pero tambièn en los menores de un año.

En relaciòn con los conocimientos y actitudes del pùblico, las campañas pueden haber ayudado a educar a las madres en la importancia de completar el esquema de inmunizaciòn. Las tasas de desersiòn durante los dìas de campañas del PREMI fueron significativamente màs bajas que las de 1984, pero aùn se mantienen muy altas (37% para DPT y Polio).

Considerando los logros del programa de inmunizaciones, los resultados de las encuestas de Conocimientos, Actitudes y Pràcticas (CAP) indican que las tasas de cobertura de vacunaciòn total de niños entre 13 y 24 meses incrementò de un 40% antes de PREMI, a cerca de 70% en 1987. Los resultados de las CAP sugieren un cambio positivo significativo en el conocimiento de las madres sobre las pràcticas adecuadas de vacunaciòn: cerca de 90% informaron que sabìan que la vacunaciòn debìa comenzar antes de los tres meses, comparado con un 60% en 1985. Se requieren anàlisis adicionales para establecer la validèz de estas estadisticas. Si son precisos, estos cambios son significativos. Sin embargo, 45% de las madres informaron que la vacunaciòn debe completarse antes del primer año.

Los resultados son menos impresionantes al utilizar los datos del PAI/MSP. La evaluaciòn descubriò que a pesar de que las jornadas PREMI fueron efectivas atrayendo niños a las unidades de salud para la vacunaciòn, este esfuerzo no reflejò incrementos significativos en las tasas de cobertura de inmunizaciones, debido a la reducciòn de las actividades regulares de inmunizaciòn entre las campañas PREMI. En realidad, el pais se encuentra muy lejos de lograr la cobertura propuesta del 80% para DPT y Polio en niños menores de un año, establecida para esta evaluaciòn a mitad del proyecto. Durante el periodo de 1984 a 1987 las tasas de cobertura para DPT3 sòlo se incrementaron de 48% a 51%, y de Polio3 de 47% a 51%. Las cobeturas de sarampiòn inclusive disminuyeron, aunque no significativamente, de 51% a 46%. Ademàs, para DPT1 y Polio1, el MSP cambiò su modalidad de distribuciòn permanente de vacunas a distribuciòn sòlo durante las campañas.

Las coberturas para niños entre 1-4 años han mejorado

levemente (la meta es 100% de la cobertura). La vacunaciòn con DPT incrementò de 43% en 1984 a 61% en 1988. El aumento en coberturas de Polio fue de 59 a 61% en los mismos años. Las tasas de cobertura para sarampiòn disminuyeron de 66 a 61% en 1988.

Tampoco se logrò la meta de inmunizaciòn con tètanos toxoide del 80% de mujeres embarazadas. Durante las campañas PREMI sòlo 15.000 mujeres recibieron la segunda dosis de TT, lo cual representò sòlo 20% del total de mujeres embarazadas.

El incremento en el nùmero de participantes durante las campañas y el incremento moderado en las tasas de cobertura señalan una disminuciòn en el nùmero de niños inmunizados durante perìodos regulares. Las jornadas han significado un deterioro de las actividades regulares de inmunizaciòn por las siguientes razones: falta de mecanismos efectivos para facilitar las actividades de inmunizaciòn durante perìodos regulars; 2) incremento en la tendencia de madres y trabajadores de salud a esperar la siguiente campaña para continuar con el esquema de vacunaciòn; y 3) los programas de comunicaciòn masiva tendientes a enfatizar la vacunaciòn durante las campañas, que sin intenciòn devaluaron las pràcticas permanentes de inmunizaciòn.

Otra de las intervenciones principales de las actividades de supervivencia infantil de PREMI fue la reducciòn de la morbimortalidad por diarrea, en niños menores a cinco años, por medio de la promociòn de TRO y uso masivo de SRO. A pesar de que no se cuentan con datos suficientes para documentar el impacto de este componente, evidencia indirecta indica que ha habido èxito (o podrìamos decir "resultados positivos"). En 1980 cerca de 22% de todas las muertes infantiles estuvieron asociadas a enfermedades diarrèicas. Esta tasa bajò a 17% en 1987, una disminuciòn significativa durante este perìodo. Sin embargo, en 1984 (un poco antes de que se iniciaran las intervenciones de PREMI), la tasa llegaba a 18%. A partir de entonces ha iniciado una disminuciòn lenta pero constante.

Se esperaba una disminuciòn màs definitiva, pero desafortunadamente los datos para evaluar este aspecto fueron escasos. A pesar de que no existe evidencia para documentar una disminuciòn definitiva en enfermedades diarrèicas, la mayorìa de las personas involucradas en el programa asumen que ha habido una disminuciòn.

El punto de vista general señala un incremento cuantitativo significativo en la concientizaciòn, tanto de madres como de trabajadores de salud, de los riesgos mortales de las enfermedades diarrèicas y de que el TRO es importante para reducir este riesgo. Los resultados de la encuesta CAP de 1987 indicaron que cerca de 93% de los entrevistados habìan oìdo hablar sobre las SRO, 20% las utilizaron en el ùltimo episodio de diarrea y 60% informaron haberlas utilizado por lo menos una vez. Esto implica un cambio importante desde el inicio de PREMI. A pesar de que no

hay informaciòn disponible, se asume que el uso de SRO antes de PREMI era muy bajo. En cuanto a la preparaciòn de las SRO, la primera encuesta CAP (Diciembre de 1985) demostrò que sòlo 29% de las madres informaron haber preparado las SRO.

Igualmente, por medio de observaciones 80% de las madre preparon la mezcla correctamente, 35% informaron que los centros de salud eran su principal fuente de informaciòn para tratamiento de la diarrea. Esto indica que las actividades de capacitaciòn han tenido efectos positivos en la difusiòn de la TRO.

La encuesta CAP de 1987 encontrò que cerca de 93% de las madres lactantes informaron continuar con la lactancia durante el episodio de diarrea, y 64% reportaron dar a los niños otros liquidos. Este es una cambio moderado pero significativo desde los resultados de la encuesta CAP de 1986, en donde se encontrò que 85% de las madres lactantes continuaban la pràctica de lactancia durante el episodio de diarrea y sòlo 50% dieron a los niños otros lìquidos.

Estos son resultados impresionantes pero se necesita un anàlisis posterior de los datos de las encuestas CAP para establecer la precisiòn de estos descubrimientos.

Otro logro importante del Proyecto fue la amplia aceptaciòn de TRO por parte de los mèdicos, otros trabajadores de salud y la comunidad. Esta aceptaciòn permitiò el uso de un gran nùmero de sobres distribuìdos como una medida de impacto del programa. Entre 1985 y 1987, el programa distribuyò cerca de 2.2 millones de sobres de SRO con instrucciones sobre su uso correcto. Si estimamos que se necesitan dos a tres sobres para un episodio de diarrea, el PREMI ayudò a disminuìr el riesgo de deshidrataciòn en cerca de un millòn de episodios entre 1985 y 1987. Asumiendo que un niño tiene dos a tres episodios de diarrea al año, el PREMI ayudò a proteger a 150 mil niños contra el riesgo de deshidrataciòn y muerte por diarrea por año, durante este perìodo.

Estas cifras demuestran cambios positivos en el control de enfermedades diarrèicas, e indican que las actividades de PREMI estàn causando los efectos deseados. Sin embargo, las enfermedades diarrèicas continùan siendo una de las principales causas de muerte en el pais. Se necesitarà realizar esfuerzos adicionales para lograr la meta del 75% de cobertura en TRO, en la unidades de salud del MSP, para finales de este proyecto.

PREMI tambièn tuvo un componente importante en nutriciòn, control de crecimiento y lactancia. Ecuador es uno de los pocos paises Latinoamericanos con un componente significativo de nutriciòn en el diseño del proyecto de supervivencia infantil. Ya que la desnutriciòn infantil es un factor importante en por lo menos la mitad de las muertes infantiles, los logros en control de crecimiento y nutriciòn podrìan producir un impacto significativo

en la mortalidad y morbilidad infantil. Desafortunadamente las acciones dirigidas hacia el logro de las metas en este componente fueron escasas desde el inicio, y se descontinuaron debido a problemas institucionales. Los logros màs importantes en este componente fueron el desarrollo, producciòn y distribuciòn de materiales educativos en nutriciòn y control de crecimiento para el personal de salud del MSP, y la distribuciòn de balanzas para control de crecimiento a las unidades de salud del MSP.

A pesar de que los logros en este componente son muy bajos, durante el ùltimo perìodo se han llevado a cabo actividades de investigaciòn. PREMI y USAID, con la asistencia tècnica de MANOFF INTL., estàn apoyando al Instituto de Investigaciones de Salud (IIDES) en una investigaciòn cualitativa de pràcticas alimentarias, destete y lactancia de los niños. Estos esfuerzos pueden establecer las bases para el diseño de un componente de nutriciòn, control de crecimiento y lactancia permanente, asì como proveer los elementos claves para su implementaciòn.

A pesar de que el control de infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de cinco años no fue parte del diseño original del Proyecto, en 1986 se incluyò el IRA dentro de los objetivos del PREMI debido a que es la causa por si sola màs amplia de muertes infantiles en Ecuador, luego de las condiciones perinatales (21% para niños menores de un año y 22% para los menores de cinco), especialmente en la Sierra Rural. Sin embargo, las intervenciones para reducir la influencia de IRA como causa de muerte y morbilidad se incluyen muy poco en la implementaciòn de PREMI. En 1987 el MSP desarrollò normas para el tratamiento de IRA. A pesar de que èstas tienen la aprobaciòn general de la comunidad mèdica, no han sido traducidas a esfuerzos de programa.

Estos dos ùltimos componentes, nutriciòn/control de crecimiento e infecciones respiratorias agudas, deben acentuarse en cualquier esfuezo futuro a gran escala, para mejorar la calidad de vida de los niños ecuatorianos.

PREMI facilitò la capacitaciòn del personal del MSP. Su principal meta en este componente fue capacitar a personal de salud en actividades de difusiòn y motivaciòn, para incrementar las coberturas de inmunizaciòn y TRO. Otro de sus objetivos era el incrementar la capacitaciòn interna a travès de materiales educacionales sobre salud y proveer capacitaciòn extrainstitucional. Esta capacitaciòn ayudarà a movilizar apoyo para el PREMI y entregar servicios de supervivencia infantil. Las instituciones participantes fueron el MEC, Agencias Internacionales sin fines de lucro y otros. El componente de capacitaciòn se planificò como un mecanismo clave para llevar a PREMI màs allà de la fase de campaña, para convertirlo en parte integral del systema de atenciòn en salud.

La informaciòn disponible indica que se han logrado algunas

de las metas cuantitativas de este componente (la mayorìa en TRO). Se necesita un anàlisis posterior de la calidad de la capacitaciòn llevada a cabo y su fuerza para producir efectos permanentes (la mayorìa de la capacitaciòn ha durado sòlo uno o dos dìas). Por ejemplo, parece ser que se desarrollò poca o ninguna continuidad en los programas de educaciòn para reforzar las intervenciones de supervivencia infnatil en los distintos niveles del sistema de salud.

A pesar de que las actividades de capacitaciòn han tenido un nivel aceptable de esfuerzo, hubo falta de supervisiòn y seguimiento dentro de la implementaciòn de este componente. A pesar de los esfuerzos de los equipos del MSP y la dedicaciòn de la asistencia tècnica trabajando en supervisiòn y capacitaciòn, la falta de compromiso por parte de los lìderes del MSP limitò los esfuerzos por producir e implementar un nuevo esquema de supervisiòn.

El diseño original del Proyecto incluyò financiamiento para el mejoramiento del actual sistema de informaciòn de salud en el MSP. La meta de este componente era ayudar al MSP a expandir su capacidad de acceso a necesidades de salud y la efectividad de los sistemas de entrega de servicios, especialmente de supervivencia infantil, y proveer datos para la evaluaciòn del proyecto. El objetivo era fortalecer el sistema de informaciòn de salud para proveer una retroalimentaciòn sobre requerimientos especìficos de servicios y capacidad de entrega de servicios, y habilitar al MSP para mejorar la planificaciòn y logìstica. Se iniciaron por lo menos dos actividades principales dentro del componente: Investigaciòn operacional para mejorar el sistema de informaciòn de entrega de servicios ambulatorios y un estrategia global para mejorar el sistema de informaciòn central de salud. No se completò ninguna de estas actividades. La impresiòn general del equipo de evaluaciòn es que no hubo una estrategia clara, unificada y organizada para mejorar los sistemas de informaciòn de la supervivencia infantil. El esfuerzo pareciò ser fragmentado, algunas veces incosistente y muchas veces inefectivo. La principal razòn para esto fue la falta de unidad y continuidad en llevar a cabo actividades dentro de este componente del Proyecto PREMI.

El ùltimo componente que debe analizarse es el fuerte pero desarticulado ènfasis en asistencia tècnica. Se invertieron fuertes cantidades de dinero en este componente, y en general fue justificado debido a la complejidad del Proyecto y la estrategia especìfica de comunicaciòn social a implementarse. Se utilizaron dos tipos de asistencia tècnica dentro de la implementaciòn del proyecto: primero, un equipo de asesores a largo plazo (dos en comunicaciòn, uno en capacitaciòn y supervisiòn, uno en evaluaciòn y uno en planificaciòn de salud; y segundo, asistencia tècnica a corto plazo (cerca de 120 visitas de consultores hasta la fecha, de los cuales casi 50 vinieron durante el primer año del proyecto). Esta asistencia tècnica fue del proyecto central y de los fondos

del proyecto.

En general la asistencia tècnica ha sido efectiva. Sin embargo, en varias ocasiones la asistencia tècnica a corto plazo no fue planificada ni evaluada. La asistencia tècnica se vio limitada por la falta de condiciones apropiadas en las agencias locales para lograr los mejores resultados con la interacciòn entre asesores y sus contrapartes. El equipo de evaluaciòn tambièn descubriò que las asesores a corto plazo, financiados por el proyecto central, tuvieron una participaciòn significativa en la definiciòn de la estrategia, el diseño del proyecto original, implementaciòn y reprogramaciòn. Esta influencia no siempre tuvo efectos positivos en la administraciòn del proyecto, especialmente debido al nùmero de personas de los distintos niveles involucradas en el proceso de toma de decisiones.

Debido a la capacidad limitada del MSP para manejar la complejidad del Proyecto, y para apoyar las actividades de supervivencia infantil, USAID proveyò los servicios permanentes de un Coordinador de Proyecto a travès de la organizaciòn de una Unidad de Coordinaciòn PREMI/AID. Esta unidad fue crìtica para la administraciòn de la complejidad del proyecto, con su gran nùmero de instituciones implementadoras y donadores. Hasta Marzo de 1987 la contribuciòn de la Unidad a la implementaciòn del proyecto fue muy importante. En ese entonces se produjeron cambios dramàticos dentro del MSP, tanto en el ambiente en el cual trabajaba la Unidad de Coordinaciòn, como en su efectividad y esfuerzos administrativos. Debe reestructurarse este componente para que pueda ajustarse a los cambios del MSP dentro del nuevo Gobierno del Ecuador.

Las iniciativas de PREMI han permitido que el Ecuador incremente sus esfuerzos para reducir la mortalidad infantil. Partiendo de la experiencia adquirida por el PAI y el PCED, el PREMI pudo involucrar a varias organizaciones e individuos en su trabajo. Sin embargo, la mayoria de los logros de PREMI no pueden mantenerse por si mismos. Si se quisiera repetir hoy en dìa estos esfuerzos, se necesitarìa el mismo esfuerzo que se necesitò al iniciar PREMI o que se requiriò en 1985.

2. DISEÑO DEL PROYECTO Y ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

La Enmienda al Proyecto del Ecuador fue la primera actividad llevada a cabo dentro de la regiòn de Lationamèrica, en respuesta a un mandato del Congreso para la Iniciativa de Supervivencia Infantil. Las decisiones sobre el proseso de diseño se debieron

a la necesidad de obligar los fondos disponibles antes del tèrmino del año fiscal. Deafortunadamente, esta fue una nueva iniciativa de manera que USAID/Ecuador no pudo diseñar el proyecto de acuerdo a experiencias previas de la Agencia en diseños tècnicos de un proceso. Como resultado, PREMI se creò como una enmienda al proyecto DRI que ya existìa.

Revisando el diseño del Proyecto PREMI (Enmienda #8 al Proyecto), y en lo que fue posible, el equipo de evaluaciòn descubriò tres àreas problema: 1) falta de una estrategia nacional especìfica para la reducciòn de la mortalidad infantil, 2) ineficiente distribuciòn de recursos limitados, 3) falta de tiempo para el desarrollo del nuevo proyecto, y 4) falta de un procedimiento administrativo/gerencial bien definido para la enmienda al proyecto.

Sin contar con el tiempo adecuado para desarrollar una estrategia de supervivencia infantil especìfica para el paìs, la asesorìa de USAID al Programa PREMI se basò en la polìtica mundial de USAID y en las necesidades del GDE. La enmienda de 1985 del Ecuador constituyò la primera respuesta de un Proyecto LAC de USAID al mandato del Congreso sobre la Iniciativa de Supervivencia Infantil. PREMI debìa servir como "ejemplo" para los "motores gemelos" de USAID en supervivencia infantil: Terapia de Rehidrataciòn Oral (TRO) utilizando sales de rehidrataciòn oral (SRO), y el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Se incluyò tambièn la promociòn de lactancia y el control de crecimiento dentro del diseño, pero èstos recibieron sòlo un interès secundario dentro de la implementaciòn del proyecto.

Se ha observado que las prioridades de USAID han afectado la asesorìa de supervivencia infantil. Deben puntualizarse tres aspectos del proceso de diseño en relaciòn al mandato del Congreso. Primero, el poco tiempo disponible entre la notificaciòn de disponibilidad de fondos especìficos para esta actividad en Marzo de 1985, y la firma del Documento de la Enmienda en Junio de 1985; segundo, la falta de participaciòn del paìs en el diseño del proceso; y tercero, el acoplamiento de la asistencia nacional en supervivencia infantil con el objeto de desarrollar un modelo de bajos costos, para la entrega de servicios de atenciòn primaria de salud a travès de su aplicaciòn en tres àreas.

Se ha asumido que han sido tres los factores resultantes de la necesidad de obligar los fondos antes del tèrmino del año fiscal. El proceso de desarrollo del Proyecto no contò con un proceso de concientizaciòn dentro del las instituciones del paìs, que aseguren su compromiso hacia los objetivos e implementaciòn del proyecto.

Ademàs, muchos de los anàlisis requeridos en el Proyecto original no se relacionaban especìficamente con la implementaciòn de un programa nacional. La falta de un anàlisis adecuado llevò

al diseño inadecuado de un programa. Por ejemplo, a pesar de que la enmienda al proyecto incluye en su anàlisis de la supervisiòn, que la mayor limitante para una adecuada supervisiòn es el financiamiento para viàticos y transporte, la enmienda propone mejorar la supervisiòn por medio del desarrollo de un modelo de supervisiòn y capacitaciòn basado en visitas regulares al campo, sin discutir las limitantes econòmicas.

El diseño de la enmienda enfocò hacia la disminuciòn de la mortalidad infantil por medio del incremento de la demanda de servicios de supervivencia infantil. Para esto, debìan utilizarse tres estrategias para incrementar la demanta de servicios:

- Apoyo polìtico de alto nivel en el GDE;
- Movilizaciòn de instituciones pùblicas y privadas en apoyo al programa (para entrega de servicis y motivaciòn del pùblico); y
- Utilizaciòn de mercado social, particularmente por medio de comunicaciòn masiva para motivar a las madres.

PREMI debìa utilizar dos metodologìas para la expansiòn de servicios e incremento de tasas de cobertura. La primera de estas fue la implementaciòn de varios dìas de campaña nacional durante el año. La segunda fue fortalecer la entrega de servicios regulares mejorando cantitativa y cualitativamente los servicios de supervivencia infantil ofrecidos por las instituciones.

Debìa proveerse asistencia a PREMI para lo siguiente:

1.- Desarrollo de una capacidad permanente de capacitaciòn en comunicaciòn masiva y entrega de servicios de supervivencia infantil.

2.- fortalecimiento de la habilidad en supervisiòn del MSP.

3.- mejoramiento de las estadìsticas de informaciòn en salud relacionadas con control de enfermedades diarrèicas e inmunizaciones; y

4.- desarrollo de una capacidad permanente de comunicaciòn social para supervivencia infantil.

Esta evaluaciòn ha demostrado que la estrategia para incrementar la demanda de servicios ha probado haber tenido èxito en lograr sus metas inmediatas; sin embargo el incremento de la oferta sòlo ha alcanzado logros moderados. Se sobrepasaron las metas conjuntas para la expansiòn de la capacidad institucional.

A pesar de que el programa se diseñò para ser implementado como un paquete, algunas factores limitaron los logros de estos objetivos. La utilizaciòn del apoyo polìtico sustituyendo la concientizaciòn llevò a un compromiso inadecuado por parte de las agencias e individuos que tomaban parte en la implementaciòn del proyecto. La divisiòn administrativa entre por lo menos tres instituciones (MSP, INNFA y USAID) incrementò el problema de la falta de compromiso ya existente. Ademàs, la falta de mecanismos de coordinaciòn efectivos que tuvieran tanto autoridad como responsabilidad dentro de la implementaciòn, incrementò los problemas.

La enmienda al proyecto proveyò una guìa pobre para la administraciòn y manejo del componente de supervivencia infantil. No se especificaron las lìneas de autoridad y las responsabilidades especìficas para cada actividad. Tampoco se especificò el objetivo de la Unidad de Coordinaciòn del Proyecto ni su alcace de trabajo en ninguna parte del documento original. La relaciòn entre las varias instituciones para la implementaciòn del proyecto se incluyò dentro del alcance de trabajo de un agente exterior contratado por y de responsabilidad de AID.

El proceso de diseño previo puede considerarse como una anomalìa particular, comparada con el proceso deliberado de diseño utilizado en el desarrollo del Proyecto de Supervivencia Infantil para el Año Fiscal 1989.

El tèrmino de la Estrategia de Supervivencia Infantil (SI) en el paìs, financiada con fondos de la Misiòn USAID entregados en Marzo de 1985, ha dado la pauta para el desarrollo de futuras actividades de SI asì como un instrumento para el anàlisis del diseño del Proyecto PREMI. La Estrategia de SI se basò en la revisiòn de la mortalidad infantil real del Ecuador. Esto diò como resultado una amplia gama de prioridades, desde el uso de SRO e inmunizaciones hasta los factores de riesgo de mortalidad por orden de importancia: 1) bajo peso al nacer/riesgos al nacer, 2) desnutriciòn, 3) infecciones respiratorias agudas, 4) enfermedades diarrèicas, y 5) enfermedades inmunoprevenibles.

Bajo la Estrategia de SI, se analizaron las intervenciones del programa para determinar su factibilidad local, costo y efectividad. La inmunizaciòn continùa recibiendo el mayor èn fasis dentro del anàlisis, y el uso de SRO se expandiò para incluìr tambièn otros fluìdos dentro del programa TRO. Ambas intervencios forman parte de una estrategia integrada para incrementar la supervivencia infantil. Ademàs, al no dar èn fasis a estas dos intervenciones bajo PREMI, la promociòn de lactancia y el control de crecimiento se convirtieron en prioridades dentro de la Estrategia de SI.

Otra àrea en donde la Estrategia de SI varìa grandemente de

los componentes del Proyecto PREMI es el enfoque de las intervenciones hacia las àreas e individuos màs necesitados. Por medio de anàlisis de mortalidad la Estrategia de SI pudo determinar las àreas geogràficas con tasas màs altas de mortalidad infantil. La Estrategia de SI propuso que la asistencia futura de USAID se enfoque hacia la reducciòn de la mortalidad en èstas areas. Ademàs, deberà utilizarse el control de crecimiento para determinar a los individuos de màs alto riesgo de mortalidad y morbilidad dentro de estas regiones. PREMI se diseñò para tener una audiencia y clientela nacional. El control de crecimiento se visualizò sòlamente como una intervenciòn, no como un instrumento de enfoque dentro del diseño de la enmienda.

Junto con el enfoque de las intervenciones de SI, la Estrategia de SI tambièn propone el enfoque hacia actividades de fortalecimiento institucional del MSP a nivel regional antes que central. El PREMI intentò algunos mejoramientos en el MSP a nivel central, a pesar de la descentralizaciòn que ya estaba tomando parte en el desarrollo de la enmienda del Proyecto.

3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y GERENCIAL

PREMI no dependiò de la estructura organizativa de ninguna de las dos instituciones principales a cargo de la implementaciòn de las actividades. Dada la fuerte orientaciòn hacia la movilizaciòn social, se diseñò un esquema organizativo ùnico.

Sin embargo, a pesar de que la estructura organizativa del MSP estuvo integrada a este esquema como el principal proveedor de servicios de supervivencia infantil, no fue el actor principal en la implementaciòn y administraciòn de la estrategia. Las decisiones sobre estrategia y administraciòn tuvieron un impacto significativo en el sistema operacional de campo del Proyecto. Esta secciòn describe brevemente la estructura organizativa y los aspectos operacionales del proyecto.

3.1. ORGANIZACION DE PREMI:

La siguiente secciòn describe la estructura organizativa central del PREMI:

1) Comitè Nacional.- Presidido por la Primera Dama de la Naciòn e incluye al Presidente del Congreso Nacional, Ministro de Salud, Ministro de Educaciòn, Ministro de Defensa, Ministro de Bienestar Social, Presidente de la Conferencia Episcopal Ecuatoriana, y al Presidente de AFEME.

   Algunas de las principales responsabilidades del Comitè

era el apoyar las actividades del programa al màs alto nivel; invitar a los sectores que podìan proveer apoyo para la difusiòn de la informaciòn; promocionar y proveer servicios de salud; hacer un llamado a la comunidad ecuatoriana para que participe activamente en el Plan. En general, el comitè estimulaba la difusiòn y movilizaciòn del proyecto a nivel nacional.

2) Comitè Ejecutivo.- Constituìdo por la Presidenta del INNFA (La Primera Dama), un representante de INNFA, un representante de la Comisiòn de Labor Social del Congreso Nacional, el Secretario Ejecutivo de la Conferencia Episcopal, Director General de Salud (como representante del MSP), Representante del MEC, Representante del Ministerio de Defensa, Representante del MBS, Secretario Ejecutivo de AFEME, Representantes de los medios de comunicaciòn y diarios privados, Representantes de agencias internacionales (USAID, UNICEF, OPS) como asesorìa tècnica.

   Las funciones del comitè incluyen la coordinaciòn de actividades interinstitucionales; definiciòn del tipo y grado de participaciòn de cada agencia participante; aprobaciòn del Plan general y programa de actividades dentro de la estrategia de comunicaciòn; y aprobaciòn de todas las actividades y trabajos diseñados por el Comitè Tècnico.

3) Comitè Tècnico.- Subordinado del Comitè Ejecutivo, està compuesto por: El Director de Fomento y Protecciòn del MSP; Los Jefes de los Programas del MSP que participan en las actividades de supervivencia infantil de PREMI (PAI, PCED, Control de Crecimiento y Lactancia); un representante de INNFA; representantes de UNICEF, AID y OPS; y un representante del MEC (OTIDES).

   La Comisiòn es responsable del diseño del apoyo tècnico a programas del MSP, y de definir las actividades y estrategias especìficas a desarrollar duarante la implementaciòn del Plan.

4) Programas de Supervivencia Infantil del MSP.- Estas unidades participan en distintos niveles, dentro de la implementaciòn de las actividades de supervivencia infantil apoyadas por PREMI: Direcciòn General de Salud; Direcciòn de Fomento y Protecciòn; Divisiones de Nutriciòn, Desarrollo Comunitario, Materno/Infantil, Educaciòn para la Salud; y particularmente los programas de supervivencia infantil (PAI, PCED, Control de Crecimiento y lactancia, e IRA) bajo la Divisiòn Materno/Infantil.

5) Instituto Nacional de Niño y la Familia (INNFA).- Responsable de la implementaciòn total del componente de comunicaciòn y mercadeo social diseñado por AED. Tambièn tiene una papel clave en la movilizaciòn social a travès de la Oficina Ejecutiva del PREMI.

6) Unidad de Coordinaciòn PREMI.- La Unidad es responsable de ayudar al MSP y a INNFA en la implementaciòn de las actividades de supervivencia infantil, realizando la coordinaciòn bàsica entre estas dos instituciones claves. El apoyo ha sido principalmente en las àreas financieras y de adquisiciones. La unidad està constituìda por un Coordinador por parte del MSP (como contraparte nacional de la asistencia tècnica) y otro personal designado por el Ministerio, una Coordinador financiado por AID y otros asesores tècnicos (tambièn financiados por AID). Tambièn cuenta con personal de apoyo administrativo contrato con fondos AID a travès de una firma local, KELLY INC.

   El primer Coordinador PREMI/MSP fue el Dr. Oswaldo Barrezueta, quien dejò el PREMI en Marzo de 1986. El Dr. Pablo Martìnez le sucediò como Coordinador desde Marzo de 1986 a Marzo de 1988. Fue reemplazado por el Dr. Pedro Lovato, quien dejò el proyecto con el inicio de la Nueva Administracion en Agosto de 1988. El primer Coordinador USAID/PREMI fue la Dra. Martita Marx. Luego de su ida, el Dr. David Nelson (Asesor Tècnico de AID) asumiò la responsabilidad de la Coordinaciòn temporalmente hasta la venida del actual Coordinador PREMI/AID, el Dr. Joseph Baldi.

3.2. LIMITANTES DEL ESQUEMA.-

Este esquema gerencial, administrativo y tècnico tan complejo del esquema ayudò en general al funcionamiento del PREMI, especialmente durante la primera fase (Noviembre de 1985 a Marzo de 1987). Logrò tanto el apoyo de los sectores pùblicos y privados para el Proyecto. Es importante anotar que las instituciones que no pertenecian al MSP jugaron un papel importante dentro del apoyo de la implementaciòn del PREMI, pero esta iniciativa se ha perdido. El sistema del MSP no ha funcionado desde Marzo de 1987, cuando el componente de movilizaciòn social empezò a decaer.

Varios factores jugaron un papel importante en este decaimiento. Entre ellos se encuentra el rol clave de la Primera Dama presidiendo el proceso de movilizaciòn social a nivel institucional, y su separaciòn gradual de la direcciòn general del PREMI.

Otro de los factores fue la situaciòn inestable del MSP hacia las actividades de supervivencia infantil. Durante la vida del Proyecto el MSP tuvo cuatro Ministros de Salud, los tres primeros Ministros bajo la misma Administraciòn. Como es normal, los nuevos Ministros traìan sus propias visiones sobre la manera de operar del Proyecto, y siguieron distintas lìneas de acciòn para apoyar las actividades de PREMI. Durante el primer perìodo Ministerial, el Ministro demostrò un sòlamente un leve interès hacia el Plan. Durante el segundo perìodo Ministerial, el Ministerio asumiò PREMI y el Plan de actividades fue apoyado totalmente; este fue el perìodo al que nos referiremos como el "Mejor Perìodo de PREMI". Sin embargo, el tercer perìodo impuso cambios radicales en el Proyecto, en un esfuerzo del Ministro en convertir al MSP como la principal institución para el diseño e implementaciòn del PREMI. Estos cambios afectaron la estructural organizativa global .

Para complicar aùn màs las cosas, han habido cuatro Coordinadores por parte del MSP. Esto limitò la implementaciòn de las actividades y afectò la relaciòn entre el INNFA y el MSP, especialmente durante la crisis de Abril de 1987. El ùltimo coordinador PREMI/MSP bajo la anterior Administraciòn, quitò pràcticamente todo apoyo a las actividades a cualquier nivel. Se ha iniciado un perìodo relativamente inactivo.

La naturaleza cambiante de las actividades de PREMI dentro del MSP y de INNFA es la causa del deterioro de la estructura administrativa de PREMI con el tiempo. Los cambios en las actividades causan debilidad en el diseño del proyecto por el rol ambigüo del MSP y la participaciòn irregular de INNFA. Ademàs, el cambio de funcionarios en los distintos niveles de la estructura tècnica y administrativa de PREMI, han tenido una influencia negativa directa en la operaciòn del programa.

INNFA fue la institución màs estable dentro del modelo de PREMI. Tenìa un alcance de trabajo claro y entendible, suficientes recursos financieros y la habilidad de desembolsar los fondos efectivamente. Su operaciòn fue apropiada y la implementaciòn de sus obligaciones tuvieron un impacto positivo en el programa. Sin embargo, debido a su operaciòn màs àgil y/o por el poder de INNFA dentro del desarrollo del proyecto, INNFA no tenìa una relaciòn efectiva de trabajo con el MSP. Los directores de INNFA no hicieron mucho por mejorar las realaciones organizativas con el MSP.

El manejo de los fondos del programa y de sus presupuestos tambièn ha sido un problema. La limitante en el uso de ciertos fondos de otros rubros de acuerdo a las necesidades del programa, ha dado como resultado que esos fondos se mantuvieran intactos mientras no se podìan llevar a cabo las actividades. Màs de un millòn de dòlares de donaciones no han podido utilizarse como se habìa programado. Otros retrasos considerables en el manejo financiero de PREMI tambièn se debieron a la burocracia del MSP.

Un problema grave dentro de la administraciòn de PREMI fue la falta notoria de habilidades gerenciales en las instituciones participantes. USAID es lento para proveer fondos, equipos y material para PREMI, y el MSP tiene grandes problemas para sacar el equipo y material de aduanas.

Una de las limitantes màs importantes fue la falta de participaciòn de las instituciones e individuos a nivel provincial, para la elaboraciòn de los estandar para supervisiòn de las actividades infantiles. No existe participaciòn del nivel provincial en la programaciòn general de las actividades.

Es muy claro que el diseño de PREMI no considerò los obstàculos existentes para la implementaciòn, supervisiòn y evaluaciòn de PREMI.

3.3. PARTICIPACION DE USAID:

La Unidad de Coordinaciòn y la Asistencia Tècnica. El aporte directc de USAID en la implementaciòn del Proyect ha sido significativo. Desde el comienzo de la implementaciòn de PREMI, y debido a la habilidad limitada del MSP para administrar un proyecto tan complejo, USAID financiò los servicios permanentes de un Coordinador para el Proyecto y el apoyo de la Unidad de Coordinaciòn PREMI/AID. Esta unidad estuvo constituida por el siguiente personal contratado por USAID: un Coordinador, cinco Asesores, dos Asistentes Administrativas, una Secretaria Bilingüe, un Contador y dos choferes.

La unidad de creò para reforzar los lazos y mejorar la coordinaciòn entre el Comitè Tècnico del PREMI y los grupos del MSP, INNFA y MEC que estaban participando directamente en la ejecuciòn del programa.

Debido a que la Unidad de Coordinaciòn estaba compuesta por personal contratado por AID, y debido a que la unidad tenìa una estrecha relaciòn con el nivel de toma de decisiones de PREMI,

los funcionarios del MSP creyeron que se habìa creado una estructura paralela y que competìa con la que ya existìa en la instituciòn.

Esta percepciòn se acentuò cuando en un inicio la Unidad participò en la toma de decisiones administrativas y tècnicas en las primeras campañas. Se iniciò una "rivalidad" que limitò la coordinaciòn efectiva entre el INNFA y el MSP, y que aùn no se ha sobrepasado del todo a pesar del estilo de administraciòn completamente distinto que ha adoptado el ùltimo Coordinador.

El establecimiento de la Unidad de Coordinaciòn puede haber limitado el desarrollo del programa. Desde el principio duplicò las accciones regulares que ejecutaba el MSP. Sin tener funciones bien definidas, la unidad cambiò para ajustarse a las circunstancias: adquisiciones, coordinaciòn de capacitaciòn, recolecciòn de informes de supervisiòn, esfuerzos de asesorìa, logros en las campañas, manejo financiero del presupuesto por rubros asignado a esta unidad dentro de la contabilidad del PREMI/MSP.

Como miembro del Comitè Tècnico, el Coordinador participò en la programaciòn y organizaciòn de las campañas. Influenciò decisiones abiertamente inclusive en materia tècnica, a travès de contactos polìticos. Esto incrementò la resistencia de los funcionarios de MSP.

La Unidad de Coordinaciòn se creò para sobrellevar la dualidad de direcciòn causada por la participaciòn de INNFA y el MSP en la conducciòn del proyecto. Algunas de las funciones de esta unidad fueron agilitar los procesos administrativos.

A pesar de los problemas de operaciòn de la Unidad, la Unidad de Coordinaciòn PREMI/AID probò ser crìtica para manejar un proyecto tan completo y con tantas instituciones involucradas. Esto diò como resultado aportes significativos en la implementaciòn del Proyecto, por lo menos hasta Abril de 1987. En ese entonces se produjeron cambios significativos dentro del MSP que repercutieron en el desarrollo del Proyecto, cambiando dramàticamente tanto el ambiente bajo el cual trabajaba la Unidad de Coordinaciòn como la efectividad de sus esfuerzos administrativos.

En general, el papel de la Unidad de Coordinaciòn pudo haber sido màs estable. La falta de una definiciòn concreta del mecanismo de coordinaciòn en el diseño del proyecto significò que la unidad no pudo sobrepasar los problemas crìticos mencionados anteriormente.

Ademàs, a nivel de la Misiòn USAID, los cambios de personal contribuyron a la inestabilidad de las operaciones de PREMI y del rol de la Unidad de Coordinaciòn. La estructura y operaciòn de la Unidad de Coordinaciòn PREMI/AID debe revisarse y redefinirse. Esto es muy importante por los cambios dentro del MSP, y porque desde este momento hasta el tèrmino del proyecto cualquier intervenciòn de Supervivencia Infantil deberà implementarse sòlo con un apoyo institucional limitado.

La Unidad de Coordinaciòn tambièn es responsable de identificar y obtener la asistencia tècnica necesaria dentro del Proyecto. Esto significò el manejo y coordinaciòn de asistencia tècnica a corto y largo plazo asignada a actividades especìficas del proyecto.

De acuerdo al documento del Proyecto, USAID es responsable de

seleccionar y contratar tres asesores a largo plazo (El Coordinador del Proyecto, el Asesor en Evaluaciòn y el Asesor en Capacitaciòn/Supervisiòn) y asegurar los servicios tècnicos de otros dos asesores a largo-plazo, uno en Comunicaciòn social y uno en Evaluaciòn en Comunicaciòn. Tres asesores son financiados por medio del contrato de USAID/W con AED.

El Proyecto ha tenido un registro mixto de èxitos y retrasos con la asistencia tècnica a largo plazo. El Proyecto comenzò con paso firme al contratar los tres asesores a largo plazo entre Junio y Agosto de 1985. La Asistencia Tècnica en Comunicaciòn Social se contratò a travès de AED a mediados de 1985. La Asistencia Tècnica en Informaciòn estuvo programada originalmente para principios de 1986, pero esta asistencia se contratò verdaderamente a principios de 1987, cuando se adjudicò el contrato a Birch & Davis Inc.

Transcurrido el primer año y medio del Proyecto fue necesario buscar reemplazo para algunos asesores a largo plazo. El proceso de bùsqueda de un nuevo Coordinador del Proyecto tomò màs de seis meses, y los candidatos vinieron desde los Estados Unidos para asistencia al Proyecto, pruebas y entrevistas. Esto diò como resultado un lapso de cinco meses entre la ida del Coordinador original del proyecto y la llegada de su reemplazo (Abril 1987 a Octubre de 1987).

Hubo un lapso màs serio de diez meses, entre el reclutamiento y contrataciòn del nuevo Asesor en Evaluaciòn. Esto se debiò en parte a los retrasos en la selecciòn de los candidatos apropiados y a los retrasos en la negociaciòn del contrato. En general, la contrataciòn dentro de AID es una labor que consumo mucho tiempo, que requiere de por lo menos cuatro semanas para completar un contrato tentativo con el candidato ya identificado.

Este retraso afecta grandemente la flexibilidad del Proyecto para obtener asistencia tècnica local a corto plazo por medio de los contratos con la Misiòn. Debido a que los procedimientos de contrataciòn del MSP son inclusive màs complicados (requieren de por lo menos tres meses para completar un contrato a corto plazo o de un producto determinado), USAID ha tenido que contratar la asistencia tècnica local a corto plazo que ha necesitado el proyecto para su implementaciòn.

La asistencia tècnica a largo plazo ha producido generalmente resultados positivos. Esto se comprueba a pesar de las dificultades enfrentadas en el desarrollo de PREMI y de los conflictos surgidos cuando los individuos entendieron que su trabajo era algo distinto a lo que se necesitaba para implementar el proyecto. El conflicto se iniciò debido a que la asistencia estaba probremente definida en el diseño del proyecto.

Desde su inicio en 1985, PREMI ha recibido una gran variedad de asesores tècnicos a corto plazo. Ha habido màs de cien

consultorìas a corto plazo hasta la fecha. Cuarenta porciento de èstas tuvieron lugar durante el primer año de implementaciòn. Las fuentes de financiamiento para esta asistencia tècnica a corto plazo provinieron del proyecto (cerca de un tercio) y de contratos de los fondos centrales (lo restante).

Un gran porcentaje de la asistencia a corto plazo estuvo relacionada con actividades de Mercadeo social en INNFA. Los consultores venìan de AED y de la Universidad de Pensilvania, bajo el proyecto Healthcom, financiado con fondos centrales. Casi la mitad de estas asesorìas fueron asesores de alto nivel, que jugaron papeles importantes en la definiciòn de la estrategia general de comunicaciòn y en el diseño especìfico y rediseño del componente de comunicaciòn masiva.

Otra area importante de la asistencia a corto plazo fue el diseño, implementaciòn y evaluaciòn de las actividades de inmunizaciòn. Los asesores tècnicos de REACH, otro proyecto financiado desde el nivel central por medio de John Snow International (JSI), tambièn tomaron parte en estas actividades.

Una tercera àrea importante en cuanto a asistencia tècnica a corto plazo fue el Sistema de Informaciòn de Salud. El grupo de consultorìas provinieron de PRICOR, un proyecto financiado centralmente para la investigaciòn de atenciòn primaria de salud, y de Birch & Davis, una firma pequeña que suscribiò un contrato con la Misiòn AID.

Una àrea menos importante de las asesorìas a corto plazo fue la Nutriciòn y el Control de Crecimiento, que recibieron la asistencia de consultores de MANOFF INTERNATIONAL.

A pesar de que la asistencia tècnica a corto plazo ha sido efectiva, en varias ocasiones esta asistencia estuvo opacada por la falta de las condiciones apropiadas en las agencias locales, para recibir la asesorìa. Pueden identificarse tres problemas principales en cuanto a esta asesorìa tècnica a corto plazo.

Primero, un gran nùmero de consultores no siempre respondìan a las necesidades del Proyecto. Esto hizo difìcil la descripciòn del alcance de trabajo que se esperaba de ellos, y la identificaciòn del mejor momento para su visita. Como resultado se diò una coincidencia de visitas y algunas veces informes contradictorios sobre el mismo tema.

Segundo, no siempre se tomaron en cuenta las contrapartes locales para identificar las necesidades de asistencia tècnica, o en la selecciòn de la asistencia tècnica apropiada. Esto ocasionò que algunas veces los funcionarios ecuatorianos no recibieran de la mejor manera a los asesores, ya que se sentìan molestos por la presencia de un asesor que no habìa solicitado. Esto diò como resultado el mal uso de los recursos de asistencia tècnica.

Finalmente, la asistencia tècncia a corto plazo se volviò relativamente inùtil para la Misiòn AID y para la contraparte nacional. Esto se debiò en parte a la participaciòn significativa de asesores financiados por proyectos con fondos centrales. Algunas veces sus compromisos tendìan a enfocar hacia los objetivos globales del proyecto central en lugar de los objetivos especìficos del esfuerzo nacional.

El componente original de supervivencia infantil del Proyecto 518-0015 (Enmienda 8) programò USD 1,583,000 (casi 40 porciento del total de fondos no reembolsables de supervivencia infantil) para asistencia tècnica a corto y largo plazo. La Enmienda 9 incrementò el monto de fondos programados para asistencia tècnica en USd 540.000. Actualmente, el monto comprometido para financiar la asistencia tècnica representa un 62% del total de gastos del proyecto hasta la fecha. El proyecto ha podido comprometer fondos para asistencia tècnica con màs èxito que para cualquier otra actividad financiada bajo el proyecto.

4. DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL MSP

A pesar de que el diseño original del proyecto seleccionò las tècnicas de mercadeo social como una estrategia principal, para estimular la demanda de servicios de supervivencia infantil, el diseño tambièn tratò de establecer una capacidad permanente dentro del MSP para la entrega de estos servicios a nivel nacional. El desarrollo de esta capacidad a largo plazo no siempre fue comprendida pro todos, ni estuvo presente en la implementaciòn de las intervenciones. El factor pincipal para explicar esta falta de acuerdo en la importancia de las metas de desarrollo institucional, puede encontrarse en el diseño del proyecto.

4.1. CAPACIDAD DEL MSP PARA LAS INTERVENCIONES DE SI:

Como se mencionò anteriormente, se consideraron tres factores importantes para el desarrollo de esta capacidad a largo plazo: a) la expansiòn y mejoramiento de servicios; b) el mejoramiento de la capacitaciòn a trabajadores de salud en actividades de supervivencia infantil y el desarrollo de un nuevo esquema de supervisiòn; y c) el mejoramiento del actual sistema de informaciòn del MSP. La creaciòn de una capacidad permanente dentro del MSP para la entrega de servicios de supervivencia infantil requiriò que el MSP invierta y sea inovativo en esta àrea. Pudo realizar esto estimulando y habilitando al personal de salud para identificar y probar las maneras de mejorar la implementaciòn en los distintos

niveles, y tomando a su cargo los requerimientos de coordinaciòn, evaluaciòn y servicios de administraciòn a largo plazo. Los resultados que se esperaban eran una disminuciòn constante en la mortalidad infantil y una capacidad permanente del MSP para diseñar e implementar acciones de supervivencia infantil.

Como se señalò en la secciòn dedicada a la asesorìa global del proyecto, el MSP tuvo un èxito relativo en la expansiòn temporal de su capacidad de entrega de servicios durante los primeros dos años del Plan. Sin embargo, esta expansiòn fue una respuesta a la demand de servicios generada por el uso intensivo de actividades de comunicaciòn masiva y las campañas correspondientes llevadas a cabo para mejorar las coberturas, especialmente en inmunizaciòn y TRO. Sin embargo, algunos factores han limitado la transformaciòn de la participaciòn del MSP en este esfuerzo nacional en una habilidad para proveer servicios en bases permanentes. Estos factores incluyen una organizaciòn especìfica de PREMI; la existencia de dos instituciones principales involucradas en la implementaciòn de la estrategia; la direcciòn inicial y no compartida de INNFA; y la concentraciòn de las actividades para incrementar la demanda de servicios en el INNFA, mientras que las actividades de expansiòn de la oferta se concentraron en el MSP. La estructura y organizaciòn del MSP no facilitò la implementaciòn eficiente requerida por PREMI, que se enfocò en comunicaciòn.

A pesar de estos problemas, se lograron experiencias valiosas de la participaciòn del MSP en PREMI. La màs importante fue la participaciòn de los trabajadores de salud en las actividades del PREMI, con una concientizaciòn creciente de la importancia de la supervivencia infantil. Esto, por si mismo, representa la capacidad potencial que puede ser la base para esfuerzos futuros en esta àrea. A pesar de que el MSP no utilizò todas las oportunidades para su desarrollo institucional, el compromiso hacia nuevas acciones de supervivencia infantil deja lugar a la esperanza.

A pesar de que el MSP pudeo incrementar o reajusta temporalmente la oferta de servicios para cubrir la demanda generada por la comunicaciòn masiva, el equipo de evaluaciòn observò que no hubo mejoras significativas generales en el diseño, implementaciòn y evaluaciòn de las intervenciones de supervivencia infantil en el Ministerio. Esto se debiò a:

La planificaciòn inicial no tomò en consideraciòn ciertas caracterìsticas institucionales. Por ejemplo, el Ministerio tiene un mecanismo muy lento para implementar actividades nuevas, y tiene un sistema complejo para responder a cabios en un programa para una demanda de servicios. INNFA, en cambio, cuenta con un sistema financiero àgil y eficiente. Por esta razòn, cuando estas dos instituciones trataron de coordinador actividades, el MSP siempre

se quedò atràs al cubrir las demandas de servicios creadas por INNFA con sus esfuerzos de mercadeo social.

Otros factores que han tenido una influencia negativa en la implementaciòn de PREMI han sido la poca flexibilidad de la burocracia del MSP, su infraestructura limitada y su systema de comunicaciòn e informaciòn tan dèbil.

4.2. CAPACITACION Y SUPERVISION:

PREMI facilitò la capacitaciòn extensiva del personal del MSP. Su meta bàsica para este componente era el capacitar a los trabajadores de salud en actividades motivacionales y de difusiòn, para incrementar las coberturas de inmunizaciòn, TRO y la capacitaciòn interna a travès de materiales de eduaciòn en salud. Tambièn se planificò capacitar a otras instituciones para que puedan proveer apoyo en la movilizaciòn de PREMI y la entrega de servicios de supervivencia infantil. Estas instituciones incluìan al MEC, agencias internacionales sin fines de lucro y otros. El componente de capacitaciòn se planificò como un mecanismo clave para la permanencia de PREMI fuera de las campañas, y para que sea parte integral del sistema de atenciòn en salud. Deafortunadamente, antes del inicio de PREMI no se llevò a cabo ninguna encuesta base para determinar los conocimientos, actitudes y pràcticas del personal de salud en cuanto a intervenciones de supervivencia infantil. Por tanto, no existe un punto de referencia para una comparaciòn en este aspecto.

La informaciòn disponible indica que se lograron las metas propuestas para este componente (la mayorìa en TRO), por lo menos cuantitativamente. Se requiere un anàlisis posterior de la calidad de la capacitaciòn (la mayorìa de la capacitaciòn durò sòlamente uno o dos dìas), y su capacidad de lograr efectos duraderos. Por ejemplo, parece ser que hubo muy poco o ningùn esfuerzo para desarrollar un sistema de educaciòn contìnua para reforzar las intervenciones de supervivencia infantil en los distintos niveles. Desafortunademente, no se pudo contar con informaciòn para evaluar la calidad de la capacitaciòn al momento de esta evaluaciòn.

Las metas propuestas originalmente en el diseño del Proyecto fueron:

- Capacitar a 1.600 trabajadores de salud a nivel comunitario, y a personal de salud del nivel central y provincial, en el manejo de la terapia de rehidrataciòn oral, inmunizaciones, lactancia y control de crecimiento.

- Capacitar a 140 individuos en tècnicas de supervisiòn.

- Capacitar a 20 individuos en mantenimiento de cadena de

frìo.

- Capacitar a 150 individuos en temas relacionados con informaciòn de sistemas.

- Capacitar a individuos de por lo menos 10 instituciones, en tècnicas de movilizaciòn social y en los contenidos de las cuatro estrategias de supervivencia infantil.

Las actividades de supervisiòn y capacitaciòn del PREMI han cambiado desde 1985. Durante el primer año del programa no se dieron actividades de capacitaciòn descontìnuas, breves y durante las jornadas de trabajo; en 1986 las actividades documentadas estuvieron mal definidas y no fueron registradas. Durante 1987 hubo una actividad de capacitaciòn considerable con la calificaciòn del personal mèdico y paramèdico del Ministerio y de otras agencias. Sin embargo, desde Agosto de 1987 la capacitaciòn empezò a decaer significativamente.

De acuerdo a informaciòn obtenida de la encuesta CAP al personal de salud en Noviembre de 1986, que se llevò a cabo en distintos niveles -- hospitales, hospitales cantonales, clìnicas, subcentros, puestos de salud -- (y enfocada principalmente hacia el equipo, personal competente, capacitaciòn y supervisiòn), se limitò la capacitaciòn y la supervisiòn fue muy deficiente. Esta encuesta reflejò claramente la situaciòn nacional. Bajo las actividades de supervisiòn, por ejemplo, sòlo 35% de las unidades recibieron una visita del nivel central o provincial durante el año anterior. No pudieron clasificarse estas visitas como de supervisiòn, ya que la gran mayorìa se realizaron para diseñar cualquier aspecto de PREMI o para dejar suministros. Las pocas visitas de supervisiòn fueron casi todas del PAI.

Desde Agosto de 1987, como ya se mencionò, las actividades empezaron a decaer dràsticamente. Este problema se mantiene: ha sido un perìodo de estatismo relativo. Esto se debe a la falta de apoyo por parte de la Direcciòn de Fomento y Protecciòn del MSP. Luego de identificar el problema, el componente de asesorìa tècnica de AID para capacitaciòn y supervisiòn, junto con su contraparte, reorientaron sus esfuerzos de capacitaciòn hacia la coordinaciòn a nivel provincial para asuntos de capacitaciòn.

Los mayores esfuerzos de capacitaciòn y supervisiòn se dieron entre la segunda mitad de 1986 y mediados de 1987. Los principales programas fueron PCED (54% del total de actividades), PAI (16%), PCED-PCIRA (9%), y actividades de supervisiòn (sòlo 4%). Los registros señalan que 4.161 individuos, principalmente doctores y paramèdicos, fueron capacitados durante 1987, la mayorìa (3.687) en el control de la gastroenterities.

Es importante observar el sistema de capacitaciòn utilizado en el Ministerio de Salud. Ha sido definido como una capacitaciòn

"cascada" o "piramidal", que significa que los mèdios y enfermeras del nivel central (MSP de Quito) capacitan al personal por turnos en los hospitales provinciales, cantonales y en las clìnicas; el personal de los hospitales "cantonales" a su vez capacitan a los centros de salud y unidades operativas. La capacitaciòn ha tenido una duraciòn de uno a cinco crìas. La capacitaciòn teòrica dura un dìa y se compone de charlas. La capacitaciòn teòrico-pràctica dura cinco dìas y se da por medio de los centros de capacitaciòn del paìs: Hospital Baca Ortiz de Quito, Hospital de Guayaquil, Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, y el Hospital Isidro Ayora de Loja. Esta capacitaciòn de cinco dìas se ha denominado "pasantìas" (rotaciones de internos).

Las pasantìas se iniciaron en Diciembre de 1985. El primer dìa los mèdicos y enfermeras regionales de MSP recibieron orientaciòn y fueron evaluados. La orientaciòn se enfocò hacia las àreas como la del sistema de informaciòn, programaciòn, estandares, etc. Del segundo al cuarto dìa los participantes se trasladan al hospital designado para una observaciòn directa de los distintos servicios, incluyendo las unidades de rehidrataciòn oral, discusiones de caos, cuidado de pacientes externos, etc. El ùltimo dìa, el quinto dìa del perìodo de capacitaciòn, los participantes regresan la MSP en donde, con ayuda de la asistencia tècnica, elaboran un plan de operaciòn a ser implementado a su regreso a las àreas operativas.

El Asesor en Supervisiòn/Capacitaciòn de AID y sus contrapartes nacionales del Plan de Control de la Gastroenterities, han preparado un interesante plan de capacitaciòn/supervisiòn para el PREMI. Un gran nùmero de las actividades planificadas se llevaron a cabo en el transcurso de 1987. Otras no se llevaron a cabo por razones expuestas en los comentarios.

Los resultados parciales del Plan de Supervisiòn/Capacitaciòn del MSP/PREMI indican que la mayorìa de las actividades son denominadas como de capacitaciòn, incluyendo seminarios, tallers y conferencias.

Sòlo 427 de los 2.500 individuos planificados, recibieron capacitaciòn durante 1988. Fueron cuatro cursos de un dìa de sesiones pràcticas de aplicaciones en pediatrìa. Los cursos se dictaron a mèdicos, enfermeras, comadronas, educadores para la salud, nutricionistas y trabajadores sociales (personal del sistema nacional de servicios del MSP). Setenta y cuatro individuos de las oficinas centrales del MSP asistieron a distintos cursos: 50 en habilidades de Supervisiòn y 24 en cursos gerenciales.

El Asesor en Comunicaciòn Social y Mercadeo de AID capacitò a 20 personas del INNFA/PREMI. Los temas incluyeron comunicaciòn e investigaciòn, metodologìa de grupos focales, codificaciòn de encuestas, introducciòn de datos y paquetes estadìsticos. Este fue un projecto de capacitaciòn de alta calidad profesional y de

un gran esfuerzo individual.

En resumen, no se lograron muchos de los objetivos establecidos en el Documento del Proyecto PREMI (1985). Se lograron las metas de capacitaciòn para TRO, PAI y Mantenimiento de Cadena de Frìo. No se lograron las metas para supervisiòn, lactancia, control de crecimiento y desarrollo, sistema de informaciòn y tècnicas de movilizaciòn.

De la informaciòn existente es difìcil determinar en què grado se ha logrado una mejora significativa; se necesita una evaluaciòn màs profunda. Hasta el momento no se han llevado a cabo evaluaciones de la capacitaciòn desde 1987 hasta la presente.

Sòlo se ha logrado un 40% de las principales metas de PREMI propuestas originalmente. Este porcentaje pudo haber sido menor si se considera que no se logrò la meta de capacitar a 1.600 trabajadores de salud en control de crecimiento.

A pesar de que las actividades de capacitaciòn fueron aceptables, el seguimiento y supervisiòn estuvo pràcticamente ausente. A pesar del esfuerzo del equipo del MSP y de la dedicaciòn del Asesor Tècnico en supervisiòn/capacitaciòn, la falta de compromiso por parte del Miniterio limitò los intentos de desarrollar e implementar un nuevo esquema de supervisiòn.

En general, las actividades de supervisiòn fueron muy pocas durante el primer año de PREMI; han estado ausentes desde 1987. Sòlo un 4% del personal ha sido capacitado en tècnicas de capacitaciòn y supervisiòn.

En general, el Ministerio ha establecido una polìtica de supervisiòn y capacitaciòn que pueda ofrecer apoyo administrativo y que inlcuya aportes adicionales a estas actividades. Como se mencionò anteriormente, no ha habido una mejora en las actividades de supervisiòn y en otros aspectos de PREMI en el Ministerio.

La capacitaciòn en control de crecimiento y nutriciòn es deficiente. El tiempo para intercambiar informaciòn durante la capacitaciòn es insuficiente, y existe un gran problema para compartir adecuadamente la informaciòn con otros profesionales que no participaron en la capacitaciòn. Ademàs, algunos cursos no tomaron en cuenta la prevalencia de ciertas enfermedades en cada regiòn.

Debemos añadir que las actividades de supervisiòn y capacitaciòn que se llevaron a cabo durante la implementaciòn del Proyecto no han sido evaluadas todavìa. Su impacto y alcance necesitan ser analizados.

4.3. MEJORAS EN INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO (Cadena de Frìo):

Con el inicio del PAI en 1977 el país enfocó sus esfuerzos hacia la implementación de una cadena de frío a nivel nacional. Esta "cadena" garantizaría el mantenimiento, transporte y almacenaje de los biológicos (por ejemplo: vacunas), de acuerdo a los estandares internacionalmente establecidos, para garantizar la eficacia de estos agentes en un nivel óptimo.

Un inventario de recursos y un estudio de necesidades identificaron una gran deficiencia en la cadena a nivel nacional. Por la falta de los recursos financieros suficientes para resolver el problema, en un inicio se decidió reforzar el Banco Nacional de Vacunas para proveer el equipo de refrigeración mínimo necesario a las provincias seleccionadas del programa piloto.

Combinando un esfuerzo nacional y donaciones internacionales, se construyó un Banco Regional en Guayaquil y unidades de refrigeración en los niveles provinciales. Estas mejoras en la cadena de frío significó que 70% de las unidades operativas que llevaban a cabo actividades de vacunación contaban con el equipo adecuado cuando se inicio PREMI.

En 1985 el país contaba con 787 refrigeradoras eléctricas, de las cuales 714 funcionaban y 73 estaban dañadas; 78 congeladores eléctricos, 74 funcionando y 4 dañados; 601 termos King Seeley; 685 termos de otro tipo; 119 cajas frías y 733 termómetros.

A pesar de la capacitación al personal operativo, en muchas unidades no se cumplió con los estandar para mantenimiento de control de equipo y vacunas; esto se agravó debido a las frecuentes fallas de energía eléctrica, especialmente en las áreas rurales. Se decidió que la cadena de frío requería más equipo y de mejor calidad, y que el personal necesita una capacitación extra en control de calidad y mantenimiento de equipos. La programación original de PREMI contemplò esta capacitación y compra de equipo adicional para extender y mantener la eficiencia de la cadena de frío.

PREMI ha contribuìdo sustancialmente al desarrollo institucional de la cadena de frío, adquiriendo el siguiente equipo:

- Un cuarto frío para el Banco Nacional de Vacunas;
- 130 refrigeradoras eléctrias, 28 refrigeradoras eléctricas y/o a gas, y 27 congeladores eléctricos;
- 2.158 termos King Seeley, 10 cajas frías, 10.224 frigos o paquetes fríos y 1.500 termómetros de cristal líquido.
- 1 generador eléctrico y dos motores de enfriamiento.

- 21 juegos de herramientas.

Las contribuciones de PREMI a la cadena de frìo permitieron que aproximadamente 82% de las unidades operativas del paìs sean equipadas con elementos de refrigeraciòn para el mantenimiento, preservaciòn y transporte de las vacunas. Esto significò un incremento del 12% desde 1985, fecha de inicio del PREMI.

Debido a que es muy importante lograr los estandar en el manejo de cadena de frìo, especialmente a nivel local, se llevaron a cabo varias actividades de capacitaciòn principalmente durante la capacitaciòn previa a las campañas de PREMI. Debe enfatizarse que los contenidos de los cursos inluyeron todas las estrategias de SI de PREMI, incluyendo nociones generales sobre cadena de frìo. En 1987 se llevaron a cabo nueve cursos de capacitaciòn en PAI en nueve provincias del paìs. Estos cursos incluyeron informaciòn relativa a la cadena de frìo, para resolver el problema del mantenimiento y reparaciòn de los congeladores y refrigeradoras elèctricas, la OPS/OMS financiadò un cursos especializado para tècnicos de 19 provincias y dos nacionales. A cada uno de estos tècnicos se les entregò un juego de herramientas como parte de su capacitaciòn.

En resumen, PREMI ha contribuido ha mejorar la cadena de frìo a nivel nacional; ha ayudado a mejorar el mantenimiento del equipo dictando los cursos de capacitaciòn apropiados en todas las provincias del paìs; y ha ayudado a asegurar que el Banco de Vacunas funcione administrativa y gerencialmente de una manera efeciente, a pesar de estar localizado en un lugar no muy funcional e inadecuado.

4.4. ADQUISIONES, FLUJO FINANCIERO Y TRAMITES PARA LA IMPLEMENTACION:

1) Adquisiciòn de Insumos.-

El proyecto a tenido èxitos mixtos. Ha adquirido bienes de varias fuentes por el valor de USD 867.000 -- proveedores locales, distribuidores y firmas norteamericanas, y fuentes internacionales (principalmente UNICEF a travès de su cadena de distribuciòn de UNIPAC). Las adquisiciones locales han involucrado al MSP directamente en las compras de los proveedores, de acuerdo a las regulaciones para adquisiciones del GDE. USAID no ha participado en la adquisiciòn local de bienes bajo este proyecto.

Las compras locales del MSP han enfrentado problemas tìpicos del sector pùblico: demoras en el tràmite de las ordenes y abuso/corrupciòn potencial. El miedo a ser

acusados de esto ha ocasionado que algunos funcionarios no deseen participar en el proceso de adquisiciòn, especialmente el solicitar proformas de proveedores potenciales. Debido a la naturaleza compleja y demorosa de los procedimientos de adquisiciòn, el MSP sòlo ha podido comprar bienes por un monto limitado. El MSP ha solicitado a AID, por medio de la Unidad de Coordinaciòn PREMI, que adquiera insumos pequeños que se necesitan de emergencia.

Para la compra a proveedores extranjeros, el Proyecto 518-0015 siguiò las regulaciones de AID para la compra y procesos de contrataciòn. Esto incluyò contratos con la Administraciòn de Servicios Generales (GSA) para la asistencia en la adquisiciòn de varios equipos (computadores, reguladores de voltaje, equipos audio-visuales, SRO, etc.), ordenes de compra individuales para proveedores de los Estados Unidos, o negociaciòn de contratos entre AID/W y UNICEF a travès del catàlogo de UNIPAC (por ejemplo, las SRO y el equipo de Cadena de Frìo).

La experiencia del Proyecto 518-0015 con los contratos con GSA fue un retraso de varios meses para completar las ordenes y enviar los insumos. Por ejemplo, una orden de aproximadamente 20 ìtems se envìo a GSA en Noviembre 30 de 1985. El primero de estos artìculos llegò al Ecuador a mediados de Junio de 1986, casi siete meses despuès. Aunque GSA se diseñò para agiliar la adquisiciòn y envìo de insumos a la Misiòn y proveer informaciòn actualizada sobre la disponibilidad de equipos y sus precios, su mecanismo ha probado ser inùtil y costoso (dada las comisiones de GSA por sus servicios). No es una alternativa viable para que la Misiòn realice compras directas de los proveedores de los Estados Unidos.

Como resultado, el Proyecto ha dependido de ordenes de compra de artìculos especìficos que podìan adquirirse de ciertos proveedores, de acuerdo a la lista de precios para GSA, o de proveedores que eran ùnicos por las especificaciones tècnicas. Sin embargo, hubieron retrasos por la bùsqueda de los proveedores apropiados. USAID/Ecuador no cuenta con un experto ni tiene el conocimiento suficiente sobre el mercado de productos tècnicos, y no tiene la suficiente informaciòn para ayudar al Jefe del Proyecto para determinar si pueden justificarse los proveedores ùnicos o cualquier fuente y origen. La adquisiòn por medio de AID tambièn se ve limitada por la falta de catàlogos para asegurar la selecciòn apropiada de los artìculos requeridos. Los catàlogos que actualmente tiene la Misiòn no son de gran ayuda para compras especìficas, para obtener precios o especificaciones actualizados, o para obtener listas de prosibles proveedores o fabricantes norteamericanos.

Para las compras a UNICEF, en 1987 AID/W/SER/OP/COMS formalizò arreglos con la Divisiòn de Adquisiones de UNICEF para agiliar los procedimientos de compras y mecanismos de pago. En el ùltimo año la Misiòn ha recibido toda la informaciòn sobre estas negociaciones y tiene un record exitoso para las ùltimas compras por medio de UNICEF/UNIPAC, especialmente para las compras de emergencia. Un ejemplo de la respuesta de UNICEF a un pedido emergente de AID de SRO que se enviò en Enero de 1988, fue la recepciòn de los sobre a mediados de Febrero.

Los retrasos que ocasionan problemas aùn siguen dàndose en pedidos regulares, a pesar de que USAID/ED prepara y envìa borradores finales de ordenes de compra (PIO/C) a AID/W. Por su amplio conocimiento del mercado, frecuentemente se necesita solicitar informaciòn detallada de AID/W, en relaciòn a la calidad del equipo necesario y de la disponibilidad limitada de productos similares. Esta informaciòn es necesaria para justificar la compra por medio de UNICEF y generar un compra de proveedor ùnico. Desgraciadamente el proceso de suprimir otros proveedores para poder realizar la compra por medio de UNICEF tomò cerca de tres meses.

Ademàs, SER/OP/COMS ha tenido retrasos en el tràmite de las ordenes de la Misiòn, especialmente cuando no ha notificado a la Misiòn de que necesitan enmiendas o detalles adicionales a su orden. Un ejemplo reciente de esto fue la solicitud de compra de varios artìculos de cadena de frìo para el MSP (para apoyar las inmunizaciones). La oficina de UNICEF en quito no pudo proveer los precios actuales y las especificaciones para el equipo requerido por el MSP. Le tomò a AID/W cerca de seis semanas informar a la Misiòn de la necesidad de enmendar su orden debido a que las especificaciones y precios habìan cambiado. Como resultado, tuvo que enmendarse el PIO/C y acomodarlo a los cambios. Esto ocasionò un retraso de tres meses màs en el proceso de adquisiòn. El proceso total tomò màs de un año.

Las adquisiones por medio de UNICEF/UNIPAC han sufrido otros retrasos debido a que UNICEF no cuenta con informaciòn actualizada (cuando los esfuerzos de UNICEF/UNIPAC estàn enfocados hacia la respuesta a pedidos emergentes en cualquier lugar). La reciente compra de cadena de frìo es un ejemplo. Se cree que UNICEF no pudo procesar la orden de USAID/Ecuador por màs de un mes, debido a que debìan atender pedidos emergentes del Africa.

Una vez que se han ordenado y embarcado los equipos, el

Proyecto tiene que enfrentarse con la dificultad que significa el tràmite de desaduanizaciòn. Las polìticas de USAID han cambiado desde el inicio del Proyecto, y ya no se permite que USAID/Ecuador ayuda al Proyecto en la desaduanizaciòn. Los documentos deben tener como consignatorio a la agencia implementadora (en este caso el MSP) y la institución debe desaduanizar los productos. Esto da origen a dos grandes problemas para el Proyecto:

1.- La ineficiencia del MSP para tramitar la desaduanizaciòn de los insumos; y

2.- falta de una polìtica clara para la exoneraciòn de los impuestos y tasas arancelarias para los insumos de Proyectos del MSP.

Un ejemplo claro del primer problema fueron las limitaciones que se tuvieron que enfrentar para desaduanizar tres contenedores con SRO, que habìan llegado vìa marìtima, a finales de 1986. Luego de que el MSP habìa retrasado el tràmite por cinco a seis meses, USAID intervino finalmente contratando un agente para que complete los tràmites de desaduanizaciòn. Sin embargo, este considerable retraso dio como resultado la pèrdida de todo el embarque debido a las pèsimas condiciones de almacenaje en el puerto.

En general, el Proyecto ha sufrido una falta total de capacidad para realizar adquisiciones, y aùn màs notable, la falta de un especialista en adquisiciones dentro de la Misiòn, con suficiente informaciòn tècnica a su disposiciòn para ayudar al personal del proyecto a realizar compras del exterior. La utilizaciòn de GSA para realizar las adquisiciones ha dado como resultado retrasos serios complicados con una mala comunicaciòn. Ademàs, el apoyo administrativo del MSP no ha sido eficiente para identificar a los posibles proveedores de los insumos requeridos, tramitar compras locales ràpidamente cuando ha sido posible, desaduanizar insumos, o asegurar la distribuciòn de los insumos del proyecto.

2) Flujo Financiero.-

En el diseño del componente de supervivencia infantil del Proyecto 518-0015, se creò una administraciòn extremadamente compleja para las operaciones de financiamiento y desembolso de las tres agencias implementadoras -- el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA) y USAID (para la asistencia tècnica y la importaciòn de insumos para el Proyecto). Con ocho rubos (con cuatro o cinco subrubros cada uno) y tres instituciones manejando los fondos de donaciòn, el Proyecto

necesitò de un gran apoyo por parte de USAID y de un especial cuidado para el control y registro apropiado de los desembolsos.

En los primeros dos años del componente de supervivencia infantil hubo una relativa agilidad en el flujo de fondos no reembolsables hacia las agencias implementadores del Ecuador, el MSP y el INNFA. Sin embargo, nunca se elaborò una Carta de Implementaciòn inicial (PIL) para autorizar las adquisiciones, desembolsos y otros tràmites de implementaciòn. Esto dio como resultado que se autorizarn la mayor parte de los desembolsos por medio de PILs individuales, respondiendo a solicitudes de emergencia, en lugar de comprometer los fondos por un año en una PIL general, basàndose en un plan de implementaciòn, para cubrir todos los gastos del Proyecto.

Estos compromisos financieros separados aumentaron hasta tal punto que se llegò a reservar una gran cantidad de fondos donaciòn para actividades o compras especìficas, que requerìan un control excesivo en libros y una reserva indefinida de fondos que limitò la flexibilidad financiera del Proyecto. Asimismo, se desembolsaron algunos fonods del proyecto sin autorizaciòn previa. La falta de una Jefe del Proyecto a tiempo completo en USAID/Ecuador para las actividades de PREMI, parece haber sido una de las razones para esta falta de control administrativo.

En Mayo de 1987 se firmò un PIL general para consolidar todos los compromisos previos en montos globales para cada agencia implementadora, bajo los rubros especìficos dentro de la Enmienda de Fondos No Reembolsables del Proyecto. Esto librò al Proyecto de Supervivencia Infantil de algunas de sus restricciones y registro intensivo del pasado, dando al MSP y al INNFA una mayor flexibilidad para desembolsar los fondos solicitados en la programaciòn segùn el detalle de sus Planes Anuales de Implementaciòn. Para 1988 y 1989 se elaborarà una PIL que apruebe los Presupuestos Anuales del Proyecto del MSP e incluirà todas las reprogramaciones de fondos que sean necesarias para financiar las actividades del año, obviando asì la necesidad de comprometer y reservar fondos individualmente.

Durante el mismo perìodo en que tuvo lugar esta reforma (1987), USAID/Ecuador tuvo que pasar por un ajuste de sus controles administrativos y financieros. USAID se preocupò por el gran monto de anticipos pendientes del MSP desde 1986, que el MSP justificaba muy lentamente. Parte de este problema radicaba en la dificultad del MSP en obtener las justificaciones de gastos del nivel provincial. Otra razòn fue que el MSP no gastò el dinero de estos anticipos por las restricciones para el uso de fondos donaciòn de acuerdo

a la Enmienda de Fondos No Reembolsables.

Los Fondos No Reembolsables (FNR) pueden utilizarse sòlamente para ciertas actividades del Proyecto (por ejemplo: compra de ùtiles y materiales pero no para pagar viàticos durante la capacitaciòn local). Bajo el Acuerdo de FNR se acordò que el MSP pagaria por gastos operacionales (viàticos, transporte, etc) como contraparte a los fondos de donaciòn. Debido a que el MSP no tiene un presupuesto separado/adicional para tales gastos operacionales, el MSP no cumpliò con el pagó de esta contraparte dentro de estas actividades especificas. Por tanto, el MSP no pudo desembolsar los fondos donaciòn como se habia programado inicialmente. El MSP continuò reteniendo los anticipos pendientes de fondos donaciòn y se le negò cualquier anticipo futuro por casi un año, sujeto a la justificaciòn previa de los anticipos anteriores.

Los controles màs estrictos impuestos a la Oficina de Contabilidad de USAID diò como resultado el retraso en el tràmite de las justificaciones del MSP y de INNFA. INNFA fue la màs afectada a causa de una serie de errores desafortunados y de retrasos dentro de USAID. Ademàs, la Oficina Regional de Contabilidad en la Ciudad de Mèxico inicio el proceso de computarizaciòn de los pagos. Durante esta "reorganizaciòn" se extraviaron temporalmente dos solicitudes de pago a INNFA y tuvieron que volverse a enviar.

Estas circunstancia fueron la causa de un retraso considerable para el INNFA en la recepciòn de sus anticipos, necesarios para continuar financiando los esfuerzos de comunicaciòn masiva/social para apoyar las campañas de vacunaciòn. Mientras INNFA intentaba resolver estos problemas, empezaron a transferir fondos de otras cuentas y muchas veces cambiar sus prioridades para cubrir prioridades inmediatas dentro del Proyecto PREMI. Se invertieron muchas horas en USAID e INNFA para rectificar los problemas de flujo de fondos al INNFA durante la segunda mita de 1987.

Mientra INNFA enfrentaba problemas serios en mantener su flujo de fondos, se presentò un tema crucial dentro del Proyecto durane los primeros seis meses de 1988. La Ley de los Estados Unidos ordenò que se liquidaran los anticipos dentro de un plazo màximo de 90 dias desde la fecha de recepciòn. La Misiòn trata de cumplir con este requerimiento legal al pie de la letra. Debido a que las dos agencias implementadoras no cuentan con los fondos suficientes como para solventar los gastos y luego solicitar su reembolso, deben agilitar sus operaciones internas para estar en posibilidad de liquidar sus

anticipos dentro de los 90 dìas requeridos.

Un gran porcentaje (25 a 40%) de los fondos donaciòn del Proyecto manejados por el MSP o INNFA han sido transferidos a Provincias para actividades de promociòn y apoyo logìstico/de capacitaciòn. Esto significa que el MSP e INNFA debe recolectar de provincias facturas y recibos permanentemente, para poder liquidar los gatos del nivel local dentro de los 90 dìas. Es muy incierto el que se pueda lograr esto.

Persisten los problemas de flujo de fondos no reembolsables dentro del proyecto, y para liquidar los anticipos de las agencias implementadoras. El procedimiento del MSP para recibir las justificaciones de provincias de los gastos relacionados con el proyecto, es inadecuado y no pueden cumplir con los requirimientos de liquidaciòn dentro de los 90 dìas de AID. Hasta que se mejoren los procedimientos la Oficina de Contabilidad de AID no aprobarà nuevos anticipos para el MSP. Esto puede significar la paralizaciòn de todas las operaciones del proyecto.

Los fondos de contraparte del MSP son inadecuados para financiar los costos complementarios de las distintas actividades del Proyecto. Esto tiende a prevenir la implementaciòn de actividades cruciales para la institucionalizaciòn y reforzamiento, tales como capacitaciòn y supervisiòn permanente.

3) Tràmites para la implementaciòn.-

El documento del proyecto para la iniciativa de supervivencia infnatil de 1985, habla de las "responsabilidades internas" asociadas con los varios comitès del proyecto -- Los Comitès Nacional y Tècnico. Enfatiza que estos comitès deberàn proveer la guìa necesaria al programa y que no participaràn directamente la administraciòn e implementaciòn de las actividades del proyecto. En realidad el Proyecto ha cambiado tanto que tanto INNFA como el MSP han ido adquiriendo màs y màs responsabilidad de las actividades descritas en el documento del proyecto, que originalmente eran responsabilidad del Comitè Tècnico. Estas actividades eran: distribuciòn de las SRO y vacunas (MSP), la coordinaciòn de la movilizaciòn institucional (INNFA), la investigaciòn de audiencia y mercado necesaria (INNFA), uso de los medios (INNFA), y capacitaciòn y supervisiòn (MSP).

Ademàs, de acuerdo al documento original del proyecto, "la entrega real de servicios e implementaciòn de actividades

de supervivencia infantil en el campo se llevaràn a cabo por el nivel provincial del MSP, por medio de la atenciòn primaria de salud y otras instituciones de atenciòn en salud.

Mientras los esfuerzos de movilizaciòn han tendido a requerir la participaciòn del nivel provincial del MSP, no se han aplicado sistemàticamente a este nivel los esfuerzos a largo plazo para mejorar la operaciòn del MSP a travès de supervisiòn y capacitaciòn en administraciòn y gerencia de proyectos. A pesar de que el proyecto PREMI no se ha desarrollado de la manera programada en cuanto al mejoramiento de la capacidad institucional, para entrega de servicios y asegurar la implementaciòn de las actividades de supervivencia infantil en el campo, de una manera independiente. Se hace referencia a este tema en mayor detalle en otras partes de la evaluaciòn.

En los Comitès establecidos dentro de la estructura del Programa Nacional de PREMI, sòlo los Comitès Ejecutivo y Tècnico han logrado sus metas y han estado involucrados activamente de 1985 a 1988. Su visiòn y apoyo en coordinaciòn fueron crìticos para la movilizaciòn masvia, y para armonicar los mensajes masivos de acuerdo al criterio tècnico. Sin embargo, el gran ènfasis que se dio a las campañas significò que estos Comitès tuvieron que involucrarse en el apoyo logìstico para cubrir las necesidades especìficas de estas campañas, en lugr de establecer una coordinaciòn institucional a largo plazo para fortalecer las actividades permanentes de salud en el campo. Parece ser que se perdiò una oportunidad al no extender ni integrar la visiòn multi-institucional hacia los servicios de salud en las àreas rurales y marginales.

Dentro de USAID, la falta de un Gerente de Proyecto a tiempo completo para manejar las actividades de PREMI desde el inicio del Proyecto de Supervivencia Infantil, significò que las mayorìa de las actividades de administraciòn fueron llevadas a cabo por el Coordinador original del Proyecto PREMI. El coordinador tambièn era responsable de coordinador toda la asistencia tècnica a corto y largo plazo, asì como ser el vìnculo de uniòn entre las instituciones participantes (INNFA, MSP, MEC, y otros). A medida que aumentò la implementaciòn de las actividades, el Coordinador se viò imposibilitado de cumplir todas sus obligaciones con AID asì como sus responsabilidades de coordinaciòn.

Durante el perìodo Junio 1985 a Junio 1986 USAID contò con un Oficial del Servicio Extranjero para gerenciar el proyecto. Luego de este perìodo estuvo a cargo de las actividades del PREMI el gerente del componente de agua y

saneamiento del Proyecto 518-0015. Luego de Octubre de 1986 el Jefe de la Divisiòn de Salud asumiò la gerencia del PREMI. No fue hasta Junio de 1987 que USAID contratò un gerente de proyecto a tiempo completo (un contratista). Se espera que para Septiembre de 1988 la Misiòn haya contratado un Oficial del Servicio Extranjero a tiempo completo, para que asuma la gerencia del Proyecto de Supervivencia infantil en una base permanente.

Debido al ènfasis en las campañas y a las urgencias operacionales asociadas con esas actividades, la polìtica multi-institucional del Proyecto PREMI no se desarrollò como una parte integral del apoyo permanente para las actividades permanentes de salud infantil dentro del MSP. La implementaciòn del Proyecto de supervivencia infantil nunca incluyò a estas instituciones de una manera formal o informal. Ademàs, USAID no asumiò un papel de lìder para las distintas instituciones que estaban cooperando. Este fue el rol de la Primera Dama de la Naciòn como Presidenta del PREMI, y por tanto sobre INNFA. Ya que el MSP asumiò una mayor responsabilidad en cuanto a la coordinaciòn de las actividades de las varias organizaciones participantes, la visiòn multi-institucional empezò a desvanecerse por la burocracia en el desarrollo del proyecto. Como resultado, el enfoque multi-institucional del Proyecto original no llevò hacia el reforzamiento de los lazos institucionales, que pudo haber sido un gran beneficio para futuras acciones.

Las relaciones entre USAID, INNFA y el MSP para la implementaciòn del Proyecto fueron relativamente buenas, aunque tuvieron una falta de consitencia y guìa a tiempo completo. Especificamente, hubo una falta de compromiso por parte del MSP para apoyar las actividades requeridas. El apoyo administrativo fue muy pobre tanto por parte de MSP como por parte de AID. La administraciòn financiera fue màs compleja de lo necesario, y la guìa no fue clara desde ningùn punto a excepciòn de la Primera Dama como Presidenta del PREMI. Ni el MSP ni AID se han movilizado para llenar el vacìo dejado por la Primera Dama, al renunciar a la Presidencia del PREMI a mediados de 1988.

Por razones operacionales, gran parte de los arreglos de implementaciòn para la obtenciòn de asistencia tècnica y equipos recayeron en USAID, la cual con su nivel de personal y complejidad de sus procesos burocràticos no pudo llevar siempre a cabo oportunamente.

5. ACTIVIDADES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

Como se indicò anteriormente, la meta del proyecto es reducir la morbi-mortalidad infantil en niños menores de cinco años, especialmente en las àreas rurales. El Proyecto PREMI incluye apoyo para el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), la expansiòn y promociòn de la Terapia de Rehidrataciòn Oral (TRO), lactancia y control de crecimiento/nutriciòn. Durante el ùltimo año han habido algunos intentos para apoyar las actividades de control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Esta secciòn revisarà los logros de las actividades de supervivencia infantil, basàndose en la informaciòn disponible.

5.1. EL PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES:

El Ecuador fue uno de los primeros paìses de Latinoamèrica en adoptar el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Julio de 1977. Antes de esta fecha las campañas de inmunizaciòn se llevaban a cabo periòdicamente durante los dìas de vacunaciòn nacional, o de acuerdo a la demanda en las unidades de salud.

El PAI eliminò las campañas e iniciò una nueva estrategia de inmunizaciòn, incluyendo visitas domiciliarias, cobertura intensiva de àreas pequeñas por medio de las brigadas mòviles, y el reforzamiento de las actividades de inmunizaciòn en las unidades operativas regulares. Como resultado de esto se mejorò la cobertura de menores de un año. Sin embargo, estos niveles no fueron lo suficientemente altos.

En 1982 se iniciaron los dìas de vacunaciòn intensiva. Se vacunaba cada tres meses en las unidades de salud del MSP o localidades especìficas, en dìas previamente designados. Esfuerzos previos no tuvieron la suficiente promociòn debido a limitaciones en el presupuesto. El inicio de dìas de vacunaciòn intensiva ayudò a mejorar los niveles de cobertura.

De Octubre 1985 a Mayo 1988 se han llevado a cabo siete campañas PREMI, una en 1985, tres en 1986, dos en 1987 y una en 1988.

5.2. EVALUACION DE TASAS DE COBERTURA:

Para ayudar al impacto del programa, se analizaron y estimaron las tasas de cobertura de vacunaciòn entre 1976 y 1987. Se puso especial atenciòn al perìodo de las campañas PREMI que se iniciaron en 1985. Para revisar los alcances se utilizò la informaciòn sobre vacunaciòn del MSP. Las tasas de cobertura se refieren a los porcentajes de la poblaciòn total, en grupos especìficos de edad, que han sido vacunados.

a) Niños menores de un año.- La Figura 1 demuestra un incremento gradual en la cobertura de vacunaciòn. Se observò un incremento significativo a finales del perìodo, a pesar de que las tasas de cobertura no llegaron a los niveles esperados.

BCG.- Las tasas de cobertura para esta vacuna aumentaron contìnuamente desde 1985, perìodo en el que se observò un leve descenso. Esto se debiò probablemente a que no se administrò BCG durante las campañas de PREMI, y porque no era un requisito para el registro del niño en el Registro Civil. El descenso en 1983 se debiò al invierno prolongado e intenso que impidiò el transporte y comunicaciòn, y obligò a utilizar a los recursos humanos en actividades emergentes. En general, en 1982 las tasas de cobertura de BCG pudieron considerarse aceptables porque no excedieron el lìmite del 80%.

DPT.- En la actualidad la cobertura con DPT no es satisfactoria debido a que no se han cumplido las metas propuestas. Sin embargo, es evidente que en 1982 se inicia una mejora progresiva. 1983 es la excepciòn debido a las razones mencionadas anteriormente.

GRAFICO 1

COBERTURAS DE INMUNIZACIONES - EDADES 0 a 1

ECUADOR 1976-1987

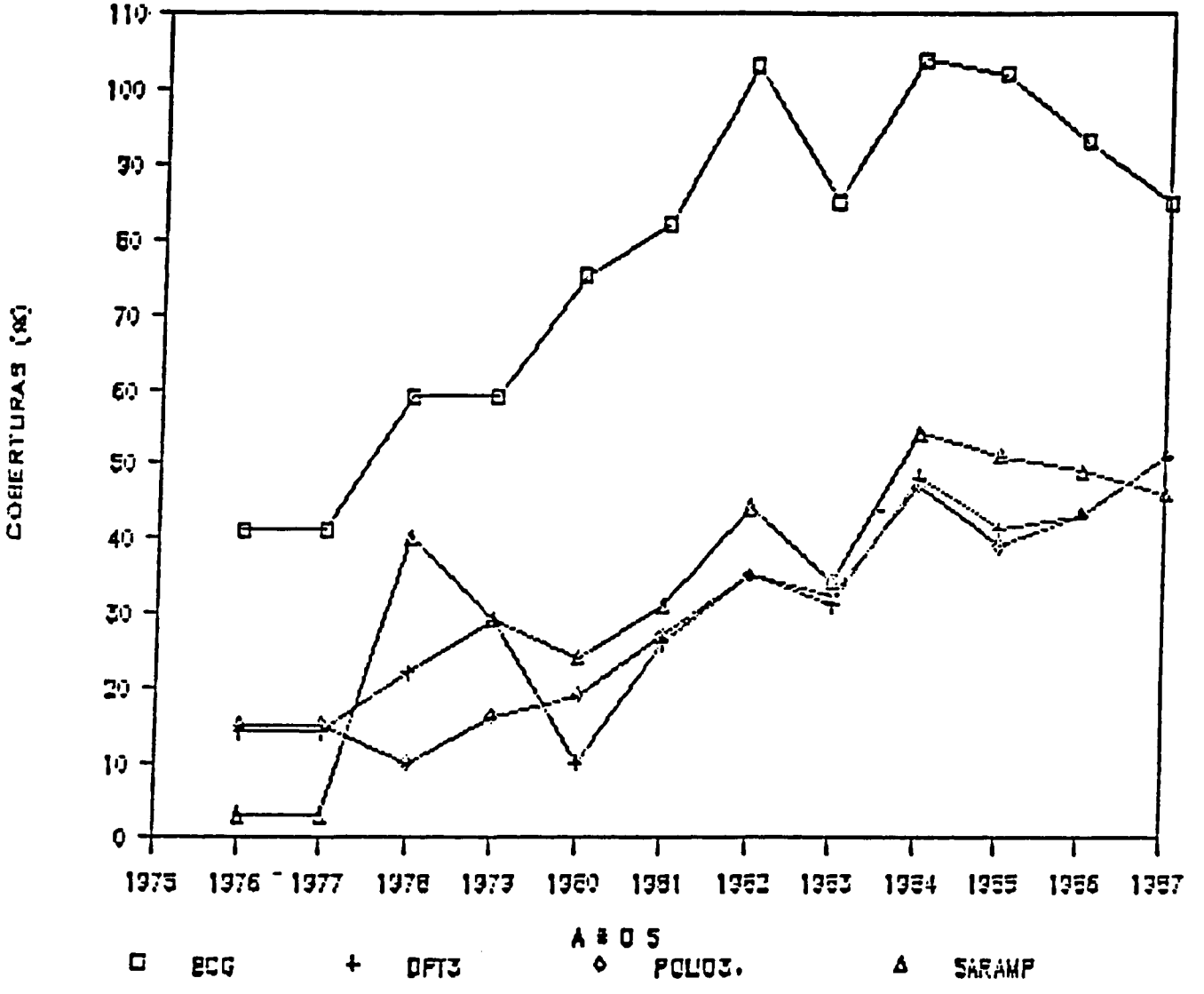
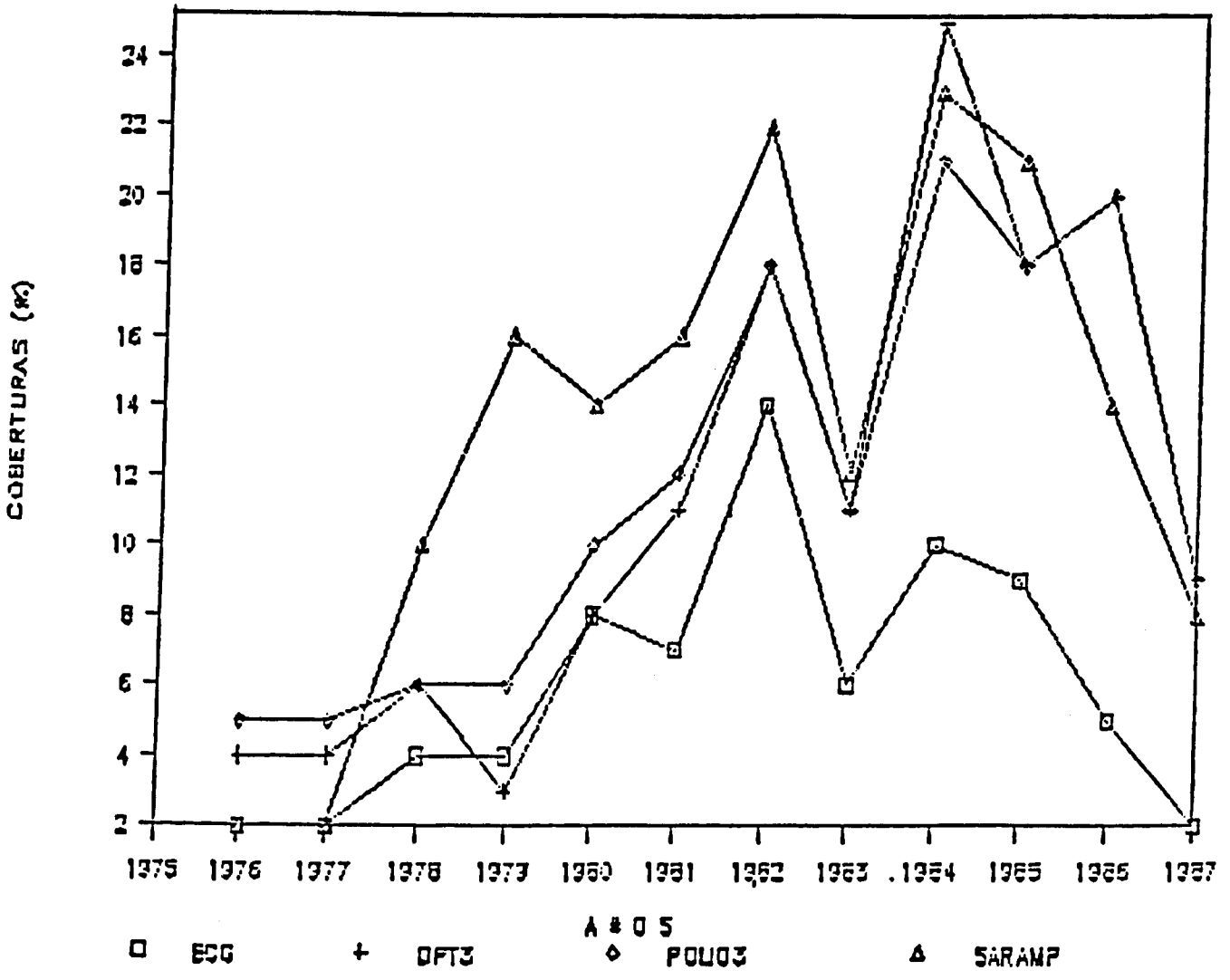


GRAFICO 2

COBERTURAS DE INMUNIZACIONES - EDADES 1 a 4

: ECUADOR 1976-1987



Polio.- A pesar de que aùn no se han logrado coberturas efectivas de esta vacuna, hay una tendencia continua a mejorar desde el 10% en 1976 al 51% en 1987. Las coberturas disminuyeron en 1983 como se habia experado, observàndose una recuperaciòn significativa a 47% en 1984, incremento que se mantuvo con ligeras variaciones hasta 1987.

Sarampiòn.- Se empezò a utilizar esta vacuna en Ecuador, de una manera màs extensa en 1974. Se suspendiò su uso en 1975. Se la reintrodujo en 1976, logrando una cobertura de 3% màs en ese año y 40% en 1978. De alli en adelante los niveles se han mantenido bajas hasta 1984, cuando llegò al 54% y luego se estabilizò màs o menos hasta 1987.

b) Niños entre 1 y 4 años.-

Segùn puede observarse en la Figura 2, las tasas de cobertura en este grupo de edad son bajas. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que se diminuyeron las metas para niños mayores, en relaciòn al grupo de menores de un año. Las metas de cobertura fueron 80% para 1980, 45% para 1985, 30% para 1986 y luego 20%. Esta reducciòn de las metas de vacunaciòn se basò en la proporciòn real de los niños inmunizados completamente con cada vacuna, segùn se puede observar en la Tabla 3, que demuestra que la protecciòn en este grupo de edad llega a 60.7% para DPT, 60.5% para polio y 61.3% para sarampiòn.

BCG.- Las bajas coberturas en este grupo de edad con BCG se justican con las altas tasas de cobertura del 80% o màs en niños menores de un año.

DPT.- Se observò un incremento moderado pero gradual hasta un 25% para esta vacuna hasta 1984, luego de la disminuciòn temporal en 1983. La epidemia de difteria en 1984 incrementò temporalmente la demanda de esta vacuna, pero las tasas de cobertura disminuyeron a 18% en 1985, llegaron a 20% en 1986 y volvieron a diminuir a 9% en 1987.

Polio.- Las coberturas con esta vacuna tienden generalmente a seguir las mismas que la DPT.

Sarampiòn..- Las tasas de cobertura con sarampiòn han demostrado mejoras considerables, de 10% en 1977 a 23% en

1984. Se observaron nives bajos de cobertura en 1983, 1986 y 1987, logrando apenas una cobertura del 8% en este ùltimo año.

5.3. VACUNACION SEGUN DEMANDA Y DURANTE LOS DIAS DE CAMPAÑA, DE 1985 A 1988:

Se tomò en cuenta la siguiente informaciòn al evaluar las coberturas de vacunaciòn de 1985 a 1988:

- Las tasas de cobertura entre 1980 y 1984 son representativas de las actividades regulares de vacuancion del MSP, y sirven como punto de referencia;
- Las tasas de cobertura de 1985 a 1988 son las fases PREMI;
- Nùmero de dosis de vacuna administradas durante los dìas de las campañas PREMI;
- Contribuciòn relativa de los dìas de campaña PREMI a las actividades generales de vacunaciòn por año, de 1985 a 1988;
- Protecciòn total de la poblaciòn menor a cinco años;
- Tasas discontìnuas del grupo de menores de un año, antes y durante el perìodo de evaluaciòn.

No se pudo disponer de la ùltima informaciòn para el grupo de edad de 1-4 años, debido a que no se hizo un seguimiento sistemàtico de los niños que no recibieron su primera dosis de vacuna durante los dìas de la campaña. Ademàs, no se conoce cuàntos de ellos recibieron la primera dosis como parte de las actividades regulares de vacunaciòn.

La informaciòn de cada campaña PREMI incluyò todas las dosis de vacuna administradas durante todo el mes, no sòlo durante los dìas designados. Las actividades regulares de inmunizacdiòn entre Diciembre 1985 y Junio 1988 incluyeron todos los meses en los que no se llevaron a cabo las jornadas PREMI, por ejemplo, 11 meses en 1985, 9 meses en 1986, y 10 meses en 1987. Las actividades para 1988 se basaron en el primer trimestre e incluyeron un dìa de jornada PREMI y tres meses de actividades regulares.

En la siguiente Tabla puede observarse las tasas de cobertura para el perìodo de evaluaciòn y los cinco años anteriores.

TABLA 3
COBERTURAS DE VACUNACION DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO
Y DE 1 A 4 AÑOS DURANTE 1980-1984
(Porcentajes)

A Ñ O	MENORES A UN AÑO				DE 1 A 4 AÑOS			
	BCG	DPT3	Polio3	Saramp.	BCG	DPT3	Polio3	Saramp.
1980	75	10	19	24	8	8	10	14
1981	82	26	27	31	7	11	12	16
1982	103	35	35	44	14	18	18	22
1983	85	31	32	34	6	11	11	12
1984	104	48	47	54	10	25	21	23

Fuente: Divisiòn Nac. de Estadìstica del MSP. Equipo de Evaluaciòn

La Tabla 3 muestra que entre 1980-1984 las coberturas aumentaron para todas las vacunas, tanto para el grupo de menores de un año como para el de 1-4 años, indicando un incremento por la aceptaciòn de los servicios por parte de las madres.

El periodo de 1985 a 1988 cubierto por PREMI (Ver Tabla 4) muestra que las tasas de cobertura disminuyeron primero en 1985 para todas las vacunas, aumentaron levemente en 1986 -- màs para DPT y Polio que para BCG y Sarampiòn -- y en 1987 logrò niveles de cobertura para DPT y Polio, similares a las tasas de 1984; sin embargo, las coberturas para BCG y sarampiòn se mantuvieron bajas.

TABLA 4
COBERTURA DE VACUNACION PARA NIÑOS MENORES DE UN AÑO
Y DE 1 A 4 AÑOS DURANTE 1985-1988
(Porcentaje)

A Ñ O	MENORES A UN AÑO				DE 1 A 4 AÑOS			
	BCG	DPT3	Polio3	Saramp.	BCG	DPT3	Polio3	Saramp.
1985	102	41	39	51	9	18	21	14
1986	93	43	43	49	5	20	14	16
1987	85	51	51	46	2	9	8	22
1988*	19	13	14	12	3	1	2	12

* Corresponden a los primeros cuatro meses de 1988.
Fuente: Divisiòn Nac. de Estadìstica del MSP, Equipo de Evaluaciòn

Las jornadas PREMI.- Se evaluaron los siguientes aspectos programàtivos en los dìas PREMI:

- Nùmero de dosis administradas
- Nùmero de participantes.
- Nùmero de niños con esquema de vacunaciòn completo

Nùmero de dosis administradas.- Esta variable se evaluò en relaciòn con el nùmero de dosis administradas durante cada una de las siete campañas entre 1985 y 1988. La ùltima jornada PREMI fue llevada a cabo sòlamente por el MSP.

La Tabla 5 enumera la cantidad de dosis administradas durante cada campaña PREMI, desglosando a los niños menores de un año y a los de 1-4 años.

TABLA 5
NUMERO DE DOSIS ADMINISTRADAS DURANTE LAS CAMPAÑAS DE VACUNACION PREMI, POR TIPO DE VACUNA. ECUADOR 1985-1988
(En miles)

	CAMPAÑAS DE VACUNACION							
	TOTAL	UNO	DOS	TRES	CUATRO	CINCO	SEIS	SIETE
0-1 Años								
BCG	179.8	31.2	21.0	9.5	30.6	30.6	24.4	32.6
DPT1	275.8	55.0	34.8	40.4	40.8	36.3	29.3	39.4
DPT2	202.8	24.8	38.8	29.5	28.6	24.5	28.6	28.2
DPT3	115.5	12.3	14.7	17.7	14.9	16.0	18.5	21.4
Polio1	279.3	58.2	35.3	39.4	46.9	35.6	29.1	40.8
Polio2	203.2	24.4	38.6	28.4	28.5	24.3	28.3	30.6
Polio3	114.8	12.3	14.4	17.0	14.8	15.9	18.1	22.4
Saramp.	167.5	32.6	21.9	25.8	23.1	20.5	17.6	26.1
TOTAL	1,538.7	250.7	219.	207.7	222.3	203.	193.	241.4
1-4 Años								
BCG	97.8	45.7	17.0	12.8	8.9	5.6	4.8	5.1
DPT1	188.8	92.3	27.2	21.6	40.8	9.9	8.5	15.0
DPT2	228.6	53.3	70.7	41.3	22.5	12.8	12.7	15.1
DPT3	323.5	70.9	55.5	82.8	44.7	24.6	20.5	24.5
Polio1	188.8	91.7	27.8	21.2	14.7	9.7	8.5	15.0
Polio2	229.6	53.9	71.2	41.3	22.8	12.7	12.7	15.1
Polio3	327.4	72.2	57.0	83.0	45.0	24.6	20.8	4.9
Saramp.	306.3	115.2	42.0	44.0	32.4	22.4	17.1	33.2

TOTAL	1,890.7	595.1	368.5	358.1	205.5	122.1	105.6	147.8

Fuente: PREMI/MSP. Equipo de Evaluaciòn

Un total de 1.587.743 dosis de vacuna fueorn administradas a niños menores de un año, durante las siete campañas PREMI. La primera dosis de DPT y polio fueron las que màs se administraron, seguidas de las segunda dosis de estas mismas vacunas, la antisarampionosa y finalmente la tercera dosis de DPT y Polio. La BCG se administrò sòlamente en las unidades operativas (unidades de salud) del MSP, debido a requerimientos tècnicos.

Un total de 1.892.732 dosis de vacunas (incluyendo 99.755 dosis de BCG) fueron administradas al grupo 1-4 años. La primera campaña cubriò un 30% del total de las vacunas administradas en las siete campañas PREMI. Dentro de este grupo de edad la mayor demanda fue para terceras dosis de DPT y Polio, seguido de antisarampionosa y primeras dosis de DPT y Polio.

La primera campaña PREMI tuvo la mayor respuesta en ambos grupos de edad, debido a las extensas actividades de lanzamiento, esperanzas creadas con la promociòn y esfuerzos de movilizaciòn masiva. Las actividades disminuyeron en las siguientes campañas. Una excepciòn fue la ùltima campaña, durante la cual se vio un relativo aumento debido a:

- El reto al MSP siendo la ùnica instituciòn responsable
- Altos niveles de motivaciòn al personal participante;
- Enfoque exclusivo a actividades de inmunizaciòn;
- Descentralizaciòn de la campaña, logrando una mayor participaciòn de los cantones en la organizaciòn;
- Gran lapso de tiempo entre la sexta y sèptima campaña.

La mayorìa de las vacunas se administraron en ambos grupos de edad en el año 1987, debido al mayor nùmero de dìas de campaña. Esto, seguido de la primera Campaña PREMI para el grupo 1-4 años, lo cual indica el gran interès y esperanzas originadas por las actividades de promociòn.

Nùmero de participantes en el programa.- Se utilizò el nùmero de niños que recibieron la primera dosis de DPT en cualquier dìa de las campañas, como un indicador del nùmero de nuevos participantes en el programa. En todas las campañas el total de niños menores a un año fue 275.834, y de 1-4 años fue 188.796. El mayor nùmero de nuevos participantes se dio en la primera campaña PREMI. La Tabla 7 enumera a los nuevos participantes por campaña y edad.

TABLA 6
TOTAL DE ACTIVIDADES EXPRESADAS EN NUMERO DE DOSIS ADMINISTRADAS A LOS NIÑOS MERNOES DE CINCO AÑOS, POR CAMPAÑA Y AÑO
ECUADOR (1985-1988)
(En miles)

		C A M P A Ñ A S						
AÑOS	TOTAL	UNO	DOS	TRES	CUATRO	CINCO	SEIS	SIETE
-0-1 Años								
1985	250,7	250,7						
1986	649,4		219,4	207,7	222,3			
1987	397,3					203,5	193,7	
1988*	241,4							241,4
TOTAL	1,538,7	250,7	219,4	207,7	222,3	203,5	193,7	241,4
1-4 Años								
1985	595,1	595,1						
1986	922,1		368,5	348,1	205,5			
1987	227,7					122,1	105,6	
1988*	141,8							141,8
TOTAL	1,892,7	595,1	368,5	348,1	205,5	122,1	105,6	147,8

* Corresponde a los cuatro primeros meses de 1988.
Fuente: PREMI/MSP. Equipo de Evaluaciòn

Para DPT, el nùmero de niños nuevos menores de un año, fluctò durante todas las campañas; mientras que el nùmero de niños nuevos mayores disminuyò con el tiempo, con la excepciòn de la sèptima campaña.

Se utilizò la primera dosis como indicador para estimar el nùmero de nuevos participantes en el programa, debido a que representa el nùmero de niños iniciando el esquema de vacunaciòn y que deberàn completarlo. Ademàs, seleccionando sòlo un tipo de vacuna se reduce la duplicaciòn de datos. Este indicador tambièn se utilizò para las campañas intensivas, tomando en cuenta sòlo el nùmero de vacunas administradas sin registro ni seguimiento de la participaciòn.

Estimativos de Niños Totalmente Inmunizados.- Se utilizò la tercera dosis de DPT como indicador de niños totalmente inmuniza-

dos. Los totales se pueden observar en la Tabla 8.

TABLA 7
NUMERO ESTIMADO DE PARTICIPANTES NUEVOS, PARA DPT
POR CAMPAÑA Y GRUPO DE EDAD. ECUADOR 1985-1988
(En miles)

		C A M P A Ñ A S						
-	TOTAL	UNO	DOS	TRES	CUATRO	CINCO	SEIS	SIETE
0-1 Años								
1985	55,0	55,0						
1986	116,1		34,8	40,4	40,8			
1987	65,5					36,3	29,3	
1988*	39,4							39,4
TOTAL	275,8	55,0	34,8	40,4	40,8	36,3	29,3	39.4
1-4 Años								
1985	92,5	92,5						
1986	63,2		27,2	21,6	14,4			
1987	18,4					9,9	8,5	
1988*	15,0							15,0
TOTAL	188,8	92,5	27,2	21,6	14,4	9,9	8,5	15,0

* Corresponde a los cuatro primeros meses de 1988
Fuente: PREMI/MSP. Equipo de Evaluaciòn

Un total de 115.474 niños menores de un año y 323.530 de 1-4 años completaron la tercera dosis de DPT. Para los niños menores de un año el nùmero de niños completamente inmunizados aumentò con las jornadas PREMI. Esto indica que las madres van tomando conciencia de la necesidad de completar el esquema de vacunaciòn. La razòn para la disminuciòn del nùmero de niños que recibieron la tercera dosis de DPT, en el grupo 1-4 años, (con excepciòn de la tercera campaña), no està claro y requiere de una investigaciòn posterior.

TABLA 8
NIÑOS TOTALMENTE INMUNIZADOS CON DPT
POR CAMPAÑA Y GRUPO DE EDAD. ECUADOR 1985-1988
(En miles)

		C A M P A Ñ A S						
	TOTAL	UNO	DOS	TRES	CUATRO	CINCO	SEIS	SIETE
0-1 AÑOS								
1985	12,3	12,3						
1986	47,4		14,7	17,7	14,9			
1987	34,4					16,0	18,5	
1988*	21,4							21,4
TOTAL	115,5	12,3	14,7	17,7	14,9	16,0	18,5	21,4
1-4 Años								
1985	70,9	70,9						
1986	183,0		55,5	82,8	44,75			
1987	45,1					24,6	20,5	
1988*	24,5							24,5
TOTAL	323,6	70,9	55,5	82,8	44,7	24,6	20,5	24,5

* Corresponde a los cuatro primeros meses de 1988.
Fuente: PREMI/MSP. Equipo de Evaluaciòn

TABLA 9
CONTRIBUCION DE LAS CAMPAÑAS DE VACUNACION PREMI
A LA COBERTURA NACIONAL DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO
ECUADOR 1985-1988
(En miles)

	AÑOS			
VACUNA	1985	1986	1987	1988*
BCG	11.5	22.1	21.3	35.3
DPT1	22.0	45.5	26.8	41.0
DPT2	14.8	46.4	25.8	36.1
DPT3	11.4	36.7	22.3	34.0
Polio1	23.6	45.0	26.1	40.4
Polio2	15.0	45.7	25.7	37.2
Polio3	11.8	35.6	21.9	34.6
Sarampiòn	24.2	48.0	26.9	41.9

* Cubre los cuatro primeros meses de 1988
Fuente: PREMI/MOH. Equipo de Evaluaciòn

La contribuciòn relativa de los dìas de campaña PREMI a la cobertura de vacunaciòn.- La siguiente tabla muestra la contribuciòn de las campañas de vacunaciòn PREMI a la cobertura total de vacunaciòn.

La primera jornada PREMI contribuyò entre 11% y 24% al total de vacunados en 1985. El resto se debiò a la vacunaciòn permanente y a las actividades intensivas del PAI que se completaron en Febrero.

La Tabla 10 compara los logros de la primea campaña PREMI con las actividades de vacunaciòn en 1984, en el Guayas, respondiendo directamente a una epidemia de sarampiòn y difteria. Mientras estos representan dos eventos completamente distintos, pueden compararse desde el punto de vista de efectividad en la programaciòn. La situaciòn emergente en 1984 diò como resultado el uso de 20 millones de sucres del Gobierno y requiriò de la elaboraciòn de un programa emergente a ser implementado. Puede decirse que la primera campaña PREMI simulò tal emergencia en cuanto a toma de decisiones a nivel polìtico, movilizaciòn masiva, cooperaciòn interinstitucional, promociòn y utilizaciòn de un nùmero considerable de recursos humanos, econòmicos y materiales.

TABLA 10
COBERTURA DE INMUNIZACION EN GUAYAS (1984) Y DURNATE LA PRIMERA CAMPAÑA PREMI, EN PROPORCION A LA COBERTURA NACIONAL DE VACUNACION POR GRUPO DE EDAD

	(0-1 Años)		(1-4 Años)	
	1984	1985	1984	1985
VACUNA	Guayas	1ER PREMI	Guayas	1ER PREMI
BCG	22.0	11.5	21.0	46.0
DPT1	24.0	22.0	22.0	55.6
DPT2	23.0	14.8	27.0	36.9
DPT3	23.0	11.4	41.6	36.7
Polio1	24.0	23.6	20.0	55.8
Polio2	23.0	15.0	26.0	37.6
Polio3	23.0	11.8	31.0	37.5
Sarampiòn	25.0	24.0	22.0	51.0

Fuente: PREMI/MSP. Equipo de Evaluaciòn

El pànico creado por las epidemias en el Guayas dio como resultado el incremento de las coberturas en ambos grupos de edad en esta provincia. Al compararse los datos de 1984 con las coberturas logradas con PRFMI en 1985, parece ser que la emergencia del Guayas produjo una mejor cobertura en los menores de un año, mientras que el PREMI logrò una mayor protecciòn en los niños mayores.

TABLA 11
CONTRIBUCION DE LAS CAMPAÑAS DE VACUNACION DEL PREMI
A LA COBERTURA NACIONAL DE NIÑOS DE 1-4 AÑOS
ECUADOR 1985-1988
(En miles)

	AÑOS			
VACUNA	1985	1986	1987	1988*
BCG	46.0	63.3	43.4	59.6
DPT1	55.6	73.0	41.0	65.0
DPT2	36.9	78.4	42.9	62.0
DPT3	36.7	74.7	41.3	58.7
Polio1	55.8	73.2	40.5	65.0
Polio2	37.6	78.0	43.0	61.6
Polio3	37.5	74.2	40.5	58.4
Sarampiòn	51.0	70.6	39.6	61.0

* Cubre los cuatro primeros meses de 1988
Fuente: PREMI/MSP. Equipo de Evaluaciòn

La cobertura acumulativa es un mejor indicador del nivel real de protecciòn contra enfermedades, al incluir a niños que completaron el esquema de vacunaciòn durante el primer año de vida. Las tasas de cobertura acumulada son aceptables y se acercan a la meta del 80% para este grupo de edad (Ver Tabla 12). Como resultado parece ser adecuado y mantener las tasas en un 20% para este grupo de edad, para protejer a la mayoria de los niños ecuatorianos.

TABLA 13
TASAS DE DESERSION DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO
DURANTE LAS CAMPAÑAS PREMI. ECUADOR 1985-1988

	DPT			Polio		
Años	Primera	Tercera	(%)	Primera	Tercera	(%)
1985	250,186	107,832	357.0	246,852	104,027	58.0
1986	254,975	129,273	49.3	256,935	129,388	49.6
1987	244,272	154,376	36.8	247,071	155,292	37.1

Fuente: PREMI/MSP. Equipo de Evaluaciòn

Las tasas de desersiòn de las vacunas que requieren dosis mùltiples, han mejorado de 1985 a 1988, y en 1987 fue menor a 1984

DPT	46.6%
Polio	48.2%

La Tabla 14 compara las tasas de desersiòn con las campañas. Estas tasas han mejorado de 67.7% a 41% de desersiòn para DPT y de 70.8% a 37% para Polio.

TABLA 14
TASAS DE DESERSION DE MENORES DE UN AÑO DURANTE LAS CAMPAÑAS PREMI. ECUADOR 1985-1988

	DPT			Polio		
	Primera	Tercera	(%)	Primera	Tercera	(%)
1ra & 3ra	54,963	17,736	67.7	58,239	17,015	70.8
2da & 4ta	35,762	14,914	57.1	35,312	14,812	58.1
3ra & 5ta	40,356	15,989	60.4	39,385	15,930	59.6
4ta & 6ta	40,778	18,453	54.7	40,915	18,077	55.8
5ta & 7ta	36,253	21,375	41.0	35,595	22,441	37.0

Fuente: PREMI/MSP. Equipo de Evaluaciòn

Ya que el PAI se convirtiò en el componente que recibìa la mayor atenciòn por parte del Proyecto PREMI, merece un resumen detallado de sus mayores descubrimientos. El anàlisis en esta secciòn permite concluìr que:

1. No se ha logrado la meta de vacunar a 80% del total de niños menores de un año durante 1985-1988. Al comienzo del perìdo los niveles de cobertura para terceras dosis de DPT y Polio fueron 48 y 47%, respectivamente. En 1987 llegaron a 51% para ambas vacunas. Las coberturas con sarampiòn disminuyeron de 54% antes de PREMI a 46% en 1987. En resumen, las tasas de cobertura sòlo han aumentado ligeramente para DPT y Polio y han disminuìdo para Sarampiòn.

2. Con respecto a las metas propuestas del 100% para niños entre 1-4 años, las coberturas han mejorado significativamente, a pesar de que no se ha logrado la meta. Las tasas acumuladas

de cobertura en 1988 indican que la vacunaciòn con DPT ha aumentado a 60.7%, comparado a 43% en 1984. El incremento de coberturas de polio son menores, de 58.7% a 60.5% en los mismos años. Las coberturas con sarampiòn bajaron de 66.3% en 1984 a 61.3% en 1988.

3. No se logrò la meta de inmunizar con tètanos toxoide a 80% del total de mujeres embarazadas, en las àreas de alto riesgo. Durante las siete campañas de vacunaciòn sòlo 14.902 mujeres recibieron la segunda dosis de T.T. Esto se debiò principalmente al ènfasis en servicios de vacunaciòn.

4. Los niveles de actividad durante los dìas de campaña fueron altos, con tasas de cobertura cerca del 50% del total de niños ecuatorianos menores de un año, y 70% para el total de niños entre 1-4 años. A pesar del alto nivel de actividad, no se lograron incrementos significantes en las tasas de cobertura anual logradas por la reducciòn de las actividades permantes entre las campañas PREMI.

5. Se observò una gran mejora en el reclutamiento de participantes nuevos, particularmente durante la primera campañas PREMI, en donde se logrò 275.834 participantes nuevos en los menores de un año, y 464.630 en el grupo 1-4 años.

6. Los dìas de campaña facilitaron la vacunaciòn total de un nùmero considerable de niños, la mayorìa del segundo grupo (323.560 niño), pero tambièn de los menores de un año, con un total de 115.474 niños. Los datos hacen imposible estimar què proporciòn de niños que estàn completamente vacunados, recibieron su primera o segunda dosis de DPT o Polio durante los servicios permanentes de vacunaciòn.

7. Las tasas de desersiòn durante los dìas PREMI fueron menores que en 1984, lo cual indica que las campañas pueden haber educado a las madres para que completen el esquema de vacunaciòn. Entre 1985-1988 se lograron mejoras similares durante totos los años. Sin embargo, las tasas de desersiòn siguieron siendo excesivamente altas, un 36.8% para DPT y 37.1% para Polio.

8. Los dìas de campaña paracen haber deteriorado las actividades regulares de vacunaciòn, debido a la falta de un mecanismo efectivo para facilitar las actividades de vacunaciòn durante las interfases, y debido a una preferencia de las madres y del personal de salud a continuar o iniciar la vacunaciòn durante las campañas.

9. Durante PREMI el MSP no logrò resolver los problemas financieros y administrativos relacionados con la compra de vacunas importadas, y el paìs no pudo resolver su problema de produccciòn de vacunas, que diò como resultado una provisiòn

irregular de biològicos.

10. El PREMI ayudò a mejorar la cadena de frìo a nivel nacional. La cadena de frìo cubre actualmente 82% de las unidades involucradas en actividades de vacunaciòn. Asimismo, PREMI ha apoyado una capacitaciòn extensiva a tècnicos, en mantenimiento de equipo de cadena de frìo.

5.2. CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS:

Por varios años las enfermedades diarrèicas ocuparon el primer plano de la mortalidad y morbilidad del Ecuador (Ver la siguiente tabla). Antes de 1983 la mortalidad infantil a causa de enfermedades diarrèicas fluctuò entre 20% del total de muertes infantiles. Desde entonces, la tasa de mortalidad a causa de diarrea a disminuìdo cerca del 3% por año.

TABLA 15
MORTALIDAD INFANTIL POR ENFERMEDADES DIARREICAS
ECUADOR 1980-1987

Año	Total Mortalidad	Mortalidad Por Diarrea	Porcentaje
1980	14,261	3,087	21.6
1981	13,402	2,634	19.7
1982	13,101	2,653	20.3
1983	12.694	3,624	28.5
1984	11,161	2,007	18.0
1985	10,615	1,814	17.5
1986	10,372	1,832	17.6
1987	10,064	1,736*	17.2

Fuente: INEC
* Estimado (Equipo de Evaluaciòn)

En 1970 el MSP implementò un programa para reducir la incidencia de diarrea en niños menores de cinco años, en un 20%. Luego de realizado un estudio de las necesidades, se implementò el programa en dos provicias, utilizando TRO como la estrategia principal. El personal y los voluntarios de la comunidad fueron capacitados en TRO, y a medida que el tiempo pasaba desapareciò la resistencia de los mèdicos hacia esta forma de tratamiento.
Se invitò al Ministerio de Educaciòn para que se una a estos esfuerzos formales y no formales, y para que ayude en la elaboraciòn de los materiales educativos.

Con la ayuda de UNICEF se establecieron nueve unidades docentes de rehidrataciòn oral en los principales hospitales provinciales, para la capacitaciòn del personal de salud que a su vez serìan los responsables de educar a las madres en el uso de SRO. Entre 1982 y 1985 se capacitò a 5.669 personas, cerca de 1.200 en 1985, el primer año de PREMI.

Para fortalecer la participaciòn de la comunidad en estos esfuerzos, se incluyò el Programa de Control de Enfermedades Diarrèicas (PCED) dentro del Proyecto de Desarrollo Rural Integral de USAID, y se elaboraron materiales especiales para cambios de comportamiento y tratamiento de diarreas por medio de la promociòn del TRO. La OPS proveyò asistencia tècnica y econòmica para capacitaciòn y supervisiòn.

1. Los componentes de Control de Enfermedades Diarrèicas, PREMI.- Otra de las principales intervenciones de las actividades de supervivencia infantil de PREMI fue reducir la morbi-mortalidad por diarrea, en niños menores de cinco años, a travès de la promociòn del TRO y el uso extensivo de las SRO. El PREMI utilizò tanto campañas intensivas como actividades permanentes dentro de las unidades de salud. Los aspectos cruciales del programa fueron la capacitaciòn del personal y la educaciòn de la comunidad en el uso de SRO. Ademàs, se iniciò un programa intensivo de comunicaciòn masiva utilizando todos los medios disponibles.

   A pesar de no contar con los datos apropiados para analizar el impacto de este componente, la evidencia indirecta indica que PREMI puede haber tenido un èxito significativo en el PCED. En 1980 cerca de 22% del total de muertes infantiles estuvieron asociadas con enfermedades diarrèicas. Esta tasa disminuyò al 17% en 1987, lo cual demuestra una disminuciòn significativa en este periodo. Sin embargo, en 1984 (un poco antes de iniciarse PREMI), la tasa ya era 18% y desde entonces ha disminuìdo lentamente.

   Existe evidencia de que las tasas de cobertura de TRO en los episodios diarrèicos fueron muy bajos antes de 1980 (Estadìsticas del MSP, 1987). Las tasas de cobertura han aumentado desde entonces, sobrepasando el nivel del 20% justo antes de iniciarse PREMI. En 1986, luego del primer año de PREMI, la tasa de cobertura de CED llegò a cerca del 30% y para 1987 se estimò sobre un 35% (PREMI, 1988). Esto indica que los esfuerzos llevados a cabo por el PCED desde 1979 han tenido èxito, y que las intervenciones de PREMI pueden haber impulsado este progreso significativamente.

Otro posible indicador de èxito es la distribuciòn y uso de los sobres de SRO. Entre 1985 y 1987 se distribuyeron cerca de 2.3 millones de paquetes de SRO, junto con un instrumento de medida e instructiones.

TABLA 16
NUMERO DE PAQUETES DE SRO DISTRIBUIDOS
ECUADOR 1984-1987

Año	Nùmero de Paquetes Distribuìdos
1984	851,557
1985	621,165
1986	501,121
1986	813,337
1987	325,613

Nota. Entre 1984-1987, se distribuyeron SRO con fines promocionales.

Los datos de encuestas indican un gran apoyo al TRO y al uso de SRO por parte de la comunidad mèdica, trabajadores de salud y madres. Esta aceptaciòn nos permite utilizar el nùmero de sobres distribuìdos para medir el impacto del programa. Enter 1985 y 1987 el programa distribuyò cerca de 2.2 millones de sobres de SRO, junto con las instrucciones para su uso apropiado. Si estimamos que se necesitan de dos a tres sobres de SRO para un sòlo episodio de diarrea, el PREMI ha ayudado a diminuìr el peligro de deshidrataciòn en cerca de un millòn de episodios, entre 1985 y 1987. Asumiendo que un niño tiene un promedio de dos a 2.5 episodios de diarrea por año, el PREMI ha ayudado a proteger cerca de 150 mil niños del peligro de la deshidrataciòn y de mortalidad por diarrea, por año, durante este periodo.

Para reforzar la importancia del TRO y del uso de SRO en el tratamiento de la diarrea, se establecieron 29 unidades de rehidrataciòn oral en todo el paìs. El àrea de supervisiòn de personal se reforzò con la capacitaciòn a supervisores. El equipo de evaluaciòn no pudo constatar el funcionamiento correcto de estas unidades. Sin embargo, el PREMI ha apoyado una capacitaciòn extensiva al personal del MSP y de otras instituciones, en la preparaciòn y administraciòn de las SRO. La mayorìa de la capacitaciòn estuvo asociada al componente de CED.

Un aspecto importante del apoyo de PREMI al CED fue el desarrollo de una estrategia de comunicaciòn masiva y movilizaciòn social. Para reforzar el concepto de que las SRO son el tratamiento apropiado para los episodios de diarrea de los niños menores de cinco años, el personal de INNFA y del MEC, asì como los trabajadores de salud en general, elaboraron materiales de comunicaciòn masiva. Se capacitò a 19.000 individuos en el uso de SRO, que a su vez eran responsables de transmitir sus conocimientos a los 3.000 puestos de salud.

Ademàs, en 1985 el MSP y otras instituciones educativas, organizaron un seminario internacional con màs de 200 participantes, para elaborar las normas para un manual de CED. Este manual se distribuyò a todos los puestos de salud del MSP y a los puestos de salud del Seguro Social Campesino.

En 1986, en la reuniòn de paìses andinos que tratò sobre control de enfermedades diarrèicas, se recomendò el desarrollo de un plan nacional y se logrò la colaboraciòn de otras instituciones, para establecer, conjuntamente con AFEME, Centros Docentes de TRO en ciudades con escuelas de medicina. Para febrero de 1987 este programa habìa capacitado a 3.678 personas en 46 cursos, incluyendo estudiantes de medicina y enfermerìa, mèdicos y enfermeras en servicio y personal de salud.

Uno de los logros màs importantes fue el cambio de actitudes y pràcticas del personal de salud y de las madres sobre enfermedades diarrèicas. Las encuestas CAP se llevaron a cabo para determinar los conocimientos de la poblaciòn sobre enfermedades diarrèicas, necesidad de lìquidos, y los alimentos que se dan luego de los episodios de diarrea. A pesar de no haberse analizado estas encuestas a profundidad, los resultados de anàlisis preliminares indican un incremento cuantitativo significativo en cuanto a la concientizaciòn, tanto de madres como del personal de salud, sobre los serios riegos de mortalidad a causa de enfermedades diarrèicas, y sobre la importancia del TRO para reducir estos riesgos.

Los resultados de la encuesta CAP de 1987 indican que cerca de 93% de los entrevistados habìan oìdo hablar de las SRO, por lo menos 20% habìa utilizado SRO en el ùltimo episodio diarrèico, y 60% de las madres informaron haber utilizado SRO por lo menos una vez. Esto implica un cambio importante desde el inicio de PREMI. A pesar de no contar con toda la informaciòn necesaria se asume que el uso de SRO era muy bajo antes del inicio de PREMI, y en cuanto a la preparaciòn de las SRO los resultados de la primera encuesta CAP (Diciembre de 1985) demostraron que sòlo 29% de las madres informaron haber utilizado SRO por lo menos una vez.

Asimismo, en observaciones posteriores un 80% de las madres preparaban la mezcla de SRO correctamente, 35% informaron que su principal fuente de informaciòn para tratamiento de la diarrea

eran los centros de salud, lo cual indica que las actividades de capacitaciòn han tenido un efecto positivo en la difusiòn del TRO.

La encuesta CAP de 1987 tambièn descubriò que cerca del 93% de las madres lactantes informaron haber continuado con la lactancia durante el episodio diarrèico, y 64% informaron haber dado cualquier tipo de lìquidos al niño. Esta es una mejora pequeña pera significativa desde los resultados de la encuesta CAP de 1986, cuando sòlamente 85% de las madres lactantes continuaron con esta pràctica durante los episodios de diarrea, y sòlo 50% dieron màs liquidos a sus niños. Estos son resultados impresionantes. Sin embargo, se necesita un anàlisis màs detallado de los datos de las encuestas CAP, para establecer la veracidad de estos resultados.

Otro logro importante del Proyecto fue la gran aceptaciòn del TRO por parte de los mèdicos, otros trabajadores de salud y de la comunidad. Se llevò a cabo una encuesta privada, con el apoyo de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatrìa, teniendo como muestra a mèdicos del àrea urbana y rural, resultando en un apoyo a este punto de vista. Por ejemplo, 73% de los mèdicos del àrea urbana y 92% del àrea rural recetaron SRO para el tratamiento de diarrea (se esperaba esta diferencia entre los mèdicos rurales y urbanos, debido a que la mayorìa de los mèdicos del àrea rural son recièn graduados y fueron capacitados en TRO). Ademàs, cerca de 66% del total de mèdicos de la muestra, recomendaron seguir dando alimento al niño durante los episodios de diarrea, y sòlo un minorìa (3%) recomendaron la suspesiòn de la lactancia.

Todo esto demuestra cambios positivos en el control de enfermedades diarrèicas, e indican que las actividades del PREMI estàn logrando los efectos deseados. Sin embargo, las enfermedades diarrèicas siguen siendo la primera causa de mortalidad infantil en el paìs. Se necesitaràn esfuerzos adicionales para lograr la meta del 85% de cobertura en TRO, en las unidades de salud el MSP, antes del tèrmino de este proyecto. En realidad se esperaba una mayor disminuciòn, pero desafortunadamente los datos disponibles para evaluar todo el componente fueron escasos y erròneos.

A pesar de que esta informaciòn refuerza la idea de èxito, no existe informaciòn confiable para apoyar esta observaciòn. El Proyecto no ha podido producir datos en cuanto a los logros de este componente. No existe evidencia que apoye la disminuciòn definitiva de enfermedades diarrèicas, a pesar de que la mayorìa de individuos que participan en el proyecto asumen que existe esta disminuciòn. La falta de un esfuerzo por producir informaciòn precisa y a tiempo, para evaluar los logros del proyecto, han sido una falla general de este Proyecto.

5.3. CONTROL DE CRECIMIENTO, LACTANCIA Y EDUCACION NUTRICIONAL:

La desnutriciòn infantil es un factor importante en por lo menos de la mitad de las muertes infantiles registradas. Los logros en control de crecimiento y nutriciòn pueden haber producido una disminuciòn significativa en la morbi-mortalidad infantil. La mayorìa de las personas involucradas en este campo estàn de acuerdo en que, a pesar de que la situaciòn es crìtica y que las intervenciones deben ser prioritarias, las acciones en este campo han sido nulas. El PREMI tampoco incluyò este componente dentro de su programa.

Antes de PREMI se llevaron a cabo algunos esfuerzos para tocar este tema. En 1978 se publicò el primer manual de normas, estrategias y procedimientos tècnicos para infantes, pre-escolares y escolares. Este incluyò informaciòn sobre control de crecimiento y sugiriò el uso de una tabla de crecimiento (OMS) incluyendo desarrollo lingüìstico y cognositivo. En 1982 se publicaron normas de salud Materno-Infantil, promoviendo control de crecimiento y educaciòn nutricional, entre otros.

En 1983 el PEMPAAMI (Plan de Evaluaciòn y Mejoramiento del Proyecto de Asistencia Alimentaria Materno-Infantil), que era parte del ININMS (Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Mèdico Sociales) revalidò las medidas antropomètricas que se utilizaban para interpretar los aumentos de peso y talla. Se elaboraron los paràmetros de desarrollo psicomotor, los materiales de informaciòn sobre nutriciòn infantil, carnès de vacunaciòn y materiales de educaciòn para el uso de SRO, que fueron aprobados por el MPS en 1984. Ademàs, se implementò un programa piloto para educaciòn nutricional para madres y niños.

Al diseñarse PREMI en 1985 se incluyò el control de crecimiento y lactancia dentro de las cuatro estrategias. Esto diò como resultado una expansiòn en control de crecimiento y educaciòn en nutriciòn infantil. El PREMI tuvo un componente importante en nutriciòn, control de crecimiento y lactancia. El Ecuador fue uno de los pocos paìses latinoamericanos con un componente significativo de nutriciòn dentro del diseño del Proyecto de Supervivencia Infantil.

Basado en las experiencias anteriores, el Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo, Lactancia y Nutriciòn (CLAI) se desarrollò para reforzar las àreas de prevenciòn, monitoreo y tratamiento de las deficiencias nutricionales de los niños. Se desarrollaron los componentes de capacitaciòn, supervisiòn, investigaciòn y educaciòn a la comunidad.

No se pudo contar con instrumentos de mediciòn de los logros del proyecto en esta àrea. Fue difìcil evaluar los logros de monitoreo de crecimiento; tampoco puede considerarse un èxito la

distribuciòn de carnès de salud, cuando no se los utiliza bien y no existe un seguimiento adecuado. Los datos de las encuestas CAP demostraron que para diciembre de 1985, aproximadamente un tercio de las madres tenìan el nuevo carnè de salud; este porcentaje aumentò a 57% en Julio de 1986. Ademàs, la ùnica informaciòn sobre el pesaje de los niños se encontrò en el Informe del PREMI/MSP por el perìodo Abril-Junio de 1986, en el cual se mencionaba haber pesado a aproximadamente 180.000 niños. Sin embargo, el peso no se registra rutinariamente en la tabla de crecimiento del carnè de salud, de manera que las madres no pueden aprender a seguir el aumento o disminuciòn del peso de sus niños, y el personal de salud no educa a las madres en el significado de estos cambios de peso y la importancia del registro regular. Para Julio de 1986 (tambièn informaciòn de las encuestas CAP), un tercio de los niños menores de dos años tuvieron por lo menos un punto de peso en la tabla de crecimiento; sin embargo, en Abril de 1987 menos del 16% en el mismo grupo de edad tenìan por lo menos dos registros de peso.

El PREMI ayudò a financiar la adquisisiòn del siguiente equipo para control de crecimiento, que fue distribuìdo a las unidades de Salud del MSP: cerca de 1.000 balanzas pesa-bebè (con sus respectivos pantalones y pesas); 3.500 balanzas de plato; cerca de 1'200.000 carnès de salud; cerca de 3'000.000 pases de salud, 50.000 instructivos de pases y 15.000 posters "Haga de su niño un campeòn".

Durante el perìodo de evaluaciòn no se pudo contar con informaciòn sobre capacitaciòn, supervisiòn, seguimiento e investigaciòn de estas dos estrategias. Aùn màs, la falta de informaciòn base anterior al PREMI hizo imposible la evaluaciòn cuantitativa del impacto del proyecto.

A pesar de que la informaciòn CAP indica que las actitudes en cuanto a lactancia son positivas, esta evaluaciòn no pudo asociar esta intervenciòn especìfica del MSP con ninguna otra instituciòn. El ùnico vìnculo fueron los esfuerzos de comunicaciòn masiva del MSP e INNFA (cerca de 900.000 posters promoviendo la lactancia). Aùn màs, la lactancia es una pràctica que prevalecìa significativamente en el Ecuador antes del inicio de PREMI.

En cualquier caso, la informaciòn de las encuestas CAP indica que, en general, 92% de las madres dan de lactar a sus hijos durante los primeros 3 meses; 82% de los niños de 3-6 meses (68% en el àrea urbana y 94% en el àrea rural) aùn lactan. El porcentaje baja a 70% (56% en el àrea urbana y 82% en el àrea rural) para el grupo de edad de 7-12 meses. Esto refuerza la idea de que la lactancia aùn es una costumbre nacional, a pesar de que se han observado disminuciones en algunas àreas urbanas y marginales del paìs.

Las conclusiones generales de esta evaluaciòn con respecto a

este componente evidencian que las acciones orientadas al logro de las metas de este componente fueron escasas desde el principio, y se descontinuaron debido a cambios intrainstitucionales. La Direcciòn de Fomento y Protecciòn del MPS no pudo organizar un equipo capaz para evaluar la situaciòn nutricional de la poblaciòn objeto, diseñar una estrategia especifica para resolver el problema, e implementar y evaluar la estrategia. Ademàs, los esfuerzos iniciales tan problemàticos para iniciar CLAI (sòlo en Febrero de 1987), los cambios en la guìa del proyecto, la fuerte dependencia en el ININMS y la falta de coordinaciòn con ININMS afectaron la implementaciòn de esta actividad significativamente.

Los principales logros de este componente fueron la elaboraciòn, producciòn y distribuciòn de materiales de educaciòn en nutriciòn y control de crecimiento, a ser distribuìdo entre el personal de salud del MSP, y la adquisiciòn de balanzas para control de crecimiento, distribuìdas a las unidades de salud del MSP.

A pesar de que los logros en este componente son pocos, durante el ùltimo periodo se llevò a cabo una importante actividad de investigaciòn en esta àrea. El PREMI y USAID, con la asistencia tècnica de MANOFF INTERNACIONAL (El Proyecto de Destete) apoyaron al ININMS en una investigaciòn cualitativa sobre pràcticas de alimentaciòn infantil, lactancia y destete. Este esfuerzo de investigaciòn puede crear bases fuertes para el diseño de un componente definitivo de nutriciòn, control de crecimiento y lactancia, asì como producir los elementos claves para su implementaciòn. Los resultados de esta investigaciòn pueden llevar a una evaluaciòn global de la situaciòn nutricional, lactancia y control de crecimiento en el pais, el diseño de una estrategia apropiada y la implementaciòn y evaluaciòn futura de un programa especifico. Sin embargo, es necesario organizar un grupo dentro del MSP para hacer que esto sea posible.

5.4. CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS:

A pesar de que el control de infecciones respiratorias agudas (IRA) en los niños menores de cinco años no fue parte del diseño original del Proyecto, debido a la alta prevalencia de esta causa en la morbilidad y mortalidad infantil,en 1986 se incluyò el PCIRA dentro de un componente de PREMI. Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa, por si solas, de muertes infantiles registradas en el Ecuador, luego de las condiciones perinatales (21% para niños menores de un año y 22% para menores de cinco años), especialmente en la Sierra Rural (Rutstein, 1987).

TABLA 17
MUERTES POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, POR AREAS URBANA Y RURAL ECUADOR 1981-1985

	Nùmero de Muertes	Total	Urbano	Rural
- Año	Total	IRA (%)	(%)	(%)
1981	21,558	3,155	14.6	40.1	59.9
1982	19,777	3,351	16.9	38.1	61.9
1983	19,171	2,957	15.4	43.4	56.6
1984	17,473	2,413	13.6	42.8	57.2
1985	18,322	2,133	12.4	41.7	58.3

Aùn màs, los datos de la Tabla 17 indican que las tasas de mortalidad infantil por IRA se estacionaron entre 1981 y 1983, y las tasas de mortalidad infantil por IRA fluctuaron entre 14 y 17 muertes por 1.000 nacidos vivos. Desde entonces, sòlo se ha observado una disminuciòn moderada. En 1985, las tasas de mortalidad infantil por IRA aùn estuvieron cerca de 12 por mil.

No se incluyeron intervenciones para reducir la influencia del IRA como causa de mortalidad y morbilidad infantil dentro de PREMI. Ademàs, se prestò poca atenciòn al problema hasta hace poco, a pesar de las altas tasas de morbi-mortalidad por IRA segùn las estadìsticas hospitalarias.

Debido a la alta prevalencia de IRA, en 1986 se incluyò al IRA dentro de un componente del Proyecto PREMI. La meta propuesta fue reducir la mortalidad por IRA en niños menores de cinco años, fue de 22%. La investigaciòn indicò que la mortalidad en niños de bajo peso al nacer o desnutridos, era sustancialmente mayor que en los niños bien nutridos. De acuerdo a las estadìsticas hospitalarias, el riesgo relativo en niños menores de un año es tres y medio veces mayor que en los niños de 1-4 años; y un estudio de PREMI/INNFA demostrò que 61% de las visitas a las unidades de salud eran a causa de IRA.

Estudios anteriores demostraron tasas alarmantemente altas de IRA en seis provincias de la Sierra: Chimborazo, Cotopaxi, Tungurahua, Bolìvar, Carchi e Imbabura. Como resultado, el programa se implementò primero en estas àreas. Se capacitò al personal del MSP y a los voluntarios comunitarios en este programa. Los mèdicos se negaron a participar debido a que el PCIRA hacìa gran uso de paramèdicos y personal no mèdico.

En 1987 el MSP, con el apoyo de PREMI, elaborò normas para el tratamiento de IRA. Sobrepasando la resistencia inicial, estas

normas obtuvieron una aprobaciòn general por parte de la comunidad mèdica. En Febrero de 1988, cien pediatras de todo el paìs fueron invitados a una reuniòn con el objeto de evaluar y reformular la estrategia de IRA. Finalmente se aprobaron normas y guìas para el diagnòstico y tratamiento del IRA, que permitìa al personal paramèdico y no mèdico un rol limitado en su tratamiento. Desafortunadamente estos esfuerzos no han sido aùn traducidos a esfuerzos programàticos.

Hasta la fecha los logros luego de la inclusiòn de IRA dentro del Proyecto PREMI han sido limitados, y no es posible determinar la extensiòn de estos logros. Parece ser que el Programa IRA tiene una cobertura gradual que llega actualmente a todas las unidades de salud, con poca participaciòn por parte de la comunidad. Sin embargo, la capacitaciòn al personal de salud ha sido mìnima, y se ha logrado muy poco en educaciòn a la poblaciòn. Es justo decir que recièn se ha iniciado su implementaciòn en varias unidades de salud del MSP, y la evaluaciòn de estas actividades es prematura.

La implementaciòn del control de IRA en cada unidad de salud requerirà un gran esfuerzo, y la soluciòn de varios problemas por parte de las unidades apropiadas del MSP (personal, coordinaciòn, lìneamientos bàsicos para participaciòn de la comunidad).

En general, las dos estrategias que han recibido toda la atenciòn y en las cuales se concentraron todos los esfuerzos fueron el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y la Programa de Control de Enfermedades Diarrèicas (PCED). Aùn no se han logrado las metas del PAI.

A pesar de que existe evidencia indirecta que indica que el componente de CED del PREMI aùn no ha obtenido resultado positivos, no se cuenta con datos cuantitativos para evaluar los logros del proyecto en esta àrea.

Hasta la fecha, el control de crecimiento/nutriciòn y el IRA han recibido poca atenciòn. Deben acentuarse los esfuerzos de estos componentes en gran escala, para mejorar el nivel de vida de los niños en el paìs.

Esta evaluaciòn descubriò una de las principales limitaciones en la implementaciòn del Proyecto. Esta fue la falta de informaciòn apropiada y a tiempo para evaluar el impacto del Proyecto y el proceso de implementaciòn. A pesar de que el diseño del Proyecto ha considerado este aspecto, no existen suficientes fondos para llevar esto a cabo, y el Proyecto no ha podido producir informaciòn precisa para analizar los datos a tiempo.

6. SISTEMA DE INFORMACION Y EVALUACION

6.1. LA ESTRATEGIA Y ACTIVIDADES PLANIFICADAS

Las actividades en dicha área se solicitaron para mejorar la disponibilidad y el uso de información relacionada con el logro de los objetivos del proyecto. El sistema actual de información en Ecuador fué considerado demasiado incompleto e inexacto para satisfacer las necesidades de información y evaluación del proyecto. En general estas actividades fueron divididas en dos categorías: 1) estudios de investigación y evaluaciones, y 2) mejoras en los sistemas de recolección rutinaria de datos. La primera categoría consiste en estudios específicos ad hoc diseñados para satisfacer una necesidad de información sobre la evaluación de los impactos del proyecto y los logros en un momento específico de tiempo. La segunda categoría consiste de actividades que contribuirán a mejoras en los servicios de información existentes tales como los del MSP o INEC.

El documento original del proyecto trazò algunos (10) aportes especìficos en el àrea de mejorameinto de los sistemas de informaciòn. Desde tres estudios sobre TRO/coberturas de inmunizaciòn y morbi-mortalidad en los niños, un estudio CAP de las madres, referente a inmunizaciòn, TRO y lactancia en àreas urbanas y rurales, hasta la instalaciòn de micro-computadores en el nivel central y hasta 10 en las oficinas del MSP provinciales, y la computarizaciòn de los datos PAI/TRO en las oficinas del MSP.

Durante el primer año del proyecto se efectuaron considerables modificaciones al plan del sistema de información, especialmente en las categorías de evaluación y estudios de investigación. Dichos cambios fueron en parte el resultado de la respuestas de un número de consultores que pasaron por Quito durante la primera etapa del proyecto. El nuevo plan y estrategia se describe en un memorándum a Patricio Maldonado enviado el 7 de agosto de 1986 por la Coordinadora del PREMI Martita Marx. (Incluir memorándum en el Apéndice y mencionarlo aquí). Este nuevo enfoque aumento enormemente el énfasis (y el presupuesto) dado a las actividades de estudio y evaluación. Entre otras cosas, se identificó la necesidad de una evaluación del proyecto a largo plazo. El enfoque solicitaba además un considerable apoyo de varios proyectos de AID fundados centralmente. Se programó ayuda específica de AED, Johns Hopkins, REACH y PRICOR.

La mayoría de las actividades que solicitaba el Documento del Proyecto se mantuvieron, pero su organización e implementación fue modificada. La cantidad de encuestas KAP que se solicitaba fue aumentada a dos veces por año. Además, durante 1986 y 1988, la recolección de la información sobre morbididad y mortalidad fue desplazada al instrumento KAP. La revisión del plan identificó

también la necesidad de un estudio de vigilancia posterior para identificar y mostrar posibles mejoras en los sistemas de información de MSP. Mientras este informe inducía a pensar en un "nuevo" plan de evaluación tal como se documentaba en el memorándum de la Dra. Marx, el actual plan de evaluación y de actividades de los sistemas de información evolucionó en el tiempo, antes y después del memorándum de 1986.

6.2. IMPLEMENTACION DE LAS ACTIVIDADES DE EVALUACION:

Asesor de la Evaluación PREMI. A fines de 1985 se contratò al Dr. Juan Londoño como asesor de evaluaciòn a largo plazo para el proyecto PREMI. Asesoró y asistió en el planeamiento de las actividades de evaluación un año entero antes de tomar otro trabajo en Africa. Hizo falta un año entero para cubrir esta vacante y el Dr. Jaime Banavente tomó ese puesto en noviembre de 1987.

Asesor para Evaluación de Comunicaciones. Eduardo Contreras fué puesto a nuestra disposición como asesor a largo plazo de evaluación de comunicaciones a través del proyecto con fondos centrales AED-HEALTHCOM. El Dr. Contreras comenzó a trabajar con PREMI/INNFA en enero de 1986 y continuó hasta la disolución del grupo PREMI/INNFA en junio de 1988. Durante ese período (con apoyo de la Universidad de Pennsylvania) hizo aportes importantes al diseño de KAP2 y KAP3. En junio de 1988 firmó un contrato por un año para suministrar apoyo al Asesor de Evaluación PREMI para el análisis en curso de los estudios KAP.

Asistencia Técnica a Corto Plazo. A través de proyectos financiados por AID, que incluyen HEALTHCOM, REACH, PRICOR, PRITECH, Johns Hopkins y AID/W se ha puesto a disposición de las actividades de evaluación e información del PREMI un número de asesores a corto plazo. Desde que el proyecto comenzó en 1985 ha habido más de cincuenta visitas cortas de consultores. Entre un tercio y la mitad de ellas ha estado dirigido o ha tenido algún aporte a las actividades de evaluación y de sistemas de información.

Estudio de mortalidad. Buscando una mayor eficiencia y aprovechamiento de oportunidades, se tomó la decisión de llevar a cabo el primer estudio (líneamiento bàsico) de mortalidad y morbididad agregándolo como parte de la encuesta DANS (Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud) llevada a cabo por el CONADE (Consejo Nacional de Desarrollo). Hubieron algunos problemas (fricciones) entre el personal del PREMI (asesor de largo plazo y consultor de corto plazo) que trabajaba en el CONADE en la metodología del componente de mortalidad. Como resultado, han surgido algunas preguntas sobre lo apropiado de la muestra y se ha obtenido un método más incompleto (trunco en lugar de completo) para las historias de nacimiento. Estos problemas se deben en parte

a que el estudio de nutrición tenía un propósito y un objetivo (niños menores de 5 años) inherentemente distinto al del estudio de mortalidad. La encuesta de campo fue llevada a cabo durante los primeros tres meses de 1986 pero el conjunto de datos en limpio sobre la porción de la encuesta sobre morbididad y mortalidad no le fué entregado al PREMI sino un año y medio después. Un análisis de los datos (descritos en la sección siguiente) concluye que la encuesta DANS da como resultado una subestimación que puede ser tan mala o peor que los datos de estadísticas vitales que se intentaba mejorar.

Análisis de Rutstein. En octubre y noviembre de 1987 Shea Rutstein y otros produjeron un informe basado en un análisis de datos de la encuesta DANS, otras tres encuestas (ENF, ESMIVID y ENDESA) y estadísticas vitales del INEC. El informe concluía que los "mejores estimados" eran derivados de las encuestas ENF y ENDESA, y que la encuesta DANS y los datos de INEC estaban sesgados y daban como resultado estimados de tasas de mortalidad infantil significativamente inferiores. (incluir la Figura 3 de Rutstein en el apéndice y citar aquí) El informe también concluye que la subinformación de las estadísticas vitales "parece" haber empeorado pero ésto sucede realidad porque las muertes neonatales (que padecen de mayor subinformacíon) constituyen una proporción creciente de la mortalidad infantil mientras que las muertes no-neonatales han disminuído. "Mientras que un alto porcentaje de las muertes neonatales no es registrado (alrededor de un 53%), otras muertes de menos de cinco años de edad estas probablemente cubiertas adecuadamente por los registros vitales". El análisis de Rutstein concluía que la mortalidad infantil había disminuído desde un 60 por mil en 1985 hasta un 52 por mil en 1987. Esto se compara con un Informe del Proyecto que estimaba un 72 por mil para 1985 y un 50 por mil como objetivo para 1989. Puede parecer que el Proyecto casi ha alcanzado su objetivo, pero ésto se debe a que el Informe del Proyecto sobrestimó la mortalidad infantil cuando se estableció el objetivo. El informe de Rutstein fué traducido al español y se lo consideraba generalmente exacto y útil.

Estudio KAP1. La primera encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas se llevó a cabo a fines de 1985. Si bien se pretendía que ésta fuera una encuesta basal, en la práctica, no tuvo lugar hasta un mes después de la primera campaña. Ello de debió aparentemente a dos motivos: la presión para iniciar la primera campaña y problemas administrativos en la organización de la encuesta. El diseño de la encuesta fue contratado con Ernesto Pinto directamente por el PREMI. Se encoentraron algunos problemas en el diseño de la muestra e hizo falta volver en marzo de 1986 para aumentar la porción rural de la misma. Los datos nunca fueron analizados seriamente y no se produjo informe alguno.

Estudio KAP2. El trabajo en la segunda encuesta KAP comenzó a principios de 1986 y Jacques Manceau (contratado a través de

REACH) trabajó en su diseño inicial. Para poder incluir los objetivos de cobertura ORT/inmunización fué necesario aumentar considerablemente el tamaño de la muestra ya que que la información de inmunización era relevante sólo para un subconjunto de la población muestral KAP. El PREMI tuvo mayor responsabilidad en el diseño del contenido del instrumento pero habían otros intereses, grupos e individuos involucrados. El cuestionario contenía más de 400 variables y casi 4000 casos. El trabajo de campo fué contratado a CEPLAES por PREMI/INNFA y se llevó a cabo en mayo y junio de 1986. CEPLAES también procesó los datos, efectuó algunas tablas de frecuencias simples y transfirió los datos a INNFA para ulteriores análisis.

Análisis REACH KAP2. Marjorie Pollack, contratada por REACH, llevó a cabo un trabajo de consultoría durante agosto y septiembre de 1986. Uno de los propósitos principales del viaje fué el llevar a cabo un análisis preliminar de los datos de la encuesta KAP2, particularmente desde el punto de vista de la cobertura de inmunización. Se produjo un informe en borrador a fines de 1986, seguido por un informe final. Este informe presentaba estadísticas descriptivas en formas tabulada y gráfica de los datos KAP2 y suministraba algunos análisis con recomendaciones de ajustes en la actividades deL PREMI. Un hallazgo importante de la Dra. Pollack era que los datos de KAP2 indicaban una cobertura significativamente mayor que las de las estadísticas del MSP. Este informe no fué bien recibido ni por el MSP, debido a los conflictos sobre las tasas de cobertura, ni por INNFA debido a su independencia y el error de no reconocer el papel de INNFA. Como resultado el análisis no tuvo el uso generalizado que hubiera podido tener. Mas de un año después otro consultor del REACH, Rodrigo Rodriguez, analizó datos de cobertura de inmunización usando fuentes de KAP1, KAP2 y MSP. El Sr. Rodriguez llegó a una conclusión diferente a la de la Dra. Pollack: la cobertura de KAP2 no era mayor que la indicada por el MSP y las cifras KAP no eran de confiables.

Estudio REACH sobre costos y efectividad. Los consultores de REACH Donald Shepard, Robert Robertson y otros llevaron a cabo un estudio sobre costos y efectividad. El estudio comparaba la efectividad y el costo de la campañas de vacunación del PREMI y de los programas regulares de vacunación del Ecuador. Los datos de efectividad fueron tomados del estudio KAP2 y los de costos fueron recolectados en Ecuador en junio y julio de 1986. En agosto de 1987 se produjo un informe final. Este estudio no parecía ser parte del plan regular de evaluación y parece ser que el interés por el trabajo vino desde fuera de Ecuador. Una crítica que se puede hacer tanto a este estudio como al de la Dra. Pollack, es que fueron efectuados en forma completamente independiente de cualquier participación del GOE y presentados de un modo muy autoritario.

Estudio KAP3. La tercera encuesta KAP fue en muchos aspectos una repetición de la segunda. El Asesor de Comunicaciones con apoyo

de la Universidad de Pennsylvania tuvo la responsabilidad principal del diseño. Algunas variables fueron agregadas y otras descartadas, obteniéndose como resultado final una cantidad ligeramente menor de preguntas que en KAP2. El número de casos en KAP3 se redujo considerablemente con respecto a KAP2. El trabajo de campo fue otorgado por contrato a CEPLAES y se llevo a cabo en abril de 1987 usando una gran parte de los entrevistadores de KAP2. CEPLAES efectuó algunas estadísticas descriptivas y algunas tabulaciones cruzadas en junio y julio de 1987. Los datos eran similares a KAP2 y no demostraron realmente los resultados esperados de la campaña. El análisis llevó a una mayor concentración en la inmunización de niños menores de un año de edad y generó preguntas sobre la demanda generada que podría
exceder la capacidad de ofrecer servicios del MSP. No se ha producido ningun análisis ni informe extenso.

En la encuesta sobre morbididad y mortalidad planeada para marzo de 1989 se tomó la decisión de posponer encuestas KAP adicionales, pero pueden aparecer algunas preguntas tipo KAP. La Universidad de Pennsylvania tiene los juegos completos de datos de KAP1, 2 y 3 y probablemente está efectuando una análisis extenso. El Asesor de Evaluación y el Asesor de Evaluación de Comunicaciones planean efectuar análisis mas extensos de los datos de KAP2 y KAP3 antes de la encuesta de 1989.

Estudio de Personal e Inventario KAP. En 1986 se llevó a cabo una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas del personal de las instalaciones del MSP que incluyó preguntas sobre recursos de inventario. El trabajo de planeamiento y diseño fué efectuado por el Coordinador del PREMI, el Asesor de Evaluación y una consultora, la Dra. Pollack. No se encontró evidencia de análisis o informe alguno, así como tampoco de ningún manual de códigos.

Inventarios de Cadena de Frio. El MSP ha llevado a cabo encuestas anuales de inventarios de cadena fría, y a partir de estos relevamientos, se ha encargado equipos de cadena fría. Marjorie Pollack analizó los resultados de la encuesta de 1986 y David Nelson efectuó un trabajo similar de los resultados de la encuesta de 1987. No resulta claro que efectos tienen las encuestas y análisis en las órdenes de equipos. Además, parece no haber nadie de Coordinación de PREMI supervisando esta actividad durante 1988.

6.3. IMPLEMENTACION DE LAS ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACION:

Estudio Piloto PRICOR. A fines de 1986 y 1987, se diseñó y llevó a cabo bajo contrato con PRICOR un gran estudio piloto titulado "Subsistema de Información para Atención Ambulatoria del Ministerio de Salud Pública". La consultora de PRICOR Karen Foreit

trabajó en el diseño y proporcionó asistencia técnica, contratándose como investigador principal a Francisco Sevilla. El proyecto estaba basado en la siguiente conclusión: "la información procesada por el sistema actual es poco confiable, incompleta, desintegrada, inoportuna (lenta) en la retroalimentación de la información siendo inadecuada para la tendencia de planificación decentralizada y programación local integrada del Ministerio de Salud Pública". El diseño del proyecto tenía varios componentes incluyendo:

* Identificación de los indicadores relacionados con la supervivencia infantil en ocho formularios separados del MSP y su consolidación en un sólo formulario.

* Implementación del formulario consolidado en un período de seis meses en cuarenta instalaciones de sanidad seleccionadas en forma aleatoria.

* Selección de otras cuarenta instalaciones de sanidad equivalentes como grupo de control para el monitoreo del proceso estándar de recolección de datos del MSP.

* Procesamiento de datos por microcomputadora centralizado y generación de informes.

* Retroalimentación de la información a niveles nacionales, provinciales y locales.

El formulario consolidado fué diseñado y el trabajo de campo se llevó a cabo en 35 instalaciones de sanidad, entre marzo y agosto de 1987. (Las cinco instalaciones en Oriente fueron descartadas debido a problemas creados por el terremoto.) El grupo de control fue seleccionado pero el monitoreo nunca tuvo lugar. El proyecto había sido contratado hasta octubre de 1987, fecha en la cual distaba de estar finalizado. PRICOR acordó extender el proyecto hasta fines de 1987, pero no estaba dispuesto ni podía extenderlo más. Cuando PRICOR "terminó" el proyecto, menos de las mitad de los datos había sido ingresado en la computadora. El MSP prosiguió el ingreso de los datos durante los primeros tres meses de 1988 con fondos del PREMI. A fines de marzo aproximadamente un sesenta y cinco por ciento de los datos habían sido ingresados, pero aún no constituían un juego de datos suficientemente completo para realizar análisis alguno. El PREMI entonces contrató entonces directamente servicios adicionales de ingreso de datos. A la fecha, el ochenta por ciento de los datos ha sido ingresado, obteniéndose un juego de datos para cuatro de los seis meses de treinta de las treinta y cinco instalaciones sanitarias. El juego de datos incluye 45 variables indicadoras y aproximadamente 100.000 casos.

En junio, el PREMI contrató a Robert Timmons para limpiar y analizar esos datos. El proceso de limpieza de datos se ha terminado en veintinueve de los treinta conjuntos de datos de instalaciones de sanidad. El proceso de limpieza ha descubierto una gran cantidad de errores particularmente en el área de los controles de validación lógica. El Dr. Timmons indicó que la mayoría de estos errores ocurrieron en el sitio en que se completaron los formularios, con campos que deberían haber sido completados y no lo fueron. Se ha objetado que en muchos casos esto ocurrió porque los servicios no eran desempeñados, pero dado que los grupos de control no fueron monitoreados, es imposible saber en qué medida esto es cierto. El programa de ingreso de datos carecía del nivel de controles de consistencia necesarios para detectar este problema. El Dr. Timmons observó que el formulario consolidado es bastante complejo y contiene inexactitudes en las instrucciones de codificación del mismo. En este momento es cuestionable en qué medida puede llevarse a cabo un análisis significativo con estos datos.

Enfoque general de Birch y Davis. A principios de 1987 se le otorgó a Birch & Davis Associates, Inc. un contrato que resultó de un concurso entre empresas de minorías (8a). El contrato era para suministrar asistencia técnica para mejorar y pasar a computadora el sistema de información sanitaria del MSP en lo relativo al proyecto de supervivencia infantil. Birch & Davis propusieron efectuar las siguientes actividades:

* Repasar y revisar, sugún correspondiese, los estándares y formularios empleados para informes.

* Desarrollar sistemas para mejorar la calidad, cantidad y puntualidad de los datos informados.

* Aumentar y mejorar la capacitación ofrecida a los estadísticos provinciales y a los auxiliares de estadística cantonales.

* Apoyar una publicación y distribución más efectiva del Boletín Epidemiológico.

* Convertir de manual a computerizado el sistema de información para el Control de Enfermedades Diarréicas y el Programa Expandido de Inmunizaciones.

Un aspecto significativo del enfoque propuesto era que el sistema de informaciones iba a ser construido "desde los cimientos," permitiendo que la instalación de sanidad pudiera recolectar y emplear la información antes de resumirla y enviarla a niveles superiores.

Este proyecto comenzó en enero de 1987 con Stuart Friedman como Oficial a Cargo, Robert Murray como Consultor de Sistemas de Computación y Lynne Gafikin como consultora de Epidemiología y Sistemas de Información (Birch & Davis no pudieron obtener los servicios de John Novak como prometieron en su propuesta). El proyecto pareció tambalear y tuvo dificultades en su inicio. El informe trimestral fechado 30 de septiembre de 1987 (después de haber pasado la mitad de los dieciocho meses) seguía hablando del tipo de problemas que había y lo que debería hacerse al respecto. En términos del programa original de implementación deberían haber terminado: el monitoreo de desarrollo de software, la instalación y ensayo del hardware y el desarrollo de materiales de capacitación. En realidad estaban aún en la fase de evaluación de necesidades y desarrollo de sistemas de información. Durante este período se tomó la decisión de concentrarse en un desarrollo detallado de modelos de subsistemas comenzando con el Departamento de Epidemiología del MSP. En un Informe de Progreso posterior fechado 30 de abril de 1988 se señalaba que las actividades del proyecto en el interior del país habían sido suspendidas entre abril y octubre de 1987 debido a cambios en el MSP y a la ausencia de dos funcionarios clave del USAID.

En octubre de 1987 se llegó a un acuerdo entre Birch & Davis, USAID y el MSP para efectuar un cambio mayor en el alcance y dirección del proyecto. No está bien documentado cómo se tomó esta decisión y es difícil saber cómo se desarrolló. El cambio consistía en la suspensión de planes previos para trabajar en modelos de subsistemas y la concentración en el desarrollo de un Sistema de Información Ejecutivo (SIE). El SIE consistiría en pasar a computadora información resumida tomada de estadísticas actuales del MSP y el INEC. El sistema sería diseñado para proporcionar al personal encargado de tomar decisiones a nivel central la capacidad de obtener información en línea. Birch & Davis desarrolló una propuesta del proyecto que fué presentada por el Departamento Nacional del Informática del MSP.

El primer borrador de la propuesta fue cuestionado por el Asesor de Evaluación del PREMI basado en su falta de especificidad, especialmente en cuanto al modo de implementación.
PREMI y USAID estaban de acuerdo en que el SIE y las actividades de automatización de nivel central podrían proseguir si se desarrollara una propuesta más satisfactoria que proporcionara detalles más claros de lo que se iba a hacer. La segunda propuesta no representaba todavía un plan implementable de modo que en la actualidad, esas actividades han sido suspendidas. El Dr. Benavente también tomó pasos para reenfocar el proyecto en el nivel provincial y local. Un consultor, Edmond Andrews, fué identificado y empleado a través del contrato con Birch & Davis para desarrollar actividades con personal de MSP en la provincia de Cotopaxi y algunos de sus cantones. El propósito de las actividades es ayudar a desarrollar una mejor comprensión del proceso de decisiones y los usos de la información. El contrato

con Birch & Davis se ha extendido hasta septiembre de este año. En ese momento, habrá un informe de los resultados del programa piloto provincial.

Boletín Epidemiológico. El MSP ha publicado su Boletín Epidemiológico en forma ligeramente irregular, pero parece hacerce en forma anual. Durante un tiempo, la distribución en las provincias era indiscriminada, pero se ha desarrollado una lista específica de envíos. Se considera poco probable que cualquier información de la evaluación del PREMI o las actividades de los sistemas de información haya aparecido en el boletín.

6.4. ANALISIS Y CONCLUSIONES:

Creemos que es justo decir que las actividades de los sistemas de información del PREMI no han sido del todo exitosos. Si bien se ha planificado e implementado ciertas actividades, ninguna de ellas ha cumplido el objetivo dado en el Informe del Proyecto de llegar a estar incluida en el Proyecto de Supervivencia Infantil. La mayoría de los problemas o falencias pueden ser agrupadas en dos categorías: problema con la estrategia y el diseño, y problemas con la implementación.

6.4.1. Problemas con la Estrategia y el Diseño:

La estrategia principal para el desarrollo de actividades de sistemas de información ha puesto demasiada confianza en estudios especiales y encuestas de múltiple propósito. Esto sucedió porque los sistemas para la recolección de datos de rutina eran incompletos e inexactos. Sin embargo, el énfasis desmesurado puesto en los estudios especiales ayudó a asegurar que esto no cambiara. El PREMI o cualquier nuevo proyecto de supervivencia infantil, continuaría indefinadamente necesitando apoyarse en costosos estudios especiales dado que estos han hecho poco para comprender o mejorar los sistemas corrientes de información en Ecuador.

Casi todos están de acuerdo en que los datos de mortalidad producidos por INEC son inexactos y con problemas significativos de subinformación. Sin embargo, debería ser posible diseñar y emplear un estudio de mortalidad que mejorase el sistema del INEC y lo hiciese más útil. El primer paso consistiría en que las presunciones de subinformación fueran lo más explícitas posibles. Por ejemplo, podríamos suponer que la subinformación es más severo en unas áreas que en otras. Se puede suponer que el sistema va a ser más preciso en Guayaquil y Quito que en áreas remotas. Se podría crear un modelo que predijera la cantidad de subinformación o error esperado en las cifras del INEC. El modelo

podría pronosticar por área (unidad administrativa), por edad (incluyendo una categoría neonatal), sexo e indicador socio-económico.

Cuando se hace un muestreo por conglomerados para una encuesta de mortalidad, se podría emplear el modelo para pronosticar cuales serían los resultados pora cada conglomerado. Los resultados de la encuesta podrían ser luego empleados para refinar el modelo. El modelo inicial debería estar basado en una estimación especulativa (WAG), pero luego de la primera encuesta de mortalidad (o de una comparación más detallada entre las estadísticas vitales y los datos de ENF y ENDESA) se podría convertir en una estimación (SWAG) especulativa con cierta base científica. Después de la segunda encuesta de mortalidad infantil (quizá, la planeada en marzo de 1988) se podría esperar un modelo más útil. Se sabe, por supuesto, que puede haber errores aleatorios en el sistema del INEC, pero estos podrían ser neutralizados por las técnicas de aproximación. El desarrollo de dicho modelo tendría dos ventajas. Primero, haría que la recolección rutinaria de datos fuera más útil al posibilitar la interpretación de los datos del INEC para cualquier año y nivel geográfico que interesara. Segundo, proporcionaría un mecanismo para identificar áreas a mejorar en el sistema de rutina (por ejemplo, sobre los informes de nacimientos y muertes neonatales) y un modo de controlar el progreso realizado en el logro de dichas mejoras.

Indudablemente hay cierta información que no puede ser extraída de un sistema rutinario de recolección de datos. Toda información sobre conocimientos y actitudes puede ser mejor obtenida con un instrumento como el KAP. Sin embargo, en el PREMI se abusó del KAP, al utilizarlo para recolectar todo. Sin duda, 400 variables exceden la capacidad de manejo de cualquiera, y debería haber ciertas dudas sobre el efecto de un cuestionario tan largo y complejo en la habilidad de contestarlo de manera significativa por el que responde. No hay dudas sobre el hecho de que alguna información del KAP (particularmente del segundo) contribuyó significativamente a la comprensión y modificación de las campañas de medios masivos. Sin embargo, demasiados datos del KAP no han sido ni analizados ni empleados.

Si bien parte de la información del KAP es muy útil, mucha información fue recolectada innecesariamente. Un persona clave en todo este proceso estimó que un tercio de las variables en el KAP2 podrían haber sido descartadas sin pérdida significativa en el análisis ni la utilización. En un memorándum del 12/6/85 a Ken Farr donde se recomendaba una considerable expansión de las actividades de investigación sobre evaluación, el consultor de AED, Bob Hornik, dijo: "Las muestras no necesitan ser grandes, ni el instrumento de medición ilimitado". Claramente, ese no fué el modo en que

sucedieron las cosas. La causa de ello puede atribuirse a muchas razones, pero la principal parecería ser que había demasiadas personas con intereses muy diferentes decidiendo sobre la encuesta.

Hay información que podría haber sido obtenida por otros medios, incluyendo mejoras en los sistemas de rutina de recolección de datos. Los comentarios efectuados anteriormente sobre el modelo para interpretar y mejorar los datos de mortalidad del INEC se aplican igualmente a las tasas de morbididad del MSP y a las tasas de cobertura de inmunización y sales de rehidratación oral (SRO). Del mismo modo, una mejora en el sistema de información logística del MSP sería de mucha utilidad para determinar la distribución de vacunas y SRO. Si bien estos sistemas, obviamente, no cubrirían la distribución del sector privado, tendrían la ventaja de proporcionar información operativa sobre el canal de distribución. El análisis del KAP2 efectuado por la Dra. Pollack que arrojó cifras de cobertura de inmunización significativamente mayores que las cifras del MSP tomadas de sus sistemas de información planteó un gran problema al proyecto . Mucho después, cuando el Sr. Rodriguez (otro consultor de REACH) pudo determinar que las tasas de inmunización de los datos del KAP2 NO son mayores que las cifras del MSP, fue evidente el comentario de un observador acerca de por qué en general, el personal del MSP no confía en los resultados de las encuestas sobre estudios especiales. Este comentario, si es cierto, tiene implicaciones muy significativas para la estrategia de estudios especiales del PREMI dado que el MSP es el principal agente operativo en términos de inmunizaciones, distribución de SRO y del tratamiento de las enfermedades reflejadas en las tasas de morbididad.

Como conclusión, el proyecto ha gastado demasiado esfuerzo generando información y poco esfuerzo en cómo va a ser empleada. Los científicos sociales olvidan muy frecuentemente que el método científico consiste en desarollar una hipótesis, efectuar observaciones sobre las variables contenidas en la misma y luego modificarla basándose en las observaciones. La tendencia dentro del PREMI ha sido saltear el primer paso, generar datos sobre toda variable que tenga alguna relación con el problema y finalmente tamizar dichos datos en busca de hipótesis.

Además del problema generado por la excesiva confianza en los estudios especiales, la estrategia "de facto" para mejorar el sistema regular de información ha estado dirigida en su mayoría al nivel central y ha hecho énfasis en la computación.

En el diseño del proyecto PRICOR hubo dos problemas principales. El primero es que requería pasar a computadora de los datos de la visita individual del paciente. Si este hubiera sido verdaderamente un sistema de puestos centinela podría haber sido apropiado, pero como proyecto piloto de implementación nacional no era razonable. Un esfuerzo de investigación operativa

apropiado, hubiera estimado la cantidad de datos a generar implementando dicho esquema nacionalmente y lo hubiera encontrado impracticable. El proyecto PRICOR ni siquiera calculaba la cantidad de datos a generar por el proyecto piloto dado que su equipo y los procedimientos de procesamiento eran totalmente inadecuados. El trabajo efectuado en la consolidación de los formularios fue probablemente un paso en la dirección correcta pero el diseño hace que el trabajo de tabulación y procesamiento manual sea complicado si no imposible.

El segundo problema importante en el proyecto PRICOR era el diseño del flujo de información. El proyecto pedía el envío de los formularios al nivel central donde podían ser ingresados en una computadora, analizados y sintetizados para ser luego realimentados a los niveles provinciales y locales. Hay varias razones por la cual este enfoque no conduce a un sistema mejorado de información. La razón principal es que muchos, si no la mayoría de los problemas de integridad en los datos en el sistema existente, son el resultado del llenado incorrecto de formularios. No puede esperarse que esta situación mejore significativamente hasta que el personal de las instalaciones sanitarias a cargo de los formularios tenga una comprensión cabal de su uso, y en consecuencia de su importancia. Si el procesamiento y el análisis suceden en el nivel central, e incluso si la retroalimentación se implementa (lo que raramente ocurre), es menos probable que se conecte el llenado de los formularios y la utilidad e importancia de la información. Sólo cuando los datos son procesados, analizados y las conclusiones extraidas en la instalación individual es que las personas se dan cuenta de la consecuencia de los errores. Otra de las razones que problematizaba el flujo de información estaba relacionada con la logística de mover tal cantidad de datos en bruto. Los datos correspondientes al mes de agosto de ocho instalaciones faltan porque el director provincial del MSP finalmente se negó a afrontar los gastos del transporte de los formularios a Quito.

La idea principal del contrato de Birch & Davis era proporcionar un enfoque general e integrado para mejorar el sistema de información del MSP. Sus primeras descripciones hacían énfasis en el trabajo a todos los niveles del sistema de salud. Tal como se mencionó anteriormente, hablaban de construir el sistema desde sus cimientos. Luego de un año de trabajo, desarrollaron una propuesta que tenía como componente principal la implementación de un sistema que era altamente computerizado y colocaba la mayoría de sus actividades y énfasis en el nivel central. La propuesta discute la importancia de incorporar la integridad de los datos desde el nivel local pero no se discute ni cómo ni por quién. Si el proyecto propuesto se llevara a cabo el MSP terminaría con un sistema sofisticado para el análisis y la toma de decisiones sobre la base de información que todos reconocen como impresisa.

Además de los problemas de falta de atención al desarrollo del sistema en el nivel local, el nivel de uso de computadoras solicitado en la propuesta probablemente no podría ser asimilado ni en los doce meses del proyecto ni en los doce meses subsiguientes. La propuesta incluía capacitación contratada localmente que no era suficiente para capacitar personal para emplear el nivel de sistema recomendado. La propuesta incluía más de veinticincos artículos de software. Muchos de los productos son muy comlejos y difíciles de aprender. No se explicó claramente cómo o para qué se iba a emplear la mayoría de los programas. En esto se encuentra cierta similitud con el diseño de los KAPs: no se sabía lo que realmente hacía falta, de modo que se pidió todo.

6.4.2. Problemas con la Implementación.-

La impresion más resaltante en esta evaluación de las actividades del Sistema de Información es que parece no haber habido un enfoque claro, unificado y organizado para mejorar los sistemas de información para Supervivencia Infantil. Los esfuerzos aparecen fragmentados, a veces inconsistentes y muchas veces ineficaces. La razón principal es la falta de unidad y continuidad de esfuerzo en llevar a cabo el proyecto PREMI.

Cuatro factores diferentes contribuyeron a esta situación. Primero, la implementación del proyecto se dividió entre dos agencias del GOE de un modo que parecía promover los celos institucionales y el disenso. Segundo, la División de Salud del U.S.A.I.D. experimentó rotaciones de sus dos posiciones principales durante el ciclo de vida del proyecto. Tercero, la asistencia técnica a largo plazo y la coordinación del proyecto consistió primariamente en Contratos de Servicio de Personal. Esto pudo haber ahorrado dinero, pero se cree que también contribuyó a la inhabilidad del proyecto para obtener y mantener el contínuo alto nivel de apoyo complementario e institucional necesario para un proyecto de esta complejidad. Cuarto, habían demasiados asistentes técnicos a corto plazo representando demasiadas organizaciones e intereses.

Aunque los cuatro factores fueron de significación, probablemente los dos últimos fueron los más dañinos. No existía una sóla entidad que asumiese la responsabilidad por la calidad e integración de los aportes técnicos al proyecto. Si se iba un asesor de largo plazo, no existía una sola organización responsable por la rápida obtención de un reemplazante cualificado. Si faltaba coordinación en la tarea de los asesores a corto plazo o si era de mala calidad, no había una sola organización que pudiera ser contactada para la discusión y rectificación. Hubo muchas instancias donde la asistencia técnica a corto plazo estaba tan determinada por los proyectos con fondos

centrales cómo por las necesidades del proyecto PREMI. La siguiente es una discusión de algunos ejemplos dónde la implementación del proyecto PREMI se interrumpió.

Desde el punto de vista de tiempo, esfuerzo y recursos, las tres encuestas KAP representan probablemente la actividad más grande de información y evaluación. Idealmente, debería haber sido un conjunto de encuestas bien integrado y con un plan de análisis predeterminado que proporcionara la posibilidad de un aprendizaje y una evaluación coherente y continua. Tal como se demostró previamente, ese no fue el caso. La coordinación de PREMI no pudo acordar ni una frecuencia ni un programa para las encuestas. Las dos principales agencias de implementación del GOE no estaban de acuerdo sobre el propósito y el contenido y una gran cantidad de consultores técnicos no fueron capaces de asegurar que el análisis y diseño del instrumento condujera a decisiones y resultados comprensivos.

Los consultores de REACH produjeron en varias instancias informes de cuestionable validez y cuyo impacto en el proyecto era problemático. El informe de análisis del KAP2 efectuado por la Dra. Pollack y seguido por el análisis refutándolo del Dr. Rodríguez constituye uno de los ejemplos. Sin embargo, el ejemplo que bordea en la irresponsabilidad es el informe del estudio sobre costos y efectividad. El interés en dicha actividad estaba basado aparentemente en razones académicas y/o profesionales externas, que no se relacionaban en modo alguno con las necesidades del proyecto PREMI. Hay una gran cantidad de preguntas sobre la validez de dicho estudio que incluyen la exactitud de los datos y lo simplificado de sus presunciones. Además, los estudios sobre costo y efectividad examinan generalmente dos o más modos de lograr el mismo objetivo. No es posible comparar las campañas de PREMI con el programa de vacunación regular ya que uno de los principales propósitos de dicha campaña es aumentar la cobertura y mejorar las oportunidades de vacunación más alla de lo logrado por el programa regular. Como dirían los economistas, en general se debe esperar que los costos marginales (para mejoras incrementales) aumenten. A pesar de estos problemas, se publicó un informe y se lo presentó en el hotel Quito, aparentemente sin haberlo discutido antes con INNFA. Este estudio ha provocado un efecto dañino en el proyecto ya que ha creado varias desavenencias entre el MSP y el INNFA sobre la sagacidad de todo el enfoque de la campaña en los medios masivos. Uno de los primeros puntos tratados em una reunión con un miembro de la Comisión de Transición Sanitaria fue que el enfoque de la campaña de medios masivos iba a ser modificado y desacentuado porque era muy cara. Esta puede o no ser una decisión sagaz, pero es sensato pensar que puede haber estado basada en el estudio de costo y efectividad de REACH. Los dos ejemplos previos pueden compararse con el análisis de mortalidad y el informe de la Dra. Rutstein cuya metodología parece ser profesional y cuyas conclusiones han

sido de mucha utilidad y generalmente bien recibidas por todas las partes involucradas.

Dos de los mayores esfuerzos realizados para mejorar el sistema de información experimentaron problemas en la implementación. El proyecto PRICOR no fué capaz de implementar las fases de procesamiento, análisis y retroalimentación del sistema. Esto se debió en parte, a los problemas de diseño mencionados anteriormente, en parte a la intervención no planeada y sin suficiente preparación del MSP en el proceso y en parte al Investigador Principal por no estar suficientemente capacitado o no contar con la experiencia necesaria para llevar a cabo un proyecto de esta naturaleza. Como corolario, se desprende que se debió en parte al hecho de que PRICOR no proporcionó respaldo técnico adecuado.

Cualquiera que fuera la razón, la cuestión es quién tenía la responsabilidad de completar exitosamente el proyecto. La posición adoptada por PRICOR es que ellos contrataron al MSP quien a su vez no pudo cumplir los términos del contrato. Sin embargo, el hecho es que el proyecto fue concebido, diseñado y promovido por PRICOR y por lo tanto ellos deben hacerse cargo de la responsabilidad por su factibilidad. En cambio, a la culminación del contrato PRICOR decidió que el proyecto no era factible y se retiró. El Proyecto PRICOR se diseñò para mejorar el sistema regular de informaciòn del MSP; sin embargo, dejò un vacìo (treinta y cinco unidades de salud en nueve meses) dentro de sus estadìsticas de salud en 1987. Probablemente nunca se llene este vacìo.

El proyecto de Birch & Davis también estaba plagado de problemas en lo referente a su implementación. Birch & Davis los atribuyó a cambios en el MSP y a la ausencia de coordinación por parte del PREMI durante una significativa parte del proyecto. A pesar de que no se los descarta como factores, existe una enojosa percepción de que el grupo de Birch & Davis no fue capaz de concentrarse en un plan de implementación y llevar a cabo su ejecución de un modo sistemático. Una vez más, puede tratarse de un problema de personal directivo inapropiado o inadecuado. Sin embargo, otro de los problemas es que desde el comienzo existió una seria desproporción entre el alcance del trabajo y el nivel de esfuerzo propuestos. Parece no haber habido una clara idea de la magnitud de la tarea. Cuando esto se hace evidente, hay una clara tendencia a moverse hacia una rápida solución tecnológica que por supuesto, no soluciona el problema real.

6.5. OBSERVACIONES GENERALES:

Una de las principales recomendaciones que se desprende de la evaluación de las actividades de mejora de la información de

PREMI es que debe trasladarse el énfasis de la confianza en encuestas de estudios especiales al desarrollo y mejoramiento del Sistema de Información para la Administración de la Salud (SIAS). Se podría continuar usando las encuestas especiales en circunstancias muy especificas: primero, si la naturaleza de la información es tal que no puede ser proporcionada por sistemas de recolección de datos normales o segundo, si la información puede ser proporcionada por un sistema de recolección de datos en funcionamiento pero se considera que dicho sistema no es suficientemente exacto.

Es importante reconocer el alcance de desarrollar un SIAS comprensivo. Esto es algo que no puede lograrse con un contrato de un año y limitados recursos. Ni siquiera podría lograrse concentrando los esfuerzos en un proyecto de tres o cuatro años de duración. Debe verse como un proceso en marcha que iría mejorando gradualmente y sería cada vez más útil. Se requiere un enfoque incremental y por lo tanto modular, pero debe ser diseñado teniendo presente un sistema mayor.

No es posible obtener ninguna mejora significativa sin mejorar la exactitud de los datos. Sin embargo, los datos están siendo generados en cerca de 1.200 instalaciones sanitarias la mayoría de las cuales están funcionando con limitados recursos financieros y humanos y dos tercios de las cuales se encuentran en áreas rurales. La tarea es tan abrumadora que existe una tendencia a volver a temas de toma de decisiones y políticas a nivel central. De hecho, el desarrollo del sistema al nivel central no puede ser ignorado, sin correr el riesgo de que las mejoras en las instalaciones originen información exacta pero carente de utilidad. El dilema es: cómo realizar en las instalaciones mejoras significativas que no sean tan abrumadoras que el desarrollo al nivel central se vea paralizado por un largo período de tiempo. La respuesta, por supuesto, tiene que ser un ataque a dos puntas, trabajando en el nivel central y el de las instalaciones al mismo tiempo.

El tema de los formularios y las instrucciones ha sido discutido tanto por el Informe del Proyecto como por PRICOR y Birch & Davis. PRICOR llegó incluso a hacer algo al respecto. Se trata del aspecto principal del SIAS ya que conecta el nivel de las instalaciones con el nivel central. Para que el trabajo pueda avanzar en todos los niveles es necesario discutir este tema y llegar a una conclusión que proporcione estabilidad al respecto durante un período razonable de tiempo. Se trata de decidir qué formularios de recolección de datos se utilizará en cada tipo de instalación y cuales son las instrucciones que se deberá seguir para completarlos. Esto no significa necesariamente rediseñar completamente el sistema actual. Puede significar simplemente llegar a la decisión de que los formularios e instrucciones actuales son apropiados y lo seguirán siendo.

En el nivel central, tendría sentido empezar con actividades similares a las propuestas por Birch & Davis con el SIE. Si se reconoce que la información procesada y analizada es inexacta e incompleta, dichas actividades tendrían dos objetivos principales. El primero sería identificar los componentes del sistema inicial a llevar a cabo y comenzar a desarrollar modelos de decisión para los mismos. El segundo sería comenzar a desarrollar la capacidad analítica y de base de datos dentro del MSP a nivel nacional y quizás también en algunas de las provincias. Esto debe considerarse como un proceso en evolución con un sistema que se irá desarrollando y mejorando gradualmente a lo largo del tiempo. En la medida en que mejore la exactitud de la información proveniente de las instalaciones, estos análisis y modelos de decisión tendrán más sentido.

A nivel de las unidades la respuesta es una intervenciòn piloto/estrategia de puestos centinela. Se necesita una explicaciòn ademàs de una intervenciòn piloto, que inicie el desarrollo de metodologìas para enteder los procesos de decisiòn y mejoramiento de las capacidades analìticas en los distintos nivles de las unidades de salud. Estas intervenciones piloto deben llevarse a cabo en base a los puestos centinela. Esto permitirà una mayor calidad de la informaciòn representativa, para iniciar su limpieza y uso a nivel central. Utilizando los modelos de decisiòn desarrollados a nivel central, los anàlisis comparativos entre la informaciòn de todas las unidades y de los puestos centinelas ayudarà para la mejor comprensiòn de los problemas existentes en el actual sistema.

En enfoque descrito arriba proporciona una estrategia secuencial que mejorará gradualmente el sistema de información a nivel local. Al principio, puede haber sólo un puesto centinela por cada uno de los cinco tipos de instalación. A medida que se desarrollen metodologías y se mejore los sistemas de información en los primeros proyectos piloto, se podrá agregar al sistema puestos centinela que permitan que la información proveniente de este sistema sea más precisa y representativa. En este enfoque, el MSP trabajará con dos conjuntos de datos: el proveniente de todas las instalaciones que será más representativo y menos exacto y otro, que será más exacto pero que puede ser menos representativo. A medida que se agregue más instalaciones, se pasará de un sistema de puestos centinela a un programa global que mejore el nivel local del SIAS para todas las instalaciones.

6.6. PROXIMOS PASOS:

Dos de las recomendaciones están directamente relacionadas con la posibilidad de definir e implementar un nuevo proyecto. La primera es que haya un compromiso real con el desarrollo y mejoramiento del SIAS en Ecuador. El compromiso debe realizarse

para mejorar y evaluar las actividades del Proyecto de Supervivencia Infantil pero no se debe limitar las tareas únicamente a los componentes relacionados con dicho proyecto. La segunda es que la Asistencia Técnica debe brindarse bajo la responsabilidad y dirección de una organización con el propósito explícito de proporcionar continuidad en los consejeros de corto y largo plazo durante la vida del proyecto. Esta recomendación se aplica a todas las actividades relacionadas con evaluación e información y sería incluso mucho mejor si pudiera aplicarse a todas las actividades de Supervivencia Infantil.

A continuaciòn se presenta una serie de sugerencias, para actividades que pueden llevarse a cabo en 1989 independientemente de lo que suceda en el Proyecto de Supervivencia Infantil:

1. Crear un equipo SIAS.- Obviamente, uno de los primeros pasos es crear un equipo de profesionales de análisis de sistemas y sistemas de información con apropiado respaldo e instalaciones. Ciertamente, una parte de este grupo ya se encuentra en el sitio. Por un lado existe el Departamento Nacional de Informática del MSP que con personal directivo adicional constituirá el componente principal del grupo de trabajo de HMIS. Otro componeente importante del grupo es la asistencia técnica a largo plazo constituida por la Coordinación del PREMI, su Asesor de Evaluaciones y consultores contratados localmente. Otro componente es la asistencia técnica externa a corto plazo que proporciona capacitación y asesoramiento especializado.

2. Taller de capacitación para el nivel ejecutivo de SIAS.- Para comenzar a formular un SIAS general se sugiere la creación de un taller de capacitación compuesto por el personal de mayor jerarquía dentro del MSP. Idealmente, se incluiría al Director General de Salud, jefes de división y posiblemente otros. Dicho taller duraría una semana y tendría dos componentes. El primero consistiría en conferencias, discusiones y estudios de casos y tendría el objetivo de proporcionar la base de conceptos teóricos que subyacen a un SIAS bien diseñado, incluyendo obstáculos y problemas potenciales. El segundo, consistiría en sesiones estructuradas de trabajo diseñadas para aplicar los conceptos teóricos a la situación existente y desarrollar un marco y guías operativas para avanzar en los respectivos SIAS. El taller estaría apoyado por reuniones y actividades adicionales que agregarían detalles complementarios al marco desarrollado en él. Los resultados de estas actividades incluirían: 1) un conocimiento del SIAS y un compromiso en los niveles más altos del MSP, 2) una decisión sobre las instrucciones y formularios a utilizar y 3) decidir qué componentes del sistema de salud recibirán atención prioritaria en el desarrollo de modelos de decisión.

3. Taller de capacitación de SIAS para los componentes.- Los pasos iniciales para diseñar un componente particular del SIAS pueden incluir un taller del SIAS similar al ofrecido al nivel ejecutivo. Por ejemplo, si se toma la decisión de desarrollar un modelo de apoyo a las decisiones para el nivel de cuidado ambulatorio en la División de Salud Infantil y Pre-escolar, podrían participar en el mismo los jefes de los diferentes programas de esta División. Las sesiones conceptuales del taller serían las mismas, pero las sesiones de trabajo se concentrarían menos en políticas generales y más en los procesos de toma de decisiones relacionados con el área que se está cubriendo. El objetivo de este taller consistiría en identificar las decisiones claves a tomar y la información necesaria para apoyar dichas decisiones. Se llevaría a cabo un taller adicional para cada nuevo componente que se iniciara.

4. Desarrollo de modelos para componentes selectos.- El equipo del SIAS tomaría los resultados obtenidos del taller de componentes e iniciaría el desarrollo del modelo actual de apoyo a las decisiones. Dicho desarrollo consistiría en: 1) identificar las fuentes de información, 2) organizar la información en el diseño de una base de datos integrada y 3) diseñar un sistema de búsquedas e informes. Para facilitar el proceso del diseño, los miembros del equipo SIAS deberían participar en un taller u otra forma de capacitación sobre el diseño de bases de datos relacionales. El equipo SIAS debería sostener una relación de cliente con aquellas personas que participen en el taller de componentes. A medida que se desarrolle el sistema y se ingresen datos, se debería llevar a cabo demostraciones para mantener el entuasiasmo y obtener retroalimentación por parte de aquellos encargados de tomar decisiones que usarán el sistema.

5. Diseñar y dar comienzo a un sistema de puestos centinela En las instalaciones se establecería un equipo especial. Dicho equipo sería un subconjunto del equipo principal del SIAS o un grupo separado que estaría apoyado por el equipo SIAS. Los pasos para el trabajo en las instalaciones son similares a los descritos arriba en los párrafos 3 y 4. Su similitud consiste en que proporcionan al personal conceptos generales que luego se aplican a sus circunstancias particulares. Difieren en que necesitan ser muy flexibles y capaces de adaptarse a las situaciones individuales. La selección de los puestos centinela debería seguir los procedimientos generales indicados previamente. Sin embargo, sería deseable no comenzar con todos los grupos al mismo tiempo. Se presume que la exactitud y el uso de la información es bastante bueno en hospitales y centros de

salud, por lo tanto, el programa debería concentrarse inicialmente en los subcentros y puestos rurales de salud.

6. Desarrollo de la base de datos relacional INEC-MSP.- Toda la estrategia del desarrollo y mejora gradual del SIAS está basada en la habilidad de formular hipótesis y probarlas en las instalaciones de salud y en la población como un todo. Esto se basa en la habilidad de extraer conclusiones de las partes y extenderlas al todo. Para hacer esto, el equipo del SIAS necesita un modelo de toda la población, de todas las instalaciones del MSP y una relación que "conecte" la población con las distintas instalaciones de salud. Dicho modelo sería una herramienta importante en gran parte del trabajo del equipo SIAS y como tal, debería ser fácil de modificar y manipular. Se deberá crear una base de datos relacional a la que se acceda por una microcomputadora y que combine datos censales del INEC e información sobre cobertura de las instalaciones del MSP. Probablemente, los datos sobre población puedan ser extraìdos de la información del censo de 1982 que se encuentra en la base de datos del INEC y los datos de cobertura podrían ser ingresados del Directorio del MSP de 1982. La palabra modelo se emplea aquí para indicar el hecho de que la información puede no estar actualizada ni ser exacta. Sin embargo, servirá como una base para efectuar y probar hipótesis. Una vez que el equipo del SIAS comience a trabajar con la base de datos, aprenderá a actualizarla y mejorar su empleo.

7. Desarrollo de un modelo de mortalidad y morbididad.- Uno de los usos específicos de la base de datos relacional descrita e n el párrafo 6 sería el desarrollo de un modelo de mortalidad descrito anteriormente en la sección de análisis. El primer paso sería el desarrollo de las hipótesis de subinformación basadas en el análisis de Rutstein y los conocimientos generales sobre los datos del INEC. La base de datos relacional sería empleada para extraer las muestras de conglomerado a ser empleadas en el estudio de mortalidad de marzo de 1989. Basándose en las hipótesis, se estimaría cifras de mortalidad para cada uno de los conglomerados seleccionados. Dichas cifras serían luego comparadas con los resultados actuales de la encuesta para poder hacer los ajustes correspondientes a las hipótesis.

7. COMUNICACION Y MERCADEO SOCIAL

La comunicaciòn social es uno de los componentes màs importantes de PREMI. Por esta razòn ponemos especial èn fasis en este reporte, en el diseño, implementaciòn y evaluaciòn de las actividades de comunicaciòn y mercadeo social.

7.1. OBJETIVOS DE LA COMUNICACION Y MERCADEO SOCIAL:

La comunicaciòn y mercadeo social fueron diseñados para reforzar las actividades de TRO y vacunaciòn, y para iniciar una "campaña" de comunicaciòn masiva y movilizaciòn a nivel nacional, para estimular la demanda por estos servicios. Posteriormente esto se ampliò añadiendo control de crecimiento y lactancia.

Los objetivos generales de PREMI/INNFA son:

- Desarrollar una conciencia nacional de la magnitud del problema de enfermedad y muerte infantil; y de la existencia de tecnologìas que podrìan utilizarse fàcil y ampliamente para mejorar la situaciòn de salud de los niños en el paìs.

- Lograr la participaciòn de distintas instituciones en la ejecuciòn de las actividades relacionadas con la promociòn y entrega de servicios de supervivencia infantil.

- Promocionar la participaciòn comunitaria en el cuidado de la salud de los niños.

Los objetivos generales son:

1. Mercadeo: Elaborar una estrategia de mercadeo a largo plazo, para el sector pùblico, para TRO y vacunaciones y para reforzar la capacidad de mercadeo social del sector pùblico y privado.

2. Comunicaciòn social: Desarrollar una campaña dirigida a las madres con niños menores de cinco años, y a las personas del nivel de toma de decisiones para apoyar el programa nacional de movilizaciòn intensiva. Se esperaba que esta campaña llegara a 6 millones de personas.

3. Movilizaciòn: Lograr la participaciòn de instituciones pùblicas y privadas en apoyo a las actividades de supervivencia infantil.

4. Capacitaciòn: Organizar la informaciòn y llevar a cabo reuniones de orientaciòn para los jefes de las instituciones participantes, para promocionar los recursos de movilizaciòn hacia el objetivo de supervivencia infantil.

Las estrategias generales para mercadeo y comunicaciòn social aplicadas por PREMI se basaron en la metodologìa de las Oficinas de Salud y Educaciòn de la Divisiòn de Ciencia y Tecnologìa de USAID, dentro del proyecto de HEALTHCOM. Del principio teorètico

en el cual Healthcom basò su estrategia de mercadeo social, se "adoptò las mejores tècnicas comerciales para vender ideas que han producido bienestar comunitario" (Torres, 1988).

Se decidiò que debido al prestigio potencial de movilizaciòn y agilidad organizativa de INNFA, se coordinarìan todas las actividades de comunicaciòn en salud y medios masivos a travès de esta institución. Mientras tanto, el MSP, a travès de su Divisiòn de Educaciòn para la Salud, asegurarìa que la experiencia adquirida durante el proyecto piloto de IRD se refleje en el programa de comunicaciòn masiva.

Se determinò que la mayorìa de las actividades que reforzarìa las intervenciones de supervivencia infantil, se llevarìa a cabo durante campañas. El "tema de la sombrilla" permitiò la transmisiòn regular de mensajes durante la campaña. Por tal motivo, era necesario diseñar un plan de medios y comunicaciòn masiva durante el primer mes de implementaciòn.

Una asesor de comunicaciòn masiva permanente, auspiciado por AID, servirìa como nexo entre las dos instituciones. Ademàs, INNFA contratarìa una agencia de publicidad local para proveer una alto nivel de habilidad profesional en el diseño, planificaciòn, investigaciòn y manejo de los medios.

a) Estrategia de movilizaciòn.- La campaña de movilizaciòn masiva se desarrollò como un esfuerzo por movilizar la mayor cantidad posible de instituciones e individuos con miras a lograr la meta de reducciòn de la mortalidad infantil por medio del uso de las cuatro estrategias de supervivencia infantil. Se identificarìan todas las instituciones y grupos que pudieran tener efecto sobre la motivaciòn de las familias en el uso de los servicios de supervivencia infantil. Se harìa contacto con sus lìderes, aseguràndo su participaciòn. Estos lìderes, a su vez, promocionarìan las actividades de supervivencia infantil dentro de sus instituciones.

b) Estrategias en el àrea de comunicaciòn.- Inicialmente, se llevò a cabo una investigaciòn operacional sobre mercadeo, en relaciòn a las estrategias de supervivencia infantil, y sus resultados ayudaron a determinar los contenidos finales de la estrategia de campañas de comunicaciòn masiva.

   Se planificò una primera fase de descripciòn y explicaciòn de los problemas de mortalidad infantil en el Ecuador; explicaciòn de los beneficios de los servicios de supervivencia infantil; definiciòn de la supervivencia infantil como una prioridad en el Ecuador; estimulaciòn de visitas

a unidades ò centros de salud para recopilar informaciòn adicional; y motivaciòn a los individuos para reconocer los beneficios de las estrategias de supervivencia infantil.

Se desarrollò una campaña "sombrilla" para unir las cuatro estrategias (control de diarrea, inmunizaciòn, lactancia y control de crecimiento). Se preparò un logotipo general y un paquete de informaciòn, como un medio para mostrar el "producto social" a promocionarse.

Se consideròla utilizaciòn de una serie de propuestas inovativas para la movilizaciòn en el campo, para TRO y para vacunaciones. La principal tarea era coordinar las varias instituciones que participaban en la implementaciòn de los primeros pasos. Se priorizaron las metodologìas de distribuciòn (saturaciòn) masiva de sales de rehidrataciòn oral durante los episodios de diarrea y la inmunizaciòn masiva. Debìa desarrollarse y distribuìrse un paquete promocional como incentivo a las madres a traer a sus hijos a la vacunaciòn durante las campañas intensivas.

7.2. IMPLEMENTACION.

El departamento de mercadeo y comunicaciòn social de INNFA buscò apoyar las operaciones de PREMI por medio de la entrega de informaciòn, promociòn, motivaciòn, persuasiòn y concientizaciòn, adaptàndolos segùn los requerimientos.

Desde la perspectiva de mercadeo, el propòsito de la utilizaciòn de un aporte comunicacional fue el orientarlo para apoyar el desarrollo de las cuatro "P": producto social, precio (ventaja absoluta y relativa de las Estrategias de SI, y los esfuerzos que demandan), promociòn (estimulaciòn sistemàtica y demanda permanente de este producto), y puntos de almacenaje y distribuciòn (puestos de salud que ofrecen estos servicios).

a) Campañas intensivas de vacunaciòn.- Se llevaron a cabo siete campañas intensivas de vacunaciòn, que incluìan cuatro tipos de vacunas (polio, sarampiòn, DPT y BCG), entre Octubre/85 y Mayo/88. Estas campañas se denominaron "jornadas". Durante estas campañas tambièn se llevò a cabo una promociòn intensiva de rehidrataciòn oral, lactancia y control de crecimiento y desarrollo del niño. Sin embargo, cada campaña tuvo pequeñas variaciones en los objetivos de supervivencia infantil.

Primera campaña:	26-27-28 de Octubre/85	(Sàb-Dom-Lun)
Segunda campaña:	25-26-27 de Enero/86	(Sàb-Dom-Lun)
Tercera campaña:	15-16-17 de Junio/86	(Lun-Mar-Mie)
Cuarta campaña:	26 y 27 de Noviembre/86	(Mie-Jue)

Quinta campaña: Junio 7, 1987 (Jue)
Sexta campaña: Agosto 2, 1987 (Domingo)
Sèptima campaña: 28 y 29 de Mayo/88 (Sàb-Dom)

b) Las interfases.- Entre campañas hubo perìodos de tiempo de distinta duraciòn; èstas se denominaron "interfases". Durante estos perìodos las unidades de salud entregaron servicios regulares a las poblaciòn objeto.

Primera interfase:	12 semanas, 3 dìas de duraciòn
Segunda interfase:	19 semanas, 5 dìas de duraciòn
Tercera interfase:	22 semanas, 6 dìas de duraciòn
Cuarta interfase:	27 semanas, 1 dìa de duraciòn
Quinta interfase:	7 semanas, 6 dìas de duraciòn
Sexta interfase:	42 semanas, 4 dìas de duraciòn

Las intervenciones que reforzaron las actividades de supervivencia infantil en la poblaciòn objeto fueron: la organizaciòn de campañas intensiva y los servicios regulares entre campañas (interfases). Las actividades de comunicaciòn y mercadeo social se definieron estrechamente dentro de este modelo de implementaciòn.

c) Mercadeo y Comunicaciòn durante las campañas.- El Mercadeo y la comunicaciòn social tuvieron dos componentes bàsicos: promociòn y educaciòn, que se repitieron cada vez con un enfoque similar, pero ajustado levemente a las circunstancias de cada campaña.

Promociòn:

i) **Propòsito.-** Las actividades de promociòn tuvieron un caràcter persuasivo. Se relacionaron con las actividades claves (inmunizaciòn, TRO, etc...) de cada campaña. La promociòn impulsò màs vacunaciones, màs recepciòn de sales de rehidrataciòn y folletos de control de crecimiento, etc... Proveyò informaciòn sobre la fecha en la cual se iniciò la campaña, la localizaciòn de las unidades de salud para las vacunaciones, etc...

ii) **Los "instrumentos" o "medios** utilizados durante las siete campañas fueron de varios tipos, formas, colores y presentaciones. Se hizo un intento de ajustarlos a la multiplicidad de las circunstancias, tales como tipo de pùblico (urbano, rural, personal paramèdico, promotores, etc), tipo de temas (ESI), recomendaciones especìficas y otros.

iii) **Esquema de utilizaciòn.-** Se elaborò un "plan de difusiòn masiva" para cada campaña. Fue un instrumento relativamente malo, que se centrò en un

formato ùnico para cada campaña. Consistiò de un paquete de medios e instrumentos cortos de comunicaciòn producidos y utilizados antes y durante la campaña. Estos documentos clarificaron la naturaleza y formato de cada medio o de los instrumentos de informaciòn, como una funciòn de las estrategias de supervivencia infantil. Por tanto, fue difìcil identificar si estos instrumentos fueron apropiados para analizar los "planes".

Educaciòn:

i) **Propòsitos.-** Se diseñaron actividades educacionales para promocionar los conceptos y generar habilidades bàsicas. Se enfocaron principalmente hacia las madres, para generar varias habilidades bàsicas en la preparaciòn de sales de rehidrataciòn oral, y còmo administrarlas a los niños durante los perìodos de diarrea.

Se desarrollaron distintos mensajes para cada habilidad. Estos mensajes se diseñaron considerando la diversidad de la audiencia y los medios de comunicaciòn utilizados. Fue difìcil para el evaluador determinar la coherencia de las actividades de comunicaciòn ya que se relacionaron con las habilidades deseadas y con el pùblico. Los conceptos entregados a las madres fueron màs numerosos que las habilidades. Para cada Estrategia de SI habìan varios conceptos que debìan entenderse y asociarse con su vida diaria y la de sus hijos.

Tambièn se desarrollò material educacional para promover conceptos similares dentro del personal de las unidades de salud. Uno de los propòsitos era crear una habilidad a nivel de unidades de salud, para transferirla a la comunidad objeto.

El equipo de evaluaciòn no pudo determinar si el material de educaciòn respondiò o no a las demandas tècnicas y didàcticas. Sin embargo, la informaciòn de entrevistas a profesionales que participan en el proyecto permitiò descubrir algunos temàs crìticos relacionados con la calidad de estos materiales, especialmente en la preprueba de sus diseños. Una vez màs, fue difìcil determinar la calidad del diseño e implementaciòn de la preprueba.

ii) **Instrumentos:** La implementaciòn de actividades educativas con las madres se logrò a travès del trabajo con el personal de educaciòn en salud, que capacitaron a lìderes comunitarios, trabajadores sociales, promotores y otros. Estas personas, a su

vez, tuvieron la obligaciòn de multiplicar el esfuerzo de capacitaciòn a nivel comunitario. Sin embargo, se utilizaron varios medios masivos, medios limitados y medios comunitarios para difundir los mensajes.

iii) **Esquema:** El esquema de actividades educacionales se diseñò a nivel (micro) ò para cada campaña. Por tanto, perdiò contacto con la estrategia principal. Este equipo de evaluaciòn no encontrò una programa educativo final, diseñado para una campaña en particular. Existen listas de los medios utilizados y una descripciòn del "caràcter educacional" de algunas actividades.

Este esquema micro se centralizò en Quito. Los materiales se distribuyeron a provincias en su formato final y el equipo provincial tuvo que aceptarlos y distribuìrlos. Los materiales no fueron adaptados a las necesidades locales, debido a la falta de confianza en la capacidad provincial para producir materiales efectivos.

La tendencia hacia la centralizaciòn y a la "estandarizaciòn" de los mensajes se volviò un problema tècnico muy importante en muchos casos, asì como el adaptar las necesidades a nivel local para elaborar mensajes que respondieran a las demandas culturales y sociales especìficas. Sin embargo, para el equipo de comunicaciòn de INNFA, a pesar de que esta adaptaciòn era aceptable en teorìa, no encajaba dentro de la estrategia global que habìa sido diseñada.

La relaciòn entre Quito y las provincias hizo màs difìcil la reconstrucciòn del proceso de comunicaciòn/ educaciòn de PREMI/INNFA. No existen documentos apropiados para describir y entender el sistema en tèrminos operacionales.

Sin embargo (por conversaciones con los educadores para la salud del MEC), existe evidencia que sugiere que hubo una gran confusiòn en el diseño de los mensajes, los materiales a utilizarse y què materiales debìan utilizarse en las campañas e interfases.

7.2.2. Mercadeo y comunicaciòn en las interfases.-

El uso de mercadeo/comunicaciòn en las interfases fue sòlo con propòsitos educacionales. Sin embargo, este no fue un esfuerzo educacional formal. Sòlamente al final del perìodo de 36 meses se

diò importancia a nivel de escuelas. Sin embargo, esto se logrò con dificultad, sin mucha planificaciòn, a pesar de la seriedad con que se enmarcò las actividades.

Como en el caso de las campañas, la labor educacional para las interfases se enfocò hacia las tres audiencias principales: (a) trabajadores de salud; (b) lìderes comunitarios; y (c) madres.

a) Educaciòn para personal de salud: Desde el punto de vista de comunicaciòn y mercadeo, el objetivo de las actividades educacionales fue eminentemente instrumental. Los medios informativos se utilizaron para transmitir sugerencias en la metodologìa, de manera que el personal logran una concientizaciòn de las madres sobre la importancia de las ESI y habilidades para lograr las metas de estas estrategias.

Este equipo de evaluaciòn observò que el PREMI/INNFA no pudo reconocer la importancia de la falta de motivaciòn del personal de salud para incrementar su relaciòn interpersonal con las madres. Esta falta de motivaciòn tambièn se extendiò al personal tècnico y administrativo del MSP; el MSP no considerò que PREMI era importante, y como resultado, no colaborò con las actividades como se esperaba.

PREMI/INNFA fue responsable de capacitar en tècnicas interpersonales de comunicaciòn y motivaciòn, para utilizar a su personal en las actividades PREMI con las madres y la comunidad en general. Ademàs, fueron responsables de la provisiòn contìnua de datos precisos y del progreso del programa, que incluyò esfuerzos motivacionales.

Previo a la primera campaña se diseñò un programa educacional de supervivencia infantil para todas las audiencias. Tambièn se elaboraron los contenidos y el material e instrumentos educacionales correspondientes, y los materiales de apoyo a ser utilizados durante cada una de las fases.

Los materiales de capacitaciòn fueron de tres tipos: 1) los enfocados hacia el desarrollo de habilidades en la entrega de servicios de las cuatro estrategias de SI, a nivel del personal de salud; 2) los enfocados hacia el apoyo de las mùltiples estrategias de SI; y 3) los enfocados hacia el apoyo a la multiplicaciòn de la capacitaciòn y la difusiòn de sus contenidos a las madres.

El Manual Social de Promotores, elaborado por PREMI/ INNFA y utilizado desde la primera campaña, es uno de los instrumentos diseñados para ayudar a multiplicar la capacitaciòn a nivel de salud. Desafortunadamente el

documento fue teòrico, y su estructura didàctica no estuvo enfocada hacia la poblaciòn objeto, los promocionadores de salud. Estas personas no se capacitaron en el campo educacional, sino que tuvieron una amplia gama de responsabilidades en el trabajo comunitario. Ademàs, este documento se publicò casi al final de programa.

b) Educaciòn a lìderes comunitarios: El objeto de esta capacitaciòn a lìderes comunitarios y personal de otras instituciones, fue el desarrollar habilidades para motivar y educar a las madres en las acciones de SI. OTIDES (MEC), el MSP y otras instituciones capacitaron en servicios de salud.

Durante las mùltiples entrevistas a lo largo de esta evaluaciòn, se resaltò la contribuciòn de OTIDES. Los educadores para la salud de esta institución tomaron su trabajo muy seriamente y demostraron un alto grado de motivaciòn y organizaciòn. Llevaron a cabo su trabajo partiendo de la idea de una capacitaciòn "cascada": primero a los inspectores nacionales, luego a los supervisores provinciales, los supervisores capacitarìan a los directores de establecimientos educacionales, que a su vez capacitarìan a profesores, y los profesores llegarìan a los estudiantes quienes promocionarìan el trabajo en las comunidades. Hubo muy poca participaciòn del MSP desde el inicio del programa.

Los medios utilizados fueron interpersonales. Consistieron de cursos y seminarios. Se ofreciò la capacitaciòn a personas de la Iglesia, Ministerio de Bienestar Social, algunas unidades del MSP, Seguro Social Campesino, IESS, Ministerio de Educaciòn, voluntariado del INNFA y Fuerzas Armadas.

Entre la tercera y cuarta campaña esta capacitaciòn entrò en un perìodo de crisis, como resultado del retiro de algunas instituciones del proceso (MEC, Fuerzas Armadas e Iglesia). Su retiro se debiò al retiro de la Primera Dama del programa. Como resultado, el programa perdiò gran capacidad educacional y nunca la recobrò.

Para llevar a cabo este tipo de capacitaciòn se elaborò material didàctico para instructores, pero tambièn se elaborò otro tipo de material didàctico a utilizarse con promotores. Uno de estos documentos es la "Guìa de Mètodologìas para Profesores. Bases PREMI", preparada por OTIDES para el uso en las escuelas. Se preparò antes de la primera campaña. Este documento tuvo algunos comentarios negativos de los educadores para la salud del MSP,

debido a que no se logrò los requerimientos didàcticos bàsicos. Lo mismo sucediò con el "Manual Educativo de conocimientos bàsicos del PREMI", dirigido a estudiantes.

c) Educaciòn a las madres.- Los objetivos de las actividades educativas para madres, durante las interfases, fueron de tipo conceptual: la salud de los niños y la familia, la importancia de la medicina preventiva e inmunizaciones, la importancia de la lactancia y nutriciòn infantil apropiada. Estos temas incrementarìan la conciencia sobre el valor de la salud de la familia y del paìs, los problemas creados por la diarrea y las varias alternativas para combatirlos.

La planificaciòn de la educaciòn a madres se hizo sòlamente durante las interfases. No hubo un plan integrado para todas las interfases. En cada una se repitiò los contenidos de la anterior, con ligeras modificaciones. Este tipo de actividades educacionales no fueron planificadas sino hasta el comienzo de la segunda interfase. Esto se debiò a la prioridad que se dio a la promociòn de las campañas.

Esto provocò una gran actividad, que si bien era una respuesta al concepto educacional, no encajò en la estrategia global de educaciòn dentro del enfoque de mercadeo/comunicaciòn/educaciòn aplicado por PREMI/ INNFA. Por tanto, puede aceptarse cualquier queja sobre la planificaciòn de la educaciòn por parte de aquellos que estaban a cargo en el PREMI, desde el punto de vista de "esquemas micro".

Fueron muchos los medios, instrumentos, materiales educativos utilizados para esta audiencia, y variaron en tipo: orientaciòn masiva e interpersonal, impresos, audiovisuales, audios. Uno de los instrumentos que resaltò fue la educaciòn no formal por medio de un curso radial para madres, denominado "Luchemos por Niños Sanos". Fue un curso de 36 lecciones, cada lecciòn con una duraciòn de 30 minutos, transmitida durante siete semanas. Su planificaciòn, presentaciòn y evaluaciòn tomò un año completo.

El curso se grabò en discos, para ser transmitido a 60 estaciones de radio. Los contenidos del curso fueron transcritos a panfletos que tambièn contenìan una serie de instrucciones didàcticas a ser llevadas a cabo por las madres luego de escuchar el programa en grupo. El curso incluyò en una de sus partes, una historia de radio corta que se utilizò como instrumento de enseñanza.

Los temas principales del curso fueron: la diarrea comùn se detiene sola luego de 3-7 dìas. No de al niño con diarrea antibiòticos o anti-diarrèicos. El niño con diarrea debe ser tratado oralmente. Tenga siempre sales de rehidrataciòn en su hogar.

Para crear una atenciòn contìnua al programa radial durante las 7 semanas, el PREMI/INNFA creò mecanismos tales como diplomas, para aquellos que escucharan todo el curso. Entre las madres que escucharon el curso con la supervisiòn de una auxiliar de enfermerìa, se rifaron 110 becas con la loterìa de Guayaquil, cada una por 10.000 sucres. Para las enfermeras auxiliares se otorgaron 17 becas rifadas de la misma manera, cada una por un valor de 100.000 sucres, como un medio de motivar los esfuerzos locales.

Otro programa educativo que resaltò fue el de nutriciòn, dirigido a las madres, que se llamò "Adriana Bravo". Este enfatizò aspectos conceptuales de nutriciòn infantil. Fue un curso de radio que consistiò de 30 capìtulos de ocho minutos de duraciòn cada uno. Originalmente se diseñò para su transmisiòn por circuito cerrado, pero ùltimamente se ha transmitido por 60 estaciones de radio, dos veces al año. Desafortunadamente, no se utilizò en grupos debido a que la Iglesia retirò su apoyo a PREMI.

7.3. PROCESO DE PLANIFICACION:

La planificaciòn fue el àrea màs floja dentro del componente de mercadeo y comunicaciòn social del PREMI. Hubo un modelo "teòrico-operacional" para comunicaciòn y mercadeo social, pero no una planificaciòn autèntica; esto debilitò el concepto de estrategias medias principales, y causò que los administradores del proyecto enfatizaran en la planificaciòn puntual de tipo "micro" en lugar de "macro.

Segùn el Dr. Reynaldo Pareja, asesor en comunicaciòn por parte de AED, se elaborò un "plan genèrico" de naturaleza descriptiva. Posteriormente el Sr. Bill Smith, tambièn de AED, preparò el plan de implementaciòn desee el punto de vista de su organizaciòn y de los planes de PREMI/INNFA. Estos planes fueron pobres desde el punto de vista de medios, instrumentos y microprocesadores que deben implementarse durante las campañas e interfases.

Esta implementaciòn de la comunicaciòn y mercadeo social se iniciò en Agosto de 1985, pero no tuvo una planificaciòn sòlida para los 36 meses que durò PREMI. Aùn màs, el concepto de mercadeo parece no haber estado claro en la mayorìa de los individuos que eran responsables de implementar el proyecto.

El Dr. Marco Polo Torres, jefe del Departamento de Comunicaciones de PREMI/INNFA, dijo que la idea de lo que debìa hacerse "era del conocimiento de todos" pero no estaba en ningùn documento escrito. El documento de Bill Smith se oficializò en 1987, dos años despuès de iniciado el programa, por tanto no pudo ser la base de la implementaciòn. El Dr. Torres reconociò que el punto de vista de Bill Smith influenciò desde el principio en los temas a utilizarse en cada una de las fases e interfases.

Debido a que no existiò un plan operacional, el PREMI/INNFA realizò un esquema de actividades para campaña. Esto tambièn tuvo sus limitaciones en cuanto a logros totales, debido a la falta de entendimiento por parte de la mayorìa de las personas que participaban en el proceso de toma de decisiones al màs alto nivel. Estos problemas no estuvieron presentes a nivel de los profesionales responsables de la actividad. Sin embargo, durante los primeros meses antes de la primera campaña, y luego de la segunda campaña, no habìa una absoluta seguridad sobre los recursos de PREMI. El Departamento de comunicaciòn y mercadeo social no conocìa la disponibilidad de recursos financieros, ni cuànto debìa gastarse en una campaña por mes y por año. Bajo estas condiciones era imposible elaborar un plan general para cada campaña. A pesar de que el conocimiento sobre la disponibilidad de recursos de comunicaciòn y mercadeo mejoraron posteriormente, las condiciones para la planificaciòn no evolucionaron de una manera satisfactoria.

El Comitè Tècnico, del cual era parte el Departamento de Comunicaciòn y Mercadeo, establecìa los objetivos a corto plazo para cada campaña, los cuales se presentaban al Comitè Ejecutivo para su aprobaciòn. El Comitè aprobò casi todo lo que tenìa que ver con comunicaciòn. Algunas veces el Comitè estaba tan saturado con problemas operacionales que las sesiones plenarias se limitaban a discusiones interminables de la concurrencia invitada, debido a que los nuevos participantes no conocìan mucho sobre la historia del proyecto y querìan reconstruìr el programa desde sus raìces.

El Comitè Ejecutivo siempre pospuso sus reuniones, pero una vez que se llevaban a cabo se aprobaba todo lo que tuviera que ver con comunicaciòn, sin ningùn problema. De manera que era evidente que los problemas radicaban en el Comitè Técnico sobre lo que debìa o no debìa hacerse en cuanto al plan de comunicaciòn.

Una vez determinadas las metas del PREMI se iniciò la planificaciòn y se elaborò un esquema de los medios de la estrategia. El proceso de programaciòn, segùn una descripciòn por parte del Dr. Marco Polo Torres, era interesante y racional. Aparentemente encajaba dentro del plan de distribuciòn de recursos y se mantenìa dentro de las sugerencias tècnicamente aceptables. Sin embargo, este proceso nunca se documentò. Lo que se documentò era el producto final, el plan, programa o lista de medios.

Esta falta de planificaciòn se compensò con una coordinaciòn aparentemente buena. Si puede decirse que PREMI tuvo èxito en su componente de comunicaciòn/mercadeo se debe, en gran medida, a una magnìfica coordinaciòn generada por el equipo de comunicaciòn con la mayorìa de los sectores. Sin embargo, la falta de coordinaciòn con el MSP fue uno de los problemas màs graves que limitaron el èxito de PREMI. Hubo una falta de participaciòn total del MSP en el programa, ademàs de una falta de transferencia de la tecnologìa de comunicaciòn al MSP.

Hay varios factores que explican la falta de una planificaciòn general: 1) falta de comprensiòn del mercadeo social por parte de las entidades participantes; 2) falta de investigaciòn bàsica preliminar; y 3) limitantes polìticas-administrativas. Fue muy duro para el evaluador el comprender las razones para repetir el esquema de mercadeo social de manera generalizada en todo el Ecuador, luego de su aplicaciòn piloto en las tres àreas del DRI.

Otro factor que contribuyò a esta situaciòn fueron las constantes discusiones y negociaciones entre INNFA y el MSP sobre las definiciones de roles y responsabilidades en la ejecuciòn de PREMI. Tambièn hubo desacuerdos en cuanto a la estructura orgànica-administrativa en el nivel superior de la organizaciòn, asì como en las varios entidades organizativas en Quito, capitales de provincias y nivel local.

El resultado fue que se relegò a un segundo plano las discusiones operacionales e instrumentales importantes. Todo esfuezo debìa enfocarse hacia la organizaciòn y apoyo de la primera campaña, que tendrìa sòlamente 1 o 2 dìas de duraciòn, sin considerar que la promociòn debìa completarse con por lo menos 20 dìas de anticipaciòn. Y debido a que era la primera campaña, el trabajo fue mayor y màs intensivo, por lo cual no hubo tiempo de realizar un diagnòstico documentado basado en estos datos.

Esto provocò un desfase en la planificaciòn definitiva, especialmente en las interfases debido a que cualquier proceso de comunicaciòn educacional debìa ser planificado sòlamente cuando se conociò cuànto tiempo se necesitaba para obtener los efectos deseados en la poblaciòn. En el caso de las campañas, este fue un problema menor, a pesar de que creò alguna ansiedad debido a la tendencia de aplicar la misma "dosis" de comunicaciòn y educaciòn en la mayorìa de los mensajes.

Como resultado, el cronograma fue sòlamente instrumental, con una falta total de estrategias autènticas. Afortunadamente, hubc recursos financieros suficientes para producir los materiales e instrumentos necesarios para lograr las metas.

Una razòn importante para la falta de planificaciòn de una estrategia integrada fue la falta de una evidencia empìrica de que el modelo de comunicaciòn, desde el punto de vista de mercadeo, era

el màs apropiado para la ESI en el Ecuador. Los datos empìricos del proyecto piloto (DRI), utilizados como apoyo a la comunicaciòn de PREMI, no tuvieron la suficiente validèz tècnica.

La descripciòn del Proyecto PREMI indica que los resultados logrados por el Proyecto DRI fueron impresionantes, y que los màs importantes fueron la preparaciòn de los materiales con participaciòn de la comunidad. Tambièn indica que el resultado màs importante de este proyecto fue la evaluaciòn positiva del impacto del programa de comunicaciòn para control de enfermedades diarrèicas, llevado a cabo el mismo año por el MSP. Segùn esta evaluaciòn, 93% de las madres entrevistadas habìan oìdo hablar de las sales de rehidrataciòn oral, 39% dijeron utilizarlas durante los episodios de diarrea.

Sin embargo, han surgido dudas sobre este èxito. El Sr. Robert Hornik, asesor en evaluaciòn, llevò a cabo un anàlisis de la evaluaciòn del proyecto. Su breve anàlisis de los datos demostraron que debìan ser utilizados con mucha cautela. En su reporte, el Sr. Hornik indica que los "resultados sugieren que la actividad tuvo un impacto, pero que los medios para la selecciòn de una muestra final, y el procedimiento utilizado para la entrevistas anulò cualquier estimado preciso". Concluye que "desafortunadamente los materiales de evaluaciòn disponibles no permiten medir el impacto del programa".

Se pidiò al Sr. Hornik que emitiera su opiniòn sobre si era vàlido realizar otra evaluaciòn del proyecto piloto, que pudiera ser de utilidad para el GDE que estaba comprometido con PREMI a nivel nacional. Su respuesta fue que tenìa dudas sobre si un segundo anàlisis serìa ùtil para mejorar la actual campaña. "Si los resultados fueran negativos o sugirieran poco o ningùn impacto, esto no detendrìa al proyecto principal, debido a que el momentopolìtico no puede ser detenido". Añadiò que si los resultados eran positivos tampoco ayudarìan mucho, " ... porque la capacitaciòn a lìderes comunitarios y la participaciòn de la comunidad en el desarrollo de materiales educativos, que tambièn era parte de la campaña nacional de PREMI, son diferentes cualitativamente; estas diferencias son inevitables al compararse los proyectos pilotos con los proyectos nacionales".

Toda esta situaciòn no ayudò a llevar a cabo un proceso de planificaciòn sustentable desde el lanzamiento de las actividades de comunicaciòn y mercado de PREMI/INNFA.

7.4. LA ESTRATEGIA DE COMUNICACION Y MERCADEO:

Desde el inicio el Proyecto PREMI utilizò una fòrmula prediseñada para preparar sus "sistemas" de comunicaciòn y educaciòn". Ademàs, la estrategia de contenidos temàticos fue

tambièn predefinida. Estos ya habìan sido probados en otras partes del continente y debìan funcionar en Ecuador, con las modificaciones apropiadas por parte de tècnicos locales.

Sin embargo, el modelo enfrentò un gran problema con la falta de entendimiento a nivel nacional, especialmente con respecto al concepto de "mercadeo". Para algunos era fàcil entender, como en el caso de aquellos que eran responsables de aplicarlo. Pero para otros, era difìcil comprender como en el caso del personal tècnico del MSP. Para el tercer grupo fue comprensible, a pesar de ser confuso; este fue el caso de los educadores para la salud del MSP y OTIDES, asì como otras instituciones.

La principal confusiòn radicaba en la creencia de que comunicaciòn y mercadeo eran la misma cosa, cuando el primero es un aporte bàsico para el segundo. Esta confusiòn durò los 36 meses y provocò que las personas piensen erròneamente, que la ùnica instituciòn responsable de "hacer mercadeo" era PREMI/ INNFA, ya que era responsable de tareas de "motivaciòn, comunicaciòn y educaciòn". Sin embargo,el mercadeo bàsico era responsabilidad de todos los sectores que participaban en el proceso (MSP, INNFA, MEC, MBS).

Esta falta de entendimiento fue fatal para el apoyo a las 4 "P" del mercadeo. Por algunas razones, se separò la "P" de producto (servicios de salud) de la comunicaciòn, y talvès fue èsto y otros factores polìticos los que motivaron que el MSP no acepte abiertamente el modelo del Programa PREMI.

El modelo de comunicaciòn y mercadeo social dice que la comunicaciòn social puede utilizarse de tal manera que apoye TODOS los elementos (las 4 P's) de los programas de desarrollo social, para lograr los resultados esperados. Para esto, la comunicaciòn debe tener un formato especial de mercadeo, que es distinto al formato clàsico utilizado en la difusiòn de inovaciones.

Para que la comunicaciòn sea enfocada hacia mercadeo era necesario confrontar a la estrategia de comunicaciòn con las cuatro subestrategias esenciales: la estrategia de audiencias, la estrategia de medios, la estrategia de mensajes, y la estrategia de difusores.

Cada una de las "P" de mercadeo social (producto, punto de venta, promociòn y precio) necesitan de la ayuda de las cuatro subestrategias de comunicaciòn, para asistir en el desarrollo interno y en el logro de las metas. La combinaciòn total de todos permite el logro de la meta global, que es "la demanda de servicios", y el desarrollo de la "oferta de servicios" basado en las necesidades sociales. Se necesitan dos acciones complementarias, comunes a todas las subestrategias: investigaciòn en mercadeo y evaluaciòn.

PREMI/INNFA utilizò las cuatro subestrategias de comunicaciòn en apoyo a las 4 "P", segùn los niveles de esfuerzo. Aparentemente tuvieron un èxito relativo en las acciones que llevaron a cabo con gran esfuerzo y profesionalismo.

Sin embargo, la "P" para producto social (servicios de salud) no se realizò completamente y no permitiò que se cierre el cìrculo del modelo. Se utilizò comunicaciòn en las actividades con el personal de salud de las unidades operativas (y aùn allì hay alguna deficiencia), pero no con el personal administrativo, tècnico o de niveles superiores.

Como resultado no existiò una comunicaciòn con el MSP, y el MSP, debido a otras situaciones polìticas y administrativas, reusò su participaciòn activa y total en el proceso de PREMI desde el inicio; esto degenerò hasta solicitar la transferencia de la experiencia de PREMI al finalizar el proyecto, y su incapacidad por duplicar los modelos màs positivos y menos conflictivos de comunicaciòn y mercadeo.

Fue usual que el personal del MSP trate de crear la impresiòn que lo que PREMI hacìa ya se habìa estado haciendo desde mucho antes (con relaciòn a PAI y CED), cuando realmente muchos aspectos de PREMI era totalmente distintos de lo que se habìa hecho anteriormente.

Extrañamente, PREMI tratò de ganarse a los mèdicos independientes. Se ofrecieron seminarios sobre inmunizaciones, TRO y control de enfermedades diarrèicas en Guayaquil, Quito y Cuenca. Pero este procedimiento no se utilizò para motivar al personal del MSP.

7.5. LA ESTRATEGIA DE LOS MEDIOS:

La estrategia de los medios para el componente de comunicaciòn tuvo un enfoque de mercadeo claro. Es decir, un esquema de informaciòn masiva con èn fasis en motivaciòn a usuarios, para generar una demanda del producto social. Se invitò a la agencia de publicidad, McKann Erickson para preparar el primer programa bajo el esquema original de AED.

La motivaciòn se manejò directamente, a travès de medios masivos y medios menores; e indirectamente por medio de un gran nùmero de agentes sociales que trabajaron con el efecto de "cascada" que finalmente llegò a la poblaciòn objeto.

7.5.1. Motivaciòn Directa.-

La radio jugò un papel muy importante en la motivaciòn y promociòn a nivel nacional, especialmente en las àreas rurales; a pesar de que existieron problemas en la selecciòn de las estaciones, su uso fue mucho màs extenso que los de otros medios. Tambièn su utilizò en gran parte la televisiòn, para cubrir sectores urbanos y en situaciones de emergencia durante la campaña.

En la ùltima campaña se utilizò la televisiòn con fines motivacionales en los sectores urbanos y rurales, mientras que la radio se utilizò para spots promocionales en àreas rurales. Se descubriò que habìa una alta saturaciòn de televisiòn en las àreas rurales, y que este medio tenìa gran influencia sobre las opiniones, comportamientos y actitudes.

La decisiòn de utilizar medios masivos con gran intensidad fue el principal punto polèmico que ganò validèz en el componente de mercadeo y comunicaciòn. Una crìtica fue la contradicciòn entre la orientaciòn rural del Programa y la opciòn de utilizar comunicaciòn urbana, ya que los medios de comunicaciòn masiva estaban centrados en los sectores urbanos. Tal vez las crìticas son sòlamente estas, debido a que la exposiciòn en una base real y diaria no excede a 65% de promedio (Ciespal, 1983).

La prensa es aùn peor, con una circulaciòn limitada (700.000 copias diarias en una poblaciòn de 3.5 millones), una alta concentraciòn urbana, altos niveles de analfabetismo, precios altos de periòdicos y otros, lo cual causò que los grupos rurales estuviesen menos expuestos a estos medios. Los analfabetos tienden a pensar en PREMI como estuvo originalmente orientado. Por otra parte, de acuerdo a los comentarios de tres educadores para la salud de OTIDES, las radios cubrieron sòlo 10% de las àreas rurales en el paìs, debido a problemas en la selecciòn de difusoras, asì como tambièn sobre el control de las difusoras.

Las fallas en comunicaciòn fueron evidentes a nivel de àreas rurales locales, en donde los medios masivos no tuvieron impacto en comparaciòn con las àreas urbanas. Aparentemente PREMI/INNFA tuvo una falta de capacidad operacional para trabajar a este nivel, fuera de Quito y Guayaquil. "Nunca se logrò una adaptaciòn al nivel local, como debìa haberse hecho". (Cita)

a) Radio.- jugò un papel continuo en todas las campañas e interfases. La decisiòn de utilizar la radio como un instrumento primario fue bueno para el Programa, debido a los costos de cobertura. Sin embargo, las maneras en que se utilizaron limitaron dramàticamente el impacto de uso de radio.

La radio se utilizò principalmente para spots, testimonios, obras radiales y charlas (un formato que es màs vàlido para educaciòn), transmitido a travès de 225 difusoras a travès del paìs, por 21 dìas previos a cada campaña y durante la campaña, con una intensidad promedio de 14 mensajes por dìa. En total, hubo alrededor de 602.000 spots difundidos por radio durante toda la duraciòn de PREMI, que significa un promedio de 557 spots por dìa durante 1.090 dìas que durò PREMI.

Parece ser que el cronograma de transmisiòn, que se elaborò en dos segmentos, uno temprano en la mañana y otro temprano en la tarde, fue lo que mejor pudo hacerse. Sin embargo, la selecciòn de las difusoras fue caòtica, y parece ser que PREMI/INNFA perdiò el control sobre este proceso.

Para asegurar la cobertura radial PREMI/INNFA firmò un contrato con la Asociaciòn de Radiodifusores Ecuatorianos (ARE). La ARE no cumpliò con sus obligaciones, lo cual diò como resultado serios problemas en lograr las metas de cobertura radial, especialmente en las àreas rurales.

De acuerdo a los informes de avance, una de las principales limitantes en el sector radial fue la falta de control sobre las radiodifusoras, en los distintos cantones y provincias. De manera que se hacìa imposible determinar el impacto real de los medios radiales sobre los resultados globales de PREMI.

b) Televisiòn.- Se limitò a algunos dìas antes y durante las jornadas. Se transmitieron màs de 5.520 spots en todo el paìs, en 7 canales de TV. Esto parece un poco bajo en comparaciòn con las radios, pero es muy alto y caro, siendo un 26% del total de costos de comunicaciòn y movilizaciòn del programa.

La televisiòn, debido a problemas financieros, es el medio màs difìcil a utilizarse dentro de un proyecto de este tipo. Su uso con fines educacionales es muy limitado. Los canales de TV no ofrecieron el tipo de colaboraciòn que ofreciò la radio. La TV no quiso realizar sacrificios por su audiencia y su negocios. No existe evidencia de que haya habido un control sobre la transmisiòn de los spots en TV, ni còmo se manejaron.

c) Impresos.- La prensa escrita se utilizò exhaustivamente para la difusiòn gratis de noticias, publicadas a travès de boletines especiales distribuìdos periòdicamente. Tambièn se utilizaron estos medios para anunciar la localizaciòn de los centros de salud donde se ofrecìan las vacunas.

Una revisiòn de las noticias de prensa recolectadas durante los 36 meses de PREMI demostrò que se recortaron 20.000 artìculos de 17 diarios, grandes y pequeños. Esto es

significativo debido que el excede el nùmero (12.000) de boletines de prensa de INNFA durante el mismo perìodo.

Se utilizò la prensa principalmente durante las campañas, para transmitir instrucciones sobre los puestos de vacunaciòn, asistencia en los servicios de salud, etc. Tambièn se utilizò para transmitir informaciòn educacional, reforzar educaciòn trasmitida por otros medios, tales como radio y televisiòn. Se publicaron gratuitamente pàginas completas sobre el PREMI, en varios periòdicos màs de una vez. Los suplementos en El Comercio de Quito, publicaron por lo menos cinco pàginas de cobertura.

d) Los medios menores.- Con relaciòn a los medios menores, el programa PREMI se convirtiò en un gran experimento de laboratorio en los ùltimos treinta años, para cualquier tipo de medios e instrumentos para informaciòn y motivaciòn. Esto fue posible no sòlo por la disponibilidad de recursos financieros, sino tambièn por la colaboraciòn de varias instituciones, siendo las màs importantes el MEC y su programa de educaciòn en salud, OTIDES.+

Entre los medios utilizados para una promociòn directa se encuentran: posters genèricos, posters sobre vacunaciòn y localizaciòn de los puestos de salud, posters en Quichua, panfletos en Español y Quichua, folletos con explicaciones sobre la rehidrataciòn oral y otros sobre inmunizaciones; tarjetas de invitaciòn de la Primera Dama, discos con la canciòn del PREMI, cassettes, cajas de fòsforos, banderas para puestos de vacunaciòn, identificaciones de brazo para los ayudantes, chalecos de vacunadores, sellos de caucho, revistas còmicas, adhesivos, etc...

7.5.2. Motivaciòn Indirecta:

Se realizò por medio de la capacitaciòn a lìderes comunitarios, personal paramèdico y personal del sistema educacional, personal de desarrollo institucional trabajando en el campo, y la Iglesia. Este tipo de movilizaciòn se llamò institucional.

El PREMI movilizò cinco Ministerios, tres agencias internacionales, 120 compañìas locales y màs de 50.000 voluntarios, de acuerdo al informe de uno de los directores de comunicaciòn.

OTIDES trabajò a nivel provincial coordinando con la Comisiòn Provincial de Comunicacion, y con los miembros del Comitè Tècnico Provincial en capacitaciòn y promociòn. El informe final de OTIDES dice que la capacitaciòn se realizò por medio de talleres, campañas, reuniones y sesiones que se dirigieron a: 20 empleados del nivel central, 40 jefes de tecnologìa educacional y educaciòn

rural, 600 supervisores provinciales de Educaciòn Compensatoria Regular, fuera del colegio y de educaciòn a distancia; 19.000 jefes de instituciones de educaciòn formal; 2.000 alfabetizadores; 12.000 estudiantes de los sextos cursos que trabajaron con OTIDES.

Al multiplicar la informaciòn recibida por estos grupos las cifras son: 2'600.000 estudiantes de colegios; 20.000 auxiliares de centros de educaciòn formal; 7'200.000 miembros de la poblaciòn ecuatoriana.

En las provincias de Quichua hablantes y poblaciones Shuar, se elaboraron materiales especiales en estos idiomas, especialmente con relaciòn a vacunaciones. Estos materiales fueron en su mayorìa posters, hojas de informaciòn y educaciòn, y programas de radio y cassette. De acuerdo con la evaluaciòn de aquellos que produjeron este material, el impacto fue tremendo especialmente en aquellas provincias donde algunas difusoras contribuyeron efectivamente a la diseminaciòn de estos materiales.

7.5.3. Mètodos de producciòn de medios:

Existen dos mètodos de producciòn de medios de informaciòn, comunicaciòn y educaciòn: los mètodos participativos y no participativos. En el caso de PREMI, hubo una tendencia al uso de mètodos no participativos al trabajar en niveles centralizados y descentralizados.

Sin embargo, algunos informes dicen que hubo participaciòn de algunos grupos en el proceso de producciòn de estos materiales. En realidad fue màs el tipo clàsico de consultorìa que las verdadera participaciòn. Desde el punto de vista de un anàlisis cuidadoso de procedimientos, se puede observar que en algunos casos el proceso de consulta se utilizò con algunos miembros de la audiencia, para el desarrollo de algunos materiales. Por ejemplo, la madre que participò en la elaboraciòn del logotipo de PREMI.

El logotipo fue originalmente diseñado por McKann Erickson, en un modelo clàsico de mercadeo comercial, pero aparentemente no funcionò tan bien a los ojos de muchas de las personas trabajando en PREMI. Este mejorò cuando se hizo la consulta a un grupo de madres. Pero procesos como ese no se repiten frecuentemente durante el programa. La urgencia es tan grande, y el modelo tan exigente (a su modo), que no se utilizò el modelo clàsico de producciòn no participativa.

7.6. LA ESTRATEGIA DEL PUBLICO:

La estrategia del pùblico es la màs dèbil de PREMI. Se tomò en cuenta algunos conceptos de las personas de la Sierra y Costa, y talvès hubo la intenciòn de diferenciar el àrea urbana y rural, pero no hubo segmentaciòn o diferenciaciòn del pùblico.

De acuerdo al modelo general, la comunicaciòn fue planificada y producida desde el nivel central, y fue utilizado a nivel nacional. Se cubrieron todas las audiencias de acuerdo al mismo estandar. Esto era compatible con los medios masivos. El trabajo a nivel provincial pudo haber sido segmentado fàcilmente, a travès del uso de "un medio alternativo" mencionado anteriormente. Sin embargo, tampoco hubo segmentaciòn a nivel provincial. Ademàs, se abordò a los alfabetos y analfabetos de la misma manera. Debido a que el trabajo se realizò con organizaciones alfabetizadoras, esto no significò que se preparara un acercamiento especial para los analfabetos, ni tampoco hubo una versiòn especial para los campesinos. Tal vez la ùnica diferencia fue con la poblaciòn Quichua-hablante para los cuales se tradujeron todos los materiales al Quichua, pero aùn aquì no se adaptò el material segùn la cultura del àrea.

7.7. LA ESTRATEGIA DEL MENSAJE:

La estrategia del mensaje estaba pràcticamente pre-definida en la descripciòn original del proyecto. El mensaje enfocarìa hacia las cuatro ESI seleccionadas por PREMI, y de allì en adelante seguirìa un modelo de comunicaciòn, con persuasiòn hacia la diversidad cultural local. Desafortunadamente no hubo una muestra de la estrategia del mensaje. El mensaje cambiò a travès de las siete campañas, de acuerdo a las decisiones tomadas sobre las ESI. El ùnico comùn denominador que se mantuvo fue los que promovieron el nombre de PREMI. Esto fue inapropiado.

7.7.1. Variaciòn de los mensajes durante las campañas:

Los contenidos de los mensajes variaron significativamente a lo largo del programa PREMI, debido a cambios en el enfoque en cada campaña. Esto tenìa sentido ya que un ligero cambio en el enfoque de las ESI repercutìa en la poblaciòn objeto de madres en cuanto al tipo de niño hacia quien iban dirigidos los mensajes. Esto ocasionò cambios en los mensajes. Tambièn hubo cambios debido a las encuestas CAP y otros estudios que identificaron los efectos y distorsiones que se produjeron en las distintas campañas de comunicaciòn.

La estrategia del mensaje debìa adaptarse a otros tipos de cambios, tales como duraciòn de la campaña y dìas en los que se los utilizarìa. Algunas campañas duraron sòlo un dìa, otras dos o tres, y algunas sugirieron que debìan prolongarse por un mes. Algunas tuvieron lugar durante los fines de semana, mientras otras se llevaron a cabo en dìas de semana y fin de semana. Todo esto afectò la naturaleza de los mensajes y la intensidad de su uso. Por tanto, la adaptaciòn debìa ser ràpida y eficiente, debido a que no podìan detenerse muchas cosas.

Los cambios en los objetivos del programa influenciaron en todo el modelo de comunicaciòn. Esto se sintiò en la estructura de los contenidos y en la codificaciòn de los mensajes.

Esta situaciòn no era màs que un reflejo de la falta de seguridad y concientizaciòn dentro del MSP. Existìan grandes discrepancias internas sobre muchos aspectos tècnicos de las cuatro estrategias, algunos de los cuales crearon una fisura en el nivel superior de PREMI, en el PREMI/MSP y PREMI/INNFA. Pero en la mayorìa de los casos ambos grupos debieron basarse en la experiencia adquirida en otras campañas. Las campañas revelaron un falta substancial de investigaciòn cientìfica.

Esto es molestoso para un comunicador, especialmente cuando no hay tiempo para planificar y replanificar. Pero de haber existido el tiempo podìa haber sido algo positivo tanto a nivel profesional como acadèmico, debido a que el proceso se hubiera enriquecido y se hubiera incentivado la creatividad, no sòlo con relaciòn a ESI sino tambièn de otras. Los profesionales que participaban tuvieron que trabajar basàndose en la intuiciòn, la mayor parte del tiempo.

a) <u>El mensaje de inmunizaciòn.-</u> La estrategia de inmunizaciòn fue la màs estable en todo el programa. Pero tambièn cambiò y provocò cambios en los mensajes.

   Sin embargo, al revisar algunos materiales impresos de promociòn sobre inmunizaciòn, se encontrò que algunas provincias mantuvieron el mensaje de niños menores de cinco años, aùn en la cuarta y quinta campaña. Si se verificara una constante repeticiòn de errores de este tipo, en todas las campañas de todas las provincias, pueden realizarse nuevas hipòtesis sobre la utilidad de la comunicaciòn en motivar la adopciòn de las tecnologìas recomendadas.

   Los mensajes generales sobre inmunizaciones cubrieron los cuatro temas pricipales: la importancia de la vacunaciòn, enfermedades contra las cuales se estaba protegiendo, ciclos de vacunaciòn, edades de vacunaciòn y otro tipo de informaciòn logìstica sobre servicios, puestos de vacunaciòn, dìas, instituciones participantes y condiciones para recepciòn de servicios.

Un tema a enfatizar en esta ùltima parte fue el mensaje que "todos los niños" se referìan a todos los niños que debìan vacunarse, sin importar el estado de su salud. Hubo un malentendido con relaciòn a esto (inclusive entre los mèdicos) ya que hasta entonces la norma habìa sido no vacunar a niños que presentaran cualquier tipo de sintomatologìa. Aparentemente esto limitò la respuesta en el pasado. En este caso la comunicaciòn fue un èxito segùn los vacunadores.

b Los mensajes de TRO.- Se planificò una distribuciòn masiva de sales de rehidrataciòn oral, inclusive a las unidades de salud. El slogan era similar a los de "Alka-Seltzer": "Tenga siempre uno en casa". Este se utilizò hasta la tercera campaña. Para la cuarta campaña se sintiò la necesidad de limitar las acciones de esta estrategia, con la distribuciòn de las SRO a las unidades de salud para que de allì se distribuyeran a las madres de una manera màs selectiva. Esto se resolviò porque el nivel estaba saturado. Se entiende que todas las madres ya tenìan sus sobre en casa, y que se estaban administrando inapropiadamente a adultos.

El mensaje de comunicaciòn cambiò sustancialmente. Se volviò "Venga al Centro de Salud para recibir su sobre". El mensaje que promocionaba la distribuciòn masiva de sobre se eliminò. El mensaje se orientò hacia temas tècnicos, como mètodos de tratamiento de diarrea y planes de tratamiento. El mensaje aconsejaba a las madres que no utilizaran antibiòticos o cualquier otro producto para detener la diarrea, dicièndoles que la diarrea tenìa su propio ciclo que terminaba antes de cinco dìas. Pero continuaba enfatizando la importancia de la utilizaciòn de sales orales para reponer los lìquidos perdidos por el niño durante el episodio de diarrea.

Cuando se lanzò originalmente la idea de TRO en la campaña, los mensajes no explicaron que las sales no curaban la diarrea, sino que simplemente ayudaban a rehidratar. Cuando las madres descubrieron esto a travès de la experiencia, o en base a nuevos mensajes de PREMI sobre el verdadero uso de las sales, fue aparente que hubo algùn tipo de frustraciòn por parte de las madres sobre el potencial de este producto para proteger la salud de sus niños, y tal vez un abandono de pràcticas vàlidas o no vàlidas sobre el uso de las sales. Posiblemente muchas volvieron a utilizar remedios caseros.

El PREMI/INNFA empezò a enfatizar las distintas alternativas de tratamiento para la diarrea (mencionando los tratamientos A, B y C), y el uso de remedios caseros para la rehidrataciòn.

Todo esto mantuvo al equipo de comunicaciòn en ascuas, porque tenìan que enviar planes para cada campaña y estrategia aprobada por el MSP.

La mayoria de la gente piensa que la estrategia de CED fue la màs exitosa en cuanto a la aceptaciòn por parte de las madres. Sin embargo, no existe aùn informaciòn disponible sobre el efecto sobre las cifras de mortalidad. El peligro potencial en algunos casos, puede ser que muchas madres esconden los casos de deshidrataciòn, irònicamente a causa de los mensajes PREMI, muchos de los cuales hacìan a la madre responsable y culpable de las enfermedades de sus niños.

La comunicaciòn puede haber provocado un reacciòn contraria de las madres, quienes se sintieron obligadas a esconder la informaciòn una vez que aprendieron sobre los peligros de la diarrea, la importancia de las SRO y el hecho de que ellas eran los ùnicas responsables de la salud o enfermedad de sus niños.

Esta responsabilidad a la madre tuvo un matiz de culpabilidad. Esto no es usual debido a que durante todos los programas de este tipo que "difunden inovaciones", la tendencia màs comùn observada por los investigadores es: acusar al individuo rural (en este caso la madre) de ser responsable de no adoptar las mejoras tecnològicas; existen problemas estructurales que limitan la libertad de la audiencia para tomar una decisiòn sobre la aceptaciòn o rechazo de estas mejoras.

En el caso actual, tambièn jugò un papel importante un elemento adicional: el hecho de que los mensajes PREMI no incluyeron al padre de familia sino sòlo a la madre. Sòlo a principios de la quinta campaña se hizo menciòn del padre, dàndole una mìnima responsabilidad en el mantenimiento de la salud de su familia. El tèrmino salud familiar estuvo completamente ausente del programa de comunicaciòn.

c) Mensajes de lactancia: Este fue el mensaje màs estandar durante las siete campañas. Los dos componentes bàsicos del mensajes fueron: Primero, la guerra al uso del biberòn y otras leches para sustituir la materna; y la promociòn de la lactancia.

Hubo algunos desacuerdos sobre el lìmite de edad màs apropiado para la lactancia. Pediatras distinguidos recomendaron lactancia hasta el año de edad, mientras que otros la recomendaron hasta los dos años. Otros dijeron que debìa ser sòlamente por los primeros dos o tres meses de vida. Como resultado, la comunicaciòn nunca logrò el estandar en los mensajes sobre lactancia. Esto fue evidente al observarse distintos estandar de comportamiento en cuanto a la lactancia en la Costa y sierra, asì como en las àreas urbanas comparadas con las rurales.

d) Mensajes de control de crecimiento.- El mensaje nunca fue estandar durante la secuencia de las campañas. Las variaciones se debieron a los cambios de criterio tècnico dentro del MSP para evaluar los estados de salud, basado en el estado nutricional y tasa de crecimiento. Esto tuvo un efecto sobre el tipo de "carnèt de salud" promocionado por PREMI. La tercera campaña marcò una pauta para el uso del "carnè de salud infantil", debido a que los pesajes masivos de niños menores de dos años fue un èxito. Desde entonces, se ha repetido el pesaje en todas las campañas.

El mensaje de comunicaciòn fue que la madre debìa pesar a su hijo mensualmente y que debìa utilizar el carnè como un registro del peso. Luego se descubriò que las madres no sabìan como utilizar el carnè, y fue necesario lanzar una estrategia educacional utilizando todos los medios. Durante las dos primeras campañas se preparò un audiovisual de 42 slides para capacitar al personal de salud en el uso del carnè, y que ellos a su vez eduquen a las madres. El resultado final fue que la habilidad pràcticamente se impuso a la comunidad. Como resultado, el MSP solicitò el requisito de un carnè lleno para el ingreso de los niños en la preprimaria. El carnè contiene fechas de vacunaciòn y la tabla de crecimiento.

7.7.2. La campaña hallmark:

a) Falta de una investigaciòn màs exhaustiva.- Una los los problemas màs serios que tuvo que enfrentar la comunicaciòn y la estructuraciòn del mensaje fue la campaña hallmark. Algunos hechos indican que el equipo de comunicaciòn nunca estuvo completamente conciente de lo que era la mejor alternativa.

El hallmark de la campaña era "PREMI". Se esperaba que fuera un punto alrededor del cual los mensajes penetraran en la conciencia de la audiencia. De manera que en cada trozo de informaciòn aparecìa el nombre de PREMI como un sìmbolo de identificaciòn, asociado con el resto de los mensajes.

Los otros mensajes a difundirse tocarìan temas como: la importancia de la salud del niño, la responsabilidad de la madre en cuanto a la salud de sus niños, medicina preventiva, el MSP como ùnica fuente de entrega de servicios.

Luego de que estos mensajes vinieron los distintos mensajes promocionales y educacionales de cada una de las estrategias de supervivencia infantil, màs o menos en el siguiente orden: razones para su importancia (inmunizaciones, rehidrataciòn, lactancia, control de crecimiento), desarrollo de habilidades

en cuanto a demanda de uso de tecnologìas (vacunaciòn, sales, carnèt de saludd), y finalmente informaciòn logìstica (donde recibir los servicios, esquemas, condiciones, etc...). Este orden es difìcil de verificar en la pràctica, especialment cuando se trata de determinar el impacto de los mensajes en cada campaña.

En realidad nadie conoce cuànto tiempo se utilizò este esquema. Luego de la tercera campaña el cuadro se volviò turbio. No habìa un esquema claro. Parece ser que habìa una tendencia por mantener la palabra PREMI y distribuir y mezclarla con los diversos mensajes de la ESI. Estos se enfatizaron a nivel de promociòn, desarrollo de habilidades, e informaciòn logìstica para cda estrategia de SI, combinando y repitiendo los mensajes de manera que se aprendan.

Parece ser que en las cuatro ùltimas campañas ya no hubo esta continuidad. Se perdiò la visiòn del tema debido a la urgencia, y se tratò de repetir ciertos esquemas que habìa resultado anteriormente. Se puede decir que en este punto se adoptò un formato muy limitado, conciente o inconcientemente, esto es, una estrategia impuesta a la fuerza en lugar de romper, por medio de la persuasiòn, la resistencia que suele crearse cuando una campaña es muy extensa, existe mucha informaciòn (saturaciòn), y el efecto de "novedad" ha pasado generando un modelo como el utilizado aquì: gigante, impositivo, mòvil, exhàustico y multitemàtico.

b) <u>Un producto guìa versus el nombre de PREMI.-</u> Al aplicar el modelo de mercadeo se esperò que se escogiera un "producto lìder", el cual servirìa de eje y moverìa los otros. Esta es la manera clàsica en que opera el mercadeo comercial clàsico de productos mùltiples de la misma compañìa. Pero este concepto no era familiar para PREMI/INNFA. Se pensò que el concepto no funcionarìa en este caso debido a que los cuatro productos estaban en un nivel completamente distinto.

Bàsicamente, este producto lìder no tuvo que ser necesariamente una de las estrategias de supervivencia infantil. El producto lìder pudo haberlos reunido a todos (por ej: "Niño Sano", "El derecho del niño a la salud", "Salud Familiar", "La vida del niño"). En la pràctica se utilizaron èstos pero no con amplitud. Parece ser que se utilizaron dos temas principales: la palabra PREMI y las vacunaciones. Esto era lògico a nivel del modelo de mercado. El PREMI era el nombre del producto y la vacunaciòn el producto. Sin embargo, una limitante fue que a su alrededor se habìa levantado corrientes de persuasiòn paralelas. Una de las corrientes consistìa en conceptos y anuncios institucionales de tipo sombrilla (la

salud del niño, la importancia de PREMI, etc...), bajo el sello de PREMI, y la otra sobre todos los aspectos de inmunizacion, desde su importancia hasta informaciòn logìstica.

Ninguna otra razòn explica por què las campañas se llevaron a cabo bajo el concepto de "vacunaciones", al cual debìan añadirse las otras tres estrategias. Esto pudo haber producido una tremenda distracciòn de la atenciòn de la audiencia, debido al peso de los anuncios institucionales.

En este punto fue difìcil medir cuantitativamente a lo que se diò màs importancia. Fue la publicidad institucional? Eso serìa irònico debido a que la institución (PREMI/INNFA) estaba diseñada para desaparecr luego de terminado el proyecto (no como el MSP que podrìa haber utilizado toda la promociòn favorable). O fueron productos sociales? No estuvo claro lo que se hizo y no se hizo con respecto a la estructuraciòn de la estrategia del mensaje. A pesar de que el jefe de comunicaciòn quiso unir las estrategas, esto no fue posible. En su lugar "fue màs importante comenzar a promocionar los productos uno por uno, bajo un denominador comùn que era PREMI, que los juntaba como ya se ha repetido tantas veces, y como lo demostrò la encuesta CAP, no se diò el suficiente èn fasis a PREMI". (M.P. Torres). La imagen creada fue que PREMI era una especie de institución o ministerio jeràrquico, cuando en realidad era un "programa", cuyos servicios eran ejecutados por el MSP. El MSP no se beneficiò de la publicidad y promociòn, por lo contrario, se viò afectado negativamente porque aparentemente fallò su liderazgo en una àrea en la cual tenìa autorizaciòn reconocida.

7.8. LA ESTRATEGIA DE DIFUSION:

Posiblemente el componente màs coherente en el modelo de comunicaciòn/mercadeo aplicado en PREMI fue la difusiòn.

A pesar de que existiò una gran presiòn para crear una "difusora central" que deberìa ser PREMI/INNFA, operando fuera del centro polìtico de Quito, con una modelo explìcito que se dijo serìa para la creaciòn de varias difusoras a travès del paìs. Estas serìan responsables de pasar el mensaje a al audiencia objeto, que en un inicio eran las madres durante las primeras cinco campañas, y luego los padres y madres en la sexta y sèptima campaña.

Estas difusoras eran los cientos de estudiantes que visitaron las comunidades puerta a puerta, los promotores de salud, el personal operativo de las unidades de salud, los lìderes comunitarios y otros que administraron el proceso de movilizaciòn.

De esta manera se multiplicaron los mensajes por varios canales, y muchos de ellos lograron interpretar la vida, percepciones, esperanzas y deseos de las varias audiencias, en diversas maneras. Esto aportò una gran riqueza al proyecto. Deafortunadamente este proceso de movilizaciòn se desarticulò a lo largo del proyecto, a un grado tal que para reconstruìrlo para que continùe el programa, harìa falta realizar un gran trabajo y mucha investigaciòn.

No ha sido posible investigar a profundidad en esta evaluaciòn, la gran motivaciòn que permitiò estructurar la movilizaciòn con tanto entusiasmo al inicio del proyecto. Tampoco las razones que contribuyeron a su decaimiento. Una evaluaciòn posterior deberà concretar este tema.

Sin embargo, parece ser que la mayorìa de los individuos entrevistados no entendiò en su totalidad la imagen de "multiplicidad de difusoras", como un elemento del modelo de mercadeo. Y posiblemente muchos de los que trabajan en el proyecto, inclusive en posiciones de Direcciòn, nunca entendieron este modelo. Por tal razòn, a lo largo de las siete campañas persistiò la crìtica del uso excesivo y èn fasis en la comunicaciòn masiva, a pesar de utilizarse otros mètodos tambièn. Tal vez una de las razones para tales crìticas fue que el trabajo de comunicaciòn masiva, por su naturaleza, fue el màs evidente.

Irònicamente, esta comunicaciòn masiva no se utilizò para apoyar el concepto de la movilizaciòn nacional en tèrminos interinstitucionales; y no estaban acostumbrados a hacer que la diversidad de difusoras creadas por la movilizaciòn sean màs ùtiles. La movilizaciòn, inclusive en altas esferas, se hizo por verbalmente, por "mandato polìtico" o como una gancho de ganar influencia; y sòlo se pudo persuadir a un grupo de instituciones y pesonas de la importancia de un proyecto de esta naturaleza. Las otras personas de niveles altos nunca pudieron ser persuadidas. La descripciòn del Dr. Marco Polo Torres de este tipo de personas a las cuales les gusta participar en las sesiones del Comitè Ejecutivo Nacional, sòlo para ver a la Primera Dama, es dramàtica: era personas sin poder de decisiòn, y no entendìa de lo que se trataba PREMI.

La elaboraciòn local-cultural de los mensajes por parte de estas personas fue muy mala, a pesar de la enorme diversidad cultural de las difusoras a mano. Pero, los cientos y miles de difusoras son realmente una garantìa de una buena habilidad de persuasiòn y de una mejor adaptaciòn institucional de las necesidades locales.

Naturalemente, el descubrimiento de que estos cientos y miles de difusoras no podìan adaptarse a la especificidad cultural-local, y por lo tanto se volvìan màs persistente, indica que no sòlo se tenìa que diversificar las difusoras sino tambièn los

mensajes, las còdigos culturas, los nombres, signos, y significados sociales; esta es la ùnica manera de responder a tal diversidad cultural.

7.9. INVESTIGACION EN MERCADEO Y COMUNICACION:

El trabajo de investigaciòn llevado a cabo por el componente de comunicaciòn y mercadeo de PREMI fue abundante y variado. En total se llevaron a cabo 31 investigaciones de Conocimientos, Actitudes y Pràcticas (CAP), estudios y anàlisis, incluyendo un subgrupo de preguntas y exploraciones cualitativas de grupos de audiencia combinados. Sin embargo, la utilidad de todo esto no es òptima, debido a las circunstancias que afectaron el proceso de planificaciòn y retroalimentaciòn, no sòlo con relaciòn a comunicaciòn/mercadeo, sino tambièn en cuanto a entrega de servicios.

En la fase de planificaciòn se comprendiò que no habìa suficiente informaciòn de investigaciones de comunicaciòn y mercadeo antes de PREMI-

De acuerdo a la descripciòn del proyecto, debìa haberse aplicado una encuesta CAP antes del lanzamiento de PREMI. Esta CAP ayudarìa al desarrollo de la primera parte operativa del programa (36 meses), sin embargo esto no se hizo. La falta de investigaciòn fue crìtica para todo el proceso, durante la utilizaciòn de la comunicaciòn y mercadeo en PREMI, comenzando con la fase de planificaciòn y posiblemente afectando otras aspectos relacionados con entrega de servicios a nivel de unidades de salud, movilizaciòn y relaciòn interinstitucional.

Si se hubiese determinado el proceso de investigaciòn hubiera sido posible determinar la mejor manera para orientar las varias estrategias para las difusoras, receptoras, mensajes y medios, con relaciòn a las percepciones generales y especìficas de la audiencia objeto. Podrìan haberse establecido las bases para medir el progreso, en base a conocimientos, actitudes y pràctidas de las audiencias y sub-audiencias. La falta de estudios al inicio llevò a que el paìs intentara probar si un modelo funcionaba segùn la hipòtesis en la cual se basaba.

El PREMI/INNFA llevò a cabo cinco clases de investigaciòn a lo largo de su vida. Estas fueron:

a) Investigaciones bàsicas para identificar los niveles de conocimientos, actitudes y pràcticas (CAP) con relaciòn a las tecnologìas utilizadas en la ESI. En total se llevaron a cabo tres, y èstas proveyeron la mejor informacion con relaciòn al impacto de PREMI en todas sus facetas, a pesar de que muchos de los datos no han sido analizados e interpretados.

b) Investigaciòn comunitaria, que es un estudio de grupos sociales. Se basò en los resultados de las CAP, y su propòsito fue ampliar el conocimiento sobre algunas variables importantes en los grupos que eran parte de las audiencias objeto del PREMI; la encuesta CAP sugiriò algunas situaciones interesantes que debìan investigarse en màs detalle.

c) Estudios que probaron material de informaciòn, motivaciòn y educaciòn. Estos estudios se llevaron a cabo en Quito y en las provincias, con el propòsito de probar y evaluar la calidad de estos materiales con relaciòn a la percepciòn y gustos de la gente.

d) Investigaciòn operacional llevada a cabo en apoyo a los varios programas de comunicaciòn utilizados por PREMI.

e) Estudios de opiniòn personal de las unidades operativas del MSP, para conocer los problemas que surgìan durante las campañas.

f) Evaluaciones de ciertos grupos de personas que participaron durante las varias campañas. El propòsito fue identificar las varias limitantes que se tuvieron que enfrentar.

Por razones de tiempo fue imposible para el evaluador explorar los aspectos metodològicos y los resultados de las mùltiples esfuerzos de investigaciòn mencionados. La principal limitante que se observò en el campo de la investigaciòn cualitativa fue la falta de experiencia del personal ocal. Con respecto al uso de estos resultados para mejorar el sistema de comunicaciòn, existe evidencia de que se utilizò una buena parte de este trabajo oportunamente y en tèrminos operacionales, con la excepciòn de las encuestas CAP que enfrentaron serios problemas.

Desde el punto de vista del modelo de mercadeo social, los estudios CAP son los instrumentos de investigación más poderosos; proveen una seguridad sobre cómo se desarrollan los acontecimientos y en qué dirección. Durante PREMI se llevaron a cabo tres encuestas CAP. La primera se llevó a cabo en Diciembre de 1985, la segunda en Julio y Agosto de 1986, y el tercero en Abril de 1987. Se anexó una encuestas a áreas rurales a la CAP1.

Los objetivos generales de las CAP era: identificar todas las variables relacionadas con niveles de conocimiento, actitudes y prácticas sobre las 4 ESI, y medir las coberturas logradas por los servicios de salud del PREMI. Estas exploraron el impacto del programa en cuanto a movilización y comunicación, así como el impacto de la entrega de servicios.

Sin embargo, cada CAP tenía sus propias características individuales en cuanto a diseño, ejecución, procedimientos utilización de los resultados, lo cual explica por qué su utili-

dad operacional fue tan limitada. La CAP1 tuvo grandes problemas de ejecución. No hubo un entendimiento general del propósito, de quien debía diseñarla, ejecutarla y utilizarla. Dentro del equipo general de PREMI no se conocía la importancia de la investigación de comunicación y mercadeo, con excepción del grupo a cargo de la comunicación.

El Sr. Robert Hornik, asesor de la Universidad de Pennsylvania, completó el diseño de la encuestas CAP1 en Septiembre 1985, quien visitó Quito en varios períodos cortos de tiempo para observar cómo marchaban las cosas con relación a la evaluaciòn de la comunicaciòn.

En un inicio la evaluaciòn consistiò de un cuestionario simples y sòlo algunas preguntas: llenaba las necesidades obvias de un cuestionario de comunicaciòn bàsico, para su aplicaciòn pocos dìas antes del lanzamiento de la primera fase, si todo iba bien. Debìa haber provisto una "pre-medida" de PREMI.

El conflicto principal fue si el estudio debìa incluir objetivos de comunicaciòn y mercadeo, o sòlo de servicios. Desde el punto de vista de PREMI/INNFA el estudio debìa haberse enfocado hacia comunicaciòn. Si el MSP tenia interès de conocer la cobertura de servicios podía utilizar otras tècnicas, distintas a un estudio CAP. Pero aquellos que favorecieron el enfoque hacia la comunicaciòn perdieron la batalla, y la CAP se diseño para cubrir ambos objetivos. Sin embargo, se enfatizò en aspectos epidemiològicos. La decisiòn de realizar un estudio que cumpla con los dos objetivos produjo varios errores en un inicio. Se elaborò un cuestionario bastante extenso (200 preguntas), que explorò ambas àreas de una manera incompleta; y los resultados demoraron en llegar a aquellos que debìan tomar decisiones sobre su utilizaciòn y la administraciòn del resto del proyecto. Esta secuencia se repetiò con las otras dos CAP.

Tal vez el error del equipo de comunicaciòn fue el no llevar a cabo sus propios CAP, orientados exclusivamente hacia comunicaciòn. Existìan suficientes recursos financieros como para llevar a cabo dos tipos de encuesta CAP, a pesar de no ser dentro del mismo perìodo. Una podìa haber enfocada hacia temas de interès para el MSP, y la otra de interès del PREMI/INNFA. Esto hubiese hecho màs fàcil la tarea de realizar un mayor nùmero de CAPs durante las mùltiples campañas, con una orientaciòn hacia las estrategias de comunicaciòn utilizadas en cada una, y pudo haber permitido una eficiente utilizaciòn de los resultados para planificaciòn de un mejor componente para la mitad del proyecto, para cada campaña e interfase y para la estructuraciòn de los mensajes.

La ejecuciòn de CAP 1 fue responsabilidad del Sr. Ernesto Pinto. La muestra utilizada se basò aparentemente en la zona urbana, que era contradictorio a las intenciones de PREMI a

concentrarse en àreas rurales. Esto no se detectò sino hasta la recepciòn de los resultados. De manera que posteriormente se decidiò realizar otra encuesta que se denominò CAP rural, diseñada para cubrir las àreas no cubiertas por el CAP1.

La utilidad de los datos fue màs teòrico que pràctico, debido a que se utilizaron aquì y allà, en varias àreas. Pero los datos se utilizaron tardìamente. En el campo de comunicaciòn no se utilizaron para la retroalimentaciòn de PREMI. La mayorìa de los datos llegan muy tarde como para utilizarlos operacionalmente. La mayorìa no estuvo disponible sino hasta la tercera fase y los pocos que llegaron no estuvieron disponibles para el Departamento de Comunicaciones, y nadie màs sabìa de ellos. Ademàs, muchos de los datos solicitados no estaban tampoco disponbiles, debido a que no se incluyeron en el diseño original y era muy tarde para hacerlo. Tambièn hubo una falta de personal tècnico que utilice los datos eficientemente.

No fue sino hasta principios de la cuarta campaña que se conformò una verdadera secciòn de investigacion. Con esto los tècnicos empezaron a pedir datos que no estaban disponibles. Los expertos en comunicaciòn tuvieron que volverse especialistas en paràmetros que no les eran familiares, tales como esquemas epidemiològicos de cualquiera de las cuatro ESI.

Existìa un problema de credibilidad de los datos por parte del MSP, al descubrirse que la CAP1 se basò en datos de àreas urbanas. De acuerdo al Dr. Contreras, sòlo se logrò credibilidad en cuanto a los datos de diarreas, debido a que coincidìan con los del MSP. Pero en el caso de las coberturas, siempre existìan dudas hasta el punto que un tècnico de OPS vino para tratar de descubrir la razòn de las discrepancias entre los datos recolectados por las CAP y los recolectados por el MSP bajo circunstancias normales.

Con las desastrosas experiencias de la CAP1, las bases y tèrminos de referencia de las CAP eran extremandamente detallosos. El estudio se realizò un mes despuès de la tercera campaña. El diseño de la CAP2 involucrò una serie de errores, algunos similares a los experimentados con la CAP1. Uno de los obstàculos màs grandes fue la introducciòn de cambios en las dimensiones del estudio, al mismo tiempo en que se juntaron las agencias investigadoras.

Se selecciòn a CEPLAES para llevar a cabo la encuesta CAP2. La compañìa demostrò suficiente habilidad tècnica y operativa para hacerlo. La CAP2 fue la menor desde el punto de visto tècnico. El proceso fue màs claro y entendible; cualquier discrepancia fue de tipo tècnico, no hubieron desfases ni ambigüedades tan serias como en la CAP1.

Sin embargo, el interès epidemiològico se mantuvo igual, como parte del contenido, e inclusive màs fuerte. En la CAP2 hubo una clara intenciòn de utilizar los datos en orden, para estimar las coberturas de los niños segùn sus edades precisas. Este estudio se respaldò con un cuestionario sobre coberturas, elaborado por el Proyecto REACH.

Uno de los resultados màs importantes de la CAP2 fue que demostrò curvas ascendentes en los niveles de conocimiento de la poblaciòn, sobre aspectos relevantes de comunicaciòn. Este conocimiento fue de tipo conceptual y de habilidades concretas de la ESI. La estrategia de control de crecimiento fue el àrea en la que se logrò menos resultados en cuanto a conocimientos. El àrea de mayores resultados fue en la de inmunizaciones; este fue el resultado de experiencias anteriores del PAI, que habìa creado un conocimientos sobre vacunaciones. Pero en cuanto a rehidrataciòn, existìa un problema de entrega del producto. No se conoce si esto se debiò a una falta de disponbilidad del producto o a problemas de comunicaciòn. Esta distribuciòn del producto fue aparentemente caòtica. Durante la primera fase se realizò una distribuciòn masiva (dos paquetes con una funda de salud). Para la segunda campaña se disminuyò el volumen ò se entregò el producto sòlo en los casos en que habìa diarrea. Inclusivo ahora, no se distribuyen con miras a un mantenimiento de la salud, sino sòlo cuando el niño està con diarrea. Esto afectò su uso apropiado. En una evaluaciòn de este tipo es imposible llegar a conclusiones en cuanto a los resultados de la CAP y el impacto positivo sobre la comunicaciòn.

7.10. CAPACITACION:

La capacitaciòn en mercadeo y comunicaciòn dentro de PREMI se realizò bàsicamente con educadores para la salud de OTIDES y del MSP. Desde el inicio y hasta el final de PREMI, los educadores para la salud del MSP estuvieron reacios a participar. Los educadores participaron en los programas sòlamente durante la ùltima fase del programa.

La capacitaciòn de OTIDES fue excelente hasta mediados de 1986, cuando surgieron problemas entre las dos instituciones (INNFA y OTIDES) debido a "sensibilidad". OTIDES pensaba que no se habìa reconocido su trabajo en una ceremonio pùblica que destacò el èxito de PREMI. Sintieron que tenìa sòlamente un papel secundario a pesar de haber desarrollado un enorme esfuerzo de capacitaciòn en el sistema de las escuelas.

La cooperaciòn bajò hasta un nivel mìnimo por un año. Se reiniciò cuando Eloisa Gortaire fue nombrada Directora de OTIDES. La Sra. Gortaire es una psicòloga educacional que convenciò al Dr. M.P. Torres de ampliar el concepto de educaciòn en salud, màs allà de las cuatro ESI.

Para entonces el OTIDES pidiò tener una mayor participaciòn en el proceso de desarrollo educacional y material promocional, especialmente en la revisiòn de sus contenidos. La respuesta fue positiva pero sòlo en teorìa.

El informe de OTIDES es importante porque resume las percepciones de la mayorìa de las personas del MEC sobre los materiales producidos por PREMI.

Se sugiriò que se enfoque en la prevensiòn por medio de hàbitos de higiene, nutriciòn y cuidado personal; que se utilice la imagen paterna; se inserte un glosario de temas; se definan con màs precisiò los contenidos cientìficos; se revise la estructura gramatical de los mensajes; que los dibujos sean màs dinàmicos; reducir el nùmero de làminas por pàgina; reducir la cantidad de texto.

La razòn para que OTIDES busque una mayor participaciòn en la producciòn de materiales fue la crìtica del modelo de "mercadeo", elaborado algunos meses antes por los educadores para la salud de OTIDES y que persistìa en algunos grupos de profesores.

Las principales crìticas fue que hubo una manipulaciòn implìcita de las personas. No se tomaron en cuenta los aspectos culturales del papis, ni se segmentò a las audiencias; al contrario, se reforzò los aspectos forànеos. No se basò en una investigaciòn seria sobre las personas a consumir o provocar la demanda de servicios. Hubo una falta de credibilidad, especialmente con respecto a la entrega de ciertos servicios de salud (vacunas, sales, etc.), que las madres llegaron a creer que "contenìan sustancias esterilizadoras".

Asociada a esta crìtica habìa una queja implìcita de los educadores para la salud, de que el PREMI no tenìa los medios para muestreo de opiniones de la poblaciòn con relaciòn a cada parte del programa. Ademàs, hubo gran desconcierto de que no se realizara una evaluaciòn anual del programa sobre lo que OTIDES habìa logrado a nivel provincial. No hubo retroalimentaciòn sobre lo que se habìa logrado, y por tanto ningùn estimulo de trabajo.

La labor de PREMI en capacitaciòn en comunicaciòn y mercadeo por parte de los educadores para la salud de OTIDES se logrò utilizando: 1) capacitaciòn por medio de seminarios y cursos especiales; 2) capacitaciòn "en el lugar". Sin embargo, se puede observar que hubo demora en la capacitaciòn, la cual no se iniciò hasta despuès de la tercera fase de vacunaciòn intensiva.

a) <u>Capacitaciòn a travès de cursos.-</u> El primer curso de capacitaciòn al personal de educaciòn para la salud del MEC fue en 1986, en Riobamba. Segùn OTIDES, el esfuerzo fue un fracaso debido a la falta de planificaciòn y un exceso de improvisaciòn. No se diò mucho èn fasis a la comunicaciòn,

pero sì a las 4 ESI. El curso terminò siendo caro (s/. 600.000) para dos meses a tiempo completo. Sin embargo, el personal trabajò bien, posiblemente en respuesta a una motivaciòn propia.

En 1987, al aumentar las crìticas sobre el modelo de comunicaciòn y mercadeo adoptado por PREMI, se organizò un curso auspiciado por OPS, OTIDES, y el MSP, para educadores para la salud del MEC y MSP. Asistieron 38 personas. Se organizò el curso en respuesta a un mandato del MEC; el organigrama del MEC señalaba el Departamento de Educaciòn para la Salud como una subdivisiòn de la Direcciòn Nacional de Capacitaciòn y Educaciòn Especial. De manera que el MEC pensò que si este grupo de educadores para la salud eran responsables de coordinar con PREMI, serìa necesario capacitarlos. El curso durò nueve meses y costò 2 millones de sucres.

b) Capacitaciòn "en el sitio".- La capacitaciòn "en el sitio" del personal de OTIDES se realizò a travès de un sistema de talleres que se iniciaron luego de la tercera campaña. Estos talleres incluìan un componente teòrico de comunicaciòn y mercadeo, y otro componente de las cuatro ESI. Todo Jefe de Educaciòn para la salud del nivel provincial de MEC asistiò a estos talleres.

El sistema de capacitaciòn se iniciò con visitas del personal del Departamento de Comunicaciòn y Mercadeo de INNFA y de los educadores para la salud del MEC, a cada provincia, desde Marzo de 1986. Durante estas visitas se conformaron las Comisiones de Comunicaciòn y se programò todas las actividades de las 20 provincias antes de cada campaña.

Antes de estas reuniones se incorporò a los educadores para la salud a los Comitès Ejecutivos Provinciales, representando a los Directores Provinciales de Educaciòn del MEC. Su rol era difundir entre los estudiantes el concepto de PREMI, para estimularlos en su lugar de trabajo dentro de la comunidad. Fue entonces que MEC institucionalizò la idea de que los bachilleres, en lugar de presentar la tesis que normalmente se requerìa antes de graduarse, trabajen en labores de promociòn del PREMI.

Al finalizar la cuarta campaña se realizò una visita de seguimiento a las provincias. El personal de Quito entregò algunos materiales e instrucciones a utilizarse como fuente de referencia en la producciòn y adaptaciòn de los materiales locales. Tambièn se entregò material bàsico para la producciòn de otros materiales.

Durante la quinta y sexta campaña se ofrecieron talleres en Qutio, Asistieron Jefes de Educaciòn para la Salud del MEC de todas las provincias. Tambièn se incluyeron dos educado-

res para la salud del MSP, y fueron los ùnicos de esta institución que pudieron beneficiarse con esta capacitaciòn.

7.11. COMPONENTE DE ADMINISTRACION Y COMUNICACION:

a) Personal: El equipo que formaba la Unidad de Comunicacion de PREMI/INNF era realmente pequeño, en comparaciòn con la extensiòn de su labor. Consistìa de 10 personas que la mayorìa del tiempo trabajaban a tiempo completo: el Director, un experto en publicidad y mercadeo, un investigador social, un productor de radio y televisiòn, un periodista, un administrador, un contador, dos secretarias, un chofer y un mensajero. Tambièn se proveyò asistencia por medio de tres consultores con sus respectivas secretarias.

La principal limitante que tuvo que enfrentar el Director al conformar este equip fue la falta de especialistas con una amplia experiencia en mercadeo e investigaciòn en comunicaciòn. Para llevar a cabo la investigacòn se debìa crear un equipo con amplia experiencia en disciplinas relacionadas, pero no con la suficiente como para actuar como contraparte de los consultores internacionales.

La capacitaciòn al personal de la Unidad de Comunicaciòn fue muy pobre, y relacionada exclusivamente con temas de naturaleza funcional: cursos cortos de computaciòn, diseño gràfico, diseño de audiovisuales, anàlisis de mensajes, etc.. M.P. Torres dijo que no hubo tiempo de realizar una capacitaciòn màs amplia a nivel nacional e internacional. No tuvieron la oportunidad de visitar otros paìses en donde pudieron haber observado experiencias similares. Habìan los recursos pero no el tiempo necesario. Todo se ejecutaba con caràcter de urgencia.

Uno de los comentarios màs frecuentes durante la evaluaciòn fue que hubieron "demasiados" asesores extranjeros a corto plazo. Aparentemente el trabajo de muchos de ellos no se utilizò en todo el programa. En el àrea de comunicaciòn pudo identificarse la visita de por lo menos seis asesores a corto plazo.

b) Administraciòn del componente de comunicaciòn.- El Dr. M.P. Torres demostrò ser un magnìfico administrador en todo el programa y en todas las dimensiones. Utilizò estàndares firmes para la selecciòn del personal y para usar sus habilidades especìficas, e hizo que se recuperara una gran parte de la inversiòn; una suma considerable de los fondos donados ni siquiera se gastaron.

Reconoce que cometiò algunos errores pequeños en cuando a una falta de flexibilidad en la inversiòn de los fondos para contratar màs recursos humanos y tècnicos. En cuanto a los lìmites de gastos, INNFA tenìa dificultad en contratar màs personal calificado. Pero sus colaboradores se quejaron de que ponìa demasiada presiòn en cuanto a costos operacionales. Aùn asì, su nivel de identificaciòn como equipo era muy elevado.

c) Costos.- PREMI/INNFA invirtiò aproximadamente USd 1'026.100 durante los 34 meses de operaciòn del componente de mercadeo y comunicaciòn, segùn un reporte del Director de la Unidad, Dr. M.P. Torres a Abril de 1988. El costo màs elevado fue para televisiòn (26%) e impresiòn (17%).

El costo del componente de comunicaciòn y mercadeo fue cubierto totalmente por AID. La donaciòn original para comunicaciòn fue USD 1,116,000 (28% del total presupuestado), de los cuales se utilizaron USD 902,400. Para movilizaciòn se presupuestò USD 127,000 (3% del total del presupuesto), de los cuales se utilizò USD 78,000.

De acuerdo a la evidencia disponible, aùn no existe informaciòn suficiente ni confiable para llegar a conclusiones definitivas sobre los costos y efectividad o a los costos y beneficios del componente de comunicaciòn de PREMI. El ùnico estudio de costos y efectividad realizado hasta el momento fue el de Supervivencia Infantil llevado a cabo por el Proyecto REACH, que se realizò en Agosto de 1987. El estudio recibiò objecciones serias de todas las personas de PREMI que tenìa algùn grado de responsabilidad. Este estudio concluyò, entre otros, que los costos de inmunizaciones era mayor durante las campañas que durante los servicios regulares. Aùn no se ha podido encontrar ningùn documento que formalice las objeciones sobre el informe de REACH.

7.12. CONCLUSIONES:

1) El componente de comunicaciòn jugò un papel importante en el desarrollo del PREMI. Sin èl, el programa no hubiera logrado los resultados positivos respecto a las estrategias de supervivencia infantil.

2) El componente de comunicaciòn, con su enfoque en el mercado aplicado, ha generado efectivamente una demanda temporal considerable de los servicios de salud relacionados con la supervivencia infantil y especialmente inmunizaciones. Pero no es seguro que los conceptos y habilidades que se promovieron alrededor de la ESI hayan generado comportamientos permanentes que aseguren que en el futuro, en ausencia de

estìmulos de comunicaciòn, estas habilidades sean aplicadas en la vida diaria, ni que la demanda de servicios vaya a continuar mostràndose en las poblaciones en cuestiòn.

3) Un ènfasis exagerado y acentuado en los procesos de informaciòn y motivaciòn, como opuestos al proceso educativo, dificultò cualquier contribuciòn considerable en el componente de la comunicaciòn a los cambios culturales que necesitan lograrse para fijar, como parte de los hàbitos individuales y familiares, las conocimientos de medicina preventiva, salud familiar, salud infantil, derechos infantiles y derechos de salud de la gente en general.

4) la falta de un componente educativo sustancial impidiò la posibilidad de que el proceso de movilizaciòn entusiasta que fue creado durante el PREMI, especialmente al principio, fuera canalizado para generar un proceso permanente de conciencia entre la gente, respecto a la familia y la salud de la comunidad. Asì, èsta tambièn impidiò la generaciòn de autènticos procesos de participaciòn de la comunidad respecto a la supervivencia infantil.

5) No hubo intenciòn de generar en la comunidad un autèntico proceso participativo que permita a sus miembros: a) identificar sus problemas de salud y especialmente de los niños menores de cinco años; b) buscar mejores alternativas para la preservaciòn de la recuperaciòn de la salud, y c) generar las habilidades necesarias para aplicar las tecnologìas apropiadas para resolver los problemas de salud.

6) El proceso de comunicaciòn aplicado fue eminentemente obligatorio, unilateral y falto de diàlogo; tomò las mismas caracterìsticas de asistencia que el proyecto en conjunto. Hizo imposible lograr cualquier tipo de compatibildad entre los pensamientos y el sentimiento de la gente, y la forma en que se ofrecieron las estrategias de supervivencia infantil, como servicios desde las unidades de salud. El proceso de comunicaciòn buscò captar las percepciones de la comunidad para amoldar sus mensajes en favor de la persuaciòn dirigida ante la demanda generada.

7) Debido a esto, se aprendiò poco de la comunidad respecto a sus autènticas percepciones de los problemas de la salud asociados con la S.I. Esto harà difìcil evitar problemas similares en el futuro.

8) Hubo un ènfasis exagerado en el uso de medios masivos, en oposiciòn a los procedimientos de comunicaciòn que fueran màs interpersonales, de orientaciòn de grupo y basados en los mecanismos de comunicaciòn de la comunidad. Esta tendencia generò dudas en un sector de la opiniòn pùblica nacional, respecto de la autenticidad del servicio social del programa;

podìa haber sido visto como un programa que escondìa alguna de las intenciones polìticas del gobierno. Tambièn hubo no pocas especulaciones sobre la posbilidad de que esta supersaturaciòn de informaciòn a travès de los medios masivos, produjera alguna confusiòn sobre los aspectos importantes de la salud infantil entre la poblaciòn de recursos econòmicos reducidos.

9) No hubo relaciòn entre la demanda gnerada a travès de la presiòn de comunicaciòn motivacional en el estilo del màs puro tipo de mercadeo social, y la oferta de servicio real. La demanda habrìa excedido la cantidad y calidad de los servicios. Podrìa haberse provocado una frustraciòn creciente entre la gente respecto a la credibilidad de los mensajes sobre SI. Estos mensajes fueron exagerados en su esfuerzo por maximizar la percepciòn de la clientela respecto a la calidad de los servicios de salud y de los beneficios a corto plazo. Mientras tanto, los servicios fueron màs deficientes que en los tiempos normales, debido a su propios problemas con un equipo logìstico de gran tamaño que ofrecìa servicios masivos, y las numerosas diferencias en el criterio tècnico utilizado por el MSP.

10) Como resultado, el intento de bùsqueda del equilibro entre oferta y demanda no se produjo, precisamente debido a la situaciòn contradictoria que se buscò, con un modelo de comunicaciòn que era eminentemente persuasivo y forzado, y una "demanda artificial" (comprè porque me vì forzado) basada en una oferta tambièn artificial (Ofrezco buen servicio porque estoy forzado a hacerlo).

11) Dentro de esta situaciòn, con un modelo de comunicaciòn basado en el mercadeo social, hubo confusiòn en su interpretaciòn bàsica por parte de aquellos que debìan implementarlo, quienes en varias instancias trabajaron al interior del marco de una piràmide organizacional. El modelo generò resistencia gratuita en algunos casos, y en otros, resistencia creada por aplicaciones erradas del modelo.

12) El modelo de mercadeo social original, como postulado para el proyecto, fue lento y no muy concreto. Esto impidiò la posibilidad de una aplicaciòn nacional. La irracionalidad en el lanzamiento de la aplicaciòn del componente de comunicaciòn y mercadeo se apreciò por una falta de investigaciòn inicial; falta de planificaciòn a mediano plazo que afectò la idea global de la propuesta; falta de anàlisis de lo que realmente habìa sucedido en el proyecto piloto DRI, y una falta de actitud crìtica frente al modelo entero, lo que hubiera permitido el corte y confecciòn del modelo segùn las peculiaridades del paìs.

13) La falta de investigaciòn y planificaciòn en el lanzamiento del componente de la comunicaciòn y mercadeo produjo una serie de errores en la evaluaciòn de los aspectos informativos y educacionales. El trabajo fue hecho de manera intuitiva, con programaciòn accidental, para perìodos relativamente cortos y bajo fuertes presiones de tiempo. Sòlo la pericia, buena voluntad, motivaciòn y decisiones tomadas por profesionales a cargo, hicieron posible lo que se logrò.

14) Hubo varios problemas en el transcurso de la investigaciòn CAP, debido a inconsistencias en el nivel de direcciòn del PREMI respecto a los objetivos de las evaluaciones (pro-comunicaciòn o pro-epidemiologìa), que instituciones deben realizar los estudios y còmo utilizar los resultados. Sòlo una pequeña parte fue puesta en servicios de realimentaciòn, para los varios sistemas de comunicaciòn usados en cada fase e interfase del programa.

15) La falta de unidad en criterio tècnico entre el personal de salud pùblica interrumpiò mucho del trabajo en comunicaciòn, y esto a su vez, tuvo un impacto en la eficacia de las estrategias de comunicaciòn adoptadas.

16) El trabajo hecho en comunicaciòn y mercadeo fue impresionante. La mayor parte de este fue de excelente calidad, pero hubo deficiencias que minimizaron los mèritos del esfuerzo global.

17) Las actividades de movilizaciòn a nivel nacional fueron muy efectivas, especialmente al principio, debido al esfuerzo consistente de las varias instituciones nacionales, particularmente MEC,; y es seguro que el Ecuador ganò mucho con la experiencia.

18) El MSP fue separado del proceso del PREMI, lo que tendiò a disminuìr su contribuciòn al esfuerzo de mercadeo y comunicaciòn. Los educadores para la salud no participaron en el proceso, pero desarrollaron una actividad paralela de comunicaciòn y educaciòn, a travès de la aplicaciòn de procedimientos y mètodos completamente diferentes de aquellos usados por el PREMI/INNFA.

19) La implementaciòn de las actividades de mercadeo y comunicaciòn no hicieron nada por fortalecer al MSP. Por el contrario, se sintiò que algunos individuos perdieron confianza respecto al uso futuro de la comunicaciòn en soporte del desarrollo de programas de inmunizaciones, rehidrataciòn oral, lactancia materna y control de crecimiento en niños.

20) El proceso de entrenamiento de intermediarios que lleven el mensaje a las madres, se llebò a cabo satisfactoriamente a travès del mecanismo de "movilizaciòn". Pero el entrena-

miento tècnico del personal que podìa seguir aplicando estrategias similares en el futuro no existiò. No hubo entrenamiento tècnico permanente para miembros del equipo responsable de la comunicaciòn; No hubo entrenamiento para los educadores para la salud del MSP y MEC, ni se creò un grupo homogèneo y profesional que trabaje en el futuro.

21) Las limitaciones administrativas afectaron el esfuerzo de la comunicaciòn. Estas limitaciones provocaron problemas en la coordinaciòn interna en los màs altos niveles de PREMI/ INNFA, limitaciones en el pago de remuneraciones razonables a profesionales de alto-nivel, falta de recursos humanos suficientes en el paìs, especializados en comunicaciones, mercadeo e investigaciòn, exceso de consultores extranjeros a corto plazo, falta de una relaciòn eficiente entre las instituciones internacionales que apoyaron el programa, y falta de coordinaciòn entre PREMI/INNFA y el MSP.

22) La administraciòn del programa se manifestò como eficiente y se distinguiò por la enorme capacidad de coordinaciòn de aquellos que dirigieron el esfuerzo de la comunicaciòn y mercadeo.

23) Otra lecciòn importante fue que los principales aportes para la movilizaciòn social se debieron al apoyo polìtico y a la comunicaciòn social. Que no se debe abusar de uno ni otro, usàndolos para generar confianza y credibilidad del pùblico nacional, acostumbrado a recibir mucha oferta sin posibilidad de reparto.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES GENERALES

A pesar de la falta de datos adecuados el grupo de evaluaciòn encontrò evidencia que indicò que las intervenciones de PREMI contribuyeron a lograr cambios positivos en la mortalidad infantil en el Ecuador durante el perìodo 1985-1988. A pesar de que esta contribuciòn no ayudò a acelerar el aumento constante de la disminuciòn de mortalidad infantil, las intervenciones de supervivencia infantil por lo menos han ayudado a mantener las tasas durante un perìodo de serias dificultades econòmicas para la poblaciòn en riesgo. Ademàs, las intervenciones de supervivencia infantil han constituìdo factores importantes en la reducciòn de la morbilidad en niños menores de cinco años. No hay duda de que el impacto pudo haber sido màs fuerte, sin embargo los logros son significativos.

Si el PREMI jugò un papel positivo en la prevenciòn de enfermedades y muerte en los niños menores de cinco años, fue debido a los esfuerzos por expandir los servicios de salud para inmunizaciones, el incremento del uso efectivo de TRO, y los grandes esfuerzos por aumentar la demanda de estos servicios por medio de la comunicaciòn y mercadeo social. A pesar de que esta estrategia produjo sòlamente efectos a corto plazo, los esfuerzos de PREMI incrementaron la concientizaciòn de la poblaciòn en cuanto a mortalidad infantil, e inicio la movilizaciòn de un gran nùmero de personas e instituciones para llevar a cabo actividades de supervivencia infantil.

Sin embargo, PREMI tuvo èxito en ayudar a desarrollar la conciencia nacional en supervivencia infantil y las maneras màs efectivas para disminuìr el riesgo de morbilidad y mortalidad infantil. Este es un logro significativo porque establece las bases para hacer de las actividades de supervivencia infantil un componente permanente de la agenda nacional de salud en el Ecuador.

Las actividades efectivas de comunicaciòn social, el modelo de mercadeo social y la campaña de mobilizaciòn social diseñadas por AED e implementadas por medio de INNFA, deben considerarse uno de los factores principales de los efectos positivos de PREMI para provocar la conciencia sobre la supervivencia infantil. Este componente llegò a màs de 3,500,000 ecuatorianos y estimulò grandemente al pùblico en el conocimiento y demanda de las vacunas, SRO, y otros servicios de supervivencia infantil.

Con relaciòn a intervenciones especìficas de supervivencia infantil, el grupo de evaluaciòn estableciò que a pesar de que las jornadas PREMI han sido efectivas en atraer a los niños a las unidades de salud para las inmunizaciones, este esfuerzo no reflejò un aumento significativo en las tasas de coberturas de vacunaciòn debido a una reducciòn de las actividades regulares de vacunaciòn entre campañas.

Ademàs, no se ha cumplido con la meta de vacunar al 80% del total de niños menores de un año durante 1985-1988. Con relaciòn a las metas del 100% de niños entre 1 y 4 años, las coberturas han mejorado notablemente a pesar de no haber cumplido aùn con la meta. Tampoco se logrò la meta de vacunaciòn del 80% de mujeres embarazadas, con tètanos-toxoide, en las àreas de mayor riesgo. Sin embargo, las campañas PREMI ayudaron a educar a las madres en cuanto a la importancia de completar el esquema de vacunaciòn, e incrementò el nùmero de niños que recibieron la primera vacuna. PREMI tambièn ha contribuìdo a mejorar la cadena de frìo a nivel nacional. La cadena de frìo cubre actualmente el 82% de las unidades que realizan actividades de inmunizaciòn.

A pesar de que no existen datos suficientes sobre el impacto del componente de CED, la evidencia indirecta indica que ha habido algo de èxito. Se hubiera esperado una disminuciòn màs clara y definitiva, desafortunadamente los datos disponibles para evaluar este aspecto del proyecto son escasos y errròneos. El Proyecto no ha podido producir datos para medir el èxito del proyecto en este componente. Sin embargo, los resultados preliminares de los estudios CAP indicaron una incremento importante en la calidad de la concientizaciòn, tanto de los trabajadores de salud como de las madres, sobre las enfermedades diarrèicas como riesgo serio de mortalidad y la importancia de TRO para reducir este riesgo.

Las acciones orientadas hacia el logro de las metas en nutriciòn, control de crecimiento y lactancia fuero escasas desde el inicio, y no fueron contìnuas debido a los cambios originados en las instituciones. Los principales logros en este componente fueron la elaboraciòn, producciòn y distribuciòn de materiales educativos en nutriciòn y control de crecimiento para el personal de salud del MSP, y la distribuciòn de balanzas para el control de crecimiento a las unidades de salud del MSP. Otro adelanto importante en esta area fue la investigaciòn llevada a cabo por el ININMS (ahora IIDES) y MANOFF INTL, con apoyo del Proyecto y de USAID. Esta investigaciòn podrìa proveer las bases para el diseño de un componente definitivo en nutriciòn, control de crecimiento y lactancia, e identificar los elementos claves para su implementaciòn.

A pesar de no ser parte del diseño original del Proyecto , el IRA fue incluìdo como componente de PREMI en 1986, debido a su prevalencia como causa de mortalidad y morbilidad. Han habido algunas intervenciones de IRA en PREMI. A pesar de que el MSP ha

elaborado normas para el tratamiento del IRA, y èstas tienen la aprobaciòn general de la comunidad mèdica, no se han traducido las normas a un esfuerzo programàtico.

El PREMI facilitò la amplia capacitaciòn de su personal. Se lograron las metas establecidas para este componente por lo menos cuantitativamente, la mayorìa en TRO. Se necesitarà un anàlisis posterior de la calidad de la capacitaciòn y su poder para producir efectos perdurables. Desafortunadamente, no se pudo contar con la informaciòn sobre la calidad de la capacitaciòn al momento de la evaluaciòn. El seguimiento y supervisiòn estuvieron ausentes durante la implementaciòn de este componente. A pesar de los esfuerzos de los equipos del MSP y de la asistencia tècnica, la falta de un compromiso definitivo de parte del MSP detuvo los intentos de producir e implementar un esquema de supervisiòn.

La asistencia tècnica ha jugado un papel importante en la implementaciòn del proyecto y ha sido en general efectivo. A pesar de ser beneficiosa para el proyecto, la mayorìa de la asistencia no estuvo coordinada ni tuvo la contraparte apropiada. Al asistencia tècnica a largo plazo no tuvo una guìa y tampoco funcionò como equipo. La asistencia tècnica a corto plazo utilizada, generalmente no planificada ni fue de utilidad para los administradores del Proyecto y los Funcionarios de USAID. La futura asistencia tècnica deberà diseñarse y administrarse de manera que no se presenten nuevamente estos problemas

La Unidad de Coordinaciòn del Proyecto USAID/PREMI fue muy importante en cuanto a la administraciòn del proyecto y la coordinaciòn de un nùmero tan grande de agencias implementadoras y donadoras. La unidad fue importante para implementar las primeras fases del proyecto. Ahora, su rol original casi ha desaparecido y su propòsito funcional no està muy claro. La unidad debe rediseñarse a causa de los cambios del MSP bajo la nueva administraciòn.

El equipo de evaluaciòn observò que no se completaron ninguna de las actividades del sistema de informaciòn en salud. No existe una estrategia clara, unificada ni ordenada para mejorar los sistemas de informaciòn de supervivencia infantil. Los esfuerzos han sido frangmentados, algunas veces inconsistentes, y muchas veces inefectivos. La principal razòn para esto ha sido la falta de unidad y continuidad en los esfuerzos de llevar a cabo las actividades dentro de este componente del Proyecto PREMI.

El componente de comunicaciòn, con su estrategia de mercadeo social, jugò un papel muy importante en el desarrollo del Proyecto PREMI. Sin este componente el Proyecto no podrìa haber logrado los resultados positivos que logrò en cuanto a mortalidad y salud infantil. La comunicaciòn social, con su enfoque en investigaciòn en mercadeo, ha generado una considerable y efectiva, aunque

temporal, demanda de servicios de supervivencia infantil. Sin embargo, no se ha constatado que los conceptos y habilidades promocionadas por las estrategias de supervivencia infantil hayan producido cambios permanentes de comportamiento. Sin la publicidad que acompañò las actividades del PREMI, no existe garantìa de que la demanda de servicios de salud contìnue como hasta ahora, o que la poblaciòn objeto de PREMI continùe con las pràcticas apropiadas de supervivencia infantil. La estrategia para incrementar la demanda de servicos ha probado tener èxito en el logro de sus metas inmediatas; pero probablemente no ha realizado cambios a largo plazo en cuanto a actitudes y comportamientos de la poblaciòn. El ènfasis en mercadeo social desviò la atenciòn de los recursos humanos existentes, que pudieron haber jugado un papel clave en la comunicaciòn persona-a-persona como la "fuerza de venta" del Programa.

En general, las iniciativas de PREMI han permitido al Ecuador incrementar el nivel de esfuerzo para reducir la mortalidad infantil. Con la experiencia adquirida por el Ministerio con su Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y el Programa de Control de Enfermedades Diarrèicas (PCED), PREMI pudo unificar varias organizaciones e individuos dentro de su labor. Sin embargo, la mayorìa de los logros de PREMI tienen una falta de base, y si se tratara de repetir las intervenciones hoy en dìa el nivel de esfuerzo necesario para llevarlos a cabo serìa igual al utilizado cuando se los implementò por primera vez.

El MSP tuvo un èxito relativo en cuanto a expandir su capacidad de entrega de servicios durante los dos primeros años del Plan. Sin embargo, esta expansiòn temporal fue una respuesta a la demanda de servicios generados por el uso intensivo de actividades de comunicaciòn masiva y las campañas que se llevaron a cabo para mejorar las coberturas, especialmente en vacunaciòn y TRO. Varios factores limitaron la transformaciòn de la participaciòn del MSP en este esfuerzo nacional en capacidades permanentes. Algunos de estos factores son: la organizaciòn especìfica de PREMI; la existencia de dos instituciones principales involucradas en la implementaciòn de la estrategia; la guìa inicial y ùnica de INNFA; la concentraciòn de las demandas de acciones de crecimiento en INNFA muestra que las acciones de expansiòn y abastecimiento se concentraron en el MSP. Ademàs, la estructura y organizaciòn del MSP no respondiò a las necesidades del PREMI y a su enfoque en comunicaciòn social.

A pesar de estos inconvenientes, se logrò buenas experiencias con la participaciòn del MSP en PREMI. Entre ellas se cuenta la participaciòn de los trabajadores de salud en las actividades del PREMI y su concientizaciòn sobre la importancia de Supervivencia Infantil. Esta concientizaciòn deberà servir de base para los futuros esfuerzos de Supervivencia Infantil. A pesar de que el MSP

no utilizò todas las oportunidades para su desarrollo institucional, su compromiso hacia las nuevas acciones de supervivencia infantil ha abierto nuevas esperanzas.

A pesar de los malos resultados en cuanto a desarrollo institucional, las experiencias de PREMI han generado nuevas capacidades de diseño e implementaciòn de las intervenciones de supervivencia infantil. Estas capacidades deben ser reforzadas. Aùn considerando errores especìficos (sistema de informaciòn, supervisiòn, etc...), el proyecto incrementò la conciencia de las instituciones involucradas. Esta es una base positiva para un desarrollo futuro.

Uno de los problemas principales del proyecto es la ausencia de resultados en cuanto al desarrollo institucional, especialmente del MSP. Este problema no debe describirse como una completa falla en la implementaciòn del proyecto. Refleja una gran deficiencia en la diseño del proyecto, que no enfatizò actividades tendientes a desarrollar la habilidad de diseño y entrega de servicios de supervivencia infantil del MSP en bases regulares.

La mayorìa de los problemas del proyecto se relacionan con la implementaciòn y capacidad administrativa inadecuada e insuficiente de las agencias involucradas en el Proyecto. El equipo de evaluaciòn, durante la revisiòn del proceso de diseño, identificò las siguientes deficiencias: 1) falta de una estrategia especìfica para reducciòn de mortalidad infantil, a nivel nacional; 2) falta de distribuciòn efectiva de los recursos limitados; 3) falta de tiempo para el desarrollo del nuevo proyecto y; 4) falta de procedimientos administrativos y gerenciales adecuados y bien definidos, dentro de la enmienda del proyecto.

El uso de apoyo polìtico como un substituto de la concientizaciòn llevò a un compromiso inadecuado de las agencias e individos encargados de implementar los componentes del Proyecto. La divisiòn de la administraciòn del proyecto en por lo menos tres instituciones (MSP, INNFA y USAID) empeorò el problema de falta de compromiso. En los esfuerzos de diseño del futuro proyecto debe evitarse la divisiòn en la administraciòn y los problemas que èsto conlleva.

La estrategia de supervivencia infantil del Ecuador (CSCS) financiada por la Misiòn USAID, se completò en Marzo de 1988 y representa una estrategia apropiada y clara para el diseño del proceso. La CSCS se basa en la revisiòn de la mortalidad infantil actual en el Ecuador. Esto diò como resultado un cambio en las prioridades de las cobeturas de vacunaciòn y TRO, por factores de riesgo de mortalidad màs importantes: 1) bajo peso al nacer/nacimientos riesgosos; 2) desnutriciòn; 3) infecciones respiratorias agudas; 4) enfermedades diarrèicas; 5) enfermedades inmuno-

prevenibles. El proceso de diseño de 1985 puede compararse con el proceso de diseño utilizado en el desarrollo del Proyecto de Supervivencia Infantil para 1989.

La estrategia para incrementar la demanda de servicios ha probado ser un èxito en el logro de las metas inmediatas; sin embargo, el aumento de la entrega de servicios ha producido sòlamente logros moderados. No se han logrado las metas propuestas sobre expansiòn de la capacidad institucional.

En la siguiente secciòn de este informe se presentan las recomendaciones especìficas que pueden ayudar a reforzar las experiencias positivas del Proyecto y corregir otras.

2. RECOMENDACIONES

En esta secciòn el equipo de evaluaciòn presenta recomendaciones para la implementaciòn de las actividades de supervivencia infantil en el actual proyecto, asì como las recomendaciones para el diseño e implementaciòn de un nuevo proyecto de supervivencia infantil actualmente en discusiòn entre el MSP y USAID. En la primera parte de esta secciòn se discute un conjunto de recomendaciones globales. Posteriormente se presentan recomendaciones para àreas especìficas.

2.1. Recomendaciones globales:

Durante el ùltimo año de implementaciòn, el caràcter interinstitucional del proyecto cambiò dramàticamente debido a los cambios en el MSP entre Abril de 1987 y Julio de 1988, la salida de INNFA del proyecto y la inauguraciòn de la nueva administraciòn en el paìs.

Estos cambios han convertido al MSP en la institución màs importante en intervenciones de supervivencia infantil. Este factor debe tenerse en cuenta para la programaciòn del nuevo proyecto y el diseño de las nuevas iniciativas de supervivencia infantil que incluyan tanto iniciativas para la expansiòn y mejoramiento de servicos como para incrementar la demanda de estos servicios.

El MSP tiene necesidad de recibir mayor asistencia, para reforzar su habilidad para implementar intervenciones de supervivencia infantil en bases regulares. De la misma manera, cualquier esfuerzo de USAID para apoyar las actividades de supervivencia infantil en el paìs debe considerarse un factor prioritario para el reforzamiento de la capacidad institucional del MSP, para diseñar, implementar y evaluar acciones permanentes de SI. Los

esfuerzos para el reforzamiento institucional deben enfocarse hacia el nivel regional y provincial en lugar del nivel central del MSP, reforzando las ideas de decentralizaciòn y regionalizaciòn que ya estàn teniendo lugar en el MSP.

USAID deberà asegurar la participaciòn directa del Ministerio en el proceso de diseño. Esta participaciòn puede facilitarse con una concientizaciòn que motive el compromiso de agencias e individuos a cargo de la implementaciòn de los componentes del Proyecto. Todo esto determinarà el desarrollo de una estrategia especìfica para la reducciòn de la mortalidad en el paìs. Debe evitarse la utilizaciòn del apoyo polìtico para sustituir esta conciencia y compromiso.

Se recomienda fuertemente que el nuevo proyecto de supervivencia infantil enfoque las intervenciones hacia aquellas àreas e individuos màs necesitados, en lugar de continuar con una estrategia a nivel nacional. Los diseñadores del proyecto determinan las àreas geogràficas con la morbilitad y mortalidad màs alta, e identifican los instrumentos (por ejemplo: control de crecimiento) para determinar la poblaciòn de màs alto riesgo dentro de cada una de las regiones.

Deberà continuarse el enfoque hacia la inmunizaciòn y TRO (incluyendo promociòn de SRO y otras soluciones) dentro del proyecto. Sin embargo, se apoya fuertemente la decisiòn de dar prioridad a la nutriciòn/monitoreo de crecimiento e infecciones respiratorias agudas. Estas estrategias de supervivencia infantil deben acentuarse en un esfuerzo futuro a mayor escala, para mejorar la calidad de vida de los niños en el Ecuador: la interrelaciòn entre factores tales como IRA y desnutriciòn, son factores de riesgo de mortalidad infantil.

Estudios recientes han descrito la importancia de la mortalidad neonatal en las tasas de mortalidad infantil (casi la mitad del total de muertes infantiles). Debido a que la mortalidad neonatal es tan alta, es importante diseñar e implementar intervenciones que enfoquen hacia embarazos y partos de alto riesgo. La nueva estrategia de SI del paìs ha considerado esto. Se apoya fuertemente esta decisiòn.

El diseño del proyecto tambièn debe proveer una buena guìa para la administraciòn y gerencia de las intervenciones de SI; debe considerar la definiciòn de mecanismos efectivos de coordinaciòn, por medio de descripciones claras de las responsabilidades y lìneas de autoridad para la implementaciòn. Ademàs, deben definirse claramente las relaciones entre las varias instituciones con respecto a la implementaciòn del proyecto.

Las actividades del actual proyecto de SI deben ser reactivadas inmediatamente. Para hacer esto deben completarse las actividades programadas desde este momento hasta finales del proyecto (Diciembre de 1989). Esta programaciòn requerirà una asesorìa clara de la capacidad de la Divisiòn de Fomento y Protecciòn, y sus equipos tècnicos especìficos (PAI, CED, IRA, Nutriciòn) para llevar a cabo la implementaciòn, y el compromiso del MSP a reforzar estas unidades en caso de ser necesario. La asistencia tènica de USAID debe jugar un papel importante en el apoyo a esta tarea. La programaciòn de todas las actividades del PREMI debe completarse en un mes como màximo.

La programaciòn de las actividades de PREMI con relaciòn a nutriciòn/monitoreo de crecimiento e infecciones respiratorias agudas debe ser una prioridad, a pesar de que debe continuarse elènfasis en vacunaciòn y TRO (incluyendo promociòn de SRO y otras soluciones).

Deben analizarse a fondo las campañas para expandir los servicios e incrementar las tasas de cobertura, y redefinirse si es necesario. Las campañas nacionales deben estar estrechamente relacionadas con las metas para reforzar las instituciones permanentes, para mejorar la calidad y cantidad de servicios de supervivencia infantil que se entregan.

Tanto el esfuerzo actual de supervivencia infantil como el nuevo proyecto necesitan hacer buen uso del mercadeo social, con igualènfasis en el uso de medios masivos y desarrollo educacional para comunicaciones persona-a-persona. La estrategia de mercadeo social necesitarà la participaciòn de los recursos humanos existentes (doctores, trabajadores de salud, educadores y lìderes comunitarios), quienes deberàn servir como la "fuerza de venta" de este programa.

La Unidad de Coordinaciòn PREMI/AID ha perdido la mayor parte de su papel, a pesar de que existen recursos muy importantes dentro de la unidad que pueden facilitar la implementaciòn de las actividades dentro del actual proyecto. Se recomienda reestructurar la unidad para que pueda acoplarse a los cambios dentro del MSP, ocasionadas por la nueva administraciòn. Los recursos de la Unidad deben relocalizarse y/o redistribuirse. La necesidad de cambios dentro de la Unidad apuntan hacia la necesidad de redefinir la participaciòn directa de USAID en la implementaciòn del Proyecto. USAID debe intentar transferir el control sobre estos recursos a una unidad de implementaciòn apropiada dentro del MSP.

La asistencia tècnica debe continuar jugando un papel clave, tanto en las actividades dentro del actual proyecto como en las del nuevo proyecto. Es importante definir claramente procedimientos para utilizar esta asistencia tècnica. La AT ayudarà a la contraparte nacional, y por tanto debe contar con esta contraparte. El MSP (y cualquier otra institucion nacional que tenga

que ver con la implementaciòn del proyecto) debe liderar la implementaciòn; la AT deberà proveer apoyo tècnico. Tanto la AT a corto y largo plazo deben esforzarse por trabajar como mienbros de un equipo. Si no existe una contraparte nacional es probable que la AT no sea necesaria. Una relaciòn clara entre la AT y la contraparte nacional ayudarà a eliminar los actuales problemas en cuanto a planificaciòn, y selecciòn y uso real de cualquier tipo de asistencia tècnica. La Asistencia Tècnica para actividades de supervivencia infantil debe proveerse bajo la responsabilidad y direcciòn de una sola organizaciòn, con el propòsito explìcito de proveer continuidad en los asesores a corto y largo plazo durante la vida del proyecto.

Una ùltima recomendaciòn global que tiene que ver con la Evaluaciòn. Las actividades de evaluaciòn debe ser reprogramadas para el resto del proyecto PREMI hasta Diciembre de 1989. Una evaluaciòn ùtil depende del anàlisis correcto de datos ùtiles. Deben reorganizarse los datos de las encuestas CAP. Debe planificarse cuidadosamente el anàlisis de programas, basàndose en la disponibilidad de datos. Cuando sea necesario deben generarse datos adicionales, en un formato utilizable. Los datos ùtiles y un buen anàlisis son esenciales en el diseño, implementaciòn y revisiòn del Proyecto.

2.2. Recomendaciones para Intervenciones de Supervivencia Infantil

a. Orientar las intervenciones especìficas de supervivencia infantil hacia el nivel provincial. El apoyo de personal debe venir del nivel central y de la asistencia tècnica.

b. Para poder lograr "a", debe reforzarse la estructura administrativa y operativa del nivel provincial del MSP, para lograr una implementaciòn, supervisiòn y evaluaciòn màs efectiva del programa, tanto a nivel central como local.

c. Apoyar la programaciòn, implementaciòn y evaluaciòn de intervenciones, con aportes apropiados desde los sistemas de informaciòn de la administraciòn del MSP, tanto a nivel central como local.

d. Establecer y mantener procesos sistemàticos para la supervisiòn y evaluaciòn a todo nivel, particularmente a nivel operacional.

e. Promocionar la colaboraciòn entre las instituciones participantes, para la entrega de servicios durante los dìas de las campañas y las actividades regulares, con un ènfasis en la prevenciòn en el àrea de cada programa.

f. Reforzar los componentes del programa que proveen servicios a las madres y recièn nacidos, a travès de mejoras en el cuidado prenatal, entrega de servicios de salud, y servicios especiales para la madre de alto-riesgo. Promocionar la expansiòn y mejoramiento de los centros que entregan servicios perinatales.

A. Recomendaciones para el Programa Ampliado de Inmunizaciones:

a. Incrementar la atenciòn que se da a las visitas de niño sano, para garantizar la entrega de servicios integrados de salud a los niños, y asegurar un mejor cumplimiento del esquema de vacunaciòn durante el primer año de vida. Establecer un mecanismo que facilite un adecuado seguimiento de los niños recluìdos por medio de las campañas de inmunizaciòn.

b. Dar prioridad a la vacunaciòn de niños menores de 1 año, con una meta de cobertura del 80% para DPT, polio y sarampiòn. Reforzar el requerimiento de la vacuna BCG para la inscripciòn del niño, y mantener las tasas de cobertura de los años anteriores. Mantener una meta del 20% de cobertura para DPT, polio y sarampiòn para niños entre 1-4, para lograr eventualmente una cobertura acumulada del 80% en este grupo de edad.

c. Incrementar las actividades de inmunizaciòn para asegurar la administraciòn de la segunda dosis de TT para mujeres embarazadas, en provincias con altas incidencias de tètanos neonatal. Deben establecerse metas de acuerdo a los recursos humanos y econòmicos disponibles, y a la situaciòn epidemiològica de la provincia.

d. Reforzar los esfuerzos promocionales que enfatizan la importancia de la protecciòn contra enfermedades completando todo el esquema de vacunaciòn. Tomar en cuenta las tasas de deserciòn para vacunas que requieren dosis mùltiples.

e. Esfuerzos de vacunaciòn directos e intensivos, con prioridad a las provincias que de acuerdo a los estandar del PAI son las que tienen màs bajas coberturas. Reevaluar el estandar de cada provincia anualmente, para poder realizar la priorizaciòn.

f. Motivar al personal de salud para que mantengan las actividades regulares de vacunaciòn independientes de aquellas estrategias que tienden a recobrar los niveles anteriores de entrega de servicios. Mantener y facilitar las actividades regulares de vacunaciòn de las unidades de salud del MSP. Enfatizar la importancia de proveer vacunaciòn a niños durante las visitas espontàneas o en citas regulares.

g. Utilizar la experiencia de años previos, antes y durante PREMI, para futuros programas y campañas intensivas. Identificar las àreas administrativas y operacionales, que limitan un desarrollo posterior del programa de inmunizaciones.

h. Asegurar que el Gobierno asigne los fondos suficientes para importar las vacunas e insumos, para asegurar su disponibilidad permanente independientemente de los compromisos internacionales.

i. Lograr cooperaciòn tècnica y dirigir el apoyo de agencias privadas a àreas que han limitado el èxito de la implementaciòn del programa.

j. Reforzar y sensibilizar el sistema de vigilancia epidemiològica, como un componente esencial dentro de la evaluaciòn, planificaciòn e implementaciòn del programa.

k. Proveer el equipo necesario de cadena de frìo a las unidades de salud que tienen aùn necesidad, para actualizar lo provisiòn de cadena de frìo, y asegurar el mantenimiento del equipo. Implementar la cadena de frìo a nivel regional y cantonal. Enfatizar la elaboraciòn de normas para el mantenimiento y transporte de vacunas a los niveles provinciales y operacionales, como parte de la supervisiòn regular del personal. Apoyar la construcciòn del Banco de Vacunas del nivel central.

B. <u>Recomendaciones para el Control de Enfermedades Diarrèicas</u>

a. Continuar la promociòn de TRO y uso de SRO y otros lìquidos para el control de la diarrea, a travès de mensajes a los grupos de alto riesgo.

b. Promocionar la lactancia y el uso de leche de vaca para niños mayores, durante los episodios de diarrea. Proveer informaciòn sobre las pràcticas apropiadas de alimentaciòn durante los episodios de diarrea.

c. Capacitar al personal de salud de todos los niveles en el uso de TRO, de manera que puedan actuar como una "fuerza de venta" de los productos del programa dentro de la comunidad. Coordina la capacitaciòn a los estudiantes de medicina, por medio de las escuelas de medicina, para enfatizar la efectividad de TRO y no de los antibiòticos y otras medicinas contra la diarrea.

d. Mejorar la supervisiòn y monitoreo, crear normas para estas actividades y descentralizarlas.

e. Asegurar que las actividades intensivas y de corto plazo, como las campañas, estèn siempre bien integradas dentro de las metas e implementaciòn de programas màs extensos.

f. Mejorar la logìstica de distribuciòn de SRO a los puestos de salud. Estandarizar los sobres para facilitar su reconocimiento.

g. Sustituìr citrato por bicarbonato, segùn lo recomendado por OMS. Esto mejora la acidosis y logra deposiciones menos frecuentes y màs sòlidas en las primeras 24 horas.

h. Diseñar mecanismos de evaluaciòn para determinar el èxito del proyecto. Desarrollar indicadores para medir la efectividad de TRO.

C. Recomendaciones para Educaciòn Nutricional y Lactancia

a. Diseñar una estrategia global que incluya: i) pràcticas apropiadas de alimentaciòn infantil; ii) promociòn de lactancia y pràcticas apropiadas de destete; iii) capacitaciòn a trabajadores de salud en control de crecimiento y nutriciòn infantil; iv) educaciòn de la madre en nutriciòn infantil y en el uso del carnè de salud.

b. Es esencial que el personal del IIDES y del grupo CLAI de la Divisiòn de Fomento y Protecciòn del MSP, participen en el diseño de la estrategia del programa.

c. El diseño del programa puede beneficiarse de la asistencia tècnica contìnua de Manoff Internacional.

d. El diseño del programa debe basarse en el conocimiento adquirido de las actividades de investigaciòn llevadas a cabo por el ININMS (ahora IIDES) y Manoff Internacional, con apoyo de USAID y del Proyecto. Esta informaciòn debe servir de base para el diseño de un componente de nutriciòn y monitoreo de crecimiento y lactancia, asì como para identificar los elementos claves para la implementaciòn.

e. Desarrollar, producir y distribuìr materiales de educaciòn sobre nutriciòn y control de crecimiento, para el personal de salud del MSP y las comunidades.

f. Durante la implementaciòn del actual proyecto de supervivencia infantil deben iniciarse acciones en este campo. La programaciòn de estas actividades bajo PREMI deben tomar en cuenta su inclusiòn dentro del diseño del nuevo proyecto de supervivencia infantil.

D. Recomendaciones para el control de Infecciones Respiratorias Agudas

a. Debe redefinirse este componente por completo.

b. Las normas para tratamiento de IRA que ya se han desarrollado y que tienen una aceptaciòn general por parte de la comunidad mèdica, deben ser traducidas a esfuerzos pragmàticos. Las normas son el punto de inicio del diseño de las intervenciones.

c. Debe reforzarse el equipo del IRA de la Divisiòn de Fomento y Protecciòn del MSP.

d. La programaciòn bajo PREMI debe considerar cuidadosamente la inclusiòn eventual de estas actividades en el diseño del nuevo proyecto de supervivencia infantil.

2.3. Recomendaciones para Capacitaciòn y Supervisiòn:

a. Institucionalizar los procesos de capacitaciòn y supervisiòn dentro del MSP. Diseñar un sistema de supervisiòn que llene los requerimientos del MSP en distintos niveles.

b. Establecer un programa de capacitaciòn y supervisiòn formal con objetivos a corto, medio y largo plazo. El programa requerirà un monitoreo y evaluaciòn contìnuos, y el compromiso del nivel de toma-de-decisiones.

c. Descentralizar la asistencia tècnica al nivel provincial, permitièndoles la capacidad de coordinar con el nivel central. Esto aumentarà las posibilidades de transferencia de tecnologìa al nivel provincial y la expansiòn de las capacitades profesionales de las intervenciones de supervivencia infantil.

d. Estandarizar los informes de capacitaciòn y supervisiòn de PREMI, para verificar el logro de metas a corto, mediano y largo plazo. Llevar a cabo un monitoreo mensual en las àreas de salud, para asegurar el cumplimiento de las metas, asì como detectar los problemas operacionales.

e. Evaluar el material programado por el Plan Nacional de Supervisiòn del PREMI. A la fecha no se ha llevado a cabo una evaluaciòn de los logros del plan.

f. Asegurar que la tecnologìa de capacitaciòn y evaluaciòn de las agencias internacionales se quede en el paìs, por medio de la asignaciòn oficial, a tiempo completo, de los profesionales nacionales (contrapartes) a estas actividades.

g. Establecer una nueva agencia nacional para las actividades de capacitaciòn, supervisiòn y evaluaciòn en salud (o reforzamiento de la actual agencia). Esta agencia debe contar con un apoyo del gobierno a alto nivel.

i. Preparar un Plan de Seguimiento de las actividades de capacitaciòn del PREMI.

2.4. Recomendaciones para Operaciones dentro del Proyecto

a. Establecer o reforzar los mecanismos de consulta y coordinaciòn del nivel central, provincial, cantonal y local. Estos mecanismos deben incluìr a las instituciones que operan en el cuidado de la madre/niño y la supervivencia infantil (MSP, MEC, MBS, UNICEF, CARE y PVO's).

b. Establecer normas tècnicas de manera que las actividades de las instituciones que tengan que ver con supervivencia infantil, sean compatibles y los procedimientos uniformes.

c. Implementar un programa de capacitaciòn para profesores del MEC. Este programa explicarà las actividades de supervivencia infantil bajo el PREMI, y proveerà consejos y apoyo tècnico a los profesores. Estos profesores y el MEC pueden reforzar los esfuerzos del MSP entregando apoyo adicional a la comunidad, y difundiendo la informaciòn sobre las actividades del PREMI.

d. Programar y coordinar las actividades de informaciòn que tienen que ver con supervivencia infantil, para llegar al mayor nùmero de personas posible a travès de cada instituciòn.

e. Reforzar las estrategias PREMI dentro del sistema de distribuciòn del MSP. Considerar la necesidad de conseguir fondos especiales o especìficos para reforzar el sistema de transporte (por ejemplo: compra de vehìculos para cruzar el paìs).

f. Se requiere que los jefes de programa de la Divisiòn Materno/Infantil (PAI, CLAI, CED, IRA, MI) participen obligatoriamente en las actividades del PREMI, y que se evalùen sus logros y participaciòn.

g. A nivel provincial, incrementar el personal que realiza actividades de coordinaciòn a nivel nacional (Divisiòn de Fomento y Protecciòn). En la actualidad, un profesional està llevando a cabo mùltiples actividades, lo cual no le permite enfocar hacia cada subprograma exclusivamente.

h. Apoyar al personal administrativo provincial, proveyendo equipo y suministros bàsicos (por ej: papel, màquinas de escribir) que son necesarios para realizar su trabajo.

i. No limitar los futuros programas a la supervivencia infantil: incluìr tambièn a la madre (Programa de Supervivencia de la Madre y del Niño), y apoyar su crecimiento dentro del contexto socio-econòmico.

j. A nivel provincial, elaborar normas apropiadas para el nivel rural, y asegurar que se apliquen desde el nivel central.

k. Deben regionalizarse los servicios de salud de manera que se logre una mayor efectividad y control en la provincia, tanto administrativa como econòmicamente.

2.4.2. Flujo Econòmico y de Adquisiciones:

a. Distribuciòn de insumos: las adquisiciones futuras del exterior y locales deberàn realizarse por medio de agentes especializados y que estèn familiarizados con los requerimientos del Gobiernos de los Estados Unidos y con las necesidades del sector de salud ecuatoriano. Estos agentes deben ser capaces de completar el tràmite necesario para satisfacer las regulaciones de USAID y enviar el embarco al Ecuador.

b. USAID debe ayudar al MSP a encauzar sus procedimientos internos para asegurar que los insumos del proyecto sean desadunizados ràpidamente y distribuìdos eficientemente a las unidades operativas locales. Puede ser necesario contratar una asistencia tècnica local para apoyar al MSP en esta reforma administrativa.

c. Flujo econòmico: USAID deberà negociar con el MSP (debido a que el INNFA ya no participa en este proyecto) para mejorar los mecanismos de liquidaciòn de fondos de donaciòn dentro del lìmite de 90-dias que requiere AID.

d. El MSP deberà financiar las actividades del proyecto a nivel provincial de sus propios fondos, o acceder a desarrollar un mecanismo eficiente para liquidar los anticipos de fondos de donaciòn que se envìan a provincias. Deberà proveerse asistencia tècnica para ayudar en estas reformas.

e. El MSP deberà trabajar para incluìr en su plan anual de operaciòn, los fondos para apoyar las actividades complementarias del Proyecto (y compras esenciales como vacunas), en bases regulares.

f. Arreglos en la implementaciòn: El proyecto, en tèrminos de administraciòn de AID, debe encauzarse de manera que el MSP acepte las responsabilidades operacionales y la supervivencia infantil como una prioridad del MSP, asì como tambièn compromisos presupuestarios.(Pago de impuestos por ejemplo)

g. USAID debe ayudar al MSP a encauzar sus procedimientos administrativos y gerenciales, para obtener mayor flexibilidad en la administraciòn de fondos y compra de bienes y servicios.

h. El proyecto debe depender menos de la donaciòn de equipo e insumos por parte de USAID, llevando a cabo las compras por medio de los agentes especializados.

2.4.3. La Cadena de Frìo:

a. Cualquier programa futuro sobre reducciòn de mortalidad y morbilidad infantil debe incluìr recursos financieros para mantener, reparar y reponer la Cadena de Frìo.

b. Desarrollar actividades de capacitaciòn sistemàtica en-el-trabajo, en cadena de frìo.

c. Mantener un programa regular de superevisiòn para la utilizaciòn y administraciòn apropiada de la cadena de frìo.

d. Realizar inventarios de los recursos a nivel de las unidades provinciales y operacionales.

e. Documentos de trabajo producidos por los tècnicos en mantenimiento ya capacitados.

f. Asegurar la provisiòn adecuada de repuestos y piezas a nivel provincial, para los equipos de refrigeraciòn y congelaciòn.

g. Contruìr un nuevo Banco de Vacunas en el nivel central, para lo cual al momento estàn disponibles los estudios, planos y financiamiento.

2.5. Recomendaciones para el Sistema de Informaciòn de Salud

2.5.1 A nivel general:

a. Realizar un compromiso verdadero para desarrollar y mejorar el Sistema de informaciòn en salud (SIS) en el Ecuador.

b. Reconocer el alcance del desarrollo de un SIS como un proceso permanente que mejorarà gradualmente hasta convertirse en algo ùtil. Necesita para esto una estrategia modular, acumultativa, diseñada e implementada con un sistema mayor en mente.

c. Las actividades del SIS deberàn enfocar hacia el mejoramiento y evaluaciòn de las actividades de supervivencia infantil, pero el trabajo no debe limitarse a los componentes relacionados con supervivencia infantil.

d. Cambiar el enfoque de la dependencia de un estudio especial y encuestas, al desarrollo y mejoramiento del Sistema de Informaciòn de Salud.

e. Pueden seguir utilizando encuestas especiales bajo circunstancias especìficas: i) si la naturaleza de la informaciòn es tal que no se puede obtener del sistema regular de recolecciòn de datos; ii) la informaciòn puede obtenerse del sistema regular de recolecciòn de datos pero el actual sistema no lo considera lo suficientemente preciso.

f. Mejorar la precisiòn de los datos generados a nivel de unidades de salud, considerando el ambiente y los recursos humanos y financieros limitados con los que se opera.

g. El desarrollo del sistema a nivel central no puede ignorar que se necesitan mejorar a nivel de la unidad operativa, debido a que la informaciòn que se genera no es precisa ni ùtil. Para considerar los requerimientos tanto del nivel central como del local, se recomienda trabajar en el nivel central y local al mismo tiempo.

h. Se recomienda iniciar en el nivel central con actividades similares a las del Sistema de Informaciòn Ejecutivo desarrollado inicialmente por Birch & Davis, con dos objetivos principales: i) identificar los componentes del sistema con los que se trabajarà, e iniciar el desarrollo de modelos de decisiòn para estos componentes; ii) desarrollar capacidad bàsica anàlitica y de datos dentro del MSP a nivel nacional y en algunas provincias de ser posible.

i) Se recomienda el diseño e implementaciòn de un plan piloto de intervenciòn/puestos centinela a nivel local, para desarrollar metodologìas para comprender los procesos de decisiòn y mejorar la capacidad anàlitica en los distintos niveles de las unidades de salud.

2.5.2. Pasos especìficos:

a. Crear un equipo de profesionales en anàlisis e informaciòn de sistema (Equipo de SIS), que cuente con apoyo y recuros apropiados. Parte de este equipo ya està funcionando. Existe el personal de la Divisiòn Nacional de Informàtica del MSP y la asistencia tècnica a largo plazo.

b. Organizar un taller de capacitaciòn con personas del màs alto nivel dentro del MPS, para formular un estrategia global para el SIS. El taller durarà aproximadamente una semana y tendrà dos componentes: i) charlas, discusiones y estudio de casos para proveer antecedentes de conceptos teòricos basados en un SIS bien diseñado; ii) sesions de trabajo estructuradas, diseñadas para aplicar conceptos teòricos a una situaciòn existente, y para desarrollar un formato de trabajo y lineamientos bàsicos de operaciòn para ejecutar el SIS.

c. Organizar talleres de SIS para diseñar componentes particulares del SIS con màs ènfasis en procesos de decisiòn con relaciòn al àrea a cubrir.

d. Desarrollar modelos de componentes seleccinados. El desarrollo de modelos consistirà en: i) identificaciòn de fuentes de informaciòn; ii) organizaciòn del diseño integrdo de informaciòn y base de datos, y; diseño de un sistema de investigaciones e informes.

e. Los miembros del equipo de SIS deberàn recibir capacitaciòn por medio de un taller u otra forma, en cuanto al diseño de bases de datos, para facilitar el proceso de diseño.

f. Establecer un equipo especial para diseñar e iniciar el sistema de puestos de vigilancia centinela a nivel de unidades operativas. Estos pueden ser parte del equipo del SIS o un grupo individual apoyado por el equipo de SIS.

g. Desarrollar una base de datos para el INEC/MSP (y modelo poblacional) para hacer una hipòtesis y probar lo que està sucediendo en las unidades de salud y en la poblaciòn como un todo.

h. Desarrollar un modelo de mortalidad/morbilidad para ajustar el sub-registro y obtener "mejores" estimados de mortalidad.

2.6. Recomendaciones para Comunicaciòn y Mercadeo Social:

2.6.1. Investigaciòn.-

a. Deberà realizarse un esfuerzo inmediato para analizar a profundidad los resultados de los estudios de CAP que ya han sido completados. Esto permitirà una estimaciòn màs cierta sobre el impacto del componente de comunicaciòn en los ùltimos 36 meses.

b. Uno de los objetivos del anàlisis de los resultados de las CAP deberà ser el ayudar a planificar una nueva propuesta de comunicaciones para apoyar el futuro programa de supervivencia infantil.

c. Deberà llevarse a cabo un nuevo estudio CAP durante el año de 1989. El estudio deberà ser especìficamente sobre comunicaciones y deberà identificar los efectos de las campañas de comunicaciòn que se utilizaron y los cambios sustanciales que provocaron en el programa de supervivencia infantil.

2.6.2. Planificaciòn:

a. Deberà elaborarse una nueva propuesta para el uso de comunicaciònes en apoyo al programa de supervivencia infantil. Esta propuesta deberà combinar el modelo de mercadeo utilizado en PREMI con otros que enfatizan un nivel rasonable de comunicaciòn persona-a-persona. La meta es lograr cambios en los comportamientos, a travès de la educaciòn y automotivaciòn. El programa de comunicaciòn deberà generar una demanda de servicios de salud a largo plazo, reconociendo la diversidad cultural de la poblaciòn objeto y de las limitaciones presupuestarias del proyecto.

b. Las instituciones que implementaràn el programa - especialmente el MSP - deberàn participar en el diseño de la propuesta de comunicaciòn y sugerir cambios, en caso de ser necesario.

c. Deberà desarrollarse un plan operativo para la vida del proyecto de comunicaciòn. Este plan deberà ser claro, preciso, flexible, en lugar de general y vago.

d. El plan operativo deberà discutirse, modificarse y ser aprobado por los representantes de las instituciones involucradas en el proyecto. Esto deberà hacerse por medio de seminarios formales donde pueda documentarse el proceso de una manera racional y clara. En estos seminarios deberàn

determinarse las responsabilidades operacionales, administrativas y tècnicas de las partes.

2.6.3 Capacitando a personal del proyecto.-

a. Deberà prepararse un plan de capacitaciòn para el personal permante de las instituciones participantes. La capacitaciòn deberà abarcar: i) planificaciòn en comunicaciòn y educaciòn; ii) investigaciòn; iii) producciòn; iv) pruebas en las àreas; v) evaluaciòn; vi) seguimientos; vii) coordinaciòn interinstitucional.

b. La capacitaciòn deberà ser a corto, medio y largo plazo. Deberà considerarse un programa profesional en las universidades extranjeras.

2.6.4. Estrategias de Comunicaciòn.-

a. La comunicaciòn no deberà considerarse una "campaña" sino un proceso permanente que continuarà luego del programa en si. La audiencia objeto de la comunicaciòn y los tècnicos en salud pùblica, perciben una "campaña" como algo que termina. Un proceso permante durarà hasta que se logre la meta del programa y una cambios permanente de actitudes y comportamientos.

b. El programa de comunicaciòn deberà considerar al personal del MSP como un pùblico especial y prioritario. La meta es el motivar a los empleados para que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios que provee el MSP.

c. Deberàn identificarse los grupos sociales dentro de la audiencia objeto, de manera que el programa de comunicaciones logre llegar a la poblaciòn objeto de la manera màs efectiva.

d. El "proceso de movilizaciòn" deberà desarrollarse utilizando las lecciones aprendidas en el trabajo anterior. Algunas de estas lecciones a recordarse son: i) no diseñar un programa demasiado grande para coordinar, supervisar y operar; ii) el programa no deberà requerir màs tiempo, esfuerzo y dinero que aquel que estàn aportando las instituciones.

e. El MSP y el MEC deberàn ser la base para la movilizaciòn, y deberàn compartir responsabilidades para el desarrollo y operaciòn del programa.

f. El programa deberà utilizar los medios que permitan una participaciòn màs activa de las instituciones bàsicas, que reflejen el pensamiento de una comunidad local especìfica.

g. Deberà invitarse a todas las instituciones de desarrollo comunitario para colaborar en la producciòn de materiales, y en el uso de los medios de comunicaciòn comunitaria, utilizando sus propios medios de acciòn no sòlamente para "mover" a la poblaciòn a demandar los servicios de salud, sino tambièn para educar a las audiencias respectivas en aspectos generales y especìficos de salud.

h. La educaciòn en supervivencia infantil por parte de organizaciones de desarrollo no deberà organizarse en base a "movilizaciones" artificiales y presiòn a la comunidd. Deberà formar parte de las actividades regulares de organizaciòn y guiar a la poblaciòn hacia una concientizaciòn de que buenas pràcticas de salud deben seguirse todo el año y no sòlo durante las campañas.

i. El programa de comunicaciòn deberà dar gran prioridad a los programas de educaciòn tanto dentro como fuera de los sistemas escolares, capaz de continuar con la educaciòn en supervivencia infantil dentro de sus comunidades. Para lograr esto, la estrategia de comunicaciòn deberà incluir la "preparaciòn" de un esquema adecuado, producciòn de materiales, capacitaciòn de instructores, y motivaciòn de personal directivo, administrativo y de supervisiòn de la estructura nacional de educaciòn.

j. Deberà mejorarse el sistema de selecciòn y reselecciòn de estaciones de radio utilizadas para difundir los mensajes educacionales y motivacionales.

k. Deberàn elaborarse mecanismos que garanticen el control de los mensajes por los diversos medios de comunicaciòn.

l. Los programas educacionales para enseñar a las familiar sobre las estrategias de supervivencia infantil deberàn reeditarse e incrementarse su nùmero. Estos deberàn poner èn fasis en programa de educaciòn a distancia.

m. Deberà instituìrse un sistema de capacitaciòn en servicio a especialistas, para producir material de radio, televisiòn y prensa. El sistema de capacitaciòn deberà ser indenpendiente de las instituciones responables del programa de supervivencia infantil y deberà contar con recursos de alta calidad.

n. Deberà incrementarse la producciòn y transmisiòn de programas educacionales en la televisiòn pùblica y de circuito cerrado. Los formatos de los programas deberàn utilizar tècnicas de mercadeo y ser cientìficamente correctos, sin ser complejos o difìciles de entender.

o. Deberà enfatizarse el diseño de un mensaje guìa (antes de la campaña) dentro de la campaña de comunicaciòn. Este mensaje deberà perdurar durante todo el programa.

p. Deberà crearse un equipo de comunicaciòn dentro del MSP que tenga suficiente personalidad, autonomìa y capacidad de negociaciòn para crear las coordinaciòn necesaria entre el MSP y las otras instituciones participantes.

q. Deberà establecerse un sistema de revisiòn del programa de comunicaciòn, que permita no sòlo el anàlisis cuantitativo sino tambièn el cualitativo, que pueda identificar y realizar los cambios necesarios dentro del programa.

r. Deberà descentralizarse la planificaciòn del programa de comunicaciòn, producciòn de medios y esfuerzos de investigaciòn y evaluaciòn.

s. Deberà documentarse el proceso de comunicaciòn de manera que puedan compartirse con otros las lecciones aprendidas a travès del programa, y aplicarlas a otras àreas de salud familiar.

t. Finalmente, en un inicio deberà existir un programa especial para reforzar la importancia de los programas de supervivencia infantil y comunicaciòn y educaciòn en salud. Si no se lo hace, nada de lo anterior funcionarà. Se tiende a considerar a la comunicaciòn como un apèndice del trabajo de salud pùblica, que puede eliminarse o limitarse sòlamente a "recibir òrdenes". Deberà convertirse en una parte del proceso global de planificaciòn para evitar que deseche el programa.

APENDICE A

PERSONAS ENTREVISTADAS

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Lcdo. Alfredo Altamirano	Director de Operaciones (MSP)
Dr. Fausto Andrade	Asesor/Coordinador Nac. de Salud
Dr. Galo Andrade	Director del Hospital Cantoal de Pillaro.
Dr. Humberto Baquero	Subsecretario de Salud 1985
Dr. Marco Bedoya	Director Financiero (MSP)
Dr. Jorge Bracho	Ministro de Salud 1986-1987
Dr. Oswaldo Egas	Director de Planificaciòn (MSP)
Dr. Fàtima Franco	Divisiòn de Epidemiologìa, Region II (MSP)
Lcda. Enriqueta Freire	Enfermera del Centro de Salud Emilio Marìa Teràn de Tungurahua
Dr. Manuel Gallegos	Director de la DPS de Tungurahua
Lcda. Rosario Lara de Jàcome	Enfermera del Subcentro de San Miguelito en Tungurahua
Dr. Carmen Laspina	Jefe del PCED
Dr. Nelson Laspina	Director de Planificaciòn (MSP)
Dr. Pedro Lovato	Antiguo Director de Fomento y Protecciòn (MSP)
Dr. Pablo Martìnez	Coordinador PREMI/MSP
Dr. Enrique Moreta	Jefe de la Divisiòn Materno Infantil en Tungurahua
Dr. Jacobo Moreta	Jefe del PAI
Dr. Antonio Orquera	Jefe de Servicios de Salud de Tungurahua
Lcdo. Vìctor Ortega	Educador para la Salud (MSP)
Dr. Bernando Ramìrez	Asesor Administrativo (MSP)
Dr. Marcelo Romàn	Jefe del PCIRA
Lcda. Umanda Santa Ana	Enfermera de la DPS de Tungurahua
Dr. Roberto Sempertegui	Jefe de la Divisiòn de Epidemiologìa (MSP)
Econ. Raùl Stacey	Jefe de la Divisiòn de Estadìstica (MSP)
Lcda. Teresa de Tapia	Enfermera de la Div. MI (MSP)
Dr. Walter Torres	Jefe del Programa MI (MSP)
Dra. Magdalena Vanoni	Nuevo Jefe de la Div. MI (MSP)

AGENCIAS INTERNACIONALES

Sr. Joseph Baldi	Coordinador PREMI/AID
Dr. Oswaldo Barrezueta	Asesor de OPS para PAI
Dr. Jaime Benavente	Asesor a largo plazo para Evaluaciòn (PREMI)
Dr. Lenin Guzmàn	Oficial de Programas de Salud de UNICEF
Ms. Joanne Jones	Jefe del Programa de Supervivencia Infantil

Dr. Eduardo Navas	Asesor a largo plazo de PREMI/MSP/ AID
Dr. David Nelson	Asesor en Capacitaciòn de PREMI/AID
Ms. Kate Jones-Patron	Subdirector de Salud de AID
Lcda. Pilar Rivas	Oficial de Comunicaciòn de UNICEF

INNFA

Dr. Eduardo Contreras	Asesor a largo plazo para Evaluaciòn (PREMI/INNFA)
Dr. Reinaldo Pareja	Asesor a largo plazo para Comunicaciòn (PREMI/INNFA)
Dr. Marco Polo Torres	Jefe de la Divisiòn de Comunicaciòn PREMI/INNFA

MINISTERIO DE EDUCACION (OTIDES)

Lcda. Eloisa Gortaire	Directora de OTIDES/MEC
Lcda. Myriam Vera	Jefe Provincial de Educaciòn para la Salud de OTIDES/MEC en Manabì
Lcdo. Marcelo Ocampo	Jefe Provincial de Educaciòn para la Salud de OTIDES/MEC en Cotopaxi
Lcdo. Juan Dìaz	Jefe Provincial de Educaciòn para la Salud de OTIDES/MEC en el Oro.

OTROS

Dr. Fausto Castellanos	Delegado de la FFAA para PREMI
Dr. Antonio Crespo	Mèdico (PREMI/MSP)
Ms. Ana Marìa Merchàn	Asistente Administrativa de la Unidad de Coordinaciòn PREMI/AID
Econ. Vìctor Hugo Mora	Contador de la UC PREMI/AID
Dr. Fernando Sacoto	Delegado de la Fundaciòn E. Espejo para PREMI

APENDICE B

DOCUMENTOS UTILIZADOS EN LA EVALUACION DE PREMI

1. Plan de Implementaciòn (Primer borrador/PREMI Enm. 8)
2. Informe de Alcance de actividades No. 4
3. Estado Financiero Nov. 12/87
4. CED II Semestre 1987 / Presupuesto
5. CLAI II Semestre 1987 / Presupuesto
6. PAI II Semestre 1987 / Presupuesto
7. PNCS II Semestre 1987 / Presupuesto
8. Balance del Presupuesto del Plan de Implementaciòn
9. Estado Financiero PL480/PD&S - estados financieros varios
10. Informes de Birch & Davis

    10.1 Proyecto para el desarrollo del Sistema de Informaciòn/ PREMI
    10.2 Informe con carta al Proyecto/Red de Trabajo preliminar para el Sistema de Informaciòn para AID y el MSP
    10.3 Informe de Viaje Roger D. McCreery - Oct.25-Nov/87
    10.4 Cartas a Joannes Jones Dec/87 con datos estadisticos.
    10.5 Propuesta de Proyecto - Bob Murray - Sistema de Informaciòn para el MSP del Ecuador.

11. Plan Nacional de Capacitaciòn y Supervision.
12. Plan Nacional de Capacitaciòn y Supervisiòn incluyendo introducciòn.
13. PAI - Modelo gràfico del memorando de acuerdo para el Plan Quinquenal.
14. Informe de la distribuciòn de vacunas a provincias Oct/87
15. Banco Regional de Vacunas
16. Banco de Vacunas
17. Normas Internas. Coordinador Interno, Acta Interagencial, Coberturas de Inmunizaciòn para 1986
18. CED/PIO/C Expansion de servicio. Informe Bianual de los asesores a largo plazo de Healthcom - Abril 1987, Sept. 30/87.
19. Informe - Encuesta Nov. 9/87
20. Estrategias de Supervivencia Infantil
21. Cartas de Implementaciòn del Proyecto

    21.1 Donaciòn
    21.2 ESF/INNFA

22. MANOFF/ININMS

    22.1 Estrategia de Comunicaciòn MPT-1 y MPT-2
    22.2 Carta Dr. Lovato Jan.19/88 con Memo a Marcia Griffiths.
    22.3 Memorando Confidencial al Dr. Goldman
    22.4 Carta de Acuerdo
    22.5 Carta de Acuerdo con memorando
    22.6 Investigaciòn Cualitativa sobre pràcticas alimentarias
    22.7 PIO/T Enmienda 9

22.8 Programa de Educaciòn en Nutriciòn - Sep/87. Investigaciòn Cualitativa. Propuesta Oct/87

23. SRO

23.1 Traducciòn/Stanton, Binita, F. Rouland, Michael G.M.; Clements.
23.2 Lista de insumos
23.3 Memo M892-87, Confidencial, Destrucciòn de Sales.
23.4 FHD 941/87, Dec. 9/87, Carta al Dr. Pablo Martìnez

24. PREMI - Actividades

24.1 Tabla de Contenidos de la Investigaciòn, archivo PREMI/INNFA
24.2 Corolarios
24.3 Componentes de Proyecto. Cuadro. Oficio PREMI M566-86
24.4 Anexo III-A, Informe del Estado de Actividades

25. PREMI - Comitè Ejecutivo

25.1 Informe de Comunicaciòn y Mercadeo Social. PREMI/INNFA
25.2 Acta del Comitè Ejecutivo de PREMI. July 23/87

26. PRICOR

26.1 Informe sobre las Investigaciones Operacionales. Plan de Actividades. June 5/87
26.2 Subsistema de Informaciòn para atenciòn ambulatoria. MSP
26.3 Propuesta: Plan de Actividades Plan. Quito, Sep.1/87

27. CAP

27.1 Encuesta CAP al personal de salud
27.2 Normas PREMI. Para contestar preguntas del CAP/personal
27.3 Encuesta CAP a las unidades de salud y recursos humanos. Recolecciòn Anual de Datos.
27.4 Informe de Trabajo. Preprueba del inventario. CAP/ personal de salud.
27.5 Traducciòn del memorando de Marjorie Pollack. Abr.5/86

28. PRICOR.- Descripciòn del Proyecto: Francisco Sevilla

28.1 Sistema de Informaciòn en Salud para cuidados ambulatorios. MSP
28.2 Modelo de Capacitaciòn
28.3 Anexo de Capacitaciòn
28.4 Plan de Capacitaciòn
28.5 Modelo Logìstico
28.6 Aprobaciòn del Plan de Actividades

29. INVENTARIO - 1986

29.1 Encuesta (copia final)

29.2 Encuesta No.
29.3 Inventario de los recursos de salud del MSP.

30. PRICOR.- Anàlisis de Datos

30.1 Memorando
30.2 Requisitos legales

31. PRICOR.- Informes del Dr. Francisco Sevilla
Informe Tècnico No. 2 del estado de actividades

32. PRICOR.- Sub-acuerdo
Resumen Presupuestario

33. PRICOR.- Miniprueba
Anexos 1, 2, 3, 4 y 5

34. REPORTES A AID

34.1 Juego de Informes del Proyecto de Supervivencia Infantil. Ref. Guìa FY 10/87
34.2 Indicadores Bàsicos de Supervivencia Infantil: 1986
34.3 Tasa de Mortalidad Infatil en Sud America. Conv.
34.4 Acceso a SRO y uso de Asistencia al Sur de AID
34.5 Supervivencia Infantil (El administrador)
34.6 AID Policy Paper / Health Assistance

35. INFORMES DEL PROYECTO PREMI

35.1 Cuatro paginas: Proyecto de Supervivencia Infantil AID
35.2 Datos de Soporte: Abril 1/86-Sept.30/86 (Informe Bimensual No.8).
35.3 ECUADOR CHILD SURVIVAL ACTION PROGRAM FIRST. PROGRESS REPORT AS OF Sept. 30/85.
35.4 PREMI - M150/86
35.5 PREMI - M395/86
35.6 (Rg-87/amm)
35.7 (Rp 10) Oct.1/86-Marzo 31/87. Perìodo del Informe

36. OPS
Introducciòn (un curso de capacitaciòn para supervisores de areas de salud locales)

37. INNFA - COMMUNICACION

37.1 Memo al archivo. Asunto: Reuniones preliminares para...
37.2 Estrategia de investigaciòn en comunicaciòn PREMI
37.3 Anàlisis de la prueba del curso radial de PREMI
37.4 Evaluaciòn de los coordinadores de los comitès de comunicaciòn provinciales
37.5 Anàlisis de la investigaciòn motivaciones a mèdicos en los Rìos, PREMI.

38. COMMUNICACION

38.1 Por la vida de los niños
38.2 La segunda campaña PREMI
38.3 Uso especìfico de los materiales de promociòn (1ra. pàgina.)

39. COMMUNICACION AED

39.1 Informe Bimensual del Programa de Comunicaciòn
39.2 Estudios de Pràcticas de Salud
39.3 Actividades de Difusiòn
39.4 Del Dr. Reynaldo Pareja a Martita Marx. Informe Semestral (Oct. 85 - Marzo 86)
39.5 Healthcom. Informe de Viaje
39.6 Prueba de mensajes VIII-27-86

40. Item 1. Mes en que se vacunò a los niños
41. Acta del comitè tecnico para analizar la situaciòn del paìs y programar las campañas intensivas de vacunaciòn.
42. INNFA/PREMI. Informe de Comunicaciòn y Mercadeo.
43. Informe Final del Sistema de Informaciòn, Francisco Sevilla.
44. REACH - Estudio de Costo/Efectividad
Los costos/efectividad de las estrategias de vacunaciòn en el Ecuador (Agosto 10/87)
45. Capacitaciòn en Cadena de Frìo
Diagnòstico de la necesidad de equipo y cadena de friò adicional para el Plan PAI de Ecuador.
46. EVALUACION:
Resumen de la estrategia de evaluaciòn propuesta para PREMI
47. EVALUACION DE PREMI:
Memorando
48. Comentarios sobre el "Alcance de Trabajo" del Asesor en Evaluaciòn a Largo Plazo de PREMI.
49. REACH - Infomres de Marjorie Pollack

49.1 Anàlisis de las coberturas de vacunaciòn. Aug-Sept/86
49.2 Traducciòn del Informe de Marjorie Pollack.
49.3 Datos Preliminares
49.4 Requisitos

51. International Nutrition Communication Service Consultant Report Series. Final report of the KAP2 PREMI. May/87, Chessa Luther.
52. Final Report INCS Consultant Report Series.
53. Training of nurses on mother-child care
54. Plan de Implementaciòn (Junio-Deciembre/87)
55. Informes Trimestrales de Actividades. Equipo CLAI. (Ene-Mar/87)
56. Programaciòn de actividades (Jun-Dic./87). Jefe del PAI

57. PLANES DE IMPLEMENTACION DEL MSP

57.1 PREMI-C518-86, Sept. 12/86
57.2 Plan de Implementaciòn (Jun-Dic/87)
57.3 Cuadros 2 y 3 del presupuesto propuesto
57.4 Plan de actividades para el segundo año del proyecto, PREMI/MOH (86-87)
57.5 Plan Anual del Proyecto PREMI 1985-1986

58. INFORMES TRIMESTRALES
INFORMES DEL ESTADO DE ACTIVIDADES (ANEXO IIIA)
INFORMES DE ACTIVIDADES DE PREMI/MSP

58.1 Enero-Marzo/86
58.2 Abr-Jun/86
58.3 Jul-Sept/86
58.4 Oct-Dic/86
58.5 Financiamiento - Montos (Jun/85-May/87)
58.6 Proyecto de Supervivencia Infantil en el Ecuador - PREMI
58.7 Proyecto de Supervivencia Infantil.
58.8 Informes bianuales (Oct.1/87-Mar/88)
58.9 Comentarios sobre los resultados de la encuesta luego de la primera campaña PREMI
58.10 Plan PREMI en Ecuador. Informe 1985-Enero 1988
58.11 October/87-March/88. Rural Health Delivery System (Child Survival) PREMI.

60. Programa de Control de Enfermedades Diarrèicas - PREMI, Feb/88
61. Research 1 notebook - PREMI
62. Research 2 notebook - PREMI
63. First report on the fulfillment of the National Training & Supervision Plan. July-September/87
64. Third report on the fulfillment of the National Training & Supervision Plan. January-April/87
65. National Training and supervision Plan. PREMI/MOH, April/87
66. Immunization, Oral Rehydration Therapy, Breastfeeding, Child growth monitoring. INNFA, October/85.
67. Proposal for the operation of PLIS and the direct supervision of services
68. Brackground. October/87-March/88
69. Administrative Problems. September/86
70. Human and physical resources reseach, KAP health units. MOH in Ecuador. Project MOH/USAID, July/86.
71. Summary of the financing of public health in Ecuador. May-June/88.
72. Inventory of Resources in Health Units of the MOH in Ecuador. November/86
73. Org.chart of the Financial Division of the Central Level
74. Integrated Rural Health Delivery System 2 - USAID
75. Integrated Rural Health Delivery System 3 - USAID
76. PREMI Evaluation Information System Activities
77. PVO Child Survival Survey
78. Child Survival, June/88
79. Survey, October/88
80. Report of PREMI Project 1, August/85
81. Report of PREMI Project 2, September/85

82. Report of PREMI Project 4, Sept.-Oct./85
83. Report of PREMI Project 5, December/85
84. Report of PREMI Project 6, March/86
85. Report of PREMI Project 7, June/88
86. Report of PREMI Project 8, June/88
87. Status of PREMI activities, April/87
88. Partial report of the results of the survey to mothers on knowledge, attitudes and practices in child health, July-August/86.
89. Study of attitudes to increase MOH health units in Ecuador, November/86.
90. Inventory of health unit resources of the MOH in Ecuador, November/86
91. Immunization coverage analysis - USAID, Aug.-Sept/86
92. Child Survival in Ecuador - USAID, November/87
93. Trip Report, March 31-April 5/86
94. PCPA PREMI Evaluation
95. Trip Report, June 1-6/87
96. Trip Report, Jan.26-Feb.7/87
97. Trip Report, Jan.11-18/88
98. Study of the attitude of mothers and health personnel in immunization, MOH, April-July/86
99. Grant and Loan Funds Agreement, June/85
100. Assissment of the options for providing oral rehydration salts (ORS) in Ecuador, USAID, September/87.
101. Healthcom Evaluation Group, March 1988
102. Research 2 notebook - PREMI
103. Research 4 notebook - PREMI
104. USAID Ecuador Child Survival Strategy, Feb./88
105. Rural Health Services Delivery System, June 20/85, Amendment 8.
106. National Diarreheal Disease Control Program, 1987
107. National DDC Program - Ecuador 1979-1986
108. MOH-Ecuador request to United Nations, in support to the Child Survival strategies, April 1984
109. Quick evaluation of PREMI - UNICEF, March 1986
110. Child Survival Program (PREMI). UNICEF/PAHO/WHO/AID Collaboration, May/85
111. Minute of the meeting of the technical group to analyse the situation of EPI and program the intensive immunization campaigns, March 1988. Report from Chorlavi.
112. The intensive immunization campaigns of PREMI, March 1988
113. Immunization coverage analysis, USAID-Ecuador, Sept./86
114. Research 3 notebook - PREMI
115. Report of the evaluation of the VI PREMI campaign and of the first semester of 1987 of EPI, December 1987
116. Development of health posts, 1985-1986
117. Development of health posts, 1987
118. PREMI/INNFA report 1985-1988
119. PREMI, the big ecuadorian effort
120. Diagnosis of the needs of cold chain and other commodities, EPI-Ecuador, May 1985.
121. Epidemiological Bulletin No. 11, Jan-Mar/86
122. Epidemiological Bulletin No. 16, Apr-Jun/87

123. First annual plan for the PREMI Project, 1985-1986. Program of activities.
124. Report on the status of activities of the Coordination Unit USAID, 1986-1988, Twelve reports.
125. Evaluation of the Information System of EPI and analysis of the the KAP on immunization coverage, November 1987
126. EPI, MOH 1987-1991. Five year plan
127. DDC Activities, Ecuador 1988
128. Joint study between AED and SERVIPHARM, Ecuador 1988, on practices and attitudes of ecuadorian physicians towards ORT
129. Community participation in the diagnosis of ARI in children, March 1983.
130. Provincial workshop for the organization of the IRA program for children under five years, 1987
131. Illnesses caused by IRA, Ecuador 1981-1985
132. Child Survival in Ecuador. Report for the USAID Mission in Ecuador, November 1987
133. Final report on the results of KAP2 PREMI, on growth monitoring and child feeding, May 1987
134. Programming of activities of CLAI, PREMI, 1987-1988
135. Annual Vital Statistics, INEC, Ecuador, 1985-1986-1988
136. Annual Hospital Statistics, 1983-1986
137. File of expenditures and incomes of the MOH, 1985-1988
138. Perinatal mortality in Ecuador, Report to the USAID Mission to Ecuador.
139. Integrated Rural Health Delivery System Project Paper, Amendment 1985.