ISN 80194

Vitamin A for Child Survival
Honduras

Midterm Evaluation

OTR-0284-A-00-0073-00

Contacts:

Mr. Jack B. Blanks, Jr., MSA
Director of Programs

Mr. John M. Barrows, MPH
Vitamin A/Child Survival Coordinator

November 1992

the International Eye Foundation
7801 NORFOLK AVENUE ■ BETHESDA, MARYLAND

CONSULTANCY REPORT

MID-TERM EVALUATION

VITAMIN A PROJECT

INTERNATIONAL EYE FOUNDATION

Report Prepared by:

Dr. Víctor Lara, Consultant

October 1992

Tegucigalpa, Honduras

ACKNOWLEDGMENT

Child Survival program implementation in Honduras is a complex and difficult task for the government as well as for the multilateral and bilateral organizations which support it. Many times these large governmental organizations are immobilized by their own bureaucracy, in spite of the availability of financial and human resources. It is in this context, that the NGOs are very important because their ability to achieve more with fewer complications give a burst of optimism to the people who see a shadowy future for infant health of the region.

It has been gratifying to "hike" with the IEF field staff through the arduous route which they stride every day. It has been a major challenge to provide them with a different perspective about the IEF's excellent peri-urban program in Tegucigalpa.

A special recognition should be given to Antonieta Dominguez, whom is generously directing one of the most interesting initiatives of integration of Vitamin A and Child Survival programs, and to Victoria de Alvarado delivering services in a professional manner to the needy people of Tegucigalpa. My appreciation to John Barrows for his confidence and my admiration for his commitment to the people of this region. My gratitude to Maria Luz for her excellent support and assistance. Lastly, my admiration to all the people in the program area working for the health of their children.

ACRONYMS

AID	Agency for International Development
ARI	Acute Respiratory Infection
EBF	Exclusive Breast Feeding
IEF	International Eye Foundation
EPI	Expanded Programme on Immunization
FP	Family Planning
GMP	Growth Monitoring and Promotion
DDC	Diarrheal Disease Control
HIS	Health Information System
HIV	Human Immune-deficiency Virus
KAP	Knowledge, Attitudes and Practice (studies)
MCH	Maternal and Child Health
MOH	Ministry of Health
CESAMO	Health Center with Physician
CESAR	Health Center without Physician
GUARDIAN	Community Health Volunteer
NGO	Non-Governmental Organization
PVO	Private Voluntary Organization
ORS	Oral Rehydration Salts
ORT	Oral Rehydration Therapy
DIP	Detailed Implementation Plan
PAHO	Pan American Health Organization
PDO	Private Development Organization
PHC	Primary Health Care
TA	Technical Assistance
USAID	AID Mission in Honduras
USAID/DC	AID Headquarters in Washington, D.C.
WHO	World Health Organization
CS	Child Survival
CSP	Child Survival Program
JHU	John Hopkins University
FHA/PVC	Food & Humanitarian Assistance/Private & Voluntary Cooperation
CORU	Community Oral Rehydration Unit
UNICEF	United Nations Children Fund
WHO	World Health Organization
CPO	Primary Eye Care (Spanish)

TABLE OF CONTENTS

ACRONYMS ii
EXECUTIVE SUMMARY 1

I. Project's Background 2

II. Evaluation Methodology 2

III. Findings and Conclusions 4
1. Project Achievements 4
2. Relevance of Child Survival Problems 6
3. Program Effectiveness 7
4. Effects of the Project in Community Development an on the Population 9
5. The IEF's Competence to Implement the Vitamin A Project 9
5.1 Program Design 9
5.2 Administration and Use of Data 10
5.3 Community Education and Social Promotion . . 11
5.4 Human Resources 12
5.5 Supplies and Materials for Local Staff . . . 13
5.6 Quality of the Project 14
5.7 Monitoring and Supervision 14
5.8 Use of Central Funds 15
5.9 Use of Technical Assistance 16
5.10 Relationships with Counterpart Organizations 17
5.11 Relationships with Referral Services 17
5.12 Project's Network of Contacts 18
5.13 Budget Management 18
6. Sustainability 19
7. Recurrent Expenses and Cost Recovery Mechanisms . 21

IV. Main Recommendations 22

V. Annexes: 26
1. Evaluation Team 26
2. Scope of Work 27
3. Evaluation Schedule 29
4. Mid-Term Evaluation Objectives and Team Expectatives 33
5. Individuals Sources of Information 35
6. Guides Use During Interviews 36
7. Guides Use with Focus Groups 43
8. List of Documents Consulted 45
9. List of Individuals and Institutions Consulted . 49
10. Pipeline Analysis 51

EXECUTIVE SUMMARY

The Honduras Vitamin A Program is being implemented in three peri-urban areas corresponding to the catchment area of the health centers (CESAMO) of Las Crucitas, San Francisco, and 3 de Mayo.

Objectives, strategies and specific activities were designed in 1990 and implementation began in the program's three areas of involvement. The direct field interventions started in January 1991. One and a half years later, it was decided to carry out the mid-term evaluation proposed in the initial proposal and DIP, with the participation of people not directly involved in the program. To this end, the services of an external evaluator were obtained.

For six consecutive days the team of 6 people visited 12 settlements and carried out interviews with 85 persons.

A primary conclusion of this evaluation is that the IEF/Honduras Vitamin A program is achieving the goals and objectives proposed and reviewed in different documents with AID. The current level of achievement of objectives is in relation to the level of investment and efforts and shows adequate effectiveness. The program has an important meaning for the development of these peri-urban settlements, especially for women. The program has been able to be flexible enough to respond to design modifications required by the community and MOH. An adequate information system has been developed which responds to implementation needs even when some refinements are still needed. The component with the greatest development is health education and communication. Its activities are very efficient and adequately adapted to the cultural environment. A large proportion of mothers are having access to important CS information. Some of the DDC and nutrition messages need to be updated. The program staff are well trained and supervised through an adequate information system even though information from the HIS could be better utilized.

The program has expended half of its budget in two thirds of its life. Additional activities will be needed in order to utilize all project funds. There are good relations with MOH and interesting community participation strategies are in motion that need to be reinforced.

The most important recommendations are focused on:

1. Refining the management of information, supervision, and personnel training;

2. Increasing the efforts to concentrate activities on nutrition and DDC, as well to reinforce the health education and community participation.

Introduction

In the interest of not producing an extensive document, reiterative and difficult to handle, we will not reproduce texts cited in other project papers such as the Proposal to USAID, the Detailed Implementation Plan (DIP), Annual Reports, or any other Technical Assistance or Administrative reports. We will refer the reader to these documents.

This document is a product of discussions on findings, conclusions and recommendations completed by the evaluation team. However, it reflects in many instances the individual opinion of the external evaluator as is his responsibility.

I. Project's Background

A proposal submitted to the United States Agency for International Development (USAID) by the International Eye Foundation (IEF) for funding the implementation of a three-year Vitamin A Project in Honduras between September 1st, 1990 and August 31st, 1993, was approved in 1990. The Honduras Vitamin A Program is being implemented in three peri-urban areas that correspond to the catchment area of the health centers (CESAMO) of Las Crucitas, San Francisco, and 3 de Mayo (see details in the DIP).

Objectives, strategies and specific activities were designed in 1990 and implementation began in the program's three areas of involvement. The direct field interventions started in January 1991 (see DIP and First Annual Report).

One and a half years later, it was decided to carry out the mid-term evaluation proposed in the initial proposal and DIP, with the participation of people not involved in the program. To this end, the services of an external evaluator were obtained. (See Annex 1).

II. Evaluation Methodology

The Mid-term Evaluation Guidelines provided by FHA/PVC USAID were used. A month before the field evaluation, members of the evaluating team began reviewing the documents to be used during the evaluation process. The officer responsible for supporting the program from Bethesda, Maryland visited the project the previous month. His agenda included drawing up the terms of reference for the external evaluator (Appendix 2), making local contacts for the initial evaluation, designing a tentative schedule and drafting documents and logistical material. Before travelling to Honduras, the external evaluator spent three days reviewing the 11 documents on the project and preparing documents to be used during the evaluation.

Once the team had arrived in Honduras, they reviewed the schedule (see Annex 3), objectives and expectations of team members (see Annex 4). All potential sources of information were identified, particularly the people involved in the implementation of the project or whose decisions could affect the project (see Annex 5). Methods of approaching these sources were then decided and guidelines were drawn up for structured and non-structured interviews, interviews with key informants and focal groups to test their knowledge (see Annex 6 and 7).

The process included a review of the documents and information used during the project's different stages (see Annex 8), however, no quantitative information was obtained.

For six consecutive days, the team of 6 people visited 12 settlements and carried out the following interviews using various techniques:

- Mothers Beneficiaries of the Project;
- Leaders involved in the Implementation of the Program;
- Community Volunteers working for the Project;
- Nursing Assistants from MOH Health Establishments involved in the Project;
- Public Health Nurses in charge of supervising areas of participation in health establishments;
- Head Physicians of MOH areas responsible for Public Health Management;
- MOH Social Workers;
- Nursing Assistants hired by the project on a full-time basis for the Project's three areas.
- Vitamin A Program Coordinator;
- Vitamin A Program Director;
- People responsible for coordinating with other PVOs.

Two of the team's members were staff directly involved in the implementation of the project, one a nurse coordinating the field activities, and the other the Director of the Vitamin A program. Field visits and interviews were planned in such a way that senior staff could make contact with the target population, leaders and volunteers of their respective projects (Director with Mothers; Director with Mothers and Guardians; Coordinators with Volunteers, Mothers with Leaders; Director with Assistant Nurses and MOH Nurses; CS international headquarters' Coordinator with Mothers, Guardians, Leaders, MOH staff and Promoters; and so on) and carry out interviews with external evaluators. At the end of each day, and after the visit to each area, all the information obtained was reviewed and the findings of the different source groups were discussed. Informational meetings were held and the information produced by evaluators was reviewed with members of the implementation team in each area.

The objective of this technique was, on the one hand, to provide members of the evaluation team with an opportunity to clarify certain areas in which they were lacking information, and on the other, to hold immediate discussions on findings and provide feedback to the implementing staff. The evaluation team remained in Tegucigalpa where conclusions were discussed for two days and final recommendations were drawn up. During the next two days, the findings and recommendations were shared with the MOH and the local office of USAID in Honduras. A draft of the evaluation report in Spanish was left behind before the external evaluator left the country.

The methodology followed by the evaluation team proved to be one of involvement. Additionally, field implementation teams were able to improve their ability to learn participative evaluation techniques using qualitative methods of obtaining information. All members of the evaluation team participated in a number of interviews and focus groups, as did the interviewers and recipients of the qualitative information obtained. Various techniques for analyzing and summarizing qualitative information were practiced, as well as for expediting group discussions.

III. Findings and Conclusions

1. Project Achievements

The project began to operate in September 1990 (24 months ago), with the field operations beginning in January 1992. From the point of view of mothers, volunteers, PHM staff and other people interviewed, the project is having a very positive effect in certain areas. The review of documents and the routine collection system confirm the extent of the achievements, which are quite adequate.

One of the important achievements of this project was the inclusion of Child Survival issues in the project's initial activities (Vitamin A). This was a response to MOH requirements as in most cases, the MOH and the IEF have the same volunteers. IEF increases the MOH's capacity to implement the Child Survival strategy, having successfully integrated the Vitamin A component. In this way, the objective of the project and the activities of field personnel, which include training and follow-up of volunteers, have been expanded to include such components as exclusive breastfeeding, the control of diarrhoea and pneumonia, immunization, weaning and child nutrition. All these actions have suitable coverage with a tendency to increase in areas where the MOH receives IEF support.

With respect to Vitamin A supplements for children under 5 years of age in the project's sphere of influence, it is difficult to clearly estimate the extent of achievement of this objective. Initially, this was established in terms of the number of children, whereas the information system has been recording the number of doses applied. Nevertheless, considering that 14,810 doses were applied and the frequency used so far has been 2 doses per year, it is possible to establish that approximately 7,000 children have received the vitamin A supplement. Initial goals included reaching 80% of the 11,500 children (9,200).[1] To increase coverage, the semi-annual frequency was increased to a quarterly frequency and emphasis is being placed on following up children who received Vitamin A in any campaign. It is likely that the number of children was overestimated when the project was designed as such a problem was evident in an area where a census was taken. The real population proved to be nearly 50% less than the estimated figure. Changes are yet to be made to the population target data and the project's goals, based on this change in demographic information.

A similar problem occurred when monitoring the information on Primary Eye Care (PEC). A total of 5,892 cases have been screened so far. The proposed goal is one screening for 8,625 children annually (75% of the 11,500 children). In this activity, not only did problems arise with population data, estimated goals and a limited use of the information obtained, but problems were also encountered with the coverage of implementation strategies. With some 185 volunteers to attend to a maximum of 46 children each (average), the total required in each follow-up activity will never be achieved unless the number of volunteers are increased. Likewise, the strategy involving campaign activities in which three or four auxiliaries diagnose and refer patients, will not obtain sufficient coverage to fulfil the proposed goal.

With respect to the objective to Provide Vitamin A education to over 80% of the mothers of under 5 year-olds, it was evident that all mothers in focus groups were able to identify food with a high Vitamin A content. To date, 13,593 Vitamin A sessions have taken place with mothers. It is impossible to estimate the exact number of mothers involved because the information system records all mothers who receive education during each monthly visit, not just new ones.

Certain design and implementation problems were encountered with the Demonstration Garden program. In a three-year project, it is very difficult to set up a large number of family gardens because

---

[1] The total population of 11,500 children under 5 years of age reported in the DIP was changed to 8,094 in the 1st Annual Report. However, goals have yet to be amended.

the transfer and implementation process is very slow. This is why the project began this activity by implementing community demonstration gardens. Due to the limited neighborhood organization potential, this strategy was changed to promote vegetable gardens with the assistance of a well-established network of volunteers who are implementing family gardens individually, with the intention of turning them into demonstration gardens at a later stage.

Conclusions

- The general feeling among all the people interviewed, is that the project is achieving its objectives.

- Project involvement has been expanded, mainly with regards to the objectives of diarrhoea control and immunizations which are being satisfactorily achieved.

- Problems are encountered with accounting for the distribution of Vitamin A capsules and primary eye care. The poor management of information in this area makes it difficult to clearly evaluate achievements.

- Little has been achieved as regards to the implementation of vegetable gardens. However, a better strategy is being designed to fulfil this objective before the project ends.

2. Relevance of Child Survival Problems

Whilst performing their daily duties, project staff have acquired a realistic concept of the problem. Information used by the project on mortality, morbidity and nutrition is merely referential or anecdotal and the real dimensions of the problems encountered in the project's sphere of influence were not estimated. It was noticed during the evaluation that the most important health problems affecting children and their mothers bear a relationship with unsuitable living conditions and a shortage of water, sanitation, prevention services and sanitary education. Likewise, the limited availability of resources and food is undoubtedly the cause of food and nutritional deficiency problems.

Project involvement included the following:

1. Nutrition Education
2. Vitamin A Distribution
3. Promotion and implementation of vegetable gardens
4. Primary Eye Care

These were the activities originally planned (see DIP)

5. Immunizations
6. Diarrhoea Control
7. Prevention of death from pneumonia

These activities were included to support primary health care programs implemented by CESAMOS to fulfil MOH requirements. Project funds were used to finance these activities.

It is worth mentioning that the project was flexible enough to include more relevant health care actions such as the control of infections (DDC and ARI) and how to prevent them through vaccinations. In this context, education activities on the consumption of Vitamin A and its distribution as a supplement are evidently important alternatives for solving the main child health problems, mainly infections and their complications including nutritional deficiencies.

Conclusions

- Involvement is much appreciated by the population and the Ministry of Public Health.

- More epidemiologic information is required for planning purposes to establish priorities and to demand more resources.

- The Evaluation Team considered the project's involvement adequate and relevant. Nevertheless, it is evident that such actions as the distribution of capsules should be re-evaluated in the light of future initiatives such as sugar fortification and data stating the real Vitamin A requirements among the population.

3. Program Effectiveness

Practically all the people interviewed stated that the program was making good progress in catering to the needs of the high-risk population. No major problems were evident in reaching children under five years of age and women of child-bearing age, who are the target population for this program.

The evaluator felt that the term 'risk' covered too broad an area. As far as education is concerned, the target population for the nutrition education and Vitamin A projects is indeed broad. This is due to the fact that the population at risk of poor nutrition are all children under 36 months, at which age they are more prone to infection and require special nutrition. It is important to consider these aspects of the target population in order to make a more efficient use of resources which are very limited considering the number of people in need of attention. The risk concept is used to place priorities on those who need the most attention when funds are limited.

It is worth mentioning that the groups which the MOH recommends that activities should be targetted are very large. At the present time, the World Health Organization, USAID and UNICEF are recommending that efforts be concentrated on specific groups, e.g. Immunizations for groups of under one year-olds, specific pneumonia control activities for babies less than 2 months old and under 2 year-olds, etc. An international organization such as the IEF should constantly promote the recommendations made by the United Nations' technical organizations and more up-to-date scientific information, thus providing governments and counterpart organizations - the Honduras project in this case - with an additional channel for this valuable information. This would prevent external evaluators from obtaining the wrong impression that there is a lack of information or that scientific information is not promoted in the country, as occurred in this project because updated risk groups were not included.

The MOH's counterpart staff felt that the program should increase its coverage, in other words, increase its area of involvement or its target population. The project management considered that the fulfillment of this requirement was limited by the following: 1) expenses on human resources need to be increased and 2) the characteristics of the implementation area.

Conclusions

- The project covers the entire population under five years of age, pregnant women and breastfeeding women. This definition is very broad given the coverage demands and limited funds. It would be worthwhile changing this definition.

The evaluation team identified several problems with the management of certain technical areas and with the introduction of the project's activities in high-risk groups. These problems are detailed below:

a. With the current supervision and monitoring system, it is difficult to identify the areas of involvement where the target population is not being attended (except for vaccinations), or to monitor the information on the development of activities aimed at these groups.

b. Certain diarrhoea control messages, e.g. the use of ORS before dehydration and thirst occur, tend to be rejected by infants and children, generating a lack of confidence among mothers regarding the effectiveness of O.R.S. This leads to the introduction of inadequate treatment for cases of diarrhoea and dehydration.

c. There is a tendency to approach food education by transmitting exclusive Vitamin A messages and neglecting important aspects such as recommending balanced diets (quality and quantity), special characteristics for the population of weaning age, and special growth requirements of infants and pre-school children, pregnant women, breastfeeding women and the sick.

4. Effects of the Project in Community Development an on the Population

The structure of the community in which the project is being implemented by the IEF, was determined by the MOH. The nature of the community's participation was geared towards expanding the coverage of services. The IEF was able to strengthen this community organization, even though grassroots groups and overall community organizations were lacking. The present network of volunteers is fairly isolated from formal and informal community organizations, and is being acknowledged because of its efficient performance. Most of these volunteers are women.

Conclusions

- The project is generating opportunities to strengthen the network of Volunteers, an organic working structure assuming community responsibility on health matters.

- It is evident that more efforts are required to make the Network of Volunteers more representative.

- Women make up 100% of the people implementing this project. This is not due to discrimination, but because women have a greater tendency to participate in roles defined by the project's activities.

5. The IEF's Competence to Implement the Vitamin A Project

5.1 Program Design

The project is being implemented in a large area and the activities were introduced vertically and simultaneously. Objectives and achievements are easily identified and the project has been extremely flexible in responding to strategic design changes throughout the project when circumstances so required them.

Auxiliaries and Physicians consider the project to be well organized and well structured. Nurses feel comfortable. Certain components have been changed, i.e. vegetable gardens. This is positive.

The project has been flexible in responding to the needs of the counterpart agency (MPH) in addition to carrying out its own activities.

With time, the Vitamin A project design became a Child Survival project which not only involved Vitamin A, but other CS issues. Future activities should include strategies aimed at achieving these objectives.

Conclusions

- The program is efficient and flexible enough to respond to necessary changes in the original design:

  1. Include Vitamin A in the Child Survival project.
  2. Changes in the HIS, vegetable gardens, etc.
  3. Respond to the Ministry of Health's request to introduce PAI, ORT.

- The need for a more effective design strategy to reach specific risk groups is evident.

5.2 Administration and Use of Data

The information system is collecting information that is generated in the colonias without any difficulty. This information is shared with an intermediary level of the MOH (CESAMO), and is consolidated in each area and then centralized.

Quantitative methods predominate as far as gathering information is concerned. One quantitative survey was carried out. The information generated in the field is not usually shared locally. There appears to be no in-depth analysis of local information or at CESAMO levels. Project coordination is analyzed to a certain extent, however this information is hardly used. The information used is the same information that is reported to USAID in Washington throughout the project's different stages.

Very few documents were found that could be used to compare the information obtained on a local or national basis. The lack of monitoring and data analysis instruments to increase the potential of control and supervision activities is evident.

The recent changes made to the information system prevented Volunteers from becoming familiar with the instruments. Furthermore, the evaluator was unable to obtain a clear idea of the effect of these changes on the system. More time is needed to reach conclusions regarding the effective use of the information system.

Conclusions

- The information is used at a community level, although certain problems were evident: duplication, limited records, no standard procedure for handling instruments, a lack of feedback information. Some of these aspects were amended in the new system, whereas more time is required for the development and review of others.

- It is necessary to improve the analysis potential and response at local levels, particularly as far as coordination with CESAMOs is concerned.

- There is an obvious need to improve the monitoring process so that volunteers and supervisors can make more systematic decisions

5.3 Community Education and Social Promotion

The IEF has concentrated its efforts on this activity at all levels, not only as far as Volunteers and mothers are concerned, but also with the MOH and other private organizations. This is the project's strongest area. There is a good balance between education and service.

The following were the main problems encountered with community education:

- Some inconsistent messages;
- A lack of important concepts regarding weaning;
- Quality control.

In very few areas was emphasis placed on diets for sick children or for growing children. Wrong food habits include the following: mothers recommend one type of food rather than a mixture, a lack of knowledge about the frequency, quality and quantity of food required by infants.

Conclusions

- Most Community Education/Social Promotion activities transmit messages very effectively.

- The person-to-person communication strategy involving visits, is very efficient and effective.

- Certain messages related to diarrhoea and food are inconsistent; probably because of the way MOH standards are applied and certain communication methods are managed.

- There are few materials available for community use, particularly for mothers.

- A periodic evaluation of training and education needs is required.

5.4 Human Resources

Field personnel working full time at the time of the EMT include:

1 Nurse as a Project Coordinator
6 Auxiliaries

In addition, there are 3 people in charge of management, administration and logistics.

The community staff's level of knowledge, the training methodology, and the careful planning of training courses, were all considered excellent.

It was noticed that certain activities, such as filling in forms, take up the auxiliary's time. Personnel training is apparently adequate, but limited. Except for 2 nursing assistants hired a month ago, the staff was trained for 40 hours and they have a 4-hour period of in-service training each month. With regard to tests on technical knowhow, over 90% gave suitable replies. There was no evidence of a systematic evaluation of training needs based on forthcoming tasks. Their lack of training material and references for maintaining the project's technical level was also obvious. One of the effects of the partial lack of materials was evident at focal meetings of volunteers and mothers. Auxiliaries have only received in-service training.

Mothers are given talks or receive education involving participation and practical work, for example, preparing food containing Vitamin A. At most meetings, no reference material is distributed, either printed or any other kind. When interviewed by the evaluation group, mothers still include a number of cultural aspects in their replies, related to their traditions or environment; often negative practices are mentioned at the training session (e.g. the use of drugs to treat diarrhoea, food, etc.). As far as the food component is concerned, it is evident that promoters need to increase their knowledge. The lack of

knowledge is reflected in the messages transmitted by volunteers and in the way mothers feed their children. Clearly, staff responsible for supervision require refresher training courses on certain issues, such as food for weaning children.

At the present time, the burden of work between Auxiliaries and Volunteers has reached its limit. Volunteers depend far too much on Auxiliaries. Therefore, when the project leaves the area, problems are bound to arise.

We believe that if the matter of the 12 demonstration gardens persists, a person should be hired as a Family Garden advisor.

CESAMO's supervision staff would have to be equipped with teaching material and periodically assess their knowledge and skills acquired during the life of the project.

Conclusions

- Volunteers are evidently not overburdened, even when they are involved in areas outside the scope of the project. It was obvious that Nursing Assistants have a heavy work burden.

- With regard to vegetable gardens, more human resources are required on the working team.

- The need for a periodic evaluation of the level of knowledge and practices of supervision staff (Nursing Assistants) is evident, and more information should be provided.

- The technical content is adequate. However, little emphasis is placed on procedures to instrument the process.

- The training process must be systematically updated.

5.5 Supplies and Materials for Local Staff

Community staff in the different project areas visited by the evaluation team expressed their interest in obtaining more supplies for attending to the population, and more teaching materials.

Conclusions

- Problems were encountered because of the great demand for materials for family gardens.

- There is a need to provide more printed materials for mothers and Volunteers.

5.6 Quality of the Project

Knowledge tests on various CS issues were carried out, and meetings were held with volunteer focus groups. The purpose of these meetings and interviews was to discover the extent of the knowledge of auxiliaries and volunteers and their practices, and find out details of the areas in which the technical knowhow and skills transmitted may be misleading.

As far as nutrition is concerned, there is very little information about child nutrition, weaning and food for sick children. Also, the use of LITROSOL to treat diarrhoea without dehydration, is exaggerated. These matters were discussed in detail with the evaluation team. Project management and coordination staff indicated the need to standardize criteria with the MOH, perhaps jointly and in a routine manner.

The staff have sufficient knowledge to perform efficiently. Auxiliaries are capable of doing their job, although they need assistance in certain aspects, as mentioned above (monitoring, supervision; they need not increase their knowledge, but command the knowledge they already have).

Conclusions

- It was considered that the technical knowhow of Volunteers and project staff and their ability to implement the project's activities were satisfactory.
- Certain areas regarding the organization and monitoring of activities need to be strengthened.
- Although the project implementation process has been managed by auxiliaries/volunteers with a good level of knowledge, a more systematic approach is required to monitor the abilities and skills of implementing agents.

5.7 Monitoring and Supervision

No specific supervision methods were identified at decision-making levels. Neither were specific methods and procedures identified with respect to the individual work carried out by auxiliaries or volunteers.

Available information is not being used to identify potential areas of involvement for monitoring and supervision purposes, for which there is a particular need in view of the work burden of coordinators and promoters. Supervision work mostly involves advice, in-service training and assistance. There is no evidence of any job performance evaluation or administrative monitoring.

Instead of visiting all families indiscriminately, families at risk should be visited more often, and visits to other families could be less frequent.

Conclusions

- Supervision activities have good coverage
- The supervisory process does not discriminate critical areas. Strategies are being designed to improve supervision work.
- Supervision is focused more on assistance and in-service training; studies on job performance and training needs, however, are limited.
- The existing supervisory and monitoring system is not systematic, and in particular, there is a lack of criteria for identifying/contributing to decision-making.
- A review of supervisory instruments/criteria/strategies is required.
- The monitoring and supervisory system must be implemented jointly by IEF/MOH at all levels.

5.8 Use of Central Funds

The support received from the IEF headquarters was very important for the implementation of this project. IEF/MOH staff visited IEF's offices and field operations three times. Technical assistance visits (1) and administrative visits (2) were the key aspects of the project's different stages, particularly during the initial stage. The contribution of information material and permanent monitoring of the implementation process, was also important.

To date, the sum of US$ 64,605 has been used by the main office to support field operations. From this amount 55% (US$ 35,568) are USAID grant funds; 57% of the USAID grant expenditures are related to personnel. A further sum of US$ 21,877 USAID grant funds has been budgeted for the project's next three years. See annex 10.

There are two levels of assistance: technical and administrative. This has been adequate. Although sometimes problems are encountered obtaining some materials, the technical assistance has been adequate. The problem could lie in addressing the right needs.

Staff at the IEF headquarters who provide administrative assistance feel that more reporting of information is required regarding the use of funds for the field program.

Conclusions

- Technical/administrative assistance was adequate and partly sufficient. Assistance is more centered on technical aspects.

- Local staff need to learn more about certain administrative mechanisms, such as fund disbursement and report requirements.

- There is a need for more assistance with technical information.

- USAID's reporting requirements are an added work burden that affects the headquarters ability to provide more T/A to the project.

- Technical and financial assistance for project implementation purposes was effective and efficient, particularly in critical moments.

- There is a need to reprogram funds from the IEF headquarters to ensure constant support, particularly as regards to the technical assistance recommended in this evaluation and to carry out the final evaluation survey.

5.9 Use of Technical Assistance

There is a need to program technical assistance for organizing supervision and monitoring systems, reviewing educational material and training staff.

When analyzing the technical assistance budget, it was evident that the need for technical assistance in key areas had been underestimated. National and international assistance received: Help with the baseline survey, HIS, Primary Eye Care. Locals assistance: vegetable gardens.

Conclusions

- Technical Assistance was received for the baseline survey, vegetable gardens and primary eye care. Technical assistance for direct project involvement was limited.

- Access to sources of technical assistance with foreign financing was beneficial and timely.

5.10 Relationships with Counterpart Organizations

Nurses need to be kept up to date, since their standards date back several years.

Conclusions

- There is cooperation and coordination with the MOH, mainly in the field: nursing assistants MOH/IEF social workers.
- The relationship with the MOH in several areas is still weak. There is no specific work plan with the MOH nor objective results of interest to either the IEF or the MOH.
- Coordination with the MOH must be rescheduled and specific resources allocated for coordination purposes.
- It is evident that the most important counterpart - the Ministry of Health - performs well, but needs to update its understanding of the issues in order to assist with the implementation of the project.

5.11 Relationships with Referral Services

At the request of volunteers, the referral services for patients in some CESAMOS was improved. The other two CESAMOS have taken no measures to ensure that patients referred by volunteers receive necessary and timely care.

Conclusions

- Problems are encountered with patients referred to CESAMOS by Volunteers, because mothers are rejected; nevertheless, a strategy is being implemented to improve the referral/counter-referral relationship within Project areas, specifically the CESAMO in 3 de Mayo.
- There is no consistent flow of patients referred for Primary Eye Care in all areas.
- Referral facilities are not used to their full potential and the population receiving care involves only 25% of the children under 5 years of age.
- There are joint training plans to support MOH staff and to integrate and standardize service rules and procedures.
- There was no evidence of a counter-referral system between services and communities.

5.12 Project's Network of Contacts

Relationships with other NGOs were adequate. Based on the CS Workshop sponsored by USAID FHA/PVC implemented by JHU in 1991, communication with similar NGOs was permanent. Materials of other NGOs were used and a rather unsystematic exchange system is maintained.

There is a network of organizations referred to as "Inter-agency Committee of PDOs that have CSPs", financed by USAID/Washington. This is a good network of contacts which is helpful to the project.

Conclusions

- A network was established of PDO/NGOs who keep in touch through the "Committee of PDOs that have CSPs" financed by USAID, through which information was shared. As a result of this contact, World Vision participated in this evaluation and the IEF participated in the evaluation of World Relief.
- The outcome of these relations was mainly positive.
- Materials/documents are exchanged between PDOs that resemble IEF.

5.13 Budget Management

The total amount spent by June 30th 1992 is US$ 188,979. From these expenditures, 73.1% (US$138,313) are USAID grant funds. The amount budgeted for the USAID grant funds, for this period, was US$ 187,195.00. Therefore, expenses at June 30th, 1992 were equivalent to 44% of the overall budget. There is a need to increase the expenditures if the project is to be completed by the target date. It is possible that the project may reach the end of project date with leftover funds.

It is evident that funds may have to be reprogrammed to cover the implementation of certain changes that might be suggested as a result of this evaluation such as technical assistance, teaching materials, and training for MOH and IEF staff.

Conclusions

- The budget is being underspent, mainly due to the project's late start (Project Coordinator was not hired until February 1991). Some of these items include: fuel, materials, vehicle operation, local technical assistance. Over-expended areas include office equipment, medical/clinical supplies.

- Very few of the main office staff responsible for financial expenses delay or complicate the implementation process.

- Sufficient funds are available to complete the project, however,because of certain adjustments to the design, some activities need additional funds to increase the effectiveness and quality of the project.

6. Sustainability

All mothers and volunteers mentioned their need for the program, and they are willing to continue with it if the IEF should terminate its operations. The greatest incentive is not monetary nor the goods received, but the degree of organization and socialization obtained by the project and the population's participation in caring for children and mothers. Never the less, it is worth mentioning that the driving force behind these incentives is the project staff. It is mainly through the promoters that all this organization and participation is achieved. It is obvious that this motivation would not continue if the project were to end. The great question is who will assume this role.

For many, particularly the staff of both the project and the MOH, it seems natural that the MOH or the public government should continue with these activities. However, this is no more than wishful thinking. This is mentioned because under the current economic and social circumstances in Honduras, prospects do not look too hopeful. The MOH has a small budget, most of which is allocated to recurrent expenses, mainly staff. The difference is spent on hospital maintenance and drugs, mainly in urban areas. The MOH's budget for CS activities is entirely obtained from foreign donations, mainly USAID through the Health Sector II program which is scheduled to end in 1994.

Within the project's sphere of influence, there is no evidence of emphasis being placed on health policies aimed at financing CS programs in urban fringe areas. The few activities that take place depend entirely on the role of the CESAR's nursing assistants and certain activities of the Public Health sector. The MOH places more emphasis on treatment within their establishments, and there are no mechanisms for any further community participation in controlling public health and CS problems.

From the point of view of the Head of the MOH Area, the project would continue if the IEF should leave, as it is possible the Ministry would absorb the project. According to the MOH, the nurse>auxiliary>volunteer relationship is crucial for sustainability purposes. It is worth mentioning that the MOH has

a special consideration for this project, however concrete plans or combined actions are not put into practice. It is evident that as far as the MOH is concerned, the IEF's community work and its actions are an effective goal that they should make every effort to achieve.

In view of the above circumstances, problems are likely to be encountered in implementing the sustainability strategy.

On the other hand, the project's success in organizing women to take CS actions has a great sustainability potential. Volunteers, mothers, the MOH, the IEF, etc. unanimously agree that it is very difficult for the target population to pay for the services - they may be able to afford a consultation or material benefits, but not education. In regards to changes in knowledge and practices as a sustainability criteria, this is not a certainty because it is a well known fact that once a communication or education project is discontinued, people revert to their old habits; it takes generations to absorb new ideas and change behavior.

One outstanding aspect is that rather than increasing the number of colonias, those that already exist must be strengthened. It would appear that there are few opportunities to do this. The only mechanism used so far to strengthen communication is, not only to support a community with one volunteer, but to form formal organizations/committees in each community. The responsibilities of these committies are to establish a link with the MOH and other institutions so that communities may continue participating in finding solutions to their basic health problems.

It is very difficult at this moment to determine whether the project can be sustained when the IEF leaves the area.

Education is something that can be sustained by Volunteers, however, the Vitamin A project and the vegetable gardens will be difficult.

Conclusions

- Certain benefits such as education, training and organization will be sustained once the project ends if efforts are made by the Ministry of Health and the community; however, there are certain areas that require materials and supervision which cannot be maintained without a considerable effort by the Ministry of Health and the community.

- There are few material incentives for Volunteer work. However, some incentives do exist, such as free medical assistance, which is not acknowledged by the Volunteers as an incentive and is not promoted as such by the Ministry of Health nor IEF.

- The accomplishments so far could be maintained to some degree, providing local structures are made stronger and more structured. Equal relationships must be established with the communities, providing them finance and technology structures instead of "volunteers to help them".

7. Recurrent Expenses and Cost Recovery Mechanisms

Project administrators have a fairly realistic idea of the project's effectiveness and the financial, material and human resources required to complete it. Little emphasis has been placed on making periodic estimates of the cost of the project's operations in specific areas of involvement, or expenses in specific geographical areas, such as by colonia or the area of influence within a referral center. Likewise, no periodical estimates are made of recurrent costs for various operations or for the entire project. Being unaware of the real expenses and actual costs in each community, it is difficult to ascertain whether or not the community or the MOH could sustain the project.

It is not certain whether or not the community would be willing to pay some or all of the project's expenses; moreover, there is no evidence of what proportion of their income the community would be prepared to pay for health services in general. From meetings and interviews, it would appear that the communities are reluctant to pay for health services; but strangely enough, the demand for a number of pharmaceutical products and services permanently used by communities has increased. Many of these include expensive, ineffective and incomplete drugs and services (e.g. antibiotics for diarrhoea).

USAID's Tegucigalpa mission is very interested in these financial aspects and cost recovery mechanisms for health services. They have been financing a number of activities and research work which have had little impact on MOH staff, mainly due to the limited contacts with the population and the lack of technical assistance. If the IEF were interested in sharing this interest, they would be willing to mediate with the MOH to implement joint activities and research work on these aspects.

Opinions are divided. Some people stated that they could pay for medical expenses, others said they could definitely not pay because they were very poor.

Conclusions

- There is no routine information on operational costs that could lead to objective opinions about recovery mechanisms.

- Community opinions regarding payment for health services such as those contained in the project are divided: some state they could pay and others cannot.

- The Evaluation team's opinion is that certain recurrent expenses would not be absorbed by the Ministry of Health.

- There are no expense recovery strategies for the project's activities.

- It is considered that in the communities, through the MOH, the potential to absorb basic recurrent expenses does exist. More information is required in the project regarding local costs and expenses in order to design local strategies and specific projects in the future.

IV. Main Recommendations

A. Recommendations Oriented to Support Project's Objectives Achievement

1. Efforts to integrate Vitamin A to Child Survival programs must continue, particularly in the following areas:

   - Weaning practices and diets that include micronutrients.
   - Vitamin and Control of Diarrhoea and Respiratory Infections

   Review risk groups in each activity and ensure that personnel carry out priority actions in the following groups: PAI under one year-olds, ORT children ages 24 - 36 months, ARI children under 24 months, Nutrition/food, children under 36 months.

2. Concentrate nurses' work on promotional activities, supervision of CPO, Vitamin A, supervision of Volunteers; establish a community counterpart to supervise Volunteers. Implement a scheduled training program and evaluate the skills and abilities of the entire staff. Improve the analysis of workers' jobs at different levels, to monitor performance and improve training.

3. Provide more technical information on project involvement to the technical staff of IEF/Honduras, IN SPANISH. Request that AID guidelines and recommendations be issued in Spanish.

4. Coordinate with PAHO/Ministry of Health and NGOs to organize the following courses for MOH/IEF staff:

   1. Supervisory Skills for DDC
   2. Supervisory Skills for DDC
   3. Basic Epidemiology course to control diseases

5. Identify the registered population who have not received Vitamin A supplements and report only children who are starting with TTO/CPO, Vitamin A. Follow up the children who have not received Vitamin A for the past six months through the supervision system (not HIS).

6. In quantitative terms, program the goals of different activities on a quarterly basis for each area of involvement. Monitoring should permit a simple graphical analysis of information as well as quality control.

7. Review the budget by budget items, to identify under-accomplished or delayed funds and reprogram the budget to cover such areas as printed matter, training and local technical assistance.

8. Hire a person to assist with the development of demonstration gardens and existing gardens. Concentrate the use of supplies to improve the vegetable gardens developed by Volunteers, preferably established gardens.

9. Review the need for human resources in Headquarters, to strengthen areas of financial and budgetary assistance.

10. Technical assistance is required for the following:

    - Community participation and social mobilization
    - Information System
    - The production of printed matter
    - PAHO Training for MOH and IEF staff

B. Recommendations Oriented to Enhance Project Performance

1. Complete the Manual of Standards and Procedures for Volunteers regarding Vitamin A and C.P.O. involvement.

2. Produce printed matter for Volunteers (food, use of Vitamin A supplements, primary eye care, diarrhoea/ARI; and for Mothers (food, IEF, assistance to volunteers). Review messages and methods used in integrated food/Vitamin A education.

3. The Volunteer Network must be strengthened to become an independent organization structure capable of maintaining the benefits of this project. Involve organized community groups in keeping up demonstration gardens on a permanent basis. The community must be encouraged to support the Volunteer Network, through meetings and educational material.

4. Together with the Ministry of Health, check whether the community are abiding by established diarrhoea control/food standards. Assure that during monthly meeting both IEF and MOH get the Information that they need for monitoring purposes.

5. Recommend that the Las Crucitas and San Francisco Health Centers adopt the strategy used by the 3 de Mayo Health Center to improve the referral system.

6. Consider the Eye Clinic service as specialized, to increase the recovery fee to be invested in recurrent costs.

7. Ensure that the incentive to use medical services is certified by the Ministry of Health's services.

8. Educate the target population and provide more information on the project's objectives, activities and sources of finance, so that neighborhoods may recover and administer some of the project's expenses.

9. Form a Technical Assistance Advisory Group including representatives of institutions and important people involved in the development of Vitamin A programs and other Micronutrients in Honduras. The group should consist of no more than 6 people and should include important, influential personalities from Honduras. These people should first of all be elected on the basis of their technical expertise and then in terms of their influence, both of which are important. Members of the MOH, AID, one PDO and one university member should be included. Nutrition, Food, Epidemiology, Public Health, Scientific Research and the Private Finance Sector should all be represented. This group must help the IEF develop a long-term strategy to: 1) Implement a Technical Assistance program on Micronutrients for other institutions such as PDOs and others within the public and private sectors; 2) Aim field activities towards areas of involvement that generate field information on models of delivery and intervention strategies and their impact on Vitamin A deficiencies, as well as other problems related with the organization's objectives.

10. Carry out operational research on the quality of the referral system in general and the Eye Clinic. In order to improve the quality of referral services, an operational diagnosis is required.

11. Carry out an operational research study to identify the activities in which cost recovery mechanisms could be established and the factors/barriers that could prevent development.

12. Review with more detail: Cost of Vitamin A involvement in Child Survival programs. Develop strategies and instruments to estimate operative costs for each activity/beneficiaries as a step towards the development of recovery mechanisms.

V. Annexes:

1. Evaluation Team

María Antonieta Dominguez King, FIO Director
Lic. Victoria Vivas de Alvarado,
Vitamin A Project Coordinator
John Barrows, Vitamin A and Child Survival
Coordinator, Bethesda, Maryland
Dr. Victor Lara, Independent Consultant

2. Scope of Work

SCOPE OF WORK
HONDURAS MID-TERM EVALUATION
CHILD SURVIVAL FOR VITAMIN A PROJECT
TEGUCIGALPA, AUGUST 17-31ST 1992

1. INTRODUCTION

The purpose of the mid-term evaluation (MTE) is to review the IEF-Honduras Child Survival for Vitamin A Project in 25 marginal communities of Tegucigalpa, Honduras. The MTE is a requirement of the USAID Food and Humanitarian Assistance/Child Survival and Health funded Cooperative Agreement No. ORT-0284-A00-0073-00. The MTE is estimated to require two weeks time from an external evaluator.

2. OBJECTIVES

The objectives of the MTE are:

A. Assessment of accomplishments;
B. Assessment of relevance to child survival problems;
C. Assessment of effectiveness;
D. Assessment of relevance to development;
E. Assessment of competence in carrying out project;
F. Develop recommendations.

Specific guidelines are provided from USAID FHA/PVC/CSH for this purpose. Additional questions for consideration are also provided by IEF.

3. ACTIVITIES

The evaluator will lead a team consisting of the IEF-Honduras staff (Director, Coordinator, and Supervisor) and IEF-Headquarters Child Survival/Vitamin A Coordinator; an official from the Ministry of Health (to be designated); and a representative from a sister PVO (to be identified). Major tasks are:

A. Review documentation (1-2 days)

Review all project related documentation including project proposal, detailed implementation plan, annual report, and project MIS data. This information should be reviewed in advance of arrival.

B. Data Gathering (4-5 days)

Qualitative data will be collected through key informant interviews, possibly focus groups, and inspection of volunteer registers.

Team members will be divided into two smaller groups each consisting of one IEF staff person and either a PVO or MOH representative. In a sample of communities (6-8), teams will complete structured interviews with community leaders; mothers; and health volunteers over a period of two+ days

The team leader, in addition to interviewing project staff, MOH officials, and other PVO representatives, will also visit several communities to interview community leaders, mothers and health volunteers.

C. Analysis and Report Writing (2-3 days)

Teams will prepare and give a report highlighting major findings of their field activities during a debriefing meeting. Additional questions my be formulated during the meeting that will require a follow-up visit to a community by the Team Leader.

The Team leader will draft a report following USAID guidelines for presentation to IEF for comments and suggestions prior to departure. A final report (in English) will be completed and submitted to USAID with a copy for IEF. Additional write up time may be required outside Honduras.

4. SCHEDULE

See attached

5. REQUIREMENTS

IEF is seeking an evaluator with proven skills in program evaluation, bilingual (Spanish-English) abilities, familiarity with USAID Child Survival program and private voluntary organizations, and preferably the country of Honduras.

3. Evaluation Schedule

Lunes 17 de agosto de 1992

Reunión de Trabajo

1. Cronograma
2. Objetivos y Expectativas
3. Guías y Fuentes de Información
4. Revisión Estructura de Documento
5. Roles y tareas de miembros del equipo

Martes 18 de agosto de 1992

1. Guías y pruebas de guías
2. Discusión sobre estructura de documento

Miércoles 19 de agosto de 1992

1. Inicio de entrevistas

CESAMO Las Crucitas

Mañana: Col. Ulloa
Col. Duarte
Col. Fuerzas Unidas

Tarde: Nueva Danlí
Cantarero
Jardines del Carrizal
Altos del Paraíso

Entrevistas

Director:	Víctor y John
Trabajadoras Sociales:	Víctor y John
Enfermera Profesional:	Doris
Promotoras de Salud:	Doris
Madres:	Vicky y Toni
Voluntarias de Salud:	Vicky y Toni

Grupo Focal a Madres:

1. Colonia Ulloa
   Hora: 9:00 a.m.
   Lugar: Casa de doña Laura
   Moderador: Toni
   Relator: Vicky

2. Colonia Fuerzas Unidas
   Hora: 2:00 p.m.
   Lugar: Escuela
   Moderador: Vicky
   Relator: Toni

Grupo Focal a Voluntarias de Salud:

1. Colonia Ulloa
   Hora: 1:00 p.m.
   Lugar: Escuela
   Moderador: Víctor
   Relator: Vicky

Jueves 20 de agosto de 1992

1. Continuación de Entrevistas en CESAMO Las Crucitas

Grupo Focal a Voluntarias de Salud:

1. Colonia Cantarero López
   Hora: 9:00 a.m.
   Lugar:
   Moderador: Toni
   Relator: Vicky

Tarde: Resumenes de entrevistas
Discusión sobre hallazgos

Viernes 21 de agosto de 1992

1. Mañana: Reunión con personal de los tres CESAMOS

   Objetivo: Incorporar el personal del MSP al proceso de evaluación.

   Agenda: - Asegurar participación en reuniones subsiguientes.

- Discusión de expectativas y objetivos.
- Discusión sobre guías y fuentes de información.
- Revisión formato reporte.

Tarde: Conclusiones y Recomendaciones.

Sábado 22 de agosto de 1992

Entrevistas CESAMO 3 de Mayo, a Voluntarias de Salud y Madres

Colonia Independencia
Colonia San Martín
Colonia Ayestas
Colonia Campo Cielo

Lunes 24 de agosto de 1992

CESAMO 3 de Mayo 8:30 a.m.
Entrevistas a personal del CESAMO

Otras entrevistas comunitarias, si se requieren

Por la tarde: Resumenes de entrevistas
Discusión de hallazgos

Martes 25 de agosto de 1992

CESAMO San Francisco
Entrevistas a personal del CESAMO
Entrevistas a Voluntarios de Salud y familias

Colonia Israel Norte
Colonia Fátima
Colonia Altos de San Francisco
Colonia San Buenaventura
Colonia 19 de Septiembre

Grupo Focal a Voluntarios de Salud:

1. Colonia: Altos de San Francisco
   Hora: 9:00 a.m.

   Lugar: Kinder
   Moderador: Antonieta
   Relator: Mary Helen de Sauceda

2. Colonia: 19 de Septiembre
Hora: 1:30 p.m.
Lugar: Kinder
Moderador: Vicky
Relator: Coordinadora Visión Mundial

Entrevistas:

AM:

Madres: Coordinadora Visión Mundial, Mary Helen de Sauceda, Vicky, Toni
Voluntarias de Salud: Mary Helen de Sauceda, Vicky, Toni, Coordinadora Visión Mundial

PM:

Resumen de entrevistas
Discusión sobre hallazgos

Miércoles 26 de agosto de 1992

Conclusiones

Jueves 27 de agosto de 1992

Recomendaciones

Viernes 28 de agosto de 1992

Debriefings
MOH: Personal de CESAMOS (Director, Director de Area, enfermeras)
AID 10:00

4. Mid-Term Evaluation Objectives and Team Expectatives

1. To asses the project progress;

2. To asses the project's potential to achieve its objectives;

3. To review the project's outputs and practices and knowledge modifications; prácticas.

4. Lessons learned relevant ot CS and Vitamin A programming;

Mid-Term Evaluation Team's Expectatives

IEF

1. Programación Futura de Programa en Honduras
   Que deseamos hacer dentro de 3 - 5 años?
   Con qué recursos contamos?
   Que otros recursos necesitamos? (Recursos humanos, fondos, organizacional).

2. Fortalezas y Debilidades

   Técnicamente: MIS, intervenciones, amamantamiento, mercadeo social/comunicaciones, generación de ingresos/desarrollo "micro" económico distribución de Vitamina A, cuidado de ojos, parásitos, participación comunitaria.

3. Saber si el programa está ligado o utilizando los recursos de investigación de la organización en la región (Guatemala).

4. Relevancia al Programa de Supervivencia Infantil
   Nueva tecnología/estrategia
   Cuidado materno/mujeres y Vitamina A

5. Diagnostico comunitario y despistaje de deficiencias de vitamina A.
   Comunicación/educación en salud
   Relevancia del proyecto Sector de Salud II
   Otros micronutrientes?
   Investigación operacional en huertos... otras intervenciones

MSP/PERSONAL DE CONTRAPARTIDA

1. Fortalezas y Debilidades:

   Capacitación y Estrategias de educación a voluntarios

Logistica (distribución de vitamina A y otros materiales) a barrios
Organización comunitaria
Apoyo logístico a CESAMOS
Estímulo e incentivos para voluntarios

2. Identificar capacidad de CESAMOS de absorber la demanda de servicios creados por los voluntarios.

3. Identificar si la Clínica de Ojos tiene una producción de servicios adecuados para la demanda generada por los voluntarios

4. Identificar si la cobertura de voluntarios es suficiente

5. Normas y Procedimientos para trabajo de voluntarios en actividades de vitamina A. Educación de madres, distribución de vitamina A y producción de alimentos ricos en vitamina A a nivel del hogar. Manejo de información a nivel comunitario en programas de vitamina A.

5. Individuals Sources of Information

1. Madres de familia
2. Otros miembros de la familia
3. Voluntarios de Salud
4. Lideres
5 Trabajadores Sociales de los CESAMOS
6. Enfermeras Graduadas de los CESAMOS
7. Directores de los CESAMOS
8. Promotores de Salud de los CESAMOS
9. Dra. Janeth de Mejia, Directora de Area
10. Dra. Olivia Matute de Estrada, Directora de Nutricion
11. Ing. Adriana Hernandez Santana, INCAP-PAHO
12. Sr. Elias Sanchez, Director ACORDE
13. Dr. Edgardo Navarrete, Jefe Sala de Ojos del Hospital San Felipe
14. FHIS
15. FINCA
16. Laboratorio Central
17. Colegio Medico
18. Proyecto HOPE
19. Save the Children
20. World Relief
21. Auxiliares de Enfermería
22. Directora Proyecto Vitamina A
23. Coordinadora Proyecto Vitamina A
24. Administradora Proyecto Vitamina A
25. FIO/Bethesda

podamos hacer para mejorar?
Cuenta usted con el apoyo, consejería, educación y evaluación de su trabajo por parte del personal del proyecto?
A donde envia usted a un nino o madre que necesita ser atendida?
Como es la atencion que se le brinda?
Son significativos para ustedes los incentivos que el proyecto les brinda?
Creen ustedes que su trabajo puede continuar una vez que FIO se retire de su comunidad?
Ha participado la comunidad en el desarrollo del proyecto?
Los miembros de su comunidad ven como efectivo este proyecto?
Que problemas vé usted que tienen las intervenciones del proyecto para alcanzar la población de alto riesgo?
Esta de acuerdo la comunidad en pagar cualquier parte de los gastos de las actividades de prevencion y promocion de salud?
Como se siente usted al trabajar como Voluntaria de Salud?
Que actividades ha logrado, usted, realizar como Guardian de Salud en su comunidad?
Que beneficios producen los bancos comunales en la salud y nutricion de su familia?
Que problemas hay para tener un huerto en su casa?
Qué beneficios nos brinda el tener un huerto en nuestra casa?

Guía de Entrevista Para Auxiliares de Enfermería & Trabajadores Sociales

En el tiempo de vida del P.S.I. hasta la fecha. ¿ Cuanto tiempo ha estado operando?
¿Son adecuadas los intervenciones que incluye el proyecto para tratar los problemas claves?
¿ Se han dado los recursos humanos, financieros y materiales disponibles al proyecto y la communidad para realizer estas intervenciones?
Se están alcanzando los grupos de alto riesgo; sino cuales son las causes que detienen el logro de estos grupos?
¿ Está el P.S.I. fomentando un ambiente que mejore la auto-suficiencia communitaria?
¿ Se le está facilitando a las mujeres para poder dirigirse mejor a las necesidades de salud y nútrición de sus familias?
¿ Está recolectando el P.S.I. datos sencillos?
¿ Han sido compartidos los resultados de la información recolectada con los mismos recolectores, con el personas del proyecto, contrapartes (M.S.P., otras O.P.V.) y miembros de la comunidad?
¿Cuál es el balance entre promoción de salud/mobilización social y provisión de servicios del proyecto? ¿ Es apropiado este balance?
¿Cómo asegura su organismo que los mensajes dados son consistentes?
Distribuye el Proyecto algún material impreso?
Cree usted que este material es de algún interés? Qué es valioso para usted por su contenido?
¿Están tomando parte en el P.S.I-G los voluntarios comu nitarios?

¿ Cuantos están trabajando?
¿ Hay evidencia de que el P.S.I lleve a cabo una evaluación de las necesidades antes de empezar una capacitación inicial o de refrescamiento?
¿ Fue suficiente la duración de la capacitación para preparar a los trabajadores de la salud para llevar a cabo sus tareas?
La cantidad de trabajo que tiene cada Voluntario de Salud es suficiente, no excesivo ni muy poco?
La metodología y el tiempo utilizado para entrenamiento de Voluntarios de Salud, considera usted que es apropiado?
¿ Tienen suficientes materiales, suministros y equipos para llevar a cabo las responsibilidades actuales con las voluntarias? ¿Son apropiados estos materiales?
Los materiales que se le dan a cada Voluntario, son apreciados y utilizados?
Tiene al personal local del proyecto los conocimientos técnicos y destrezas para llevar a cabo sus responsibilidades actuales de supervivencia infantil.
¿ Está la supervisión basada en el campo? ¿ Ha sido adecuada la supervision a su nivel?
¿Es adecuado el trabajo entre el proyecto y el CESAMO?
Cree usted que una vez que la FIO se vaya, el personal del Ministerio de Salud podra continuar las referencias?
¿Son significativos los incentivos recibidos por los voluntarios de la comunidad, el personal y las contrapartes para el sostenimiento del proyecto?
Los incentivos que se dan a los Voluntarios, cree usted que son apropiados y necesarios para que continúen trabajando?
Los miembros de la comunidad ven este proyecto como efectivo?
Hay demanda en la comunidad para actividades del proyecto?
Vé como efectivo el Ministerio de Salud este proyecto ?
¿Está de acuerdo la comunidad en pagar alguna parte de los gastos de actividades de prevención y promoción de la salud?

Guía de Entrevista Para Enfermeras Graduadas

En el momento de su evaluacion, a mediados del proyecto, cuantos meses ha estado operando el proyecto ?
Cuales son las mayores causas de mortalidad y morbilidad infantil en el area del proyecto ?
Cuales son las intervenciones de sobrevivencia infantil y las actividades para promover la salud que fueron iniciadas por su proyecto ?
Es apropiada la mezcla de las intervenciones del proyecto para dirigirse a los problemas clave, dando los recursos humanos, financieros y materiales disponibles al proyecto y la comunidad ?
Es apropiado el enfoque o priorizacion de las intervenciones ?
Ha limitado el proyecto su area de impacto o el tamano de la poblacion beneficiaria ?
Ha habido una expansion cuidadosa de las actividades de servicio

del proyecto
Sabe usted de los resultados obtenidos por las investigaciones hachas por el proyecto ?
Cual es el balance entre promocion de salud/ movilizacion social y provision de servicios en este proyecto ?
Es apropiado el balance ?
Que opina usted de la metodologia utilizada para la capacitacion de los voluntarios de salud ?
Cree que la duracion de la capacitacion para preparar voluntarios de salud es suficiente para realizar su trabajo ?
Cree usted que los promotores estan adecuadamente preparados para entrenar y supervisar a los voluntarios de salud asignados a ellos ? Podria dar Ejemplos?
Cree usted que los voluntarios estan adecuadamente entrenados para desempenar sus responsabilidades en la comunidad ? Ha oido usted de algun problema ?
Esta usted recibiendo informacion que necesita del voluntario de salud a traves de la enfermera ?
Esta usted informado acerca de las actividades que lleva a cabo la FIO para la supervicion y control de promotores y voluntarios de saluda ?
Identifique los lugares de referencia de potencial cuidado y comente sobre el acceso y calidad del servicio.
Ha hecho el proyecto uso apropiado de estos lugares de referencia ?
Cual es la continuidad de relaciones entre el lugar de referencia y proyecto en la comunidad ?
Es adecuado el dialogo entre el proyecto y el lugar de referencia?
Esta tomando pasos el proyecto para fortalecer los servicios del lugar de referencia o mejorar el acceso comunal al lugar de referencia ?

Guía de Entrevista Para Directores de CESAMO

En el momento de su evaluacion, a mediados del proyecto, cuantos meses ha estado operando el proyecto ?
Cuales son las mayores causas de mortalidad y morbilidad infantil en el area del proyecto ?
Cuales son las intervenciones de sobrevivencia infantil y las actividades para promover la salud que fueron iniciadas por su proyecto ?
Es apropiada la mezcla de las intervenciones del proyecto para dirigirse a los problemas clave, dando los recursos humanos, financieros y materiales disponibles al proyecto y la comunidad ?
Es apropiado el enfoque o priorizacion de las intervenciones ?
¿Ha habido suficiente progreso para alcanzar los objetivos y metas?
¿Se están alcanzando eficientemente los grupos de alto ries-go?
¿Cuáles son las cosas que obtienen el logro de los objetivos y alcance de los grupos de alto riesgo?
¿Cuales son las principales barreras comunitarias para al-canzar

las necesidades de los niños?
Ha limitado el proyecto su area de impacto o el tamano de la poblacion beneficiaria ?
Ha habido una expansion cuidadosa de las actividades de servicio del proyecto
Sabe usted de los resultados obtenidos por las investigaciones hachas por el proyecto ?
Cual es el balance entre promocion de salud/ movilizacion social y provision de servicios en este proyecto ?
Es apropiado el balance ?
¿Qué materiales educativos u otros han sido distribuidos a los trabajadores?
¿Les da mucho valor el trabajador de salud?
¿Tiene suficientes materiales, suministros y equipamiento los voluntarios locales para llevar a cabo sus responsabili-dades actuales?
Que opina usted de la metodologia utilizada para la capacitacion de los voluntarios de salud ?
Cree que la duracion de la capacitacion para preparar voluntarios de salud es suficiente para realizar su trabajo ?
Cree usted que los promotores estan adecuadamente preparados para entrenar y supervisar a los voluntarios de salud asignados a ellos ? Podria dar ejemplos?
Cree usted que los voluntarios estan adecuadamente entrenados para desempenar sus responsabilidades en la comunidad ? Ha oido usted de algun problema ?
Esta usted recibiendo informacion que necesita del voluntario de salud a traves de la enfermera ?
Esta usted informado acerca de las actividades que lleva a cabo la FIO para la supervicion y control de promotores y voluntarios de saluda ?
Identifique los lugares de referencia de potencial cuidado y comente sobre el acceso y calidad del servicio.
Ha hecho el proyecto uso apropiado de estos lugares de referencia ?
Cual es la continuidad de relaciones entre el lugar de referencia y proyecto en la comunidad ?
Es adecuado el dialogo entre el proyecto y el lugar de referencia?
Esta tomando pasos el proyecto para fortalecer los servicios del lugar de referencia o mejorar el acceso comunal al lugar de referencia ?
¿Cuáles son las principales organizaciones, contrapartes del proyecto y qué actividades de colaboración se han llevado a cabo hasta la fecha?
¿Tiene el personal contraparte la capacidad técnica y administrativa para tomar eventualmente la funciones necesarias para operar efectivamente en las actividades de sobrevivencia infantil?
¿Hay libre diálogo entre el personal de su proyecto y su contraparte?

Guía de Entrevista Para Directores de CESAMO

En el momento de su evaluacion, a mediados del proyecto, cuantos meses ha estado operando el proyecto ?
Cuales son las mayores causas de mortalidad y morbilidad infantil en el area del proyecto ?
Cuales son las intervenciones de sobrevivencia infantil y las actividades para promover la salud que fueron iniciadas por su proyecto ?
Es apropiada la mezcla de las intervenciones del proyecto para dirigirse a los problemas clave, dando los recursos humanos, financieros y materiales disponibles al proyecto y la comunidad ?
Es apropiado el enfoque o priorizacion de las intervenciones ?
Ha habido suficiente progreso para alcanzar los objetivos y metas?
¿Se están alcanzando eficientemente los grupos de alto ries-go?
¿Cuáles son las cosas que obtienen el logro de los objetivos y alcance de los grupos de alto riesgo?
¿Cuales son las principales barreras comunitarias para al-canzar las necesidades de los niños?
Ha limitado el proyecto su area de impacto o el tamano de la poblacion beneficiaria ?
Ha habido una expansion cuidadosa de las actividades de servicio del proyecto
Sabe usted de los resultados obtenidos por las investigaciones hachas por el proyecto ?
Cual es el balance entre promocion de salud/ movilizacion social y provision de servicios en este proyecto ?
Es apropiado el balance ?
¿Qué materiales educativos u otros han sido distribuidos a los trabajadores?
¿Les da mucho valor el trabajador de salud?
¿Tiene suficientes materiales, suministros y equipamiento los voluntarios locales para llevar a cabo sus responsabili-dades actuales?
Que opina usted de la metodologia utilizada para la capacitacion de los voluntarios de salud ?
Cree que la duracion de la capacitacion para preparar voluntarios de salud es suficiente para realizar su trabajo ?
Cree usted que los promotores estan adecuadamente preparados para entrenar y supervisar a los voluntarios de salud asignados a ellos ? Podria dar ejemplos Cree usted que los voluntarios estan adecuadamente entrenados para desempenar sus responsabilidades en la comunidad ? Ha oido usted de algun problema ?
Esta usted recibiendo informacion que necesita del voluntario de salud a traves de la enfermera ?
Esta usted informado acerca de las actividades que lleva a cabo la FIO para la supervicion y control de promotores y voluntarios de saluda ?
Identifique los lugares de referencia de potencial cuidado y comente sobre el acceso y calidad del servicio.
Ha hecho el proyecto uso apropiado de estos lugares de referencia

?
Cual es la continuidad de relaciones entre el lugar de referencia y proyecto en la comunidad ?
Es adecuado el dialogo entre el proyecto y el lugar de referencia?
Esta tomando pasos el proyecto para fortalecer los servicios del lugar de referencia o mejorar el acceso comunal al lugar de referencia ?
¿Cuáles son las principales organizaciones, contrapartes del proyecto y qué actividades de colaboración se han llevado a cabo hasta la fecha?
¿Tiene el personal contraparte la capacidad técnica y administrativa para tomar eventualmente la funciones necesarias para operar efectivamente en las actividades de sobrevivencia infantil?
¿Hay libre diálogo entre el personal de su proyecto y su contraparte?

Guía de Entrevista Para PVOS

What are the CS interventions and health promotion activities initiated by the project? Are the mix of interventions appropriate?
Has there been sufficient progress in meeting objectives? Are groups being reached effectively? What are the constraints to meeting objectives?
Has the project limited its project area? Has IEF set measurable objectives of outputs and outcomes?
Does the project have adequate number and mix of staff to meet technical, managerial, and organizational needs for gardening?
Do staff have adequate technical knowledge and skills to carry out gardening?

7. Guides Use with Focus Groups

VOLUNTARIOS DE SALUD: Conocimientos

NUTRICION/ALIMENTACION

En su última visita a las madres, que les enseñó sobre Vitamina A?
Qué enseña usted a las madres sobre la alimentacion de sus niños tiernos?

HUERTOS FAMILIARES

Tiene usted un huerto familiar en su casa? Por qué si o por qué no?
Que problemas hay para tener un huerto en su casa?
Que beneficios nos brinda el tener un huerto en nuestra casa?

CUIDADO PRIMARIO DE OJOS

Con el examen de los ojos, qué problemas le busca al niño? Mencione uno.
A qué niños con problemas de ojos refiere al CESAMO?
Qué opinan los pacientes que se han tratado en la Clínica?
Estarían dispuestos a pagar por el servicio?

IRA

Que es lo que Ud. le recomienda a las madres sobre Infección Respiratoria Aguda ?
Que problemas tienen Uds. para identificar los signos de alarma en Neumonia y asi poder referir esos niños para tratamiento ?

DIARREA

Que es lo que Ud. le recomienda a las madres cuando su niño tiene Diarrea ?
Que podemos hacer para disminuir los casos de diarrea en esta comunidad ?
Sabemos que muchas madres en esta comunidad conocen de la preparación del Litrosol pero, muy pocas la usan cuando su niño esta deshidratado, Porque creen que sucede esto ?

GUIAS DE GRUPOS FOCALES PARA:

MUJERES/MADRES

NUTRICION/ALIMENTACION

A que edad se empieza a darle otro alimento diferente a la leche materna ?
A su niño que le dió de comer hoy?

VITAMINA A

Qué alimentos ricos en Vitamina A conocen?
Qué alimentos ricos en Vitamina A comen sus niños?
Usted sabe que es esta cápsula? Para qué sirve?
Producen algún alimento rico en Vitamina A en su casa? Cuál?

DIARREA

Que hacen las madres cuando sus niños tiene diarrea ?
Sabemos que muchas madres como Uds. conocen del uso del Litrosol pero, muy pocas la usan cunado su nino esta deshidratado, Porque creen que sucede esto ?
Que medicamentos usan para tratar la diarrea y donde los consiguen ?

IRA

¿ Cual es el problema respiratorio más serio que conoce ?
¿ Cuando lleva al niño al CESAMO ?

8. List of Documents Consulted

Nombre Document	Elaborado por	Fecha
Recetas varias (sopa de ayote, tortas de camote, flan de ayote, pudín de camote y mínimo, ensalada de hojas de rábano, ensalada de hojas de mostaza, tortas de hojas verdes, arroz guisado con ayote, frituras de camote, etc.)	FIO/Honduras	1991
•Material educativo a utilizarse con los Voluntarios de Salud	FIO/Honduras	1991
•Examen Oftalmológico realizado por Auxiliares de Enfermería	FIO/Honduras	1991
•Para qué necesitamos Vitamina A?	FIO/Honduras	1992
•Deficiencia de Vitamina A y Xeroftalmia	FIO/Honduras	March 1983
•Programa para el Cuidado Primario de Ojos Manual para la Enseñanza de Enfermeras Profesionales y Médicos Generales	IEF/Maryland	1988
•Programa para el Cuidado Primario de Ojos Manual para la Enseñanza de Auxiliares de Enfermería, Supervisores de Promotores y Promotores de Salud	IEF/Maryland	1988
•Hablemos de Vitamina A, Julio-Enero	IEF/Guatemala	1992
•Informe Final sobre Segundo Taller Regional sobre Vitamina A en América Latina y el Caribe	VITAL	1991
•Breastfeeding, Weaning & Nutrition: The Behavioral Issues	Ann Brownlee, Ph.D., Office of Health, USAID	1990
•Vitamin A News Notes	Helen Keller International	1991
•Vitamin A News Notes	Helen Keller Interational	1992
•Bulletin of Xerophthalmia Club	Sight Savers, IVACG	1992
•Vitamin A Supplements	WHO/UNICEF/IVACG Task Force	1988
•Lactancia Materna para el Espaciamiento de los Nacimientos - Boletín Informativo	Institute for Int'l Studies in Natural Family Planning	

•Principios Básicos de Nutrición	Secretaria de Recursos Naturales - Proyecto L.U.P.E.	
•Manual para Monitoras en Lactancia Materna	Liga de Lactancia Materna	
•Reconoce los Signos y Síntomas de la Xeroftalmia	The Nutrition Foundation - Helen Keller International	1987
•Módulo Ilustrado para la Orientación de la Educación Alimentaria Nutricional en la Comunidad Hondureña	Ministerio de Salud Publica - OPS/INCAP	1991
•Las Raíces y Tubérculos en la Dieta Familiar		
•México: Promoción de la Lactancia Natural	Madres y Ninos, Vol 7, No. 2, American Public Health Ass.	1988
•Zanahoria (Daucus Carota)		
•El Uso Innocuo de Vitamina A por la Mujer Durante la Edad Reproductora sobre Vitamina A	Grupos Internacional Consultivo sobre Vitamin A (IVACG)	1987
•Guía para la Prevención de la Ceguera Nutricional (Xeroftalmia)	Helen Keller International	1988
•La Sintomatología de la Deficiencia de Vitamina A y su Relación con la Nutriciónde Vitamina A Aplicada	IVACG	1983
•Reflexione sobre el Huerto Familiar	Lic. Elsa Victoria Lopez, Dept. Capacitacion D.G.A.N.	
•El Huerto Familiar Integrado Especialista en Fruticultura	Ing. Miguel Angel Morales, Especialista en Fruticultura	
•El Huerto Familiar Integral	Ministerio de Recurso Naturales	1988

•El Huerto Familiar y la Educación Nutricional a la Familia	Lic. Eduardo Aguilar - Ministerio de Recurso Naturales	1986
•La Huerta Campesina Orgánica	Centro de Educacion y Tecnologia de Chile	1985
•El Huerto y la Nutrición	Ministerio de Recursos Naturales- Proyecto LUPE	
•El Huerto Casero	Proyecto Agroforestral de Zambrana-Chacuey	
•Madres y Niños	Asociacioin Americana de Salud Publica	
•Lactancia Materna: Como Proteger un Recurso Natural	UNICEF	1988
•Programa Ampliado de Inmunizaciones, para Voluntarios de Salud	Proyecto HOPE/MSP	
•Planificación Familiar, para Voluntarios de Salud	Proyecto HOPE/MSP	
•Guías para Lactancia Materna en los Programas de Planificación Familiar y Supervivencia Infantil	Institute for International Studies in Natural Family Planning, Georgetown Univ.	1990
•Estado Mundial de la Infancia	UNICEF	1991
•Para la Vida - Un Reto de Comunicación	UNICEF	1989

1. Calendario Detallado de Actividades
3. Investigacion Sobre Conocimientos y Practicas en Supervivencia Infantil 1991
4. Investigación de Base 1990
8. Guías para la Evaluacion a Mediados de los Proyectos de SIV de Cinco Anos y Proyectos de SIVI de Tres Años
17. Plan Detallado de Implementación (DIP) (ingles)
18 Taller: Maximización del Trabajo del Voluntario de Salud. Tegucigalapa, Febrero 1992.
21. Propuesta Proyecto de Vitamina A
22. Material Educativo
    a. La Planificación de Actividades
    b. La Evaluacion Realizada con la Participación de la Comunidad
    c. Comites Locales de Salud
    d. La Importancia de la Organización Comunal

e. Guía de Preparación de Alimentos con Productos de Huerto y su Valor Nutritivo
f. Recetas con Frijol Soya
g. Algunas Cosas que Debemos Saber sobre el Crecimiento y Desarrollo del Niño Menor de Cinco Años
h. Como Aprende el Adulto
i. Aprendamos Sobre la Importancia de la Vitamina A
j. Ayudemos a Prevenir las Muertes por Neumonía
k. Promotores de Salud
l. Hablemos Mas a Fondo Sobre Algunas Enfermedades del PAI
m. Manual para Personal Voluntario de Salud (Proyecto Hope)
   #1 - "Control de Enfermedades Diarréicas"
   #2 - "Programa Ampliado de Inmunizaciones
   #3 - "Infecciones Respiratorias Agudas"
   #4 - "Nutrición"
n. Folleto de Conocimientos Básicos "Lo Que Tu Debes Saber Para que Tu Hijo No Muera"

9. List of Individuals and Institutions Consulted

Eduviges Amador	Campo Cielo	V.S.
Alejandra Baquedano	Campo Cielo	V.S.
María Teresa Moreno	Campo Cielo	V.S.
Paula Fúnez	San Martín	V.S.
Yolanda Pineda	Independencia	V.S.
Arsenia Granados	Independencia	V.S.
Blanca Lidia Vásquez	Independencia	V.S.
Marlen G. Hernández	Independencia	V.S.
Eva Matute	Campo Cielo	V.S.
Juana Victoria Ayala	Altos del Paraíso	V.S.
Daisy M. Santos	Altos del Paraíso	V.S.
Juana A. Reyes	Cantarero	V.S.
María Martínez	Jardines del Carrizal	V.S
Dilcia S. Castillo	Cantarero	V.S.
Blanca O. Díaz	Nueva Danlí	V.S.
Consuelo Soriano	Cantarero	V.S.
Maribel Valle	Altos del Paraíso	V.S.
Eduviges Amador	Campo Cielo	V.S.
Alejandra Baquedano	Campo Cielo	V.S.
María Teresa Moreno	Campo Cielo	V.S.
Paula Fúnez	San Martín	V.S.
Yolanda Pineda	Independencia	V.S.
Arsenia Granados	Independencia	V.S.
Blanca Lidia Vásquez	Independencia	V.S.
Marlen G. Hernández	Independencia	V.S.
Eva Matute	Campo Cielo	V.S.
Mirna Marlene Alfaro		V.S.
Blanca Rosa Ramírez		V.S.
Santos López		V.S.
Luz Idalia Jiménez		V.S.
Mirna Rivera		V.S.
Marta Euceda		V.S.
Daysi Villatoro		V.S.
María Elena Banegas		V.S.
Modesta Díaz		V.S.
Reina Isabel Zepeda		Madre
Maura A. Guifarro		Madre
María Santiago Baquedano		Madre
María Donatila Banegas		Madre
Daisy M. Godoy		Madre
Santos Jacinta Sauceda		Madre
Ana D. Velásquez	Campo Cielo	Madre
Dania Amador	Campo Cielo	Madre
Iris Hernández	Campo Cielo	Madre
Laura Maldonado	Campo Cielo	Madre
Iris Y. Hernández		Madre
Dania		Madre
Hilda Paz		Madre
Dalia Patricia Amador		Madre
Vilma Cabrera		Madre
Bessie		Madre

Ana D. Vásquez		Madre
Rosa Julia González		Madre
María Susana Murillo		Madre
Blanca Rosa Cálix		Madre
Fidelina Carrasco		Madre
Nolvia Lanza		Madre
Martina Matute		Madre
Bernarda Izaguirre		Madre
Enma Tercero		Madre
Ana Rosa Laínez		Madre
María Magdalena Rodríguez		Madre
Francisca Oyuela		Madre
Ingrid Suyapa Alvarez		Madre
Angela Liliana Varela		Madre
Suyapa Iscoa		Madre
Xiomara Izaguirre		Madre
Marisabel Gálvez		Madre
Martha Lizet Romero		Madre
Rosalinda		Madre
María de la Cruz Valle		Madre
Micaela Rosales		Madre
Corina Núñez	19 de Septiembre	Madre
María de Jesús Rodas	19 de Septiembre	Madre
Dulce María Urbina	19 de Septiembre	Madre
Ana Rosa	19 de Septiembre	Madre
María Gumercinda Fuentes	19 de Septiembre	Madre
María del Tránsito Cuellar	19 de Septiembre	Madre
Martha Lidia Rodríguez	Aux. Enfermería	FIO
Maribel Euceda	Aux. Enfermería	FIO
Berta Lidia Henríquez	Aux. Enfermería	FIO
Miriam S. Espinal	Aux. Enfermería	FIO
Dagoberto Torres Padilla	CESAMO San Francisco	Director
Norma Mansilla	CESAMO Las Crucitas	T.Social
Juan Adalberto Paz Maradiaga	CESAMO Las Crucitas	T.Social
Gricelda Oviedo	CESAMO Las Crucitas	Jefe Enf.
María Argentina Castillo B.	CESAMO 3 de Mayo	Director
Adriana Hernández Santana	INCAP/PAHO	
Edgardo Navarrete	Hospital San Felipe (Depto. Oftalmología)	Jefe
Elías Sánchez	ACORDE	
Olivia Matute de Estrada	Depto. de Nutrición	Jefe

10. Pipeline Analysis

1992 COUNTRY PROJECT PIPELINE ANALYSIS: REPORT FORM A
INTERNATIONAL EYE FOUNDATION/HONDURAS

	Actual Expenditures 7/1/90 - 6/30/92		Projected Expenditures 7/1/92 - 6/30/93		Revised Budget 7/1/90 - 6/30/93		
	AID	IEF	AID	IEF	AID	IEF	TOTAL
IV. OTHER PROGRAM COSTS							
A. PERSONNEL							
1. Project Director	29,250	4,875	19,500	4,875	48,750	9,750	58,500
Benefits	0	1,865	0	3,000	0	3,730	3,730
2. Hond.Field Salary	45,170	0	82,700	0	127,870	0	127,870
Benefits	3,671	0	10,159	0	13,830	0	13,830
SUBTOTAL IV. A.	78,091	6,740	112,359	7,875	190,450	13,480	203,930
B. TRAVEL AND PER DIEM							
1. Short-term							
Local staff per diem	7,084	1,849	4,616	1,151	11,700	3,000	14,700
Local staff travel							
Int'l. Prof. Meet. (Airfare/per diem)							
Subtotal IV. B.	7,084	1,849	4,616	1,151	11,700	3,000	14,700
C. Other Direct Costs							
1. Vehicle Operat.							
Fuel	1,243	0	1,757	0	3,000	0	3,000
Maint./Spares	2,192	0	3,808	0	6,000	0	6,000
Ins/Lic/Reg	2,817	0	1,983	0	4,800	0	4,800
3. Office Operations							
Rent/repairs	3,861	0	0	4,500	3,000	4,500	7,500
Telephone/instal.	1,544	0	1,856	0	3,400	0	3,400
Postage/Courier	384	0	816	0	1,200	0	1,200
Utilities	0	0	0	0	0	0	0
Miscellaneous	491	0	493	0	984	0	984
Freight/Ins.	724	15	1,276	(15)	2,000	0	2,000
4. Training Sessions							
Per Diems	2,308	2,028	(308)	(2,028)	2,000	0	2,000
Supplies	0	0	2,500	0	2,500	0	2,500
Facilities	0	0	200	0	200	0	200
Subtotal IV. C.	15,564	2,043	14,381	2,457	29,084	4,500	33,584
SUBTOTAL IV. A.B.C.	100,739	10,632	131,356	11,483	231,234	20,980	252,214
SUBTOTAL	111,175	44,617	160,175	27,281	270,404	62,193	332,597
G & A 21.9%	26,147	5,427	33,071	4,655	59,218	10,082	76,345
TOTAL	137,322	50,044	193,246	31,936	329,622	72,275	408,942

1992 COUNTRY PROJECT PIPELINE ANALYSIS: REPORT FORM A
INTERNATIONAL EYE FOUNDATION/HONDURAS

	Actual Expenditures 7/1/90 - 6/30/92		Projected Expenditures 7/1/92 - 6/30/93		Revised Budget 7/1/90 - 6/30/93		
	AID	IEF	AID	IEF	AID	IEF	TOTAL
I. PROCUREMENT							
A. EQUIPMENT and SUPPLIES							
TECHNICAL							
1. Vehicle	0	13,618	0	0	0	13,618	13,618
2. Ophth. Equip.	0	4,067	0	0	0	4,067	4,067
OFFICE EQUIPMENT							
1. Computer	0	1,100	0	0	0	1,100	1,100
2. Printer	0	240	0	0	0	240	240
3. Volt. Reg./UPS	0	0	0	400	0	400	400
4. Office Furniture	85	1,468	0	2,032	0	3,500	3,500
5. Typewriter	0	240	0	0	0	240	240
6. Photocopier	0	850	0	0	0	850	850
7. Fax	0	1,050	0	0	0	1,050	1,050
8. Slide Proj.	0	284	0	0	0	284	284
9. Camera	0	264	0	0	0	264	264
10.Miscellaneous	0	440	0	(440)	0	0	
SUPPLIES							
1. General Office	6,520	20	1,350	0	7,870	0	7,870
3. NutriAtol	0	0	0	0	0	0	0
4. Train. Materials	1,115	300	3,385	0	4,500	0	4,500
5. Main./Ins.	0	0	900	0	900	0	900
6. Uniforms	0	0	0	0	0	0	0
7. Vit A/Med Sup	1,093	1,244	(193)	856	900	2,100	3,000
B. SERVICES							
Local Consultant Support (30 days/yr)	403	8,250	1,097	0	1,500	0	1,500
Workshops	0	150	0	8,350	0	8,500	8,500
Enumerators & logistic support	1,220	400	2,280	(400)	3,500	0	3,500
SUBTOTAL I.	10,436	33,985	8,819	10,798	19,170	36,213	55,383
II. EVALUATIONS	0	0	20,000	5,000	20,000	5,000	25,000
SUBTOTAL II.	0	0	20,000	5,000	20,000	5,000	25,000
III. INDIRECT COSTS (See G & A line item)							

INFORME DE CONSULTORIA

EVALUACION DE MEDIO TERMINO

PROYECTO DE VITAMINA A

FUNDACION INTERNACIONAL DE OJOS

Informe Preparado por:

Dr. Victor Lara, Consultor

Agosto 1992

Tegucigalpa, Honduras

RECONOCIMIENTO

El desarrollo de programas de Supervivencia Infantil en Honduras es una tarea compleja y difícil para la administraciión pública y representan una ardua labor para las agencias bilaterales y multilaterales trabanjando en el país. Muchas veces estas grandes organizaciones se ven prácticamente inmovilizadas por instancias burocráticas que escapan a su control, aún a pesar de disponer de los recursos financieros y humanos necesarios. Es en este contexto que las organizaciones no gubernamentales son muy importantes porque logran con su conocida flexibilidad caminar por rutas muy complicadas con un minimo de cargas que hacen parecer el desarrollo de alternativas de atención en salud como posibles creando una brisa de optimismo para aquellos que ven un sombrío horizonte en el mejoramiento de la salud infantil en la región.

Ha sido un gran placer experimentar con el equipo de campo de la Fundación Internacional de Ojos el andar por esos difíciles caminos que ellos transitan cada día y a sido un gran desafió el facilitar una visión de medio camino a su excelente programa peri-urbano de Tegucigalpa. Vaya para ellos mi agradecimiento por haber soportado mi atrevimiento de tratar de darles un consejo sobre lo que ellos conocen con gran calidad.

Mi especial agradecimiento a la Lic. Antonieta Dominguez, que con mano segura lleva adelante una de las iniciativas de integración de Vitamina A y Supervivencia Infantil más interesante de Honduras y para Victoria de Alvarado que con gran profesionalismo permite la entrega de servicios de salud a una población que los necesita y se lo reconoce. Un agradecimiento especial a John Barrows de la sede internacional de FIO por su confianza y mi admiración por su compromiso por la gente de esta región. Asimismo debo agradecer el excelente apoyo que se hizo posible por la permanente asistencia de Maria Luz.

Por ultimo debo manifestar mi gran satisfacción por haber logrado llegar a ver las caras de muchos niños y madres que efectivamente se estan beneficiando con este programa, a ellos mi más preciado deseo de que estas recomendaciones ayuden a mejorar sus condiciones de atención en salud.

ABREVIATURAS Y ACRONIMOS

AED	Academia para el Desarrollo Educacional
AID	Agencia Internacional para el Desarrollo
FIO	Fundación Internacional de Para los Ojos
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
IRA	Infección Respiratoria Aguda
CESAMO	Centro de salud rural con médico y dentista
CESAR	Centro de salud rural
GS	Guardián de Salud
DDC	Control de enfermedades diarréicas
LME	Lactancia Materna Exclusiva
PAI	Programa de Inmunización Ampliada
ESF	Fondos de Apoyo Económico
FEDECOH	Federación de Desarrollo Comunitario de Honduras
PF	Planificación Familiar
GMP	Monitoreo y promoción de crecimiento
SIS	Sistema de Información en Salud
HIV	Virus de inmunodeficiencia humana
HSII	Proyecto del Area de Salud II
CAP	Conocimiento, Actitudes y Prácticas (estudios)
SMI	Salud Materno Infantil
MIS	Sistema de Información Gerencial
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSH	Management Sciences for Health
ONG	Organización No-Gubernamental
SRO	Sales de Rehidratación Oral
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
PAHO	Organización Panamericana de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OPD	Organización Privada de Desarrollo
CPS	Cuidado Primario de la Salud
CPO	Cuidado Primario de Ojo
PVO	Organización Voluntaria Privada
STD	Enfermedad Transmitida Sexualmente
AT	Asistencia Técnica
UNICEF	Fondo para Niños de las Naciones Unidas
USAID	Misión AID en Honduras
WHO	Organización Mundial de la Salud
SI	Supervivencia Infantil

CONTENIDO

ACRONIMOS
RESUMEN EJECUTIVO

I. Antecedentes del Proyecto
II. Metodología de Evaluación
III. Hallazgos y Conclusiones

1. Logros del Proyecto
2. Relevancia de los problemas de SI
3. Efectividad del programa
4. Efectos del programa sobre el Desarrollo de las Comunidades y su Población
5. Competencia de FIO para Implementar el Proyecto de Vitamina A

   5.1 Diseño del programa
   5.2 Administración y Uso de Datos
   5.3 Educación Comunitaria y Promoción Social
   5.4 Recursos Humanos
   5.5 Suministros y Materiales para el Personal Local
   5.6 Calidad del Proyecto
   5.7 Supervisión y Monitoreo
   5.8 Uso de Fondos Centrales
   5.9 Uso de Apoyo Técnico
   5.10 Relaciones con Organismos de Contrapartida
   5.11 Relaciones con los Servicios de Referencia
   5.12 Red de Contactos del Proyecto
   5.13 Administración del Presupuesto

6. Sostenibilidad
7. Gastos Recurrentes y Mecanismos para la Recuperación de Gastos

IV. Recomendaciones Principales
V. Anexos:

   1. Equipo de Evaluación
   2. Términos de Referencia
   3. Cronograma de Evaluación
   4. Objetivos y expectativas
   5. Personas Fuentes de Información para Evaluación
   6. Guías Utilizadas para Entrevistas
   7. Guías y Reportes Utilizados de Grupos Focales
   8. Lista de Documentos Consultados
   9. Lista de Individuos y Organizaciones Consultadas
   10. Cuadro Presupuestal

RESUMEN EJECUTIVO

El programa de Vitamina A y Supervivencia Infantil de la Fundación Internacional de Ojos en Tegucigalpa Honduras se viene implementando en tres áreas periurbanas de la ciudad de Tegucigalpa, correspondientes a la áreas parciales de los centros de Salud (CESAMO) de Las Crucitas, San Francisco, y 3 de Mayo.

Objetivos, estrategias y actividades especificas fueron diseñadas en 1990 y el programa inició su implementación en el campo en las tres áreas del programa en Enero de 1991. Ahora luego de 2 años y medio de implementación se ha decidido realizar la evaluación de medio término, programada en la propuesta inicial, con la participación de personas externas al programa. Para tal fin se contrató la participación de un evaluador externo.

Durante 6 dias continuos un equipo de 6 personas visitó 12 barrios peri-urbanos y se entrevistó mediante diversas técnicas a alrededor de 85 personas se visitaron todas las áreas de intervención.

La evaluación del programa lleva a concluir que FIO/Honduras está logrando los objetivos propuestos en los diferentes documentos negociados con el AID. El logro actual de los objetivos y productos esta en relación con la dimensión de la necesidades del área de intervención y el programa es muy efectivo. El programa significa un gran aliento para el desarrollo de las mujeres de estas áreas peri-urbanas. El programa ha incluido en su diseño nuevas intervenciones debido a las necesidades y demandas de la población del MSP. Ha desarrollado un sistema de información que apoya el desarrollo de sus actividades aún cuando requiere algún refinamiento. El componente de mayor desarrollo del programa es el de la educación y comunicación en salud, con acciones muy eficientes y adaptadas a las condiciones del lugar. Se esta logrando alcanzar una gran proporción de madres con información muy adecuada de Supervivencia Infantil. Los mensajes de CCD y nutrición requieren ser revisados a la luz de información nueva disponible en el proyecto. Las personas trabajando en el pograma estan muy bien capacitadas y su sistema de supervisión es bastante agil, aún cunado se puede optimizar el manejo de su información. El programa ha utilizado la mitad de sus presupuesto en las dos terceras partes del tiempo de su vida, esfuerzos adicionales deberán realizarse para agotarlo en la fecha prevista. Existen muy buenas relaciones y desarrollo de acciones conjuntas con el MSP. Se ha hecho poco uso de la asistencia técnica disponible. El programa ha desarrollado interesantes mecanismos de organización comunitaria que requieren ser reforzados.

Las recomendaciones principales remarcan la necesidad de:

1. Hacer refinamientos en el manejo gerencial de la información, supervisión y entrenamiento del personal; y

2. Incrementar los esfuerzos para la concentración de recursos en nutrición integral y control de diarreas asi como reforzar la educación y participación comunitaria.

Introducción

Con la finalidad de no producir un documento extenso, poco manejable y reiterativo no repetiremos textos o documentos citados en otros documentos del

proyecto como son la propuesta al AID, el Plan de Detallado de Implementación (DIP), Reportes Anuales u otros reportes de Asistencia Técnica o Administrativos. Cuando nos refiramos a situaciones especificas referiremos al lector a esos documentos.

Si bien el proceso de investigación y discusión de conclusiones y recomendaciones se llevo de manera grupal, este documento refleja en muchos aspectos la opinión y la responsabilidad del autor.

I. Antecedentes del Proyecto

El Proyecto de Vitamina A de la Fundación Internacional de Ojos (FIO) recibió en 1989, la aprobación de una propuesta a la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (USAID) que le permitió financiar la implementación de un programa de Vitamina A en Honduras por un período de 3 años, del 1ro. de Setiembre de 1990 al 31 de Agosto de 1993. El programa de Vitamina A de la FIO se viene implementando en tres áreas periurbanas de la ciudad de Tegucigalpa, correspondientes a la áreas parciales de los centros de Salud (CESAMO) de Las Crucitas, San Francisco, y 3 de Mayo (ver detalles de áreas de intervención en DIP).

Objetivos, estrategias y actividades específicas fueron diseñadas en 1990 y el programa inició su implementación en el campo en las tres áreas del programa en Enero de 1991 (ver DIP y Primer Reporte Anual).

Ahora luego de 2 años y medio de implementación se ha decidido realizar la evaluación de medio término, programada en la propuesta inicial, con la participación de personas externas al programa. Para tal fin se contrató la participación de un evaluador externo, y se invitó representantes del MSP y del Programa Visión Mundial de Honduras (ver anexo 1).

II. Metodología de Evaluación

Se utilizó la guía de evaluación de medio término proporcionada por FHA/PVC USAID.

Con un mes anterior a la fecha de evaluación de campo, miembros del equipo de evaluación iniciaron el proceso de preparar y revisar los documentos a ser utilizados. El oficial a cargo de apoyar el programa desde Bethesda, Maryland visitó un mes antes el proyecto, la agenda incluyó la preparación de los términos de referencia del evaluador externo (anexo 2), contactos locales para iniciar la evaluación, desarrollo de un cronograma tentativo, desarrollo de documentos y preparativos logísticos. El evaluador externo revisó por tres días 14 documentos relacionados y generados por el proyecto antes de su viaje a Honduras.

Cuando todos estuvieron reunidos en Honduras, se revisó el cronograma (ver anexo 3), y los objetivos y expectativas del los miembros del equipo (ver anexo 4). Se identificaron todas la fuentes potenciales de información, especialmente todas aquellas persona involucradas en el desarrollo del proyecto o que sus decisiones

afectaron o afectarán el proyecto (ver anexo 5). Inmediatamente se decidieron métodos de abordar estos grupos de informantes y se desarrollaron guías para entrevistas estructuradas, no estructuradas, para entrevistas a informantes claves, grupos focales y pruebas de conocimientos (ver anexos 6 y 7).

Las entrevista incluyeron la revisión de información utilizada por los diferentes niveles del proyecto, sin embargo no se recolectó información cuantitativa. Se revisó información del sistema rutinario de recolección y además se consultó múltiples documentos generados por el proyecto y otros utilizados por el mismo (ver anexo 8).

Durante 6 días continuos un equipo de 6 personas visitó 12 barrios peri-urbanos y se entrevistó mediante diversas técnicas a:

- madres urbanas beneficiadas por el programa;
- líderes involucrados con la implementación del programa;
- voluntarios comunitarios trabajando para el proyecto;
- enfermeras auxiliares del MSP de establecimientos de referencia del proyecto involucrados en las intervenciones;
- enfermeras de salud pública a cargo de la supervisión de en las áreas de intervención de los establecimientos de referencia;
- médicos Directores de CESAMOs del MSP a cargo de la dirección de la salud pública;
- Trabajadoras Sociales del MSP;
- auxiliares de salud contratados en las áreas del proyecto como personal a tiempo completo por el proyecto;
- Coordinador proyecto de Vitamina A;
- Director de FIO;
- encargados de coordinar otras PVOs.

Dos de los miembros del equipo eran personal directamente involucrado en la implementación del proyecto, debido a esto se empleó las visitas de campo y las entrevistas de manera que este personal hiciera contacto con los directos beneficiarios, líderes y voluntarios de su proyecto (Director con Madres, y Voluntarios, Coordinador con Voluntarios, Madres y Líderes, etc.) e hicieran entrevistas en conjunto con evaluadores externos. Al final de cada día y al final de la visita a cada área se revisó toda la información recolectada y se discutieron en formas grupal los hallazgos en los diferentes grupos de informantes. Se hicieron reuniones de información y se revisó información producida por los evaluadores con miembros de los equipos de implementación de cada área.

El objetivo de esta técnica era por un lado, la de permitir a los miembros del equipo de evaluación la oportunidad de aclarar áreas en las que tenían información incompleta, y por otro lado discutir inmediatamente los hallazgos y proveer retroinformación a los implementadores.

El equipo permaneció en la oficina de Tegucigalpa en donde se discutió por dos días hallazgos, conclusiones y se hicieron recomendaciones finales, en estos tres últimos días participaron observadores del programa de Supervivencia Infantil de Visión Mundial en Honduras. Los dos días subsiguientes se compartió los hallazgos

y recomendaciones con el MSP y la oficina local de USAID en Honduras.

Un borrador del reporte de evaluación en español fue dejado en el proyecto antes de que el evaluador externo partiera fuera del pais.

La metodologia seguida ha demostrado ser eminentemente participativa y además ha logrado desarrollar la capacidad evaluativa del personal del proyecto y la interiorización de técnicas de evaluación participativas utilizando métodos de recolección de información cualitativos. Todos los miembros del equipo de evaluación participaron en múltiples entrevistas y grupos focales, como entrevistadores y apuntadores de la información cualitativa recolectada. Se practicaron varias técnicas de análisis y síntesis de información cualitativa y de facilitación de discusiones de grupo.

III. Hallazgos y Conclusiones

1. Logros del Proyecto

El proyecto empezó a operar desde Setiembre de 1990 (hace 24 meses), aún cuando las actividades per se se iniciaron en Enero de 1991. Desde la perspectiva de las madres, voluntarias, personal del MSP y otras personas entrevistadas, el proyecto esta desarrollando algo muy positivo. La revisión de documentos y del sistema rutinario de recolección confirman un adecuado alcance de logros.

Un logro importante de este proyecto ha sido la inclusión de actividades de Supervivencia Infantil a las actividades iniciales del proyecto (Vitamina A). Esto se hizo en respuesta a los requerimientos del MSP, ya que los voluntarios, en su gran mayoría, son los mismos para el MSP y la FIO. La FIO trabaja con el mismo grupo de voluntarios reforzando la capacidad del MSP en la implementación de su estrategia de Supervivencia Infantil y ha logrado integrar el componente de Vitamina A en forma exitosa.

El objetivo del proyecto y las actividades del personal de campo, que incluye el entrenamiento y seguimiento de los voluntarios, han sido ampliados para incluir otros componentes como Lactancia materna exclusiva, control de diarrea y neumonía, inmunizaciones y alimentación del destete e infantil. Todas esta acciones tienen una cobertura bastante adecuada y es de mayor cobertura en las zonas en donde la FIO apoya al MSP.

En relación a la suplementación de Vitamina A a niños menores de 5 años en la área de intervención del proyecto, no es posible determinar claramente el estado del objetivo, debido a que este inicialmente fue definido en términos de niños y el sistema de información ha venido recolectando dosis aplicadas. Sin embargo dado el número de dosis aplicadas, 14,812 dosis y la frecuencia utilizada hasta ahora, 2 dosis, es posible determinar un aproximado de 7,000 niños que han

recibido vitamina A. Las metas propuestas inicialmente son mayores, 9200[1] niños. Para aumentar la cobertura se ha incrementado últimamente la frecuencia de semestral a trimestral y se esta haciendo énfasis en el seguimiento de los niños que recibieron vitamina A en cualquiera de las campañas. Es probable que el número de niños se halla sobreestimado en el momento del diseño, se ha obtenido evidencia de este problema en una área en la que se ha desarrollado un censo y la población real es solo el 50% de la estimada. Aún no se ha modificado la población ni las metas del proyecto debido a este problema de información demográfica.

Un problema similar ocurre en el monitoreo de la información de Atención Ocular Primaria (AOP). Se han hecho un total 5,892 atenciones a esta fecha. La meta propuesta es de 2 atenciones a 8,625 niños. En esta actividad existe no solo un problema de datos poblacionales, sobre-estimación de las metas y poca utilización de información recolectada sino que las estrategias de implementación adolece de poca cobertura. Con alrededor de 200 de voluntarios que atienden un máximo de 45 niños no se podrá alcanzar el total requerido en cada seguimiento, sin que se incremente el número de voluntarios por familia ó el número de voluntarios. Asimismo la estrategia de realizar las actividades en campañas en las que tres o cuatro auxiliares proveen diagnóstico y referencia no va a permitir una cobertura sustancial de la zona como para alcanzar lo propuesto.

En relación al objetivo de Proveer educación en Vitamina A a mas del 80% de las madres de niños menores de 5 años, se observó que todas las madres en los grupos focales podían identificar los alimentos ricos en Vit.A. Hasta este momento han habido 13,593 sesiones con madres sobre Vitamina A. No es posible estimar el número específico de madres debido a que el sistema de información registra todas las madres que reciben educación en cada visita cada mes y no se puede conocer el número de nuevas madres que reciben educación cada mes.

El programa de Huertos demostrativos ha tenido algunos problemas en su diseño e implementación. En un proyecto de tres años, es muy difícil tener huertos familiares en gran número debido a que esta transferencia e implementación es muy lenta, es por ello que el proyecto inició esta actividad implementando huertos demostrativos comunitarios. Debido a factores relacionados con la capacidad organizacional de los barrios, bastante limitada, se cambio la estrategia a la promoción de huertos apoyando a una red establecida de voluntarios que en forma individual han venido desarrollando huertos familiares y se pretende en una segunda etapa convertirlos en demostrativos.

Conclusiones

- Es percepción general de todas las personas entrevistadas, que el proyecto esta alcanzando logros sustanciales.

---

[1]. La población total de 11,500 niños menores de 5 años ha sido modificada en el 2do. Reporte Anual, a 8,000 niños. Sin embargo las metas no han sido modificadas aún.

- Se ha ampliado las intervenciones del proyecto, principalmente en control de diarrea e inmunizaciones, en donde se están alcanzando metas bastante adecuadas.

- Existen problemas de cobertura en las intervenciones de distribución de vitamina A y atención ocular primaria. El manejo de la información en estas intervenciones dificulta una evaluación clara de los logros.

- Los logros en el desarrollo de huertos son aún pequeños, pero se esta aclarando una estrategia que permita su reforzamiento y alcance al final del proyecto.

2. *Relevancia de los problemas de SI*

El personal del proyecto a través de su trabajo diario ha observado y tiene una visión realista de la problemática. La información sobre mortalidad y morbilidad así como la de estado nutricional de la pobalción infantil utilizada por el proyecto, es de referencia o anecdótica. Se ha observado durante la evaluación que los problemas más importante de salud en la población infantil y materna son los relacionados a las condiciones inadecuadas de vida y la falta de acceso a agua, saneamiento y servicios de prevención y educación sanitaria. Asimismo la disponibilidad de recursos y alimentos es indiscutible causa de problemas de alimentación y deficiencia nutricional.

El proyecto desarrolla las siguientes intervenciones

1. Educación Alimentaria
2. Distribución de Vitamina A
3. Promoción e implementación de Huertos de vegetales
4. Atención Ocular Primaria

Estas actividades son las originalmente planificadas (ver DIP)

5. Inmunizaciones
6. Control de la Diarrea
7. Prevención de Muerte por Neumonía

Estas actividades han sido incluidas en apoyo a los programas de atención primaria de salud de los CESAMOS por requerimiento del MSP. Se utilizan fondos del proyecto para financiar estas acciones.

Es importante mencionar la flexibilidad del proyecto para incorporar las acciones más relevante de atención como el control de infecciones y las prevención, vacunaciones, mediante el seguimiento de la población que requiere ser vacunada.

En este contexto las actividades de educación sobre consumo de vitamina A y su distribución como suplemento son evidentemente alternativas sumamente relevantes para solucionar los principales problemas de salud de la población infantil, principalmente las infecciones y sus complicaciones , incluyendo los estados de deficiencia nutricional.

Conclusiones:

- Las intervenciones son apreciadas como muy relevantes por la población, el Ministerio de Salud Publica.

- Mayor información epidemiológica es necesaria para planificar y priorizar y demandar mayor cantidad de recursos.

- El Equipo de Evaluación considera que las intervenciones son adecuadas y relevantes; sin embargo, es evidente que intervenciones como distribución de cápsulas requerirán ser reavaluadas a la luz de las futuras intervenciones como fortificación de azúcar y el actual perfil de requerimiento de Vitamina A en la población.

3. *Efectividad del programa*

Ha sido una afirmación de casi la totalidad de los entrevistados que el programa tienen suficiente progreso y esta alcanzando la población de alto riesgo. Se observa que no hay mayores problemas para llegar a los niños menores de 5 anos y mujeres en edad fértil, definición de riesgo utilizada por este programa.

Es observación del evaluador que la definición de riesgo es muy amplia. La población objetivo de educación en alimentación y vitamina A es muy amplia debido a que la población potencialmente deficiente alimentaria y sin acceso a información de alimentación en riesgo de enfermar y morir es la de niños menores de 36 meses, edades de mayor incidencia de infecciones y estados de requerimientos de alimentación especial. Estas consideraciones sobre la población objetivo son muy importantes cuando es necesario hacer más eficiente la utilización de recursos debido a una gran población por atender o dada una limitación de recursos.

Es interesante mencionar que los grupos que concentración de actividades que recomienda el MSP son amplios. Actualmente la Organización Mundial de la Salud, USAID y el UNICEF están promoviendo la concentración de esfuerzos en grupos muy especificos, por ejemplo Inmunizaciones para grupos de menores de un año, programas específicos de actividades en control de neumonia para menores de 2 meses y menores de 2 años, etc. Una organización internacional como FIO debería incluir en sus políticas internacionales el promover en los paises las recomendaciones de organizaciones técnicas de la Naciones Unidas y de la información cientifica más actualizada en forma permanente y así proveer de un canal adicional a los gobiernos y organismos de contraparte de sus proyectos, de Honduras en este caso, de esta valiosa información. De esta manera se evitaría la errónea percepción de un evaluador externo de una falta de información y la percepción de que no se tienen un rol de promoción de información cientifica en el país, que se observa al no incluir en sus intervenciones los grupos de riesgo actualizados en este proyecto.

El personal de contrapartida del MSP tienen la percepción de que el programa debería incrementar su cobertura, es decir incrementar su área de intervención

o su población de impacto. La gerencia del proyecto ve como limitantes de este requerimiento: 1) que se necesita incrementar el gasto en recursos humanos y 2) que las características de la zona de implementación son complejas dado el tiempo remanente del proyecto..

Conclusiones

- El proyecto esta desarrollando intervenciones en toda la población menor de cinco años, mujeres embarazadas y lactantes. Esta definición es muy amplia dada las demandas de cobertura y la limitación de recursos. Una modificación de la definición optimizaría el uso de que se tiene.

El equipo de evaluación ha identificado ciertos problemas en el manejo de ciertas áreas de conocimiento técnico y en lo referente a la introducción de intervenciones en los grupos de alto riesgo, estos se describen a continuación:

a. El actual sistema de supervisión y monitoreo no permite actualmente identificar áreas de intervención en las que no se viene atendiendo a población de riesgo (con excepción de vacunaciones) o monitorizar la información sobre el desarrollo de las intervenciones dirigidas a estos grupos.

b. El manejo de ciertos mensajes en el control de la diarrea, por ejemplo la utilización de SRO, al ser introducida antes de que ocurra la deshidratación y por ende, la sed, produce rechazo por parte de los infantes y niños, y genera desconfianza en las madres sobre la efectividad de la S.R.O. Esto induce a introducir tratamientos inadecuados en casos de diarrea y deshidratación.

c. Existe la tendencia de enfocar la educación alimentaria a la transmisión de mensajes exclusivos de vitamina A, dejando de lado aspectos importantes de la recomendación de una dieta balanceada (calidad y cantidad) y de características especiales para la población en edad de destete y de requerimientos especiales de crecimiento, tanto infantil como pre-escolar, de embarazo, lactancia y enfermedad.

4. *Efectos del programa sobre el Desarrollo de las Comunidades y su Población*

La estructura comunitaria sobre la que se implementa este proyecto fue desarrollada por el MSP y es actualmente reforzada por la FIO. Las características de ese trabajo ha permitido una participación comunitaria más relacionada con el interés de extender la cobertura de servicios. El trabajo de la FIO ha logrado un reforzamiento de esa organización comunitaria aún sin mayores raíces de representatividad y organización global comunitaria. La red actual de voluntarios representa una sección bastante aislada de las organizaciones formales e informales comunitarias pero vienen siendo reconocidas debido a su eficiente labor. Casi la totalidad de voluntarios son mujeres.

Conclusión

- El proyecto esta generando instancias de desarrollo al reforzar una estructura orgánica de trabajo y responsabilidad comunitaria en salud, los Voluntarios.

- Es evidente que se requiere un mayor esfuerzo para hacer más representativa la red de Voluntarios.

- El 100% de los implementadores de este proyecto son mujeres. La no participación de hombres no se debe a un efecto discriminatorio, sino a una tendencia de encontrar mayor respuesta de las mujeres a las actividades del proyecto.

5. *Competencia de FIO para Implementar el Proyecto de Vitamina A*

5.1 *Diseño del programa*

El proyecto se viene implementando en una área extensa y las actividades han sido introducidas en forma vertical y simultánea. Los objetivos y logros son claramente medibles y el proyecto ha sido sumamente flexible al responder a cambios de estrategia en el diseño a lo largo del programa, tratando de esa manera responder a lecciones aprendidas o circunstancias evidentemente necesarias.

Las Auxiliares y Médicos ven el programa como bien organizado y bien estructurado. Las Enfermeras se sienten muy cómodas. Algunas partes han sido modificadas, como huertos. Esto es muy positivo.

El proyecto ha sido flexible para poder responder a las necesidades de la contrapartida (MSP) además de llevar a cabo sus propias intervenciones.

El diseño del programa con el tiempo se ha convertido en un proyecto de Supervivencia Infantil, y no solamente de Vitamina A, y esto es por las necesidades presentadas. El diseño de las intervenciones debe incluir estrategias que permitan alcanzar los objetivos.

Conclusiones

- El programa ha sido lo suficiente eficiente y flexible como para responder a las rectificaciones necesarias del diseño original:

  1. Integración de Vitamina A a Supervivencia Infantil.
  2. Modificación en HIS, huertos, etc
  3. Responder a requerimientos del Ministerio de Salud en la introducción de PAI, TRO.

- Es evidente la necesidad de una estrategia en el diseño que permita mayor efectividad en alcanzar grupos de riesgo especificos.

5.2 Administración y Uso de Datos

El sistema de información viene recolectando información que es generada sin mayores complicaciones en las colonias, es compartida a nivel intermedio con el MSP (CESAMO) y es consolidada en cada área para luego ser concentrada a nivel central.

Los métodos cuantitativos predominan en la recolección de la información. Se ha realizado una encuesta cuantitativa, compuesta de dos partes, una información básica sobre el conocimeinto, acitutdes y prácticas y la otra parte incluyó la medición de indicadores biológicos como retino sérico y citologia de impresión conjuntival. Esta encuesta ha servido para establecer la información basal del proyecto y para determinar las intervenciones a implementar.

La información generada a nivel de campo no es rutinariamente compartida con el nivel local. No se observa un análisis muy profundo de la información a nivel local o en los niveles de CESAMO. Existen niveles de análisis en la coordinación del proyecto, sin embargo, la utilización de la información es limitada. El uso de la información se limita a hacer fluir la misma información que se reporta a USAID Washington a lo largo de los diferentes niveles del proyecto.

Se ha hallado poca documentación orientada a compartir análisis de la información obtenida en forma local o nacional. Es evidente la falta de instrumentos de monitoreo y análisis de información para optimizar el control y la supervisión.

La reciente implementación de cambios en el sistema de información no ha permitido la familiarización de los instrumentos por parte de los Voluntarios y no permite al evaluador tener una idea muy clara del efecto de estos cambios en el sistema, será necesario esperar un tiempo para poder tener conclusiones sobre el efectivo uso de la información del sistema.

Conclusión

- Existe utilización de la información en el nivel comunitario; sin embargo, es evidente la presencia de problemas en el proceso como: duplicación, subregistro, falta de estandarización en el manejo de los instrumentos, falta de retroinformación. Algunos de estos aspectos han sido modificados en el nuevo sistema, otros aún requieren de más tiempo de desarrollo y revisión.

- Se requiere reforzar la capacidad de análisis y respuesta en los niveles locales especialmente en la coordinación con los CESAMOs.

- Se advierte la necesidad de mejorar el proceso de monitoreo que permita al voluntario y supervisor una toma de decisiones mas sistemática.

5.3 Educación Comunitaria y Promoción Social

Esta es la actividad donde FIO ha hecho mayor esfuerzo a todo nivel, no solo a nivel de Voluntarias y madres, sino que también MSP y otras organizaciones

privada. Es el área mas fuerte que tiene el proyecto. Hay un buen balance entre educación y servicio.

Los principales problemas encontrados en la educación comunitaria son:

- Alguna inconsistencia en los mensajes;
- Ausencia de conceptos importantes en la alimentación de lactantes;
- Monitoreo de la Calidad

En muy pocas zonas se hizo énfasis en el manejo de la dieta para el niño enfermo o durante el crecimiento. Algunos hábitos alimentarios incorrectos incluyen: las madres recomiendan un solo alimento, y no una mezcla, falta de conocimiento sobre frecuencia, calidad y densidad requerida en alimentos para infantes.

Conclusiones

- **La mayoría de las actividades de Educación Comunitaria/Promoción Social son muy efectivas para la transmisión de mensajes.**

- **La estrategia de comunicación persona/persona a través de las visitas es muy eficiente y efectiva.**

- **Existen algunas inconsistencias en ciertos mensajes: diarrea y alimentación; probablemente debido al manejo de normas y algunas metodologias.**

- **Existen pocos materiales para uso comunitario, especialmente madres.**

- **Existe la necesidad de evaluar periódicamente las necesidades de capacitación y educación.**

5.4 Recursos Humanos

El personal de campo trabajando a tiempo completo, al momento de la EMT incluye:

1 Enfermera Coordinadora del Proyecto
6 Auxiliares

Adicionalmente se tiene 3 personas encargadas dirección, apoyo administrativo y logístico.

Los resultados observados sobre el nivel de conocimientos del personal comunitario demuestran una excelente metodologia de capacitación y un planeamiento cuidadoso de estas.

Se observan actividades como el llenado de formatos de información que reducen el tiempo disponible por el auxiliar. El entrenamiento del personal al parecer es adecuado pero limitado. A excepción de 2 auxiliares de enfermería contratadas hace un mes, todas recibieron un entrenamiento de 40 horas y mensualmente se les da 4 horas de capacitación en servicio. Las pruebas de conocimientos sobre áreas

técnicas arrojaron un promedio de respuestas adecuadas de más del 90%. No se ha hallado evidencia de una evaluación sistemática de las necesidades de entrenamiento basados en las tarea a ser desarrolladas. También se observa falta de materiales de capacitación y referencias para mantener el nivel de información técnica del proyecto. Un efecto observado de esta carencia parcial de materiales se observa en el resultado de las reuniones focales de voluntarios y madres. Los auxiliares solo han tenido capacitación en servicio.

Las madres reciben "charlas" o educación mediante técnicas participativas o prácticas, por ejemplo la preparación de alimentos con vitamina A. En su mayoría estas reuniones no incluyen la distribución de materiales de referencia, impresos o de otro tipo. Las madres aún incluyen en sus respuestas a las entrevistas al grupo evaluador una serie de aspectos culturales relacionados con su tradición y medio ambiente, algunas veces prácticas negativas, que han sido mencionadas en su capacitación (ej. uso de medicamentos en diarrea, alimentación, etc.). Esto es evidente en el componente de alimentación en las que los promotores requieren conocimientos adicionales, carencia que se refleja en el mensaje de la voluntario y en las prácticas alimentarias en infantes de las madres. Ha sido claro de el personal de supervisión requiere un refrescamiento de capacitación en ciertas áreas, como la alimentación del destete.

Actualmente, en el nivel de Auxiliar y Voluntario la proporción de supervisor y supervisado esta en el límite de la sobrecarga. Hay mucha dependencia de las Voluntarias en las Auxiliares, en el momento que el proyecto se vaya del área, habrá problemas de mantener estas actividades.

La actividad de huertos demostrativos recarga la labor de las auxiliares.

Conclusiones

- Aparentemente no se observa sobrecarga a nivel de Voluntarios aun cuando desarrollan otras intervenciones además de las del proyecto. También se aprecia cierta sobrecarga en las Auxiliares de Enfermería.

- En el área de Huertos, existe necesidad de mayores recursos humanos en el equipo de trabajo.

- Es evidente la necesidad de evaluacion en forma periódica al conocimiento y practicas del personal de supervisión (Auxiliares de Enfermería) y proveer mayor información.

- El contenido técnico es adecuado, sin embargo hay poco énfasis en los procedimientos para instrumentar el proceso.

- El proceso de capacitación requiere mas actualización sistemática.

5.5 Suministros y Materiales para el Personal Local

El personal comunitario, en las diferentes áreas del proyecto visitadas por el equipo de evaluación, demostró interés en mayores suministros de materiales para

atención de la población y más materiales educativos.

Conclusiones

- Se observan problemas con la gran demanda de materiales para huertos familiares.

- Existe la necesidad de proveer mayor cantidad de materiales impresos para madres y Voluntarios.

5.6 Calidad del Proyecto

Se realizaron pruebas de conocimientos en diversas áreas de SI, así como reuniones con grupos focales de grupos de voluntarios. Estas reuniones y entrevistas tenían la finalidad conocer el nivel de conocimientos y prácticas del los auxiliares y voluntarios e investigar en detalles de estas áreas en las que el proceso de transmisión de estos conocimientos técnicos y destreza podían tener fallas.

En el área de alimentación existe poca información sobre alimentación infantil, del destete y manejo alimentario de niños enfermos. También énfasis exagerado en el uso del LITROSOL en casos de diarrea sin deshidratación. Estas áreas discutidas en detalles con el equipo evaluador y el personal de dirección y coordinación del proyecto nos indican que existen la necesidad de estandarizar criterios con el MSP y probablemente hacerlo en forma conjunta y rutinaria.

El personal tiene los conocimientos para poder llevar a cabo su trabajo eficientemente. Las Auxiliares tienen la capacidad para realizar su trabajo, aunque hay que reforzarlas en ciertos aspectos, como anteriormente se ha mencionado (monitoreo, supervisión, tal vez no darles mas conocimientos sino ordenar los que ya tienen).

Conclusiones

- Se observa que el personal Voluntario; y el del proyecto tiene la suficiente capacidad técnica y las habilidades para desarrollar las actividades de este proyecto.

- Existen algunas áreas relacionadas con habilidades de organizar y monitorizar las actividades que requieren reforzamiento.

- Si bien el proceso de desarrollo del proceso ha sido manejado por auxiliares/voluntarios con un conocimiento bueno, se requiere un acercamiento mas sistemático para monitorear la habilidad y el conocimiento de los implementadores.

5.7 Supervisión y Monitoreo

No se han podido detectar protocolos específicos de supervisión a lo largo de la

línea de toma de decisiones. Tampoco se observan protocolos y procedimientos específicos para el desarrollo del trabajo individual del auxiliar o el voluntario.

No se utiliza la información disponible para identificar áreas o intervenciones potenciales de monitoreo y supervisión, especialmente necesitadas por la sobrecarga de trabajo que tienen los coordinadores y promotores. La mayor parte de la supervisión es consejo, entrenamiento en servicio y apoyo, no se encuentra evidencia de evaluación de desempeño, o monitoreo administrativo.

En lugar de que indiscriminadamente se hagan visitas a todas las familias, mas bien las visitas pueden ir dirigidas a las familias criticas; a las demás familias se les visita con menor regularidad.

Conclusiones

- Existe una buena cobertura de las actividades de supervisión.
- El proceso de supervisión no discrimina áreas criticas. Se están iniciado estrategias para optimizar supervisión.
- La supervisión esta mas enfocada a apoyo y entrenamiento en servicio; sin embargo, existe poco análisis sobre el desempeño y las necesidades de capacitación.
- El sistema existente de supervisión y monitoreo no es sistemático especialmente no se provee criterios suficientes para identificar/ facilitar la toma de decisiones.
- Los niveles de supervisión requieren una revisión de instrumentos/ criterios/estrategias de supervisión.
- Existe la necesidad de establecer el monitoreo y supervisión en conjunto FIO/MSP en todos los niveles.

5.8 Uso de Fondos Centrales

El apoyo de la oficina sede de FIO ha sido muy importante para el desarrollo del proyecto. Personal de FIO/HQ ha visitado tres veces las oficinas y operaciones de FIO en el campo. Las visitas de apoyo técnico (1) y administrativo (2) han sido claves en las diferentes etapas del proyecto, especialmente al inicio. Otro apoyo importante es el de proveer material informativo y permanente monitoreo de la implementación.

Hasta el momento se han utilizado US$ xxxxxxx en la oficina central para apoyo de las operaciones de campo. Se ha presupuestado una cantidad de US$xxxxxxx para los tres años restantes del proyecto.

Es apreciación del personal de la sede internacional que provee apoyo administrativo que se requiere mayor información de como operan los fondos de

donación de estos programas.

Conclusiones

- La asistencia técnica/administrativa ha sido adecuada y parcialmente suficiente. Existe mayor foco en el apoyo técnico.

- Existen algunos mecanismos administrativos que necesitan ser conocidos en mayor detalle por el personal local, como el manejo del desembolso de fondos y requerimientos de reporte.

- Hay necesidad de mas apoyo con información técnica.

- Los requerimientos de reporte de USAID crean una sobrecarga que afecta el desarrollo del apoyo de la oficina principal a los proyectos.

- Ha habido una efectiva y eficiente apoyo técnico y financiero para desarrollar el proyecto, especialmente en momentos criticos.

- Existe la necesidad de reprogramar los fondos para el apoyo de la sede internacional para asegurar un apoyo continuo especialmente para la asistencia técnica recomendada en esta evaluación y para el logro de la encuesta de evaluación final.

5.9 Uso de Apoyo Técnico

Existe la necesidad de programar asistencia técnica en las áreas de organización de la supervisión y sistemas de monitoreo, revisión de materiales educativos y de capacitación de personal.

Al analizar el presupuesto de asistencia técnica, es evidente de que se ha subestimado la necesidad de asistencia técnica en áreas claves. Asistencia nacional e internacional recibida: Ayuda para el encuesta basal, HIS, Cuidado Primario de Ojos. Nacionales: huertos.

Conclusiones

- Se ha recibido Asistencia Técnica para la encuesta basal, huertos y cuidado primario de ojos. Ha habido poca asistencia técnica en las intervenciones directas del proyecto.

- Ha sido beneficioso y oportuno el acceso a la fuente de asistencia técnica con financiamiento externo.

5.10 Relaciones con Organismos de Contrapartida

Las Enfermeras necesitan actualizarse, ya que están con las normas de varios años atrás.

Conclusiones

- Hay cooperación y coordinación con el MSP, principalmente a nivel de campo: auxiliares de enfermería/trabajadores sociales MSP/FIO.

- La relación con el MSP en los niveles de área, es aun débil. No existe un plan de trabajo concreto y de resultados objetivos y palpables con el MSP, que signifique interés para FIO o el MSP.

- Se debe replantear el nivel de coordinación con el MSP y recursos específicos deben ser asignados para llevar adelante esta coordinación.

- Es evidente que la contraparte mas importante, el Ministerio de Salud, tiene un buen desempeño, pero tiene problemas de actualización de conocimientos para apoyar el desarrollo del proyecto.

5.11 Relaciones con los Servicios de Referencia

En algunos CESAMOS, a petición de las voluntarias se ha mejorado la atención de las referencias. Los dos Cesamos restantes aún no han tomado ninguna acción para que los pacientes referidos por las voluntarias sean atendidos.

Conclusiones

- Las referencias de Voluntarios a los CESAMOS es un problema porque madres son rechazadas; sin embargo, se esta implementando una estrategia para mejorar la relación de referencia/contra-referencias en las zonas del Proyecto, específicamente CESAMO 3 de Mayo.

- Las referencias de Cuidado Primario de Ojos no tienen un flujo homogéneo en todas las áreas.

- La capacidad instalada de referencias esta sub-utilizada y la población utilizada corresponde a un 25% de menores de 5 anos.

- La propiedad de las referencias comunitarias no es conocida.

- Existen planes de capacitación conjunto para apoyar al personal del MSP y para integrar y estandarizar normas y procedimientos de servicio.

- No se evidencia la presencia de un sistema de contrareferencia entre los servicios y las comunidades.

5.12 Red de Contactos del Proyecto

La relación con otras ONGs ha sido adecuada. A partir del Taller de SI patrocinado por USAID FHA/PVC y desarrollado por JHU en 1991, la comunicación con otras ONGs ha sido permanente con algunas más afines. Se ha utilizado materiales de otras ONGs y se mantiene un intercambio, aunque no sistemático.

Existe una red de organizaciones denominadas "Comite Interagencial de OPD que tienen PSI" con financiamiento de USAID/Washington que es una buena red de contactos que sirven de apoyo al proyecto.

Conclusiones

- Se ha desarrollado una red de OPV/ONG que mantienen contacto a través del "Comite de las OPV con Supervivencia Infantil" que son financiadas con USAID. Se ha podido compartir información con ellos. Un efecto de los contactos es la participación de World Vision en esta evaluacion y la participación de FIO en la evaluacion de World Relief.

- Los efectos de estas relaciones han sido principalmente positivos.

- Existe intercambio de materiales/documentos entre OPDs similares a FIO.

5.13 Administración del Presupuesto

La cantidad total gastada al 30 Junio de 1992 alcanza a US$ 138,313.00 para esa misma fecha se había presupuestado un total de US$ 187,195.00 es decir los gastos alcanzan hasta el 30 de junio de 1992 el 44% del presupuesto global. Es evidente que si se desea llegar al final de proyecto para la fecha planeada, se requiere incrementar el ritmo de gasto del programa. Es posible que no se pueda llegar a la fecha final propuesta utilizando completamente el 56% restante.

Es evidente que la implementación de ciertos cambios que puedan sugerirse a raíz de esta evaluación, como son asistencia técnica, materiales educativos, entrenamiento del MSP y personal de FIO, requieran la reprogramación de fondos y ayuden a incrementar el ritmo de gastos.

Conclusiones

- Se observa una sub-ejecución del presupuesto, principalmente debido al inicio tardío del proyecto principalmente en: Areas de gastos operacionales como combustible, materiales, operación de vehículo, asistencia técnica local. Tambien hay Areas de sobre-ejecución incluyen: Per-diem, equipo de oficina, materiales médicos/clínicos.

- Poco personal de la oficina principal que responde administrativamente a gastos financieros retardan o complican el proceso de implementación.

- Existen fondos suficientes para finalizar el proyecto; sin embargo, debido a ajustes de diseño hay áreas en las que se requerirían fondos en actividades que significarían un incremento de la efectividad y calidad del proyecto y que justifican una reprogramación interna del presupuesto disponible.

6. Sostenibilidad

Todos las madres, y voluntarios, mencionan tener una gran necesidad por el programa y están dispuestos a continuarlo, si FIO terminara sus operaciones. El gran incentivo no es monetario ni por la recepción de bienes sino por lo que ha permitido el proyecto, que es una mayor organización, socialización y participación de la población en el cuidado de la población infantil y materna. Sin embargo es preciso anotar que el motor de estos incentivos es el personal del proyecto, es a través de los promotores, principalmente, que se da toda esta organización y participación. Es evidente que esta actividad de motivación no continuará si el proyecto termina. La gran pregunta es quien asumirá este rol.

Para muchos, especialmente personal del proyecto y del MSP, ven como un continuador natural de las actividades de salud al MSP, esto evidentemente no pasan de ser buenas expectativas y gran esperanza. Las circunstancias actuales económicas y sociales en Honduras no permiten vislumbrar mucho éxito en esta esperanza. El MSP tiene un pequeño presupuesto que está destinado en más de un 79% a gastos recurrentes principalmente personal, la diferencia se gasta en mantenimiento de hospitales y medicamentos principalmente para zonas urbanas. El presupuesto del MSP para acciones de SI proviene en su gran totalidad de donaciones externas, principalmente USAID a través del programa Sector Salud II, que debe finalizar en 1994.

En la zona de intervención no se observa ningún énfasis en una politica de salud orientada a financiar programas de SI en zonas peri-urbanas, las pocas actividades dependen en su totalidad del rol de la auxiliar de enfermeria de los CESAR y de algunas actividades del Area de salud pública. El mayor énfasis del MSP es el mantener una atención desde los establecimientos y no existen mecanismos para una mayor participación de la comunidad en el control de problemas de salud pública y SI.

Es importante mencionar la especial consideración del MSP en este proyecto, pero este interés no se concreta en planes o acciones combinadas. Lo que si es evidente lo efectivo que es para el MSP el trabajo comunitario de FIO y ven sus acciones, como una meta que ellos deben alcanzar.

A la luz de estas circunstancias la estrategia o expectativa de sostenibilidad tendrá problemas para desarrollarse.

Por otro lado la gran labor desempeñada por el proyecto en organizar mujeres para actuar en SI si tiene un mayor potencial de sostenibilidad. Hay casi un consenso (de voluntarios, madres, MSP, FIO, etc.) de que es muy dificil que el beneficiario pague por sus servicios ya que pueden pagar por consulta o beneficios materiales pero no por educación. En cuanto al cambio de conocimiento y practicas como criterio para sostenibilidad, no se puede usar con certeza ya que se conoce que después de un proyecto de comunicación y educación se descontinua, se revierten las prácticas, estas toman generaciones para ser absorbidas.

Al parecer las posibilidades son pocas pero estas parecen pasar por no solo apoyar una comunidad con un voluntario, si no el formar organizaciones/comites formales en cada comunidad que sean un puente con el MSP y otras instituciones para continuar con la participación de las comunidades para solucionar sus

problemas básicos de salud. Es muy difícil decir en este momento que este proyecto puede sostenerse cuando la FIO no este en el área.

Conclusiones

- Ciertos beneficios como educación, capacitación y organización serán sostenidos después del final de este proyecto con cierto esfuerzo del Ministerio de Salud y la comunidad; sin embargo, hay áreas que requieren materiales y supervisión que no podrán mantenerse sin un esfuerzo considerable del Ministerio de Salud y la comunidad.

- Existen pocos incentivos materiales para el trabajo de Voluntarios, sin embargo hay ciertos incentivos como la gratitud de asistencia médica que no es reconocido como incentivo por los Voluntarios y no se promueve por el Ministerio de Salud/FIO.

- Los logros alcanzados podrán mantenerse en algún grado siempre y cuando las estructuras locales sean más sólidas y mas orgánicas. Se debe buscar una relación de igual a igual con las comunidades, dándoles estructuras que les permita financiamiento y tecnología, en vez de "darles nuestro voluntario para que les ayude".

7. Gastos Recurrentes y Mecanismos para la Recuperación de Gastos

Los administradores del proyecto tienen un visión bastante realista de la efectividad del proyecto y de la cantidad de recursos financieros, materiales y humanos para llevarlo a cabo. Poco énfasis se le ha dado a estimar en forma periódica el costo de sus operaciones en intervenciones especificas o el gasto en áreas geográficas definidas, una colonia por ejemplo o el área de influencia de un centro de referencia. Asimismo no se tienen estimado en forma periódica el costo recurrente para las diversas operaciones o para todo el proyecto. Al no conocerse los gastos reales o los costos actuales que se hacen por cada comunidad, es difícil saber con seguridad si seria factible que la comunidad o el MSP puedan continuar el proyecto.

No se conoce a ciencia cierta la disponibilidad de la comunidad para pagar ciertos gastos o todos los gastos relacionados al proyecto, es más no se conoce que tipo de gastos esta dispuesta la comunidad a afrontar para servicios de salud en general, en relación a su ingreso. Las reuniones y entrevistas han dejado vislumbrar cierta negativa de la comunidad para afrontar gastos en salud, sin embargo, paradójicamente se observa demanda de una serie de productos farmacéuticos y servicios que son permanente utilizados por las comunidades, muchos de estos gastos, medicinas y servicios, caros, inefectivos e incompletos (ej. antibióticos para diarrea)

La misión de Tegucigalpa de USAID, esta muy interesada en estos aspectos de financiamiento y mecanismos de recuperación de costos para servicios de salud. Ellos vienen financiando una serie de actividades e investigaciones que aún tienen poco eco en el quehacer del personal del MSP, principalmente por la falta de contacto con la población y la falta de asistencia técnica. Si FIO estuviera

interesado en compartir este interés ellos estarian dispuestos a mediar con el MSP para desarrollar actividades e investigaciones conjuntas sobre estos aspectos.

Conclusiones

- No se conoce el costo de operaciones por actividad en forma rutinaria que permita apreciaciones objetivas sobre mecanismos de recuperación.

- La apreciación de la comunidad sobre el pago para servicios como los que parecen el proyecto están divididos entre los que no se pueden pagar y los que afirman que si se puede.

- Es apreciación del equipo de evaluacion que ciertos costos recurrentes no serán absorbidos por el Ministerio de Salud.

- No hay estrategias para recuperación de gastos de las actividades del proyecto.

- Se considera que en las comunidades y a través del MSP existe el potencial para de absorber ciertos gastos recurrentes básicos. Se requiere mayor información en el proyecto sobre costos y gastos a nivel local que permitan el desarrollo de estrategias locales y proyectos especificos.

11

IV. Recomendaciones Principales

A. Recomendaciones Orientadas a Apoyar al Programa a Alcanzar sus Objetivos

1. Continuar el esfuerzo iniciado de integrar Vitamina A a Supervivencia Infantil, especialmente en:

   - Alimentación del destete y dietas que incluyan micronutrientes
   - Control de Infecciones Diarreicas y Respiratorias

   Revisar los grupos de riesgo en cada actividad y asegurar que el personal desarrolla acciones prioritariamente en esos grupos: PAI menores de un año, TRO menores 24-36 meses, IRA menores de 24 meses, Nutrición/alimentación, menores de 36 meses.

2. Concentrar el trabajo de las enfermeras en la actividad promocional, supervisión de CPO, Vitamina A, supervisión de Voluntarios; y desarrollar contraparte comunitaria para supervisión de Voluntarios. Desarrollar un programa calendarizado de entrenamiento y evaluación de habilidades y conocimientos de todo el personal. Reforzar el análisis de las tareas de los trabajadores de los diferentes niveles para monitorizar el desempeño.

3. Proporcionar mayor información técnica en las intervenciones del proyecto al personal técnico de FIO/Honduras, EN ESPAÑOL. Requerir las guías y recomendaciones de AID en español.

4. Coordinar con la OPS/Ministerio de Salud y otras ONGs, la organización de los siguientes cursos para personal de supervisión de MSP/FIO:

   1. Habilidades de supervisión para el control de diarrea.
   2. Habilidades de supervisión para IRA.
   3. Curso básico de epidemiología para el control de enfermedades.

5. Identificar la población registrada que aun no ha recibido Vit. A y reportar solo niños que inician Tratamiento/CPO, Vitamina A. Hacer seguimiento de la proporción de niños que no reciben Vitamina A en los últimos seis meses a través de la supervisión (no HIS).

6. Programar en forma cuantificada las metas de las diferentes actividades en forma trimestral por cada área trabajada. Fortalecer la supervisión mediante el uso del sistema de información a integrantes operacionales y detectar áreas criticas de intervención. El monitoreo debe permitir el análisis gráfico y simplificado de la información así como el control de su calidad.

7. Revisar el presupuesto por lineas presupuestales para identificar fondos

sub-ejecutados o atrasados de uso y reprogramar a áreas de impresión de materiales, capacitación y asistencia técnica local.

8. Contratar una persona para apoyar el desarrollo de huertos demostrativos y otros existentes. Concentrar el uso de suministros para reforzar el desarrollo y mejora de los huertos de los Voluntarios, de preferencia los establecidos.

9. Revisar las necesidades de recursos humanos en la sede internacional para reforzar las áreas de apoyo financiero y presupuestal.

10. Se Requiere asistencia técnica en:

- Participación comunitaria y movilización social.
- Sistema de Información
- Producción de material impreso
- OPS (PAHO) Entrenamiento de personal de MSP y FIO

B. Recomendaciones Orientadas a Mejorar el Programa

1. Finalizar el Manual de Normas y Procedimientos para el Voluntario sobre las intervenciones, Vitamina A y C.P.O.

2. Producir materiales impresos para Voluntarios (alimentación, uso de suplementacion de Vitamina A, huertos, cuidado primario de ojos, diarrea/IRA) validarlo y utilizarlo en las zonas del proyecto. Revisar los mensajes y métodos utilizados en la educación sobre alimentación integrada/Vitamina A.

3. Reforzar la red de Voluntarios para conformar una estructura organizacional independiente capaz de mantener los beneficios de este proyecto. Involucrar a los grupos organizados de la comunidad para asegurar la permanencia de los huertos demostrativos. Promover el apoyo de la comunidad a la red de Voluntarios a través de reuniones y materiales educativos.

4. Revisar conjuntamente con el Ministerio de Salud el cumplimiento e implementación de las normas para el nivel comunitario en los problemas de control de diarrea/alimentación. Asegurar que durante la reunión mensual conjunta, tanto la FIO como el Ministerio de Salud pueda obtener la información para sus sistemas de información.

5. Recomendar a los Centros de Salud Las Crucitas y San Francisco adopten la estrategia que esta utilizando el Centro de Salud 3 de Mayo para mejorar el sistema de referencias.

6. Considerar el servicio de la Clínica de Ojos como especializado, para aumentar la cuota de recuperación a ser invertida en costos recurrentes.

7. Asegurar que el incentivo a voluntarios sobre el uso de servicios médicos sea refrendado por los servicios del Ministerio de Salud.

8. Educar y proveer mas información a los beneficiarios del proyecto sobre los objetivos, actividades y fuentes de financiamiento del programa, con la finalidad de que los barrios recuperen y administren ciertos costos del proyecto.

9. Conformar un Grupo Asesor y de Apoyo Técnico con personas que representen las instituciones y personas más importantes y representativas en el desarrollo de programas de Vitamina A y otros Micronutrientes en Honduras. El grupo no deben tener más de 6 personas y debe incluir personalidades muy importantes e influyentes en Honduras. Estas personas deben ser elegidas primero por su excelencia técnica y luego por su influencia en ambos casos deben ser muy importantes. Debe incluirse miembro del MSP, del AID, de una PVO, un miembro de la universidad. Deben representar los campos de Nutrición, Alimentación, Epidemiologia, Salud Pública, Investigación Cientifica, Sector Financiero Privado. Este grupo debe ayudar a la FIO a desarrollar una estrategia de largo plazo para : 1) Desarrollar un programa de Asistencia Técnica en Micronutrientes, para otras instituciones como OPVs y sectores públicos y privados; 2) Orientar las intervenciones de campo hacia áreas en las que se requiere información de campo, modelos e impacto sobre la deficiencia de vitamina de A y otros problemas relacionados con los objetivos de la organización.

10. Realizar investigación operacional sobre la calidad de las referencias de generales y la Clínica de Ojos para mejorar la calidad de las referencias. Verificación médica de la propiedad de las referencias.

11. Desarrollar una investigación operacional con el objetivo de identificar actividades en las que se puedan establecer mecanismos de recuperación de costos y los factores/barreras que puedan impedir su desarrollo.

12. Revisar en más detalle áreas como: Costo de intervenciones de Vitamina A en Supervivencia Infantil. Desarrollar estrategias e instrumentos que permitan estimar costos operativos por actividad/beneficiarios como un paso previo al desarrollo de mecanismos de recuperación.

V. Anexos:

1. Equipo de Evaluación

María Antonieta Dominguez King, Director de FIO
Lic. Victoria Vivas de Alvarado,
Coordinadora Proyecto Vitamina A
John Barrows, Coordinador de Supervivencia Infantil
y Vitamina A, Bethesda, Maryland
Dr. Victor Lara, Consultor Independiente

2. *Términos de Referencia*

SCOPE OF WORK
HONDURAS MID-TERM EVALUATION
CHILD SURVIVAL FOR VITAMIN A PROJECT
TEGUCIGALPA, AUGUST 17-31ST 1992

1. INTRODUCTION

The purpose of the mid-term evaluation (MTE) is to review the IEF-Honduras Child Survival for Vitamin A Project in 25 marginal communities of Tegucigalpa, Honduras. The MTE is a requirement of the USAID Food and Humanitarian Assistance/Child Survival and Health funded Cooperative Agreement No. ORT-0284-A00-0073-00. The MTE is estimated to require two weeks time from an external evaluator.

2. OBJECTIVES

The objectives of the MTE are:

A. Assessment of accomplishments;
B. Assessment of relevance to child survival problems;
C. Assessment of effectiveness;
D. Assessment of relevance to development;
E. Assessment of competence in carrying out project;
F. Develop recommendations.

Specific guidelines are provided from USAID FHA/PVC/CSH for this purpose. Additional questions for consideration are also provided by IEF.

3. ACTIVITIES

The evaluator will lead a team consisting of the IEF-Honduras staff (Director, Coordinator, and Supervisor) and IEF-Headquarters Child Survival/Vitamin A Coordinator; an official from the Ministry of Health (to be designated); and a representative from a sister PVO (to be identified). Major tasks are:

A. Review documentation (1-2 days)

Review all project related documentation including project proposal, detailed implementation plan, annual report, and project MIS data. This information should be reviewed in advance of arrival.

B. Data Gathering (4-5 days)

Qualitative data will be collected through key informant interviews, possibly focus groups, and inspection of volunteer registers.

Team members will be divided into two smaller groups each consisting of

92

one IEF staff person and either a PVO or MOH representative. In a sample of communities (6-8), teams will complete structured interviews with community leaders; mothers; and health volunteers over a period of two+ days

The team leader, in addition to interviewing project staff, MOH officials, and other PVO representatives, will also visit several communities to interview community leaders, mothers and health volunteers.

C. Analysis and Report Writing (2-3 days)

Teams will prepare and give a report highlighting major findings of their field activities during a debriefing meeting. Additional questions my be formulated during the meeting that will require a follow-up visit to a community by the Team Leader.

The Team leader will draft a report following USAID guidelines for presentation to IEF for comments and suggestions prior to departure. A final report (in English) will be completed and submitted to USAID with a copy for IEF. Additional write up time may be required outside Honduras.

4. SCHEDULE

See attached

5. REQUIREMENTS

IEF is seeking an evaluator with proven skills in program evaluation, bilingual (Spanish-English) abilities, familiarity with USAID Child Survival program and private voluntary organizations, and preferably the country of Honduras.

3. *Cronograma de la Evaluación*

Lunes 17 de agosto de 1992

Reunión de Trabajo

1. Cronograma
2. Objetivos y Expectativas
3. Guías y Fuentes de Información
4. Revisión Estructura de Documento
5. Roles y tareas de miembros del equipo

Martes 18 de agosto de 1992

1. Guías y pruebas de guias
2. Discusión sobre estructura de documento

Miércoles 19 de agosto de 1992

1. Inicio de entrevistas

CESAMO Las Crucitas

Mañana: Col. Ulloa
Col. Duarte
Col. Fuerzas Unidas

Tarde: Nueva Danlí
Cantarero
Jardines del Carrizal
Altos del Paraiso

Entrevistas

Director:	Víctor y John
Trabajadoras Sociales:	Víctor y John
Enfermera Profesional:	Doris
Promotoras de Salud:	Doris
Madres:	Vicky y Toni
Voluntarias de Salud:	Vicky y Toni

Grupo Focal a Madres:

1. Colonia Ulloa
   Hora: 9:00 a.m.
   Lugar: 'Casa de doña Laura
   Moderador: Toni
   Relator: Vicky

2. Colonia Fuerzas Unidas
   Hora: 2:00 p.m.
   Lugar: Escuela
   Moderador: Vicky
   Relator: Toni

Grupo Focal a Voluntarias de Salud:

1. Colonia Ulloa
   Hora: 1:00 p.m.
   Lugar: Escuela
   Moderador: Víctor
   Relator: Vicky

Jueves 20 de agosto de 1992

1. Continuación de Entrevistas en CESAMO Las Crucitas

Grupo Focal a Voluntarias de Salud:

1. Colonia Cantarero López
   Hora: 9:00 a.m.
   Lugar:
   Moderador: Toni
   Relator: Vicky

Tarde: Resumenes de entrevistas
Discusión sobre hallazgos

Viernes 21 de agosto de 1992

1. Mañana: Reunión con personal de los tres CESAMOS

   Objetivo: Incorporar el personal del MSP al proceso de evaluación.

   Agenda: - Asegurar participación en reuniones subsiguientes.

- Discusión de expectativas y objetivos.
- Discusión sobre guías y fuentes de información.
- Revisión formato reporte.

Tarde: Conclusiones y Recomendaciones.

Sábado 22 de agosto de 1992

Entrevistas CESAMO 3 de Mayo, a Voluntarias de Salud y Madres

Colonia Independencia
Colonia San Martín
Colonia Ayestas
Colonia Campo Cielo

Lunes 24 de agosto de 1992

CESAMO 3 de Mayo 8:30 a.m.
Entrevistas a personal del CESAMO

Otras entrevistas comunitarias, si se requieren

Por la tarde: Resumenes de entrevistas
Discusión de hallazgos

Martes 25 de agosto de 1992

CESAMO San Francisco
Entrevistas a personal del CESAMO
Entrevistas a Voluntarios de Salud y familias

Colonia Israel Norte
Colonia Fátima
Colonia Altos de San Francisco
Colonia San Buenaventura
Colonia 19 de Septiembre

Grupo Focal a Voluntarios de Salud:

1. Colonia: Altos de San Francisco
Hora: 9:00 a.m.

Lugar: Kinder
Moderador: Antonieta
Relator: Mary Helen de Sauceda

2. Colonia: 19 de Septiembre
Hora: 1:30 p.m.
Lugar: Kinder
Moderador: Vicky
Relator: Coordinadora Visión Mundial

Entrevistas:

AM:

Madres: Coordinadora Visión Mundial, Mary Helen de Sauceda, Vicky, Toni
Voluntarias de Salud: Mary Helen de Sauceda, Vicky, Toni, Coordinadora Visión Mundial

PM:

Resumen de entrevistas
Discusión sobre hallazgos

Miércoles 26 de agosto de 1992

Conclusiones

Jueves 27 de agosto de 1992

Recomendaciones

Viernes 28 de agosto de 1992

Debriefings
MOH: Personal de CESAMOS (Director, Director de Area, enfermeras)
AID 10:00

87

4. *Objetivos de la Evaluacion de Medio Termino*

1. Determinar progreso del proyecto.

2. Determinar el potencial del proyecto para alcanzar objetivos propuestos.

3. Revisar productos del proyecto y cambios en conocimientos y prácticas.

4. Lecciones aprendidas y nuevas estrategias del proyecto que son relevantes para Programas de Supervivencia Infantil y de micronutrientes.

EXPECTATIVAS DE LA EVALUACION DE MEDIO TERMINO

IEF

1. Programación Futura de Programa en Honduras
   Que deseamos hacer dentro de 3 - 5 años?
   Con qué recursos contamos?
   Que otros recursos necesitamos? (Recursos humanos, fondos, organizacional).

2. Fortalezas y Debilidades

   Técnicamente: MIS, intervenciones, amamantamiento, mercadeo social/comunicaciones, generación de ingresos/desarrollo "micro" económico distribución de Vitamina A, cuidado de ojos, parásitos, participación comunitaria.

3. Saber si el programa está ligado o utilizando los recursos de investigación de la organización en la región (Guatemala).

4. Relevancia al Programa de Supervivencia Infantil
   Nueva tecnologia/estrategia
   Cuidado materno/mujeres y Vitamina A

5. Diagnostico comunitario y despistaje de deficiencias de vitamina A.
   Comunicación/educación en salud
   Relevancia del proyecto Sector de Salud II
   Otros micronutrientes?
   Investigación operacional en huertos... otras intervenciones

MSP/PERSONAL DE CONTRAPARTIDA

1. Fortalezas y Debilidades:

   Capacitación y Estrategias de educación a voluntarios
   Logistica (distribución de vitamina A y otros materiales) a barrios
   Organización comunitaria

Apoyo logístico a CESAMOS
Estímulo e incentivos para voluntarios

2. Identificar capacidad de CESAMOS de absorber la demanda de servicios creados por los voluntarios.

3. Identificar si la Clínica de Ojos tiene una producción de servicios adecuados para la demanda generada por los voluntarios

4. Identificar si la cobertura de voluntarios es suficiente

5. Normas y Procedimientos para trabajo de voluntarios en actividades de vitamina A. Educación de madres, distribución de vitamina A y producción de alimentos ricos en vitamina A a nivel del hogar. Manejo de información a nivel comunitario en programas de vitamina A.

5. Personas Fuentes de Información

1. Madres de familia
2. Otros miembros de la familia
3. Voluntarios de Salud
4. Lideres
5 Trabajadores Sociales de los CESAMOS
6. Enfermeras Graduadas de los CESAMOS
7. Directores de los CESAMOS
8. Promotores de Salud de los CESAMOS
9. Dra. Janeth de Mejia, Directora de Area
10. Dra. Olivia Matute de Estrada, Directora de Nutricion
11. Ing. Adriana Hernandez Santana, INCAP-PAHO
12. Sr. Elias Sanchez, Director ACORDE
13. Dr. Edgardo Navarrete, Jefe Sala de Ojos del Hospital San Felipe
14. FHIS
15. FINCA
16. Laboratorio Central
17. Colegio Medico
18. Proyecto HOPE
19. Save the Children
20. World Relief
21. Auxiliares de Enfermeria
22. Directora Proyecto Vitamina A
23. Coordinadora Proyecto Vitamina A
24. Administradora Proyecto Vitamina A
25. FIO/Bethesda

6. *Guías Utilizadas para Entrevistas*

Guía de Entrevista Para Auxiliares de Enfermería & Trabajadores Sociales

Son apropiados los consejos que ustedes recibaen por parte del Voluntario de Salud para los problemas de salud que ustedes tienen?
A quienes están dirigidas las actividades que realiza el Proyecto y por qué?
Cuales son los principales problemas de la comunidad para que el proyecto atienda las necesidades básicas de los ninos ?
Que ha hecho el proyecto para que las familias se benficien de sus ctividades?
Que esta haciendo el proyecto para que la comunidad fortalezca su autosuficiencia y que la mujer pueda atender mejor las necesidades de salud y nutricion de su familia ?
Tienen consejos y apoyo oportuno de las Voluntarias de Salud y del personal del proyecto ?
Como esta involucrada la comunidad en el planteamiento e implementacion de las actividades del proyecto ?
Creen que el proyecto es efectivo ?
Que beneficio producen los bancos comunales en la salud y nutricion de y familia?

Que gastos para actividaes de prevencion y promocion sobre cuidado primario de ojos puede cubrir la comunidad ?
Que sugeriria Ud. para mejorar el desarrollo del proyecto ?

Guía de Entrevista Para Voluntarios de Salud

Cuáles son las mayores causas de enfermedad y muerte en su comunidad?
Que problemas ve usted que tienen las intervenciones del proyecto para alcanzar la población de alto riesgo?
Que informacion está usted recolectando? Como la usa? Puede mostrarmela?
Piensa usted que la informacion que recoje es facil de obtener? La considera importante?
Que opina usted de las actividades de capacitación que ha realizado el proyecto?
Le gustó esta forma de capacitación? Por qué?
Que materiales educativos han sido distribuidos a ustedes?
Son estos materiales apropiados para hacer su trabajo?
Estos materiales que les dan son importantes para ustedes? Lo usan?
Tienen suficientes materiales y equipo para llevar a cabo su trabajo como Voluntarios de Salud?

Qué piensa usted de la persona que la apoya? Hay algo que nosotros podamos hacer para mejorar?
Cuenta usted con el apoyo, consejeria, educacion y evaluación de su trabajo por parte del personal del proyecto?
A donde envia usted a un nino o madre que necesita ser atendida? Como es la atencion que se le brinda?
Son significativos para ustedes los incentivos que el proyecto les brinda?
Creen ustedes que su trabajo puede continuar una vez que FIO se retire de su comunidad?
Ha participado la comunidad en el desarrollo del proyecto?

Los miembros de su comunidad ven como efectivo este proyecto?
Que problemas vé usted que tienen las intervenciones del proyecto para alcanzar la población de alto riesgo?
Esta de acuerdo la comunidad en pagar cualquier parte de los gastos de las actividades de prevencion y promocion de salud?
Como se siente usted al trabajar como Voluntaria de Salud?
Que actividades ha logrado, usted, realizar como Guardian de Salud en su comunidad?
Que beneficios producen los bancos comunales en la salud y nutricion de su familia?
Que problemas hay para tener un huerto en su casa?
Qué beneficios nos brinda el tener un huerto en nuestra casa?

Guía de Entrevista Para Auxiliares de Enfermería & Trabajadores Sociales

En el tiempo de vida del P.S.I. hasta la fecha. ¿ Cuanto tiempo ha estado operando?
¿Son adecuadas los intervenciones que incluye el proyecto para tratar los problemas claves?
¿ Se han dado los recursos humanos, financieros y materiales disponibles al proyecto y la communidad para realizer estas intervenciones?
Se están alcanzando los grupos de alto riesgo; sino cuales son las causes que detienen el logro de estos grupos?
¿ Está el P.S.I. fomentando un ambiente que mejore la auto-suficiencia communitaria?
¿ Se le está facilitando a las mujeres para poder dirigirse mejor a las necesidades de salud y nútrición de sus familias?
¿ Está recolectando el P.S.I. datos sencillos?
¿ Han sido compartidos los resultados de la información recolectada con los mismos recolectores, con el personas del proyecto, contrapartes (M.S.P., otras O.P.V.) y miembros de la comunidad?
¿Cuál es el balance entre promoción de salud/mobilización social y provisión de servicios del proyecto? ¿ Es apropiado este balance?
¿Cómo asegura su organismo que los mensajes dados son consistentes?
Distribuye el Proyecto algún material impreso?
Cree usted que este material es de algún interés? Qué es valioso para usted por su contenido?
¿Están tomando parte en el P.S.I-G los voluntarios comu nitarios? ¿ Cuantos están trabajando?
¿ Hay evidencia de que el P.S.I lleve a cabo una evaluación de las necesidades antes de empezar una capacitación inicial o de refrescamiento?
¿ Fue suficiente la duración de la capacitacion para preparar a los trabajadores de la salud para llevar a cabo sus tareas?
La cantidad de trabajo que tiene cada Voluntario de Salud es suficiente, no excesivo ni muy poco?
La metodología y el tiempo utilizado para entrenamiento de Voluntarios de Salud, considera usted que es apropiado?
¿ Tienen suficientes materiales, suministros y equipos para llevar a cabo las responsibilidades actuales con las voluntarias? ¿Son apropiados estos materiales?

Los materiales que se le dan a cada Voluntario, son apreciados y utilizados?
Tiene al personal local del proyecto los conocimientos técnicos y destrezas para llevar a cabo sus responsibilidades actuales de supervivencia infantil.
¿ Está la supervisión basada en el campo? ¿ Ha sido adecuada la supervision a su nivel?
¿Es adecuado el trabajo entre el proyecto y el CESAMO?
Cree usted que una vez que la FIO se vaya, el personal del Ministerio de Salud podra continuar las referencias?
¿Son significativos los incentivos recibidos por los voluntarios de la comunidad, el personal y las contrapartes para el sostenimiento del proyecto?
Los incentivos que se dan a los Voluntarios, cree usted que son apropiados y necesarios para que continúen trabajando?
Los miembros de la comunidad ven este proyecto como efectivo?
Hay demanda en la comunidad para actividades del proyecto?
Vé como efectivo el Ministerio de Salud este proyecto ?
¿Está de acuerdo la comunidad en pagar alguna parte de los gastos de actividades de prevención y promoción de la salud?

Guía de Entrevista Para Enfermeras Graduadas

En el momento de su evaluacion, a mediados del proyecto, cuantos meses ha estado operando el proyecto ?
Cuales son las mayores causas de mortalidad y morbilidad infantil en el area del proyecto ?
Cuales son las intervenciones de sobrevivencia infantil y las actividades para promover la salud que fueron iniciadas por su proyecto ?
Es apropiada la mezcla de las intervenciones del proyecto para dirigirse a los problemas clave, dando los recursos humanos, financieros y materiales disponibles al proyecto y la comunidad ?
Es apropiado el enfoque o priorizacion de las intervenciones ?
Ha limitado el proyecto su area de impacto o el tamano de la poblacion beneficiaria ?
Ha habido una expansion cuidadosa de las actividades de servicio del proyecto
Sabe usted de los resultados obtenidos por las investigaciones hachas por el proyecto ?
Cual es el balance entre promocion de salud/ movilizacion social y provision de servicios en este proyecto ?
Es apropiado el balance ?
Que opina usted de la metodologia utilizada para la capacitacion de los voluntarios de salud ?
Cree que la duracion de la capacitacion para preparar voluntarios de salud es suficiente para realizar su trabajo ?
Cree usted que los promotores estan adecuadamente preparados para entrenar y supervisar a los voluntarios de salud asignados a ellos ? Podria dar Ejemplos?
Cree usted que los voluntarios estan adecuadamente entrenados para desempenar sus responsabilidades en la comunidad ? Ha oido usted de algun problema ?
Esta usted recibiendo informacion que necesita del voluntario de salud a traves de la enfermera ?
Esta usted informado acerca de las actividades que lleva a cabo la FIO para la supervicion y control de promotores y voluntarios de saluda ?

Identifique los lugares de referencia de potencial cuidado y comente sobre el acceso y calidad del servicio.
Ha hecho el proyecto uso apropiado de estos lugares de referencia ?
Cual es la continuidad de relaciones entre el lugar de referencia y proyecto en la comunidad ?
Es adecuado el dialogo entre el proyecto y el lugar de referencia?
Esta tomando pasos el proyecto para fortalecer los servicios del lugar de referencia o mejorar el acceso comunal al lugar de referencia ?

Guia de Entrevista Para Directores de CESAMO

En el momento de su evaluacion, a mediados del proyecto, cuantos meses ha estado operando el proyecto ?
Cuales son las mayores causas de mortalidad y morbilidad infantil en el area del proyecto ?
Cuales son las intervenciones de sobrevivencia infantil y las actividades para promover la salud que fueron iniciadas por su proyecto ?
Es apropiada la mezcla de las intervenciones del proyecto para dirigirse a los problemas clave, dando los recursos humanos, financieros y materiales disponibles al proyecto y la comunidad ?
Es apropiado el enfoque o priorizacion de las intervenciones ?
¿Ha habido suficiente progreso para alcanzar los objetivos y metas?
¿Se están alcanzando eficientemente los grupos de alto ries-go?
¿Cuáles son las cosas que obtienen el logro de los objetivos y alcance de los grupos de alto riesgo?
¿Cuales son las principales barreras comunitarias para al-canzar las necesidades de los niños?
Ha limitado el proyecto su area de impacto o el tamano de la poblacion beneficiaria ?
Ha habido una expansion cuidadosa de las actividades de servicio del proyecto
Sabe usted de los resultados obtenidos por las investigaciones hachas por el proyecto ?
Cual es el balance entre promocion de salud/ movilizacion social y provision de servicios en este proyecto ?
Es apropiado el balance ?
¿Qué materiales educativos u otros han sido distribuidos a los trabajadores?
¿Les da mucho valor el trabajador de salud?
¿Tiene suficientes materiales, suministros y equipamiento los voluntarios locales para llevar a cabo sus responsabil-dades actuales?
Que opina usted de la metodologia utilizada para la capacitacion de los voluntarios de salud ?
Cree que la duracion de la capacitacion para preparar voluntarios de salud es suficiente para realizar su trabajo ?
Cree usted que los promotores estan adecuadamente preparados para entrenar y supervisar a los voluntarios de salud asignados a ellos ? Podria dar ejemplos?
Cree usted que los voluntarios estan adecuadamente entrenados para desempenar sus responsabilidades en la comunidad ? Ha oido usted de algun problema ?
Esta usted recibiendo informacion que necesita del voluntario de salud a traves de la enfermera ?
Esta usted informado acerca de las actividades que lleva a cabo la FIO para la

supervicion y control de promotores y voluntarios de saluda ?
Identifique los lugares de referencia de potencial cuidado y comente sobre el acceso y calidad del servicio.
Ha hecho el proyecto uso apropiado de estos lugares de referencia ?
Cual es la continuidad de relaciones entre el lugar de referencia y proyecto en la comunidad ?
Es adecuado el dialogo entre el proyecto y el lugar de referencia?
Esta tomando pasos el proyecto para fortalecer los servicios del lugar de referencia o mejorar el acceso comunal al lugar de referencia ?
¿Cuáles son las principales organizaciones, contrapartes del proyecto y qué actividades de colaboración se han llevado a cabo hasta la fecha?
¿Tiene el personal contraparte la capacidad técnica y administrativa para tomar eventualmente la funciones necesarias para operar efectivamente en las actividades de sobrevivencia infantil?
¿Hay libre diálogo entre el personal de su proyecto y su contraparte?

Guía de Entrevista Para Directores de CESAMO

En el momento de su evaluacion, a mediados del proyecto, cuantos meses ha estado operando el proyecto ?
Cuales son las mayores causas de mortalidad y morbilidad infantil en el area del proyecto ?
Cuales son las intervenciones de sobrevivencia infantil y las actividades para promover la salud que fueron iniciadas por su proyecto ?
Es apropiada la mezcla de las intervenciones del proyecto para dirigirse a los problemas clave, dando los recursos humanos, financieros y materiales disponibles al proyecto y la comunidad ?
Es apropiado el enfoque o priorizacion de las intervenciones ?
Ha habido suficiente progreso para alcanzar los objetivos y metas?
¿Se están alcanzando eficientemente los grupos de alto ries-go?
¿Cuáles son las cosas que obtienen el logro de los objetivos y alcance de los grupos de alto riesgo?
¿Cuales son las principales barreras comunitarias para al-canzar las necesidades de los niños?
Ha limitado el proyecto su area de impacto o el tamano de la poblacion beneficiaria ?
Ha habido una expansion cuidadosa de las actividades de servicio del proyecto
Sabe usted de los resultados obtenidos por las investigaciones hachas por el proyecto ?
Cual es el balance entre promocion de salud/ movilizacion social y provision de servicios en este proyecto ?
Es apropiado el balance ?
¿Qué materiales educativos u otros han sido distribuidos a los trabajadores?
¿Les da mucho valor el trabajador de salud?
¿Tiene suficientes materiales, suministros y equipamiento los voluntarios locales para llevar a cabo sus responsabili-dades actuales?
Que opina usted de la metodologia utilizada para la capacitacion de los voluntarios de salud ?
Cree que la duracion de la capacitacion para preparar voluntarios de salud es suficiente para realizar su trabajo ?

(p

Cree usted que los promotores estan adecuadamente preparados para entrenar y supervisar a los voluntarios de salud asignados a ellos ? Podria dar ejemplos
Cree usted que los voluntarios estan adecuadamente entrenados para desempenar sus responsabilidades en la comunidad ? Ha oido usted de algun problema ?
Esta usted recibiendo informacion que necesita del voluntario de salud a traves de la enfermera ?
Esta usted informado acerca de las actividades que lleva a cabo la FIO para la supervicion y control de promotores y voluntarios de saluda ?
Identifique los lugares de referencia de potencial cuidado y comente sobre el acceso y calidad del servicio.
Ha hecho el proyecto uso apropiado de estos lugares de referencia ?
Cual es la continuidad de relaciones entre el lugar de referencia y proyecto en la comunidad ?
Es adecuado el dialogo entre el proyecto y el lugar de referencia?
Esta tomando pasos el proyecto para fortalecer los servicios del lugar de referencia o mejorar el acceso comunal al lugar de referencia ?
¿Cuáles son las principales organizaciones, contrapartes del proyecto y qué actividades de colaboración se han llevado a cabo hasta la fecha?
¿Tiene el personal contraparte la capacidad técnica y administrativa para tomar eventualmente la funciones necesarias para operar efectivamente en las actividades de sobrevivencia infantil?
¿Hay libre diálogo entre el personal de su proyecto y su contraparte?

Guía de Entrevista Para PVOS

What are the CS interventions and health promotion activities initiated by the project? Are the mix of interventions appropriate?
Has there been sufficient progress in meeting objectives? Are groups being reached effectively? What are the constraints to meeting objectives?
Has the project limited its project area? Has IEF set measurable objectives of outputs and outcomes?
Does the project have adequate number and mix of staff to meet technical, managerial, and organizational needs for gardening?
Do staff have adequate technical knowledge and skills to carry out gardening?

46

7 *Guías utilizadas para Grupos Focales*

VOLUNTARIOS DE SALUD: Conocimientos

NUTRICION/ALIMENTACION

En su última visita a las madres, que les enseñó sobre Vitamina A?
Qué enseña usted a las madres sobre la alimentacion de sus niños tiernos?

HUERTOS FAMILIARES

Tiene usted un huerto familiar en su casa? Por qué si o por qué no?
Que problemas hay para tener un huerto en su casa?
Que beneficios nos brinda el tener un huerto en nuestra casa?

CUIDADO PRIMARIO DE OJOS

Con el examen de los ojos, qué problemas le busca al niño? Mencione uno.
A qué niños con problemas de ojos refiere al CESAMO?
Qué opinan los pacientes que se han tratado en la Clinica?
Estarían dispuestos a pagar por el servicio?

IRA

Que es lo que Ud. le recomienda a las madres sobre Infección Respiratoria Aguda ?
Que problemas tienen Uds. para identificar los signos de alarma en Neumonia y asi poder referir esos niños para tratamiento ?

DIARREA

Que es lo que Ud. le recomienda a las madres cuando su niño tiene Diarrea ?
Que podemos hacer para disminuir los casos de diarrea en esta comunidad ?
Sabemos que muchas madres en esta comunidad conocen de la preparación del Litrosol pero, muy pocas la usan cuando su niño esta deshidratado, Porque creen que sucede esto ?

91

GUIAS DE GRUPOS FOCALES PARA:

MUJERES/MADRES

NUTRICION/ALIMENTACION

A que edad se empieza a darle otro alimento diferente a la leche materna ?
A su niño que le dió de comer hoy?

VITAMINA A

Qué alimentos ricos en Vitamina A conocen?
Qué alimentos ricos en Vitamina A comen sus niños?
Usted sabe que es esta cápsula? Para qué sirve?
Producen algún alimento rico en Vitamina A en su casa? Cuál?

DIARREA

Que hacen las madres cuando sus niños tiene diarrea ?
Sabemos que muchas madres como Uds. conocen del uso del Litrosol pero, muy pocas la usan cunado su nino esta deshidratado, Porque creen que sucede esto ?
Que medicamentos usan para tratar la diarrea y donde los consiguen ?

IRA

¿ Cual es el problema respiratorio más serio que conoce ?
¿ Cuando lleva al niño al CESAMO ?

18

8. *Lista de Documentos Consultados*

Nombre Documento	Elaborado por	Fecha
*Recetas varias (sopa de ayote, tortas de camote, flan de ayote, pudín de camote y mínimo, ensalada de hojas de rábano, ensalada de hojas de mostaza, tortas de hojas verdes, arroz guisado con ayote, frituras de camote, etc.)	FIO/Honduras	1991
*Material educativo a utilizarse con los Voluntarios de Salud	FIO/Honduras	1991
*Examen Oftalmológico realizado por Auxiliares de Enfermería	FIO/Honduras	1991
*Para qué necesitamos Vitamina A?	FIO/Honduras	1992
*Deficiencia de Vitamina A y Xeroftalmia	FIO/Honduras	
*Programa para el Cuidado Primario de Ojos	IEF/Maryland	Marzo 1983 Manual para la Enseñanza de Enfermeras Profe-
sionales y Médicos Generales		
*Programa para el Cuidado Primario de Ojos Manual para la Enseñanza de Auxiliares de Enfermería, Supervisores de Promotores y Promotores de Salud	IEF/Maryland	
*Hablemos de Vitamina A, Julio-Enero	IEF/Guatemala	1992
*Informe Final sobre Segundo Taller Regional sobre Vitamina A en América Latina y el Caribe, San Juan, Puerto Rico	Vitamin A Field Support Project (VITAL)	Sept. 1991
*Breastfeeding, Weaning & Nutrition: The Behavioral Issues	Ann Brownlee, Ph.D., for The Office of Health of USAID	Julio 1990
*Vitamin A News Notes	Helen Keller International's Vitamin A Technical Assistance Program	Spring 1991
*Vitamin A News Notes	Helen Keller International's Vitamin A Technical Assistance Program	Primavera 1992
*Bulletin of Xerophthalmia Club	Sight Savers (Royal Commonwealth Society for the Blind) and the International Vitamin A Consultative Group	July 1992
*Vitamin A Supplements	WHO/UNICEF/IVACG Task Force	1988
*Lactancia Materna para el Espaciamiento	Institute for International	

99

de los Nacimientos - Boletín Informativo	Studies in Natural Family Planning	
*Principios Básicos de Nutrición	Secretaría de Recursos Naturales Proyecto L.U.P.E.	
*Manual para Monitoras en Lactancia Materna	Liga de la Lactancia Materna	
*Reconoce los Signos y Síntomas de la Xeroftalmia	The Nutrition Foundation, Inc Helen Keller International	1987
*Módulo Ilustrado para la Orientación de la Educación Alimentaria Nutricional en la Comunidad Hondureña	Ministerio de Salud Pública OPS/INCAP	1991
*Las Raíces y Tubérculos en la Dieta Familiar		
*México: Promoción de la Lactancia Natural	Madres y Niños, Vol. 7, No. 2 American Public Health Assoc. Washington, D.C.	1988
*Zanahoria (Daucus Carota)		
*El Uso Innocuo de Vitamina A por la Mujer Durante la Edad Reproductora	Grupo Internacional Consultivo sobre Vitamina A	Sept. 1987
*Guía para la Prevención de la Ceguera Nutricional (Xeroftalmia)	Helen Keller International	1988
*La Sintomatología de la Deficiencia de Vitamina A y su Relación con la Nutrición Aplicada	Grupo Consultor Internacional de Vitamina A (IVACG)	Julio 1983
*Reflexione sobre el Huerto Familiar	Lic. Elsa Victoria López Depto. Capacitación D.G.A.N.	
*El Huerto Familiar Integrado	Ing. Miguel Angel Morales Especialista en Fruticultura	
*El Huerto Familiar Integral	Ministerio de Recursos Naturales	Feb. 1988
*El Huerto Familiar y la Educación Nutricional a la Familia	Lic. Eduardo Aguilar Ministerio de Recursos Naturales	Nov. 1986
*La Huerta Campesina Orgánica	Centro de Educación y Tecnologia de Chile	1985
*El Huerto y la Nutrición	Ministerio de Recursos Naturales Proyecto L.U.P.E.	
*El Huerto Casero	Proyecto Agro-forestal de Zambrana-Chacuey	
*Madres y Niños	Centro de Documentación sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna Asociación Americana de Salud Pública	
*Lactancia Materna: Como Proteger un Recurso Natural	UNICEF	1988
*Programa Ampliado de Inmunizaciones, para Voluntarios de Salud	Proyecto HOPE/MSP	
*Planificación Familiar, para Voluntarios de Salud	Proyecto HOPE/MSP	

100

*Guías para Lactancia Matrna en los Programas de Planificación Familiar y Supervivencia In-	Institute for International Studies in Natural Family Planning Georgetown University, Wash., D.C.	Enero 1990
*Estado Mundial de la Infancia	UNICEF	1991
*Para la Vida - Un Reto de Comunicación	UNICEF	1989

1. Calendario Detallado de Actividades
3. Investigacion Sobre Conocimientos y Practicas en Supervivencia Infantil 1991
4. Investigación de Base 1990
8. Guías para la Evaluacion a Mediados de los Proyectos de SIV de Cinco Anos y Proyectos de SIVI de Tres Años
17. Plan Detallado de Implementación (DIP) (ingles)
18 Taller: Maximización del Trabajo del Voluntario de Salud. Tegucigalapa, Febrero 1992.
21. Propuesta Proyecto de Vitamina A
22. Material Educativo
    a. La Planificación de Actividades
    b. La Evaluacion Realizada con la Participación de la Comunidad
    c. Comites Locales de Salud
    d. La Importancia de la Organización Comunal
    e. Guía de Preparación de Alimentos con Productos de Huerto y su Valor Nutritivo
    f. Recetas con Frijol Soya
    g. Algunas Cosas que Debemos Saber sobre el Crecimiento y Desarrollo del Niño Menor de Cinco Años
    h. Como Aprende el Adulto
    i. Aprendamos Sobre la Importancia de la Vitamina A
    j. Ayudemos a Prevenir las Muertes por Neumonía
    k. Promotores de Salud
    l. Hablemos Mas a Fondo Sobre Algunas Enfermedades del PAI
    m. Manual para Personal Voluntario de Salud (Proyecto Hope)
       #1 - "Control de Enfermedades Diarréicas"
       #2 - "Programa Ampliado de Inmunizaciones
       #3 - "Infecciones Respiratorias Agudas"
       #4 - "Nutrición"
    n. Folleto de Conocimientos Básicos "Lo Que Tu Debes Saber Para que Tu Hijo No Muera"

9. *Lista de Individuos y Organizaciones Consultadas*

Eduviges Amador	Campo Cielo	V.S.
Alejandra Baquedano	Campo Cielo	V.S.
María Teresa Moreno	Campo Cielo	V.S.
Paula Fúnez	San Martín	V.S.
Yolanda Pineda	Independencia	V.S.
Arsenia Granados	Independencia	V.S.
Blanca Lidia Vásquez	Independencia	V.S.
Marlen G. Hernández	Independencia	V.S.
Eva Matute	Campo Cielo	V.S.
Juana Victoria Ayala	Altos del Paraiso	V.S.
Daisy M. Santos	Altos del Paraiso	V.S.
Juana A. Reyes	Cantarero	V.S.
María Martínez	Jardines del Carrizal	V.S
Dilcia S. Castillo	Cantarero	V.S.
Blanca O. Díaz	Nueva Danlí	V.S.
Consuelo Soriano	Cantarero	V.S.
Maribel Valle	Altos del Paraiso	V.S.
Eduviges Amador	Campo Cielo	V.S.
Alejandra Baquedano	Campo Cielo	V.S.
María Teresa Moreno	Campo Cielo	V.S.
Paula Fúnez	San Martín	V.S.
Yolanda Pineda	Independencia	V.S.
Arsenia Granados	Independencia	V.S.
Blanca Lidia Vásquez	Independencia	V.S.
Marlen G. Hernández	Independencia	V.S.
Eva Matute	Campo Cielo	V.S.
Mirna Marlene Alfaro		V.S.
Blanca Rosa Ramírez		V.S.
Santos López		V.S.
Luz Idalia Jiménez		V.S.
Mirna Rivera		V.S.
Marta Euceda		V.S.
Daysi Villatoro		V.S.
María Elena Banegas		V.S.
Modesta Díaz		V.S.
Reina Isabel Zepeda		Madre
Maura A. Guifarro		Madre
María Santiago Baquedano		Madre
María Donatila Banegas		Madre
Daisy M. Godoy		Madre
Santos Jacinta Sauceda		Madre
Ana D. Velásquez	Campo Cielo	Madre
Dania Amador	Campo Cielo	Madre
Iris Hernández	Campo Cielo	Madre
Laura Maldonado	Campo Cielo	Madre
Iris Y. Hernández		Madre
Dania		Madre
Hilda Paz		Madre

Dalia Patricia Amador		Madre
Vilma Cabrera		Madre
Bessie		Madre
Ana D. Vásquez		Madre
Rosa Julia González		Madre
María Susana Murillo		Madre
Blanca Rosa Cálix		Madre
Fidelina Carrasco		Madre
Nolvia Lanza		Madre
Martina Matute		Madre
Bernarda Izaguirre		Madre
Enma Tercero		Madre
Ana Rosa Laínez		Madre
María Magdalena Rodríguez		Madre
Francisca Oyuela		Madre
Ingrid Suyapa Alvarez		Madre
Angela Liliana Varela		Madre
Suyapa Iscoa		Madre
Xiomara Izaguirre		Madre
Marisabel Gálvez		Madre
Martha Lizet Romero		Madre
Rosalinda		Madre
María de la Cruz Valle		Madre
Micaela Rosales		Madre
Corina Núñez	19 de Septiembre	Madre
María de Jesús Rodas	19 de Septiembre	Madre
Dulce María Urbina	19 de Septiembre	Madre
Ana Rosa	19 de Septiembre	Madre
María Gumercinda Fuentes	19 de Septiembre	Madre
María del Tránsito Cuellar	19 de Septiembre	Madre
Martha Lidia Rodríguez	Aux. Enfermería	FIO
Maribel Euceda	Aux. Enfermería	FIO
Berta Lidia Henríquez	Aux. Enfermería	FIO
Miriam S. Espinal	Aux. Enfermería	FIO
Dagoberto Torres Padilla	CESAMO San Francisco	Director
Norma Mansilla	CESAMO Las Crucitas	T.Social
Juan Adalberto Paz Maradiaga	CESAMO Las Crucitas	T.Social
Gricelda Oviedo	CESAMO Las Crucitas	Jefe Enf.
María Argentina Castillo B.	CESAMO 3 de Mayo	Director
Adriana Hernández Santana	INCAP/PAHO	
Edgardo Navarrete	Hospital San Felipe (Depto. Oftalmología)	Jefe
Elías Sánchez	ACORDE	
Olivia Matute de Estrada	Depto. de Nutrición	Jefe

10. Cuadro Presupuestal

1992 COUNTRY PROJECT PIPELINE ANALYSIS: REPORT FORM A
INTERNATIONAL EYE FOUNDATION/HONDURAS

	Actual Expenditures 7/1/90 - 6/30/92		Projected Expenditures 7/1/92 - 6/30/93		Revised Budget 7/1/90 - 6/30/93		
	AID	IEF	AID	IEF	AID	IEF	TOTAL
I. PROCUREMENT							
A. EQUIPMENT and SUPPLIES							
TECHNICAL							
1. Vehicle	0	13,618	0	0	0	13,618	13,618
2. Ophth. Equip.	0	4,067	0	0	0	4,067	4,067
OFFICE EQUIPMENT							
1. Computer	0	1,100	0	0	0	1,100	1,100
2. Printer	0	240	0	0	0	240	240
3. Volt. Reg./UPS	0	0	0	400	0	400	400
4. Office Furniture	85	1,468	0	2,032	0	3,500	3,500
5. Typewriter	0	240	0	0	0	240	240
6. Photocopier	0	850	0	0	0	850	850
7. Fax	0	1,050	0	0	0	1,050	1,050
8. Slide Proj.	0	284	0	0	0	284	284
9. Camera	0	264	0	0	0	264	264
10.Miscellaneous	0	440	0	(440)	0	0	
SUPPLIES							
1. General Office	6,520	20	1,350	0	7,870	0	7,870
3. NutriAtol	0	0	0	0	0	0	0
4. Train. Materials	1,115	300	3,385	0	4,500	0	4,500
5. Main./Ins.	0	0	900	0	900	0	900
6. Uniforms	0	0	0	0	0	0	0
7. Vit A/Med Sup	1,093	1,244	(193)	856	900	2,100	3,000
B. SERVICES							
Local Consultant Support (30 days/yr)	403	8,250	1,097	0	1,500	0	1,500
Workshops	0	150	0	8,350	0	8,500	8,500
Enumerators & logistic support	1,220	400	2,280	(400)	3,500	0	3,500
SUBTOTAL I.	10,436	33,985	8,819	10,798	19,170	36,213	55,383
II. EVALUATIONS	0	0	20,000	5,000	20,000	5,000	25,000
SUBTOTAL II.	0	0	20,000	5,000	20,000	5,000	25,000
III. INDIRECT COSTS (See G & A line item)							

105

1992 COUNTRY PROJECT PIPELINE ANALYSIS: REPORT FORM A
INTERNATIONAL EYE FOUNDATION/HONDURAS

	Actual Expenditures 7/1/90 - 6/30/92		Projected Expenditures 7/1/92 - 6/30/93		Revised Budget 7/1/90 - 6/30/93		
	AID	IEF	AID	IEF	AID	IEF	TOTAL
IV. OTHER PROGRAM COSTS							
A. PERSONNEL							
1. Project Director	29,250	4,875	19,500	4,875	48,750	9,750	58,500
Benefits	0	1,865	0	3,000	0	3,730	3,730
2. Hond.Field Salary	45,170	0	82,700	0	127,870	0	127,870
Benefits	3,671	0	10,159	0	13,830	0	13,830
SUBTOTAL IV. A.	78,091	6,740	112,359	7,875	190,450	13,480	203,930
B. TRAVEL AND PER DIEM							
1. Short-term							
Local staff per diem	7,084	1,849	4,616	1,151	11,700	3,000	14,700
Local staff travel							
Int'l. Prof. Meet. (Airfare/per diem)							
Subtotal IV. B.	7,084	1,849	4,616	1,151	11,700	3,000	14,700
C. Other Direct Costs							
1. Vehicle Operat.							
Fuel	1,243	0	1,757	0	3,000	0	3,000
Maint./Spares	2,192	0	3,808	0	6,000	0	6,000
Ins/Lic/Reg	2,817	0	1,983	0	4,800	0	4,800
3. Office Operations							
Rent/repairs	3,861	0	0	4,500	3,000	4,500	7,500
Telephone/instal.	1,544	0	1,856	0	3,400	0	3,400
Postage/Courier	384	0	816	0	1,200	0	1,200
Utilities	0	0	0	0	0	0	0
Miscellaneous	491	0	493	0	984	0	984
Freight/Ins.	724	15	1,276	(15)	2,000	0	2,000
4. Training Sessions							
Per Diems	2,308	2,028	(308)	(2,028)	2,000	0	2,000
Supplies	0	0	2,500	0	2,500	0	2,500
Facilities	0	0	200	0	200	0	200
Subtotal IV. C.	15,564	2,043	14,381	2,457	29,084	4,500	33,584
SUBTOTAL IV. A.B.C.	100,739	10,632	131,356	11,483	231,234	20,980	252,214
SUBTOTAL	111,175	44,617	160,175	27,281	270,404	62,193	332,597
G & A 21.9%	26,147	5,427	33,071	4,655	59,218	10,082	76,345
TOTAL	137,322	50,044	193,246	31,936	329,622	72,275	408,942

106