PD-ABF-848 ~~PD-ABF-848~~ 83297

SAVE THE CHILDREN
HONDURAS FIELD OFFICE
CHILD SURVIVAL 3
FINAL EVALUATION REPORT

Agency for International Development

Grant # OTR-0535-A-00-7215-00

8/1/87-7/31/92

October 1992

Save the Children
54 Wilton Road
Westport, Ct 06880

(203) 221-4000

Please note that the original evaluation document (volume 1) was written in Spanish; an English translation is appended.

Volume 2 contains all of the appendices in Spanish; however, an English translation of the K&P questionnaire is also included.

Informe Final
Supervivencia Infantil III
en las áreas de
Pespire y La Esperanza
Honduras

Vol. I

Julio, 1992

EQUIPO DE EVALUACIÓN

Asociación Save the Children-Honduras

Lic. Mario Nieto
Ing. Mariano Planells
Dra. Lesbia Rivera

CARE Internacional

Lic. Ronald Fiallos

COORDINADOR DEL EQUIPO

Dr. René Salgado
Project Concern International

Asociación Save the Children-Honduras
Col. Alameda, Avenida Julio Lozano Díaz Casa #1314
Apdo. Postal 333, Tegucigalpa, D.C.

ACRÓNIMOS

ASCH	Asociación Save the Children Honduras
ASHONPLAFA	Asociación Hondureña de Planificación Familiar
CDI	Comité de Desarrollo Integral
CDR	Comité de Desarrollo Regional
CED	Control de Enfermedad Diarréica
CESAMO	Centro de Salud con Médico
CESAR	Centro de Salud Rural
DIP	Plan Detallado de Implementación
DIU	Dispositivo Intrauterino
EBSR	Encuesta Basal de Salud Reproductiva
EDUCSA	Educación para la Salud
ENESF	Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
FHIS	Fondo Hondureño de Inversión Social
IEC	Información, Educación y Comunicación
IRA	Infección Respiratoria Aguda
MSP	Ministerio de Salud Pública
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PRASAAR	Programa de Agua y Saneamiento Rural
SANAA	Servicio Autónomo Nacional de Agua y Alcantarillado
SECOPT	Secretaría de Comunicaciones, Obras Públicas y Transporte
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SRO (Litrosol)	Sales de Rehidratación Oral
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

C'

Evaluación Final de CSIII de Honduras

RESUMEN EJECUTIVO

Después de cinco años de haber firmado un Convenio con USAID-WASHINGTON para implementar un proyecto de Supervivencia Infantil en 54 comunidades de los departamentos de Choluteca e Intibucá me permito presentar la evaluación final cuyos resultados han sido altamente satisfactorios. La metodología consistió en la aplicación de una encuesta estandarizada y un cuestionario de sostenibilidad.

La encuesta evaluó adecuadamente las diferentes intervenciones que se realizaron bajo el proyecto. Participaron representantes de la comunidad, del Ministerio de Salud Pública, personal de Asociación Save the Children de Honduras (ASCH), y otras OPD's como CARE quienes también participaron en el análisis de los resultados, todos bajo la acertada dirección del Dr. Rene Salgado de Project Concern International.

Un problema constituyó la dificultad para hacer comparaciones de pre-intervención habiéndose contado únicamente con datos de salud a nivel nacional.

Entre los aspectos relevantes se pueden señalar un trabajo bastante intenso de promoción y formación de estructuras comunitarias que permitan a éstas en un futuro asumir la responsabilidad de solución a su problemática.

La integración de una diversidad de proyectos para el mejoramiento de la calidad de vida de la población como ser proyectos de agua potable, letrinización, crianza de especies menores, huertos familiares entre otros han sido determinantes para la complementación del proyecto.

La estrecha coordinación interinstitucional con el Ministerio de Salud Pública, la Junta Nacional de Bienestar Social, ASHONPLAFA, UNICEF, PRASAR-SANAA entre otros, ha permitido adicionar acciones afines al proyecto además del establecimiento de lactarios para el mejoramiento nutricional de niños menores de años, madres grávidas y lactando.

El apoyo de los voluntarios de salud fue un factor determinante para el éxito del proyecto, quienes actualmente son considerados como proveedores de servicios de salud en la comunidad. Se cuenta con un considerable número de parteras con un buen nivel de capacitación.

El proyecto fue percibido como efectivo en lo referente a la implementación del programa ampliado de inmunizaciones, actividades promocionales y generación de información.

Los conocimientos acerca de todas las intervenciones de Supervivencia Infantil son elevados, debido en parte a los programas de salud a través de las radios locales.

Indudablemente el proyecto ha ayudado al fortalecimiento de las habilidades de ASCH, agencia autónoma de Honduras, en cuanto al sector salud.

Se considera un poco difícil la sostenibilidad del proyecto en vista de que se contempló la adopción del mismo por parte del Ministerio de Salud Pública. Sin embargo dada la crisis económica las consecuencias sociales han significado un acrecentamiento de la desigualdad y un crecimiento de la pobreza con un costo humano enorme. Por estas razones el Ministerio de Salud Pública no ha asumido las responsabilidades del proyecto.

La disminución de la inversión en los sectores sociales como salud ha aumentado la falta de respuesta adecuada a las necesidades esenciales de grandes sectores de la población. A ello hay que agregar la aparición de enfermedades como el Cólera y el SIDA que constituyen una amenaza más a la ya precaria situación de salud de los grupos desposeídos.

No obstante que el contexto social y económico está fuera del alcance de ASCH, ésta seguirá fortaleciendo las habilidades locales y consolidando los comités de desarrollo así como coordinando actividades con los voluntarios de salud y los micropuestos de salud.

La evaluación del Proyecto de Supervivencia Infantil constituye una base sólida de acopio de conocimientos que está a disposición de los interesados.

Es nuestra esperanza que organizaciones como el Ministerio de Salud Pública y otras OPD's apoyen el proceso iniciado, que revisemos nuestras políticas de cooperación que permita recoger la experiencia obtenida y encontrar la forma de un trabajo complementario. Se recomienda que el proyecto continúe durante un período de dos a tres años para fortalecer la sostenibilidad de sus logros.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 1

II. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 1

III. METODOLOGÍA 4

IV. LA ENCUESTA 5
- a) Metodología de la Encuesta 5
- b) Resultados de la Encuesta 7
  - Grupos de Edad 7
  - Alfabetismo 8
  - Control de Enfermedad Diarreica (CED) y Terapia de Rehidratación Oral (TRO) 8
  - Monitoreo de Crecimiento 10
  - Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) 10
  - Infección Respiratoria Aguda (IRA) 12
  - Salud Materna 13
  - Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 16
  - Cólera 17
  - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) 17

V. SOSTENIBILIDAD 19

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 34

VII. ANEXOS (Ver Volumen II)

INFORME FINAL DE SUPERVIVENCIA INFANTIL III EN PESPIRE Y LA ESPERANZA

I. INTRODUCCIÓN

En 1987 la Asociación Save the Children-Honduras (ASCH) obtuvo un convenio de la oficina de FVA/PVC de la U.S.A.I.D en Washington para la implementación de un proyecto de supervivencia infantil en las áreas de La Esperanza, en el Departamento de Intibucá y Pespire en el Departamento de Choluteca. Este convenio se recibió bajo la iniciativa de Supervivencia Infantil III.

El proyecto tendría una duración de cuatro años. Las actividades se iniciaron el 1o. de agosto de 1987 y terminarían el 31 de julio de 1991. En septiembre de 1991 la ASCH recibió una extensión sin costo hasta el 31 de julio de 1992. Esto aumentó la duración del proyecto a cinco años.

La ASCH ha remitido un plan detallado de implementación (DIP) y cuatro informes anuales sobre el estado del proyecto. Para conocer el estado actual de los indicadores del proyecto y en cumplimiento de obligaciones contractuales, la ASCH ha contratado un consultor externo, el Dr. René Salgado de Project Concern International, para dirigir la evaluación del Proyecto de Supervivencia Infantil III. Este es el informe final de esta evaluación.

II. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

La Asociación Save The Children de Honduras (ASCH) desarrolló el proyecto de Supervivencia Infantil en dos áreas de impacto; en 24 comunidades de La Esperanza, Intibucá en la región Nor-Occidental del país y en 30 comunidades de Pespire, Choluteca en la región sur.

Aunque ambas áreas son rurales y típicas del área rural Hondureña, hay diferencias importantes inherentes al clima, topografía y cultura. El área de La Esperanza se caracteriza por temperaturas frías, lluvias constantes y una topografía irregular y montañosa. Se encuentran aún grupos Indígenas Lencas. En contraste, el área de Pespire tiene una población mestiza, clima cálido seco con elevadas temperaturas durante la mayor parte del año y tierras más bajas.

Estas comunidades son postergadas, no han recibido atención gubernamental, con poco o ningún acceso a servicios de salud; Su población se dedica a la agricultura, ganadería en pequeña escala, una pequeña parte de la población se dedica al pequeño comercio, pero el nivel de vida es pobre.

La población total es de 26,000 habitantes de los cuales 3,780 son niños menores de cinco años y 5,350, mujeres en edad fértil. Existen sólo 6 centros de salud rural (CESAR) con una auxiliar de enfermería cada uno y 2 centros de salud atendidos por médicos (CESAMO).

Intervenciones

El proyecto realizó las siguientes intervenciones:

- Control de Enfermedad Diarréica (CED) y Promoción de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO).
- Detección temprana y tratamiento oportuno de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Atención Prenatal
- Espaciamiento de Embarazos
- Monitoreo de Crecimiento
- Promoción de la Lactancia Materna y Alimentación Complementaria

En 1990 y 1991 se agregaron componentes sobre el Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Cólera. La ASCH decidió incluir estos componentes debido a la importancia que el cólera tiene en la región y al reconocimiento que el SIDA puede eliminar muchos de los logros de la supervivencia infantil.

Estrategias

Las estrategias de trabajo fueron las siguientes:

- Capacitación de personal voluntario
- Comunicación interpersonal/masiva
- Desarrollo comunitario integral
- Organización comunal
- Coordinación/colaboración

La provisión de los servicios se realizó a través de personal voluntario. El proyecto capacitó uno o dos voluntarios en cada una de las comunidades. Todos los voluntarios fueron seleccionados en forma democrática por la comunidad. La capacitación consistió en las intervenciones del proyecto,

manejo de un sistema de información comunitario, sistemas de referencia y algunos aspectos de organización comunal.

Los voluntarios, bajo estrecha supervisión de promotores de la ASCH, realizan actividades de promoción y educación de la población, coordinación de campañas de vacunación, distribución de sobres de sales de rehidratación oral, detección de embarazos de alto riesgo y referencia de casos. Los voluntarios también llevan un registro familiar donde se anotan todas las familias del lugar. A la vez, se lleva un listado o "roster" de todos los niños menores de 5 años de edad. El roster contiene información sobre inmunizaciones, "charlas de salud," control de peso y otros eventos claves en la vida del menor. Además, el voluntario reporta todos los eventos vitales que ocurren en su comunidad (muertes, nacimientos, embarazos y migraciones). Por último, se elabora un consolidado mensual que se envía a las oficinas regionales de la ASCH.

La ASCH realizó actividades de promoción de salud a través de dos estrategias. La primera actividad es la comunicación interpersonal. Los voluntarios de la ASCH promueven las intervenciones de supervivencia infantil a través de "charlas" que se imparten a grupos de la comunidad (lactarios, CDI, etc.). Además, los voluntarios realizan visitas a las familias donde también se dan charlas. La segunda estrategia de comunicación es a través de programas de radio. La ASCH tiene programas de radio que son transmitidos varias veces por semana a la audiencia de las comunidades de impacto.

Uno de los aspectos relevantes del trabajo de la ASCH es la integración de una diversidad de proyectos para el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Así, en algunas comunidades el proyecto de supervivencia infantil es complementado con proyectos de agua potable, letrinas, generación de recursos (crianza de cabros, conejos; microgranjas, cultivo de peces, huertos familiares). Ver Anexo 16 para un listado de proyectos por comunidad. Se puede decir que, en gran medida, el éxito del trabajo en salud de la ASCH se debe a la integración y complementación de sus proyectos.

Otro aspecto clave de la labor de la ASCH ha sido la constitución de Comités de Desarrollo Integral (CDI) en las comunidades. Todas la comunidades donde trabaja la ASCH han constituido CDI con objeto de coordinar los esfuerzos de las diferentes instancias comunitarias y hacer peticiones en forma organizada a la ASCH u otras agencias. Los CDI aglomeran diferentes grupos comunitarios como Comités de Salud, Voluntarios, Consejeras Materno Infantil, Club de Amas de Casa, Juntas Administradoras de Agua y otras. A su vez los CDI se constituyen en un Comité de Desarrollo Regional (CDR) que participa activamente con la ASCH a nivel regional. Además, los voluntarios se han asociado en una organización Regional de Voluntarios de Salud.

Existe muy buena coordinación inter-institucional. Algunos de los organismos con los que se realiza coordinación son: los niveles de área, regional y nacional del Ministerio de Salud Pública; Junta Nacional de Bienestar Social, CARE Internacional, Educación Para La Salud (EDUCSA), Ministerio de Recursos Naturales, Ministerio de Educación Pública, ASHONPLAFA, UNICEF, PRASAR-SANAA (Servicio Nacional de Agua y Alcantarillado), SECOPT (Secretaría de Obras Públicas y Transporte), FHIS (Fondo Hondureño de Inversión Social), y el Population Council.

A través de la Junta Nacional de Bienestar Social y CARE se han establecido "lactarios" en cada una de las comunidades donde trabaja la ASCH. Estos lactarios dan alimentación complementaria a los niños/niñas menores de 5 años de edad, mujeres embarazadas y madres lactando. Esta actividad es

un fuerte incentivo para la participación de las madres en las actividades educativas del proyecto. Además, los lactarios contribuyen a la consolidación de los niveles organizativos que les permite adoptar como propia esta actividad.

III. METODOLOGÍA

La metodología seguida para esta evaluación fue la estipulada por la oficina de Cooperación Privada y Voluntaria/Bureau de Alimentos y Asistencia Humanitaria (CPV/BAAH) en su circular Final Evaluation Guidelines for child survival projects terminating in FY92. Se estipula el requisito de que se realice:

a) Encuesta estandarizada.

b) Cuestionario de Sostenibilidad.

Además de estas dos actividades, se evaluó la efectividad del Sistema de Información en Salud. También se analizaron otros aspectos de los programas de ASCH en las comunidades. La integración de proyectos y su impacto en el nivel de salud de la población.

La encuesta estandarizada fue obtenida del Child Survival Support Program de la Johns Hopkins University. El cuestionario original constaba de 44 preguntas sobre diferentes aspectos de supervivencia infantil. El cuestionario final evalúa adecuadamente las diferentes intervenciones que se realizaron bajo el proyecto. Más adelante se encuentra información detallada sobre la encuesta.

El cuestionario de sostenibilidad es el anexo 1 de las guías de evaluación de la oficina de CPV/BAAH. Se formaron grupos de discusión a cuatro niveles: comunitario, Ministerio de Salud Pública, personal operativo de ASCH y el personal de Gerencia de ASCH. El equipo evaluador hizo las preguntas pertinentes a cada grupo. Adelante viene una descripción detallada de este proceso.

Se formó un equipo de evaluación conformado por el gerente de Programas de la ASCH Ing. Mariano Plannells; personal del programa de salud de ASCH, Lic. Mario Nieto y la Dra. Lesbia Rivera; el Lic. Ronald Fiallos de la organización CARE-Honduras; y el coordinador del equipo Dr. René Salgado de Project Concern International (Ver Anexo 1). La organización CARE-Honduras es un importante colaborador en el proyecto de supervivencia infantil y envió al Lic Fiallos a participar en todo el proceso. El equipo elaboró un plan de trabajo para implementarse durante tres semanas. Las dos primeras semanas se dedicaron a la encuesta estandarizada y la última se destinó a grupos de discusión para contestar el cuestionario de sostenibilidad.

Todo el proceso de evaluación fue participativo. Desde el diseño de la metodología, hasta el análisis y la redacción del reporte final, el coordinador de la evaluación aseguró la participación de miembros de la comunidad, líderes, personal del MSP así como la gerencia de la ASCH y su personal operativo. Así mismo se procuró que el personal de la ASCH aprendiera la metodología de la evaluación y el manejo del programa de análisis estadístico Epi Info 5.01b para futuras actividades en salud.

IV. LA ENCUESTA

a) Metodología de la Encuesta

Muestra

El tamaño de la muestra fue determinado por la intervención (diarrea) que requiere la muestra más grande. La formula usada fue la siguiente:

$$n = z^2 pq/d^2$$

Donde n = tamaño de la muestra; Z = 95% de limite de confidencia . 1.96; p = taza de prevalencia; q = 1 - p y d = es la precisión deseada. Se tomó una prevalencia de diarrea del 20%. Los límites de confidencia se calcularon al 95% de acuerdo a la fórmula 95% L.C. = $p \pm z \sqrt{(pq/n)}$

En esta encuesta se aplicó un sistema de muestreo por conglomerados. Seleccionándose 30 conglomerados. El método utilizado para la selección de estos fue al azar simple en base a la recomendaciones del Manual del Programa de Control de Enfermedad Diarréica de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se identificó la localización de los 30 conglomerados (comunidades) utilizando un listado con la población acumulada, resultando 16 conglomerados de la área de impacto de La Esperanza y 14 conglomerados de Pespire.

Para cada conglomerado se entrevistó a diez madres con niño/niña menor de dos años de edad, el método de selección de las diez madres a entrevistar fue al azar mediante el uso del registro de niños/niñas menores de 5 años (ficha familiar y roster) que maneja el voluntario de salud en sus comunidades.

Los conglomerados donde existían diez ó menos niños/niñas menores de dos años, o en los casos donde las madres de estos no vivían en la comunidad se tomó el universo de menores de dos años. Se estableció un grado de confiabilidad del 95%.

Cuestionario

Para la recolección de datos, se utilizó el cuestionario desarrollado por el Programa de Apoyo en Supervivencia Infantil a Organismos Privados Voluntarios de la Universidad de Johns Hopkins. Las preguntas enfocan aspectos de conocimientos, intenciones y prácticas sobre cada una de las intervenciones de supervivencia infantil. El cuestionario fue revisado por el equipo evaluador y modificado para incluir 16 preguntas que eran de interés para la ASCH. El total de preguntas fue de 60 (Ver Anexo 5). El cuestionario fue escrito en español, que es la lengua en las comunidades de impacto.

Capacitación del Equipo Evaluador

Se capacitó durante un día al equipo evaluador en el manejo del paquete estadístico Epi Info 5.01b. El personal de la ASCH aprendió como elaborar cuestionarios para su inclusión Epi Info, la entrada de datos y el programa para análisis. A través de todo el proceso y en particular en la fase de utilización de "software" se prestó especial atención a la transferencia de habilidades y conocimientos al equipo evaluador. Se entregó al personal directivo de la ASCH el Manual de Encuestas de Programa de Control de Enfermedad Diarreica de la Organización Mundial de la Salud y el Manual de Epi Info 5.01b.

Capacitación de Encuestadores y Supervisores

Se capacitaron 30 encuestadores y 15 supervisores durante un día en el que se les entrenó en el manejo del cuestionario. La ASCH reclutó a 30 encuestadores con experiencia para aplicar el cuestionario. Los quince supervisores fueron seleccionados de personal de las áreas de impacto de ASCH.

Prueba Piloto

El cuestionario se probó en dos de las comunidades del área de Pespire (Suyapa y Agua Tibia) no seleccionadas para la encuesta. Se aplicaron treinta entrevistas. La prueba sirvió para hacer modificaciones al formulario de la encuesta definitiva. La principal modificación fue la inclusión de repuestas sobre la presencia o no del carnet de monitoreo de crecimiento y de atención prenatal.

Recolección de Datos

Para la recolección de datos se utilizaron tres días contando para ello con treinta encuestadores. Las entrevistas se hicieron simultáneas en las dos áreas. Se utilizaron quince supervisores que fueron del personal de las áreas de ASCH. Los dos equipos estuvieron en constante comunicación a través de radios de onda corta. Los problemas que se presentaron fueron resueltos con prontitud.

El personal voluntario sirvió de guía a los encuestadores y supervisores. Los voluntarios conocen íntegramente sus comunidades y pudieron orientar atinadamente a los encuestadores.

Tabulación de Datos

Para la tabulación y análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Epi Info 5.01b. Se capacitaron dos digitadores para el ingreso de datos en La Esperanza y Pespire. Para el análisis se unieron ambas bases de datos. Se tabularon 280 encuestas. Para el análisis se corrieron solo frecuencias, algunas tablas y cruces de variables. Se instruyó al personal de la ASCH sobre como realizar análisis más detallado para su futura planificación.

b) Resultados de la Encuesta

Aunque los objetivos originales de Supervivencia Infantil III se refieren a familias con niños/niñas menores de 5 años, para objeto de la evaluación final, en la presente encuesta se revisaron los objetivos para madres con niños menores de dos años. En general, los datos de Pespire y La Esperanza se mantuvieron agregados para el análisis. En los casos donde hay diferencias importantes entre las dos áreas de impacto se desagregaron y se hacen notar en el texto.

Parte del análisis de resultados fue realizado por personal voluntario, oficiales del Ministerio de Salud Pública, y supervisores y coordinadores de la ASCH. Se formaron grupos de discusión para ofrecer puntos de vista sobre los resultados y hacer recomendaciones.

Los objetivos del proyecto de Supervivencia Infantil III se han colocado al inicio de cada sección para facilitar la comparación con los resultados. Debido a que algunos de los objetivos se modificaron durante el transcurso del proyecto se ha citado entre paréntesis la última fuente.

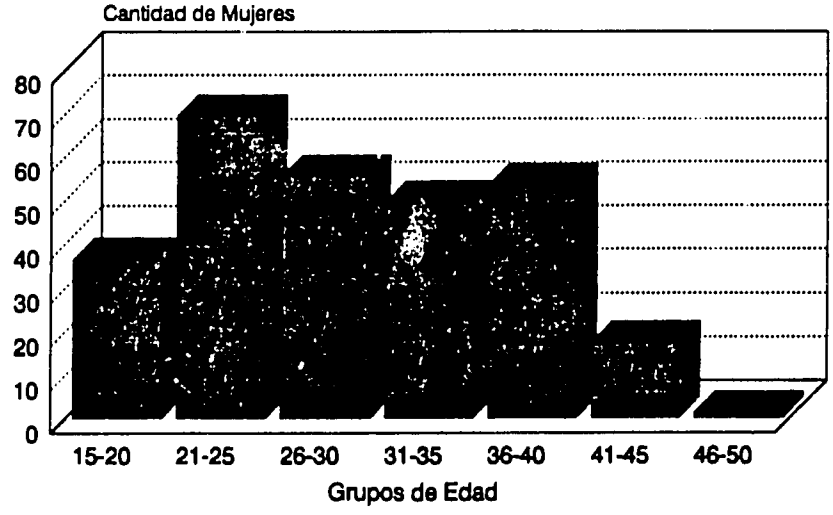
Debido a que no existe una encuesta de línea basal no es posible hacer comparaciones con indicadores pre-intervención. Existen, sin embargo, evaluaciones internas y resultados de encuestas de otros proyectos que se citan cuando es apropiado. Además, se cuentan con algunos datos de la situación salud a nivel nacional. Un listado completo de resultados por pregunta se encuentra en el Anexo 6.

Grupos de Edad

Se encontró un porcentaje elevado de mujeres que se considerarían de alto riesgo en relación con la edad. La distribución por grupos quinquenales de edad es como sigue:

EDAD DE LA MADRE

POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD



FUENTE: Encuesta CAP Supervivencia Infantil. ASCH. Tegucigalpa, Honduras. Julio, 1992

Alfabetismo

La encuesta reveló que un 31% de las madres de niños menores de 2 años entrevistadas no saben leer. Esto contrasta con el promedio nacional cercano al 40% reportado por la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) en 1987. Aunque estos niveles son altos, no son extraordinarios para la región centroamericana. Sin embargo, sí son preocupantes para las organizaciones que trabajan en salud. La Dra. María Elena de Rivas, Subdirectora General del Ministerio de Salud Pública ha expresado que la morbilidad y mortalidad de menores de 5 años es tres veces más alta en la población que no sabe leer. La encuesta reveló que del total de mujeres que actualmente están planificando la familia, 82% saben leer.

Control de Enfermedad Diarreica (CED) y Terapia de Rehidratación Oral (TRO)

100% de los voluntarios de salud y 80% de las familias sabrán mezclar las sales de rehidratación oral e hidratar a un niño durante y después de un episodio de diarrea.

Este objetivo se evalúa indirectamente con los resultados de la encuesta. Se encontró un 27.1% de incidencia de diarrea en las dos semanas previas a la entrevista. El documento "Salud en Cifras" del Ministerio de Salud Pública reporta a la diarrea como la principal causa de mortalidad infantil en Honduras (1988). La mayoría de los casos, el 88%, se presentó en niños mayores de 6 meses.

Los conocimientos acerca del manejo apropiado de la diarrea fueron evaluados por las preguntas 21-25. Las madres de niños con diarrea indicaron en un 82% que dieron igual o más lactancia materna durante el episodio diarréico. Ninguna madre reportó suspender el pecho materno a su hijo/hija por causa de la diarrea. Este nivel de conocimiento es adecuado e indica una buena efectividad de la campaña educativa y de promoción del programa. Dado que los comunicadores han tenido que combatir mensajes anteriores de suspender por completo la lactancia materna los resultados son aún más significativos.

El 78% de las madres reportaron dar líquidos durante la diarrea. De éstas, el 93% dieron igual o más líquidos de lo acostumbrado. Este mensaje ayuda a prevenir una de las complicaciones mas graves de la diarrea como es la deshidratación e indica un buen conocimiento del manejo apropiado de la diarrea. Otras de las medidas tendientes a prevenir la deshidratación y mantener el estado nutricional del niño con diarrea, es mantener la alimentación igual o más de lo acostumbrado. El estudio encontró que el 78% de las madres continuaba o aumentaba la alimentación durante la diarrea (incluye casos de lactancia materna).

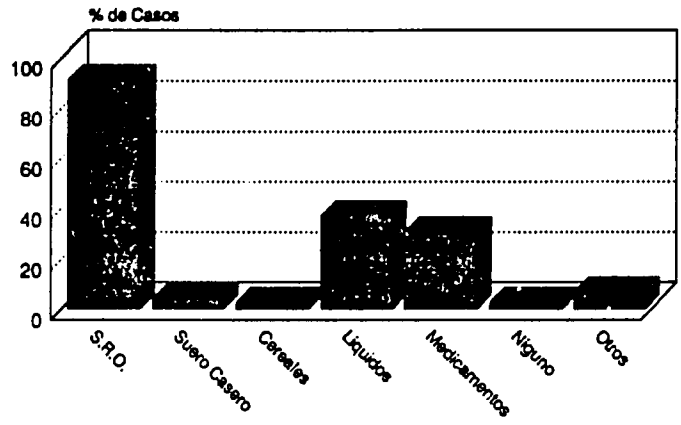
De las 76 madres que expresaron haber tenido un hijo/hija con diarrea en las dos semanas previas a la entrevista, se encontró que 58 madres buscaron ayuda o consejos, esto representa el 64%.

Uno de los resultados más sorprendentes ha sido la utilización de voluntarios de salud como el elemento principal para la atención y control de los casos de diarrea. El personal institucional de

salud (Centros de Salud, CESAR, CESAMO), y los agentes comunitarios (Voluntarios/consej fueron los que con mayor frecuencia, 64%, fueron consultados por las madres.

En cuanto a los tratamientos dados durante la diarrea, las madres reportaron en un 91% haber u sales de rehidratación oral (Litrosol). La práctica de dar suero casero, actualmente en desuso, fue de un 4%. Las diferentes prácticas se presentan en el siguiente gráfico:

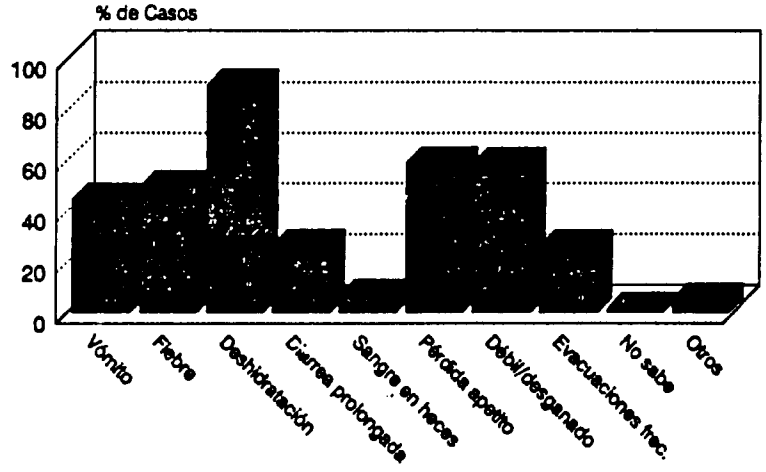
TRATAMIENTOS DADOS DURANTE LA DIARREA



FUENTE: Encuesta CAP Supervivencia Infantil. ASCH. Tegucigalpa, Honduras. Julio, 1992

El 89% de las madres encuestadas conocen los signos de deshidratación y decidirían buscar a en caso de encontrarlos. El resto de los resultados de cuando buscar ayuda son así:

CAUSAS DE BUSQUEDA DE AYUDA DURANTE LA DIARREA



FUENTE: Encuesta CAP Supervivencia Infantil. ASCH. Tegucigalpa, Honduras. Julio, 1992.

Las madres, en un 53%, identifican correctamente la necesidad de aumentar la frecuencia de los alimentos después de un episodio de diarrea. Aunque no ideal, cuando se añaden a esta proporción las madres que continuaron la alimentación normalmente, el total es de 86%, que es apropiado.

Los indicadores encontrados por la encuesta no solo llenan el objetivo establecido en el 4o. Reporte Anual del proyecto de Supervivencia Infantil III, sino también cumplen con uno de los objetivos del Programa de Control de Enfermedades Diarréicas (CED) del Ministerio de Salud Pública de Honduras, el cual estipula:

> *"Orientar a la madre y a la familia sobre el manejo alimentario-nutricional, enfatizando en la lactancia materna y la alimentación habitual durante y después del episodio de diarrea."*

Monitoreo de Crecimiento

> *85% de todos los niños menores de 5 años que viven dentro de las (30) comunidades iniciales, estarán registrados en programas de monitoreo de crecimiento*

El 83% de las madres reportaron llevar a su niño/niña menor de dos años a control de crecimiento. El 45% de los niños contaban con carnet oficial del Ministerio de Salud Pública. Esta cifra puede deberse a que el Ministerio ha cambiado recientemente el carnet (1990) y no se han distribuido suficientes carnets a las áreas.

Un 92% de los niños/niñas se han pesado cuando menos una vez en los últimos cuatro meses. Considerando la ruralidad de las áreas de impacto de Pespire y La Esperanza, este porcentaje es alto. El programa de alimentación complementaria de los lactarios es un poderoso incentivo para que las madres caminen hasta 3 horas para pesar a sus hijos/hijas.

Se evaluó cual sería la actitud de la madre si su niño/niña estuviera bajo de peso. Las madres, correctamente, contestaron que: aumentarían el número de comidas (84%), lo llevarían al centro de salud (67%), y darían alimentos disponibles en el hogar (39%). Además un 38% optarían por llevar a sus niños al programa de alimentación complementaria (lactarios).

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

> *Asistir al Ministerio de Salud Pública a completar el esquema de vacunación de cuando menos el 90% de los niños menores de 5 años.*
>
> *Asistir al Ministerio de Salud Pública en la inmunización del 75% de mujeres entre las edades de 13 a 49 años de edad con dos dosis de toxoide tetánico.*

De acuerdo a evaluaciones internas de la institución, para junio de 1989, estas metas ya se habían cumplido. En la encuesta, las madres reportaron en un 94% que su hijo/hija había recibido alguna vacuna. El 6% de los niños/niñas que no habían recibido eran menores de dos meses. La pregunta No. 36, está basada en la habilidad de la madre para recordar, la cual hace la respuesta imprecisa.

Las coberturas por grupo de edad son:

COBERTURA POR GRUPO DE EDAD
DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Grupo de Edad	Esquema Completo	Esquema Incompleto	Total
0-9 meses	78%	22%	100%
9-12 meses	98%	2%	100%
+ 12 meses	95%	5%	100%

Estos datos se comparan favorablemente con un estudio de supervivencia infantil realizado por Proyecto Hope en el área urbana de Tegucigalpa donde se encontró un 85% de cobertura en el grupo mayor de 12 meses. Las cifras a nivel nacional (84%) son similares (Salud en Cifras 1987-1991).

Las coberturas del PAI son altas debido a la estrecha coordinación entre la ASCH y los CESAR y CESAMO del Ministerio de Salud Pública. Los voluntarios de salud promueven el PAI e identifican aquellos niños/niñas que requieren de inmunización. Los voluntarios conocen íntegramente su comunidad y dirigen con eficacia los esfuerzos del Ministerio a nivel comunitario. En ciertos casos los voluntarios aplican vacunas, como en La Esperanza y Pespire, donde algunos voluntarios aplican la vacuna de la polio.

Las madres reportaron haber recibido vacuna contra el tétano en un 97%. Solo nueve madres reportaron no haber recibido ninguna dosis. De las madres que reportaron haber recibido toxoide tetánico la distribución por dosis fue así:

DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE DOSIS
DE TOXOIDE TETÁNICO RECIBIDA

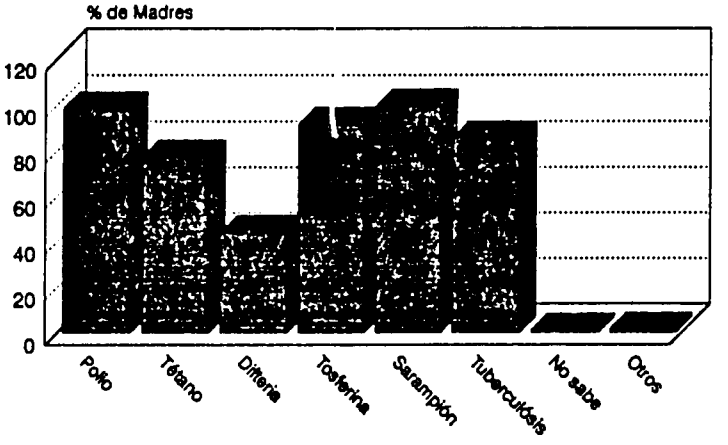
# de Dosis	Porcentaje	Cumulativo
1	11%	11%
2	30%	41%
3	42%	83%
4	10%	93%
5	7%	100%

El 97% de las madres encuestadas conocen a que edad su hijo/hija debe tener completo su esquema de vacunación. En cuanto al conocimiento sobre toxoide tetánico, el 88% sabe que el toxoide tetánico protege tanto a la madre como al niño contra el tétano.

A pesar de que recientemente el Ministerio de Salud Pública (1990) cambió su política de aplicación de Toxoide Tetánico de 2 a 5 dosis, el nivel de conocimiento sobre cuantas veces se debe aplicar el toxoide, se encontró apropiado en un 76%. Estos datos verifican la eficacia de la estrategia de comunicación masiva e interpersonal llevada a cabo por el Ministerio y la ASCH.

El 59% de las madres saben que un niño/niña enfermo puede vacunarse sin peligro. En cuanto a conocimientos sobre las enfermedades que previene el PAI, los resultados fueron satisfactorios, como puede apreciarse en el siguiente gráfico:

CONOCIMIENTOS SOBRE LAS ENFERMEDADES
QUE PREVIENE EL PAI



FUENTE: Encuesta CAP Supervivencia Infantil. ASCH. Tegucigalpa, Honduras. Julio, 1992

Infección Respiratoria Aguda (IRA)

> *100% de los voluntarios y 50% de las familias sabrán reconocer los síntomas de neumonía y sabrán donde y cuando obtener ayuda.*

El 70% de las madres reportó que su niño/niña había padecido de tos o catarro en las últimas dos semanas. La incidencia fue ligeramente mayor en La Esperanza (73%) que en Pespire (65%). Esto es posiblemente debido a las diferentes condiciones climatológicas.

Por otra parte, cuando se cuestionó a la madre sobre la presencia de disnea y/o hervor de pecho se reportó que en las últimas dos semanas, el 43% de los niños/niñas habían padecido este problema. El equipo evaluador sospecha que estas cifras son poco precisas. Es posible que la pregunta haya

sido formulada inadecuadamente. El objetivo de la pregunta era diferenciar entre IRA leve (pregunta 30) e IRA grave (pregunta 31). Los resultados no ofrecen una diferenciación clara.

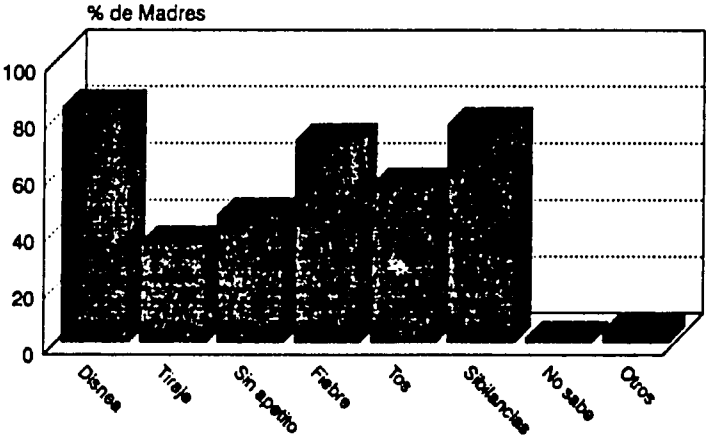
En los casos reportados con disnea o hervor de pecho, el 85% de las madres buscaron ayuda. De las 101 madres que buscaron ayuda, el 69% buscó ayuda en el centro de salud, y un 55.4% también buscó ayuda con el voluntario de la comunidad. Estas cifras son muy semejantes al tipo de ayuda que las madres buscaron durante los casos de diarrea. Una vez más se legitimiza el papel del voluntario como proveedor de servicios de salud en la comunidad.

En cuanto al manejo adecuado de IRA, se ha promovido que la madre acuda al centro de salud lo antes posible. Esta respuesta se encuentra en un 84% de los casos. Además, la madre aumenta la ingesta de líquidos (58%) en los casos de IRA en su niño/niña.

Las madres correctamente detectan los signos de gravedad en IRA. El 83% determinan que la respiración rápida y agitada como señal de gravedad. Los signos identificados como de gravedad se presentan en el siguiente gráfico:

IDENTIFICACION DE LOS SIGNOS

DE GRAVEDAD EN IRA



FUENTE: Encuesta CAP Supervivencia Infantil. ASCH. Tegucigalpa, Honduras. Julio, 1992.

Salud Materna

80% de las mujeres embarazadas podrán encontrar atención prenatal adecuada.

80% de las mujeres embarazadas serán examinadas por una partera capacitada y evaluadas para alto riesgo. Aquellas con alto riesgo se canalizarán al Centro de Salud.

En el 60% de los partos, la madre habrá recibido cuando menos un control prenatal.

El 88% de las madres reportaron haber acudido a control prenatal durante su embarazo. Este logro supera el objetivo estipulado de 60%. También supera el nivel de atención prenatal de 80% (ENSMI) a nivel nacional en 1984, antes de realizarse la intervención. Estos altos niveles de atención prenatal se han logrado gracias a la participación activa de la partera/partero en los programas de ASCH. Además, los voluntarios y las consejeras de salud materno infantil, cuya misión es la detección y referencia de embarazos de alto riesgo, también ha contribuido a el alto nivel de atención prenatal.

Por otro lado, solo el 19% de las madres tenían en su poder un carnet de control prenatal. La Asociación usa el carnet oficial del Ministerio. Este nivel bajo se debe a que el Ministerio de Salud Pública no ha abastecido suficientemente los centros de salud del área rural.

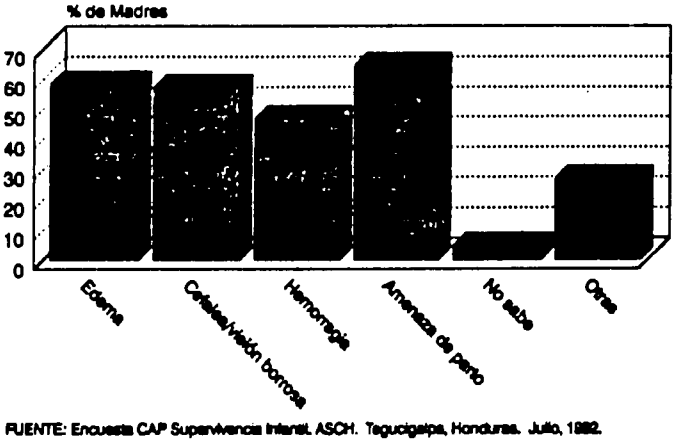
El 61% de las madres declaró haber tenido 4 o más controles prenatales. Este número de visitas prenatales aseguró un buen nivel de calidad de atención. Más del 80% de las madres reportaron que una partera capacitada atendió su parto. Este nivel de atención de parto por personal capacitado se debe al programa de capacitación continua de la ASCH en coordinación con el Ministerio. Hacia mayo de 1992 se habían capacitado un total 134 parteras y parteros. Solo 13% de los partos fueron atendidos por personal de salud profesional.

Las madres demostraron un nivel adecuado de conocimientos en cuanto a la temporalidad de la atención prenatal. El 86% de las madres saben que se debe iniciar el control prenatal en el primer trimestre del embarazo. Cuando se revisa la práctica de control prenatal se verifica que este conocimiento se lleva a la práctica.

En cuanto a la decisión de cuando buscar ayuda, las madres correctamente identificaron las siguientes causas:

CAUSAS DE BUSQUEDA DE AYUDA

POR PROBLEMAS DURANTE EL EMBARAZO



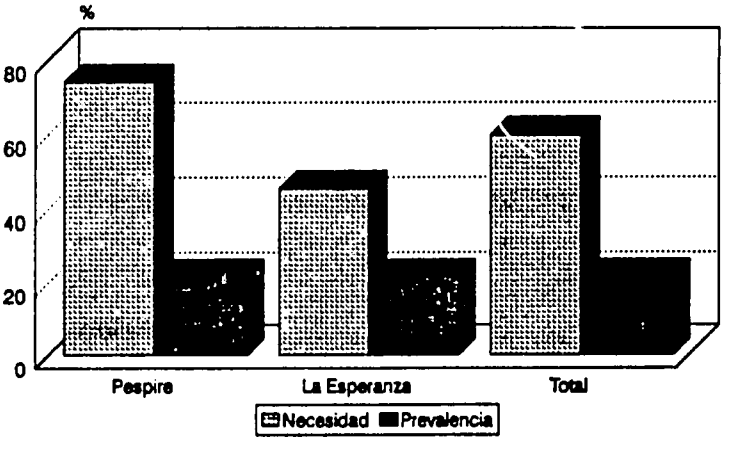
FUENTE: Encuesta CAP Supervivencia Infantil. ASCH. Tegucigalpa, Honduras. Julio, 1992.

Considerando que las principales causas de mortalidad materna reportadas por el Ministerio de Salud (Salud en Cifras, 87-91) son hemorragias (33%), infección (21%), otras (18%), toxemias (12%), y distocias (4%) el conocimiento de las causas de alarma es crítico. Este nivel de conocimiento proporciona elementos para la toma de decisiones adecuadas por la madres.

El 11% de las madres encuestadas se reportaron embarazadas en el momento de la entrevista. Este dato se relaciona bien con una encuesta anterior llevada a cabo por la Asociación que reporta una prevalencia de embarazo de 13.8% (Encuesta Basal de Salud Reproductiva, 1991).

A la pregunta sobre intención de tener un hijo/hija en los próximos dos años el 58% de las madres expresaron no desearlos. Esto contrasta con la prevalencia de anticoncepción de solo un 22%. El análisis de ambos datos revela la presencia de una necesidad no satisfecha de planificación familiar. Otras encuestas con poblaciones similares en el área rural reportan datos muy parecidos a los encontrados (EBSR, 1991). La discrepancia entre necesidad de anticoncepción y prevalencia de anticoncepción se puede ver en el siguiente gráfico:

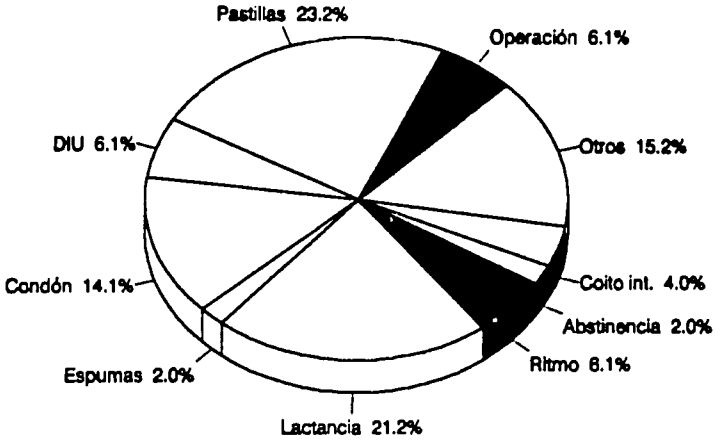
DISCREPANCIA ENTRE NECESIDAD Y PREVALENCIA DE ANTICONCEPCION



FUENTE: Encuesta CAP Supervivencia Infantil. ASCH. Tegucigalpa, Honduras. Julio, 1992

La distribución de métodos que se estaban utilizando en el momento de la encuesta son como siguen:

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADOS



FUENTE: Encuesta CAP Supervivencia Infantil. ASCH. Tegucigalpa, Honduras. Julio, 1992.

Un dato relevante es el uso de la lactancia materna como método de planificación de familiar en un 20% de los casos.

Lactancia Materna y Alimentación Complementaria

Se encontró que el 99.6% de las madres dieron lactancia materna en algún momento. En el momento de la encuesta el 84% de las madres se encontraban lactando.

En 82% de los niños/niñas menores de 6 meses recibían lactancia materna exclusiva en el momento de la encuesta. Un 16% recibía lactancia materna no exclusiva y solo 2% no recibía lactancia materna.

Las madres identificaron correctamente que se debe dar pecho durante la primera hora después del parto. El 94% de las madres conocen la importancia del apego precoz. Cuando se agregan las madres que manifestaron la necesidad de dar pecho en las primeras 8 horas después del parto el porcentaje se eleva al 98% de conocimientos correctos. Estos altos niveles se deben en parte a la promoción del apego precoz por parte de las parteras/parteros y la eliminación de la práctica del chupón.

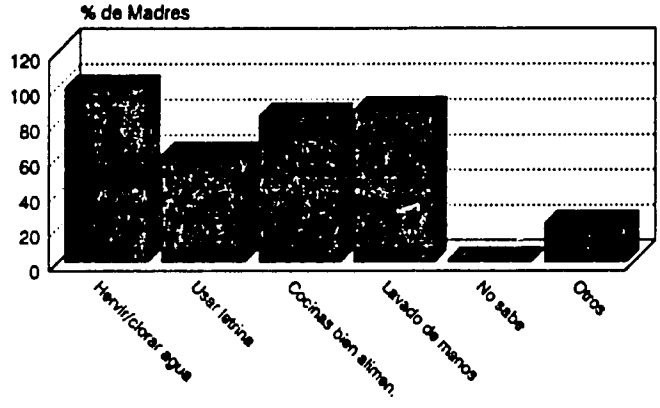
El 63% de las madres sabían que la edad apropiada para la ablactación es a los 6 meses. Un 24% manifestó que la edad de ablactación era entre los 4 a 6 meses de edad. Solo un 13% dijo iniciar la ablactación antes de los 4 meses.

Cólera

Los conocimientos sobre el cólera, su prevención y tratamiento fueron aceptables. El 97% de las madres identificaron al cólera como un tipo de diarrea severa. El 44% indicó la presencia de dolor abdominal durante el episodio de cólera. Un 74% identificó la presencia de vómitos en el cólera.

Sobre la prevención del cólera, los conocimientos fueron apropiados. Los principales hallazgos son como sigue:

CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCION DEL COLERA



FUENTE: Encuesta CAP Supervivencia Infantil. ASCJ. Tegucigalpa, Honduras. Julio, 1992.

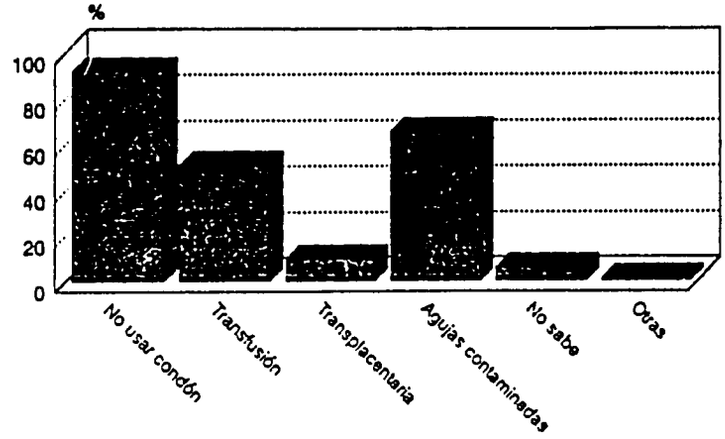
Finalmente, el 92% de las madres indicó que daría Litrosol a una persona con cólera. Un 98% de las madres indicó que llevaría la persona con cólera al Centro de Salud.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

En un 84% las madres identificaron al SIDA como una enfermedad mortal. En cuanto a las formas de transmisión, las madres mencionaron en un 92% la relación sexual sin condón como una forma de transmisión. El gráfico muestra las respuestas sobre las diferentes formas de transmisión.

En cuanto a la prevención, se mencionó la fidelidad sexual en un 81%, el uso del condón en 65% y la abstinencia en un 22%. A pesar de que las actividades educativas en SIDA son de reciente inicio, el nivel de conocimientos de la población sobre este tema es adecuado.

CONOCIMIENTOS SOBRE FORMAS DE TRANSMISION DEL SIDA



FUENTE: Encuesta CAP Supervivencia Infantil. ASCH. Tegucigalpa, Honduras. Julio, 1992.

V. SOSTENIBILIDAD

Las preguntas sobre sostenibilidad fueron formuladas a los oficiales de ASCH, personal del MSP y líderes y miembros de las comunidades de impacto (Ver Anexos 8 y 9). El cuestionario utilizado fue el enviado por la oficina de Private Voluntary Cooperation /Bureau for Food and Humanitarian Assistance para evaluaciones finales de supervivencia infantil.

V.A. Status de Sostenibilidad

V.A.1. ¿En que momento terminará el financiamiento de las actividades de supervivencia infantil por parte de la A.I.D.?

El financiamiento de la A.I.D. de este proyecto terminó el 31 de julio de 1992.

V.A.2. ¿En que momento la ASCH terminará las actividades de supervivencia infantil?

Los planes actuales son de terminar todas las actividades de proyectos en el área de impacto de Pespire dentro de dos años y transferir las actividades al área vecindaria de San Lorenzo. En el área de impacto de La Esperanza, la ASCH espera continuar un mínimo de tres años más poniendo menos énfasis en las conductas de salud que se han logrado por la mayor parte y más en otras conductas como la planificación familiar. En ambas áreas, la ASCH seguirá fortaleciendo habilidades locales y consolidando los esfuerzos hacia la sostenibilidad.

V.A.3. ¿Se han transferido las principales responsabilidades del proyecto a instituciones locales? Sino, ¿en que momento se realizará?

Este proyecto de CS3 ayudó a fortalecer la habilidad de la ASCH en cuanto a la salud. La ASCH como una agencia autónoma hondureña ya ha obtenido fondos de salud independientemente de Save the Children por medio del Population Council y el Fondo Hondureño de Inversión Social. Dentro de la comunidad, recomendaciones específicas hechas por la Asesora de Salud de la Región de Latinoamérica y el Caribe y el Director Regional durante una visita técnica en febrero de 1992 incluyen el fortalecimiento del comité de desarrollo local en cada área de impacto para desarrollar planes de salud, coordinar las actividades de los voluntarios de salud y complementar la capacidad del MSP, trabajando con ellos para implementar proyectos de salud comunitarios. La ASCH tiene convenios por escrito con el MSP donde se estipula la transferencia de responsabilidades del proyecto. Sin embargo, en la práctica no se ha llevado a cabo.

V.B. Cálculo de costos recurrentes e Ingresos Proyectados.

V.B.1. Identifique las actividades de supervivencia infantil que la gerencia del proyecto considera más efectivas y desearía ver sostenidas

La ASCH quisiera poder mantener sus altas tasas de cubrimiento de PAI con costos reducidos y poder involucrarse menos directamente. Además, la ASCH continuará el énfasis en las conductas familiares que afectan positivamente a mujeres y niños, tales como el manejo de IRA, la utilización de TRO, el uso exclusivo de la leche materna, el monitoreo de crecimiento y nutrición y la asistencia prenatal.

V.B.2. ¿Cuáles son los costos e ingresos que serán necesarios mantenerse después de que terminen el financiamiento de A.I.D. y/o de la organización?

La ASCH tendrá que seguir apoyando costos de personal, transporte, surtidos médicos básicos, y tendrá que tener acceso a la asistencia externa.

V.B.3. ¿Cual es la cantidad de dinero, en dólares U.S., que se calcula serán necesarias cada año para mantener el mínimo de los beneficios del proyecto por tres años?

La ASCH calcula que se necesitará aproximadamente US$100,000/año para implementar las actividades de proyecto de salud necesarias para estas comunidades. Esto resulta en aproximadamente US$3.80 por beneficiario por año.

V.B.4. ¿Son estos costos razonables dado el ambiente en que se desempeñó el proyecto? (ejem. capacidad local de absorber los costos por beneficiario).

Sí, dada la situación ecónomica actual de Honduras, y una necesidad que está surgiendo de actividades de proyecto que incluyan el abuso de alcohol y drogas, y la prevención de enfermedades transmitidas sexualmente incluyendo al SIDA.

V.B.5. ¿Cuales son los ingresos, en dólares U.S., que podrán financiar las actividades de supervivencia infantil por cuando menos tres años después que termine el financiamiento de A.I.D.?

Aunque el proyecto no genera ingresos, la ASCH ha ganado credibilidad en el trabajo de salud y puede esperar algún apoyo de CARE, el World Food Program, el Fondo Hondureño de Inversión Social, contribuciones de la comunidad en cuanto a mano de obra y tiempo de voluntarios, y la infraestructura de la ASCH. Voluntarios de salud han tenido acceso prioritario al crédito

bajo el programa de Desarrollo Ecónomico de la ASCH, el cual ha fortalecido sus relaciones con la comunidad.

V.B.6. Identifique que costos no van a ser sostenibles.

Los costos indirectos de personal y operación.

V.B.7. ¿ Hay algunas lecciones de las proyecciones de costos e ingresos de este proyecto que puedan aplicarse a otros proyectos de supervivencia infantil o al apoyo de la A.I.D. de este tipo de proyecto?

Las propuestas deben tener objetivos realistas que mantengan un equilibrio entre la necesidad de una ganancia en los objetivos de corto plazo y los objetivos de asegurar la participación comunitaria y la sostenibilidad a largo plazo dado el contexto comunitario.

Este proyecto demuestra que los voluntarios que están bien establecidos económicamente son más motivados a quedarse y trabajar en la comunidad a largo plazo. Relaciones con los proyectos de desarrollo económico deben introducirse al proyecto durante la etapa del desarrollo de la propuesta, así como otras intervenciones (como el alfabetismo) que tienen una correlación con los resultados de salud a largo plazo al nivel comunitario.

No se debe suponer que el MSPP podrá hacerse responsable de los costos del proyecto una vez terminado el proyecto, sobre todo porque el Ministerio de Salud Pública es frecuentemente el primer ministerio a perder los fondos cuando ocurre una crisis financiera.

V.C. Plan de Sostenibilidad

V.C.1. Por favor identifique el número y posición del personal que se entrevistó, e indique la medida en que participa en el diseño del proyecto, implementación y/o evaluación.

Se entrevistó todo el personal de gerencia de la ASCH. Los involucrados en el diseño del proyecto incluyeron el Coordinador de Salud, el Gerente de Programas, el Coordinador del Area de Impacto y la Directora Ejecutiva.

V.C.2. Describa brevemente los planes para la sostenibilidad de acuerdo al DIP, reportes anuales o evaluación de medio término.

El plan de sostenibilidad se basa en los siguientes puntos:

Colaboración con el MSP y otras agencias.

Participación comunitaria.

Aumento de ingresos familiares.

La ASCH contempló que algunos de los gastos recurrentes serían sufragados por el MSP. Así mismo, la participación de la comunidad en la determinación de prioridades sería un factor importante en la toma de posesión de proyecto por parte de la comunidad. Por último, la integración del proyecto de supervivencia infantil con proyectos de generación de ingresos pagaría algunos de los costos del proyecto de salud. Además, el plan detallado de implementación (Página 30) menciona brevemente un plan de cuatro años en el cual el MSP y otras agencias aumentaran su participación en las actividades del proyecto.

La evaluación de medio termino no analizó el proceso de sostenibilidad. Se encuentra solo una recomendación de reducción de los costos recurrentes. Así mismo, el cuarto informe anual del proyecto menciona solo brevemente algunos factores de sostenibilidad.

V.C.3. Indique que aspectos del plan se han implementado para promover la sostenibilidad de los beneficios del proyecto.

La ASCH ha cumplido con los tres aspectos mencionados en V.C.2. La ASCH ha colaborado íntegramente con el MSP y otras agencias no gubernamentales. Se ha invitado la participación de la comunidad y se han implementado proyectos para la generación de ingresos (Ver Anexo 17).

V.C.4. Indique que aspectos del plan de sostenibilidad fueron implementados y que pasos no fueron tomados. Identifique actividades que no fueron planificadas, pero que fueron parte importante de el esfuerzo de sostenibilidad del proyecto.

Por favor referir a V.C3. La ASCH ha utilizado las lecciones aprendidas de este proyecto para ampliar las actividades del programa de salud a un área urbana, así como también para iniciar actividades en una nueva área de impacto de San Lorenzo. Esto responde a un aspecto inesperado de su estrategia de sostenibilidad - la de la replicabilidad de proyectos.

V.C.5. Durante el diseño (propuesta, DIP) del proyecto ¿alguna contraparte (Ministerio, OPDs u otras organizaciones, etc.), se comprometió con algún apoyo financiero? Se han cumplido estos compromisos?

El MSP se comprometió a proporcionar vacunas, materiales para vacunas y paquetes de sales de rehidratación oral. El MSP ha sido inconsistente en proporcionar estos materiales (Ver IV Reporte

Anual, página 7). ASHONPLAFA proporciona capacitación y materiales contraceptivos directamente a los usuarios. Ninguna organización se comprometió a dar apoyo financiero directo al proyecto.

V.C.6. ¿Cuales fueron las razones para el éxito o fracaso de el cumplimiento de compromisos por las contrapartes?

El MSP ha sufrido un deterioro importante en su capacidad para obtener materiales y proveer servicios. Este deterioro impide que el MSP pueda proporcionar los recursos humanos y materiales necesarios para asumir las responsabilidades del proyecto. ASHONPLAFA, CARE y otras contrapartes han proporcionado en forma efectiva los recursos comprometidos.

V.D. Monitoreo y Evaluación de la Sostenibilidad

V.D.1. Enliste los indicadores que se utilizaron para monitorear la sostenibilidad

En la página 28 del plan detallado de implementación se mencionan los siguientes indicadores:

- número de sesiones de capacitación por parte del MSP.
- número de servicios entregados.
- materiales en los centros de salud.
- coberturas en cada comunidad por parte del proyecto.

Estos indicadores no son apropiados para el proceso de sostenibilidad. Sin embargo, durante el proceso de planificación de programas y presupuestos del AF93, Save the Children ha pedido a la ASCH que provea información sobre los indicadores de sostenibilidad que se utilizan al nivel de toda la agencia.

V.D.2. ¿La ASCH documentó cambios en la sostenibilidad del proyecto usando estos indicadores?

Aunque el MSP no pudo proveer directamente una participación más amplia en el proyecto, ASCH logró obtener cantidades considerables de recursos indirectamente por medio del Fondo Hondureño de Inversión Social. Un resultado inesperado del proyecto CS3 para la ASCH como una institución autónoma en desarrollo, ha sido el aumento en el acceso de otros fondos para apoyar actividades de salud.

V.D.3. ¿Que datos qualitativos tiene la ASCH que indique cambios en la sostenibilidad del proyecto?

Consistentemente líderes y miembros de la comunidad reconocieron la necesidad de que la comunidad utilice sus propios recursos para apoyar el proyecto. Sin embargo, no se han establecidos avenidas apropiadas para canalizar esta energía de la comunidad.

Así mismo, el MSP a todos sus niveles expresó gran respeto por la labor de la ASCH, sin embargo también manifestó su incapacidad de adoptar el proyecto.

V.D.4. Identifique los organismos o agencias nacionales que participaron con la ASCH en el desarrollo e implementación de la evaluación de medio término, y ésta evaluación final.

En la evaluación final participó personal de CARE Internacional, una Enfermera Auxiliar del CESAMO de Pespire y representivo de MSP/Pespire. Durante la evaluación de medio término, participaron una persona del MSP y del Comité Nacional de Bienestar Social.

V.D.5. ¿Recibió la ASCH retroalimentación en cuanto a sostenibilidad por parte de los técnicos que revisaron la propuesta y el plan detallado de implementación? ¿Se implementaron las recomendaciones? ¿Por que no?

El DIP sugirió que la ASCH debería tratar de reducir sus costos recurrentes y debería dirigirse al retiro potencial de los promotores de salud voluntarios. Los voluntarios quedaron motivados por medio de la integración de actividades de crédito con este proyecto de salud. Se dirigió al asunto de los costos recurrentes tratando de trabjar con el MSP y agencias de contraparte.

V.D.6. ¿Se implementaron las recomendaciones sobre sostenibilidad de la evaluación de medio termino? ¿Por que no?

La evaluación de medio término (página 6) recomienda la elaboración de un plan para la reducción de los costos recurrentes. A base de esta recomendación, la ASCH ha buscado y obtenido apoyo adicional de otros proveedores de fondos, incluso el Population Council, y trató sin éxito obtener un proyecto de extensión de AID/W y la Misión local de USAID. La ASCH propone buscar financiamiento adicional para consolidar los esfuerzos hacia la sostenibilidad.

V.E. Participación de la Comunidad

V.E.1. Identifique los líderes comunitarios entrevistados y que grupos representan.

En el Anexo 8 se encuentran los nombres de los líderes/miembros de los diferentes comités entrevistados y su afiliación. Estos son representativos de la totalidad de líderes.

V.E.2. ¿Que actividades de supervivencia infantil perciben los líderes comunitarios como efectivas?

El 100% de los líderes entrevistados manifestaron que las actividades del proyecto han contribuido a disminuir la morbilidad y mortalidad materno infantil en sus comunidades. Se citaron ejemplos concretos de la forma en que el proyecto ha mejorado la salud de sus comunidades. Por ejemplo, la disminución de la desnutrición fue citada varias veces como logro importante del proyecto. La disminución de la morbilidad por IRA y Diarrea también fue citada con frecuencia.

V.E.3. ¿Que actividades fueron desarrolladas por la ASCH para ayudar a las comunidades a llenar sus necesidades básicas y aumentar sus habilidades para mantener las actividades del proyecto?

La ASCH ha implementado una serie de proyectos que complementan las actividades en salud (Ver Anexo 17). Proyectos de agua, cría de cabros, gallinas ponedoras y otros, llenan necesidades sentidas y reales de la población. Estos proyectos, en particular los de agua, son comunitarios y todos los miembros de la comunidad deben participar. La mayoría de las comunidades con proyectos de agua se han organizado efectivamente y participado en el proyecto con trabajo y pago de cuotas de mantenimiento. Estas actividades ayudan a aumentar las habilidades de la comunidad en atender sus propias necesidades.

Además, la ASCH ha realizado talleres de organización comunal. Estos talleres buscan transferir habilidades para la organización comunitaria.

V.E.4 ¿En que forma han participado las comunidades en el diseño e implementación de los servicios de salud?

Hay varios niveles de participación de la comunidad en el diseño e implementación de los servicios de salud. La comunidad participa a través de los Comités de Desarrollo Intergal (CDI). Estos comités engloban la mayoría de las organizaciones comunales tales como: Comités de Salud, Clubs de Amas de Casa, grupos religiosos y otros. Los CDI participan con la ASCH en la determinación, no solo en salud, de las prioridades de desarrollo comunitario. Los CDI pueden y hacer peticiones a la ASCH sobre proyectos para su comunidad.

A su vez los CDI están organizados en un grupo llamado el Comité de Desarrollo Regional (CDR). El CDR es una instancia organizativa que representa los intereses de los CDI en forma global ante la ASCH.

Los CDR participan en la toma de decisiones acerca de que proyectos aprobar para las comunidades miembros. Tanto los CDI como el CDR han sido capacitados por la ASCH en aspectos gerenciales y administrativos.

V.E.5. ¿Cuantos comités de salud se encuentran funcionando y con que frecuencia se han reunido en los últimos 6 meses? ¿Son los miembros de los comités, representativos de sus comunidades? (ejem. electos democráticamente)?

Existen 54 Comités de Salud, uno en cada comunidad del proyecto. Los Comités de Salud forman parte de los CDI. Tanto los miembros de los Comités de Salud como los del CDI son elegidos democráticamente por la asamblea general comunal. En general, los Voluntarios de Salud conforman los Comités de Salud. Los CDI se reúnen mensualmente o con más frecuencia.

V.E.6. ¿Cuales son los temas de discusión mas significativos?

El equipo evaluador no se pudo reunir con la totalidad de los Comités. Se entrevistó una muestra al azar de ambas áreas de impacto para conocer los temas de sus reuniones. Se entrevistaron miembros de un total de 14 CDI. Los temas se centraron generalmente en aspectos de: proyectos de agua potable, estadísticas comunitarias de salud, solicitudes para otros proyectos, planificación de actividades (rifas, proyectos de generación de ingresos) y charlas de salud.

V.E.7. ¿Con qué recursos ha contribuido la comunidad que asegurarán que las actividades del proyecto continuaran cuando termine el financiamiento?

La comunidad contribuye activamente en dos aspectos. El primero, es la aportación del recurso humano. Todos el personal comunitario que labora en el proyecto es voluntario. En un segundo aspecto, la comunidad ha contribuido la mayor parte de la infraestructura para la provisión de servicios. El lactar, almacenes, cocinas y áreas para capacitación han sido construidos libre de costo al proyecto. La contribución en cuanto infraestructura fluctúa entre U.S. $500 y $1,500. La comunidad también participa dando el mantenimiento a toda la infraestructura de los proyectos. Ambas contribuciones probablemente continuarán una vez que se terminen los fondos de supervivencia infantil. Sin embargo, no son suficientes para continuar las actividades a nivel comunitario.

V.E.8. ¿Cuales son las razones del éxito o fracaso de los comités para contribuir recursos para la continuación de las actividades del proyecto?

Las comunidades han contribuido con los recursos materiales que se le han pedido (Ejemplo: lactarios). Los miembros de la comunidad participaron debido a que lo solicitado por parte del proyecto

estaba dentro de sus posibilidades. Sin embargo, no se cuenta con un plan para aumentar la contribución de la comunidad al proyecto de salud.

V.F. Habilidad y deseo de las contrapartes de sostener las actividades

V.F.1. Identifique las personas entrevistadas e indique su organización y relación con el proyecto de supervivencia infantil.

Se entrevistaron a personal del MSP en ambas áreas de impacto. En La Esperanza se entrevistó al Dr. Luis Israel Girón Aguilar, Jefe del Área de Salud #2 y su equipo de trabajo (Ver Anexo 10). En Pespire se entrevistó a la Dra. Pamela Coello, Director del CESAMO de Pespire.

V.F.2. ¿Qué vínculos se han establecido entre el proyecto de supervivencia infantil y agencias o instituciones que trabajan en salud a nivel local/municipal/distrital/departamental/estatal? ¿Alguno de estos vínculos tuvo que ver con apoyo económico?

La ASCH ha establecido estrechos vínculos con el MSP a nivel de Jefatura de Área. Todas las actividades de supervivencia infantil son coordinadas con el MSP. En cada Jefatura de Área del MSP existe una contraparte asignada a coordinar actividades con la ASCH. El MSP aporta biológicos, jeringas, alcohol, algodón, carnets y sobres de sales de rehidratación oral (SRO). Aunque con frecuencia hay escasez, estos insumos se han provisto al proyecto con suficiente regularidad como para haber logrado las coberturas identificadas en la encuesta estandarizada. La ASCH aporta apoyo logístico y personal para supervisión.

El proyecto tiene varias importantes colaboraciones en el área de salud. La primera es una estrecha cooperación con CARE Internacional. CARE proporciona alimentos de P.L. 480 para el programa de alimentación complementaria en los lactarios. CARE proporciona apoyo en actividades de supervisión y monitoreo del programa de alimentación complementaria. CARE también proporciona ayuda directa con proyectos de infraestructura tales como escuelas.

Las actividades de salud reproductiva son coordinadas con la Asociación Hondureña de Planificación de Familia (ASHONPLAFA). La ASHONPLAFA proporciona capacitación de personal comunitario, de población abierta, referencia para inserción de dispositivos intrauterinos (DIU) y esterilización. Se han establecido consejeros/consejeras materno-infantil en las mismas comunidades del proyecto. Estos consejeros/consejeras trabajan en colaboración con los voluntarios de ASCH. Además se han establecido puestos en algunas comunidades para la distribución de métodos.

En conjunto con UNICEF la ASCH ha iniciado un proyecto de fondo rotatorio de medicamentos. Se han establecido 20 "micropuestos de salud" en las dos áreas de impacto en aldeas que no tienen acceso a un CESAR o un CESAMO. Este proyecto tiene como una de sus metas la autosuficiencia comunitaria en fármacos.

Por último, a través de sus otros proyectos la ASCH tiene estrecha colaboración con varias agencias: Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS), Junta Nacional de Bienestar Social, Educación para la Salud (EDUCSA), Ministerio de Recursos Naturales, Ministerio de Educación Pública, Servicio Nacional de Agua y Alcantarillado (PRASAR-SANAA) y la Secretaría de Obras Públicas y Transporte (SECOPT).

V.F.3. ¿Cuales son las instituciones locales que la ASCH espera que tomen parte en el mantenimiento de actividades del proyecto?

Los dos principales actores en la sostenibilidad del proyecto son la comunidad y el MSP.

V.F.4. ¿Que actividades de supervivencia infantil son percibidas por el MSP u otras contrapartes como efectivas?

Los oficiales del MSP coincidieron en puntualizar la excelente relación de trabajo entre el MSP y la ASCH. Los dos oficiales perciben la actividad de ASCH como beneficiosa para sus áreas de salud. El apoyo logístico, la coordinación durante campañas de vacunación, la extensión de cobertura y el intercambio de información, fueron algunos de los aspectos señalados por los oficiales del MSP como de beneficio. Las principales actividades citadas fueron: inmunizaciones, nutrición y control de enfermedad diarréica.

V.F.5. ¿Que realizó la ASCH para aumentar las habilidades del MSP u otras contrapartes? ¿Se capacitó a personal del MSP o contrapartes sobre gerencia de supervivencia infantil o capacitación de capacitadores?

La ASCH ha dado capacitación en organización comunal y manejo de proyectos a voluntarios de salud y miembros de los CDI y CDR. Así mismo, la ASCH realiza planificación y capacitaciones conjuntas con el personal del MSP. Miembros del MSP, especialmente en el área de La Esperanza, están completamente involucrados en las actividades de la ASCH. Sin embargo, no se han realizado capacitaciones específicas con la meta de entregar el proyecto al MSP.

V.F.6. ¿Tiene el Ministerio u otras instituciones capacidad (financiera, recursos humanos o materiales) para sostener las actividades del proyecto una que vez que termine el financiamiento de supervivencia infantil?

El MSP no cuenta con los recursos materiales y/o humanos para darle seguimiento al proyecto. A pesar de los planes trazados en la propuesta, DIP y reportes anuales, el MSP no tiene la capacidad para sostener las actividades del proyecto.

La reestructuración económica por la que atraviesa Honduras ha hecho sentir su impacto en el MSP. El personal con que cuenta el MSP en las dos áreas de impacto no será aumentado en el futuro inmediato. Los recursos logísticos del MSP también son mínimos. Estos dos factores impiden, a pesar de que se ha manifestado la intención, el seguimiento adecuado al proyecto.

V.F.7. ¿Hay alguna actividad del proyecto que las contrapartes perciben como efectivas?

Las contrapartes perciben el proyecto como efectivo. La implementación del PAI, actividades promocionales, generación de información fueron algunos de los aspectos mencionados por las contrapartes como especialmente efectivos.

V.G. Gastos del Proyecto

V.G.1. Anexe un "pipeline analysis"de los gastos del proyecto

Favor de referir al análisis anexo.

V.G.2. Compare el presupuesto identificado en el plan detallado de implementación y los gastos al final del proyecto. ¿Hubo categorías con gastos más altos o bajos que los planificados?

Los desembolsos están de acuerdo con el presupuesto aprobado en la Enmienda No. 5 con fecha de 23 de mayo de 1991. Los gastos para julio todavía no se han registrado.

V.G.3. ¿Manejo el proyecto las finanzas en forma competente?

Sí. Un contador público certificado y bilingue controló los gastos. Los sistemas financieron se encontraron en buen estado.

V.G.4. ¿Hay lecciones que aprender en cuanto a los gastos del proyecto que podrían ser útiles a otros proyectos, o de relevancia a la estrategia de apoyo de A.I.D.?

Los presupuestos multi-anuales suponen la continuidad en sus puestos del personal clave. Retrasos anteriores del proyecto y déficits se debieron a que hubo puestos vacantes por períodos largos relacionado con la baja de personal. La extensión de un año sin-costo que fue concedido al proyecto fue instrumental en asegurar el éxito de éste.

V.H. Estrategias para el Incremento de la Eficiencia

V.H.1. ¿Qué estrategias implementó la ASCH para reducir costos y hacer el proyecto más eficiente?

Las siguientes estrategias fueron mencionadas por ASCH como implementadas para la reducción de costos:

- Implementación de micropuestos de salud.
- Integración de proyectos de salud y nutrición.
- Colaboración con el MSP, ASHONPLAFA, Junta Nacional de Bienestar Social y CARE.

V.H.2. ¿Cuales fueron las razones del éxito o fracaso de los intentos de reducir costos, aumentar la productividad o eficiencia del proyecto?

Al comienzo del proyecto, se motivó a los voluntarios por medio de raciones de asistencia de alimentos. Esta práctica se discontinuó en favor de oportunidades en crédito y capacitación vocacional para los voluntarios, lo cual resultó un gran éxito. Se mantuvo la estabilidad de los voluntarios y de esta manera se redujo el costo de volver a entrenar voluntarios nuevos. Al equipo de evaluación le faltó tiempo de investigar este aspecto del programa pero recomienda que la ASCH documente el costo/beneficio de la estrategia en cuanto a los voluntarios.

V.H.3. ¿Hay lecciones que aprender en cuanto a aumento de eficiencia del proyecto que podrían ser útiles a otros proyectos, o de relevancia a la estrategia de apoyo de A.I.D.?

Las responsabilidades de los voluntarios deben discutirse con el personal, los voluntarios y la comunidad al comenzar el proyecto para que los voluntarios tengan conciencia de sus logros, se mantengan motivados, y no estén demasiado cargados de trabajo.

V.I. Recuperación de Costos

V.I.1. ¿Qué mecanismos para recuperación de costos implementó la ASCH para cubrir algunos de los gastos del proyecto? Si hubo recuperación de costos ¿quien manejó su implementación?

La opción de cobrar por sus servicios fue considerada y rechazada debido a la pobreza de las comunidades. Sin embargo, en febrero de 1992 en coordinación con UNICEF, la ASCH implementó una de las primeras estrategias para la recuperación de costos en su sector de salud. Se implementaron micro-puestos de salud para vender los

medicamentos en veinte comunidades de La Esperanza y Pespire. En teoría, estos micro-puestos de salud serían autosuficientes financieramente. Si bien esta actividad no cubre ningún costo actual del proyuecto de supervivencia infantil, satisfacerá una necesidad importante de la comunidad por la falta crónica de medicamentos en los puestos de salud.

V.I.2. Estime la cantidad, en dólares, que se recuperó por medio de las estrategias de recuperación de fondos. ¿Se generó suficiente dinero que justifique el esfuerzo y recursos que se utilizaron en la implmentación de estos mecanismos?

No aplica.

V.I.3. ¿En que forma afectó la recuperación de fondos la reputación de la ASCH en la comunidad? ¿Hubo desigualdades en la provisión de servicios debidas a la implementación de sistemas de recuperación de costos?

No aplica.

V.I.4. ¿Cuáles son las razones para el éxito o fracaso de las actividades de recuperación de costos?

No aplica.

V.I.5. ¿Hay lecciones que aprender en cuanto a recuperación de costos del proyecto que podrían ser utiles a otros proyectos, o de relevancia a la estrategia de apoyo de A.I.D.?

El acceso a largo plazo a los servicios de salud es esencial para el bienestar de la comunidad. Estrategias innovadoras deben ser planificadas con la comunidad al comenzar el proyecto. Pagos por actividades de servicio deben ser relacionadas con los projectos de generación de ingresos para las familias cuando sea apropiado y especialmente en efectivo, sobre todo en comunidades que son pobres en efectivo o recursos. A.I.D. debe hacer disponible y dar publicidad a arreglos exitosos comunitarios para la recuperación de costos en el sector de salud.

V.J. Generación de Ingresos

V.J.1. ¿Se implementaron actividades de generación de ingresos familiares?

Sí, la ASCH, como parte de su esquema de trabajo, implementa una variedad de proyectos para generación de ingresos. Estos proyectos tienen como meta aumentar los ingresos de las familias residentes en las comunidades. De esta forma se mejora la calidad de vida de la familia. Las comunidades tienen proyectos pecuarios como son la crianza de cabros, conejos, granjas avícolas y proyectos piscícolas. Estos proyectos, con tecnología apropiada, no solo aportan ingresos a las familias, sino también ayudan al mejoramiento del estado nutricional de la comunidad.

Algunas comunidades, han implementado sus propios proyectos para apoyar las actividades nutricionales. Por ejemplo, en la comunidad de La Quebrada de Lajas, La Esperanza, el Club de Amas de Casa ha organizado una hortaliza y un proyecto avícola para apoyo del lactario. Los productos, como huevos, son utilizados por las madres en la alimentación de los menores que acuden al lactario. Todas las madres contribuyen ya sea en especie o en efectivo.

Los proyectos de agua apoyados por la ASCH tienen un componente de recuperación de costos. Toda la mano de obra, la fuente de agua y el mantenimiento del sistema son pagados por la comunidad. La Misión de A.I.D. Honduras ha congratulado a la ASCH por la costo eficiencia de sus proyectos de agua. El Ing. Herbert Caudill, Asesor de Programa de Agua Potable y Saneamiento de la Misión, ha manifestado que los proyectos de agua de la ASCH son los más costo-eficientes de los que apoya la Misión en Honduras.

A pesar de una capacidad naciente en el área de salud para recuperar fondos, los esfuerzos realizados hasta el momento todavía no fructifican. Por lo tanto, queda en duda si el proyecto puede recuperar una cantidad significativa de los costos.

V.J.2. Estime la cantidad, en dolares, que se agregó a los ingresos de la familia como resultado de las actividades de generación de ingresos del proyecto.

Es prácticamente imposible estimar el aumento de ingresos por familia. En algunos casos la familia se ha beneficiado del aumento de ingresos en forma indirecta. Muchas de las actividades de la ASCH aumentan los recursos disponibles a la familia no precisamente por medio de dinero en efectivo sino a traves de ingresos en especie (gallinas, huevos, cabros, etc.).

V.J.3. ¿Se utilizaron algunos de los ingresos para sufragar costos de las actividades en salud? ¿Que porcentaje de

costos del proyecto fueron cubiertos por la generación de ingresos?

Favor de referir a V.J1 y V.J2.

V.J.4. ¿Hay lecciones que aprender en cuanto a generación de recursos del proyecto que podrían ser utiles a otros proyectos, o de relevancia a la estrategia de apoyo de A.I.D.?

La encuesta a base debe considerar el acceso a servicios, medicamentos, y surtidos y establecer un mecanismo, cuando sea apropiado, para incluirlos. Proyectos de generación de ingresos o programas de crédito a los desventajados puede ayudar a compensar los costos adicionales impuestos en una familia ya de por sí pobre en efectivos.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los hallazgos de la encuesta estandarizada y las respuestas al cuestionario sobre sostenibilidad se pueden hacer las siguientes conclusiones:

- El proyecto cumplió con los objetivos de Supervivencia Infantil III.
- Algunos componentes del proyecto no son sostenibles.

De ambas conclusiones se desprenden una serie de observaciones y lecciones aprendidas. En el caso particular de la sostenibilidad es necesario hacer anotaciones del contexto que impidió lograr este objetivo.

Cumplimiento de Objetivos

Los objetivos estipulados en el DIP y en el cuarto informe anual se cumplieron. De acuerdo a la evaluación de medio término, la ASCH ya había cumplido con la mayoría de los objetivos en ese momento. Es significativo que, a pesar de la reestructuración económica que se esta llevando a cabo en el país, se hayan mantenido los logros iniciales del proyecto.

La ASCH ha sido muy efectiva en el uso de personal voluntario para la provisión del servicios. El sistema de supervisión permite al promotor estar en contacto (cuando menos una vez por semana) con los voluntarios. Este apoyo y reconocimiento constante en un poderoso incentivo para la permanencia y actividad del voluntario.

Los niveles de conocimientos acerca de todas las intervenciones de supervivencia infantil son elevados. La estrategia de información, educación y comunicación (IEC) de la ASCH ha dado buenos resultados. La combinación de mercadeo social y comunicación interpersonal ha sido muy acertada. Los programas de salud en la radio local han contribuido al alto nivel de conocimientos. Por otra parte, la constante interacción del voluntario de salud con la comunidad ha ayudado a transformar el conocimiento en acción. El producto son altos niveles de cobertura del PAI, atención prenatal casi universal y otros ya descritos en la sección de resultados. La ASCH debe continuar la presente metodología de IEC y realizar investigación de audiencia para detectar los grupos a los cuales aún no llegan los mensajes de supervivencia infantil.

Sin duda parte del éxito de la ASCH se debe a la excelente integración de proyectos en la comunidad. Los proyectos de generación de ingresos, agua potable y otros, complementan los avances del programa de salud. Los proyectos refuerzan la autogestión comunitaria en salud. Por lo general, los proyectos de

salud son de baja prioridad para la comunidad y el autofinanciamiento de servicios es aún menos importante. Pero el vínculo del sector salud y los otros sectores de la ASCH proporciona valiosas lecciones a la comunidad sobre la necesidad de participar en la resolución de sus problemas de salud.

Lecciones y Recomendaciones por Intervención

▸ Control de Enfermedad Diarreica y Promoción de la Terapia de Rehidratación Oral

- La ASCH debe clarifcar los mensajes educativos en cuanto a cuando la madre debe llevar a su hijo/hija al centro de salud o con el voluntario/voluntaria. Si la madre espera a que el niño con diarrea ya este deshidratado para tomar esa decisión, podría ser demasiado tarde.

- Un alto porcentaje de madres alimentan a sus hijos/hijas con pepe. La ASCH deben disuadir a las madres de esta práctica.

- Se debe prestar especial énfasis al mal uso de medicamentos durante el episodio de diarrea.

▸ Detección temprana y tratamiento oportuno de Infecciones Respiratorias Agudas

- Al igual que en la diarrea, la ASCH debe desarrollar mensajes educativos adecuados sobre el mejor momento de llevar al niño/niña con IRA al centro de salud.

- Continuar y aumentar el papel del voluntario en el tratamiento de las IRA.

▸ Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

- La ASCH debe continuar y aumentar la participación del voluntario como proveedor de inmunizaciones.

- Aumentar la proporción de madres que saben que un niño/niña puede vacunarse sin peligro alguno.

- Asegurar la provisión adecuada de carnets de vacunación.

- No ha habido cambios significativos en las coberturas de vacunas desde la evaluación de medio término.

▸ Atención Prenatal

- Tomar en consideración la imposibilidad del MSP de proporcionar los carnets de control prenatal.
- Continuar la participación de la partera en la atención prenatal.

▸ Espaciamiento de Embarazos

- No ha habido un aumento significativo en la prevalencia de contracepción.
- La ASCH debe aumentar sus esfuerzos para llenar las necesidades sentidas de contracepción.
- Investigar razones de falta de uso de contracepción.
- Reforzar las actividades de información, educación y comunicación sobre contracepción.

▸ Monitoreo de Crecimiento

- Aumentar la proporción de niños/niñas menores de dos años con carnet oficial de control de peso.

▸ Promoción de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria

- Disminuir el uso del pepe en los niños/niñas menores de dos años.
- Aumentar la propoción de madres que conocen la edad apropiada de ablactación.
- Desarrollar alternativas de alimentación complementaria a los "lactarios".

Lecciones y Recomendaciones Generales

El voluntario de salud es una fuerza importante en la provisión de servicios de salud a la comunidad. Sin embargo, su rango de acción es limitado. El voluntario solo transmite los mensajes elaborados por la ASCH o por el MSP. La participación en la elaboración de planes de trabajo es casi nula. Aunque altamente motivado por las constantes visitas del personal supervisor de la ASCH, el voluntario no posee los elementos necesarios para volverse es un agente de cambio en su comunidad. El voluntario no ha desarrollado habilidades para la autogestión. En consecuencia es dudoso que el entusiasmo del voluntario se mantenga una vez que termine el proyecto.

Si bien las comunidades tienen necesidades reales de servicios preventivos, sus necesidades curativas suelen ser más apremiantes El voluntario de salud no esta preparado para atender estas necesidades de salud de la comunidad. El énfasis de la capacitación es demasiado preventivo y se proporcionan pocas o nulas habilidades para atender las necesidades sentidas (curativas) de salud de la comunidad. Con excepción de la terapia de rehidrtación oral el voluntario no tiene habilidades curativas. La ASCH debe considerar la elaboración de materiales (manuales) de atención curativa. Es opinión del coordinador de esta evaluación que debe encontrarse un balance entre actividades preventivas y curativas. Los voluntarios desconocen las determinante sociales del proceso de salud-enfermedad en la comunidad. ¿Como va el voluntario a gestionar un cambio en su comunidad si no conoce las fuerzas que determinan su actual situación?

En el contexto comunitario los problemas para la autogestión y sostenibilidad son igualmente importantes. La comunidad tiene apenas una capacidad incipiente para autogestar y buscar resolver sus propias necesidades en salud. La participación de la comunidad en cuanto a determinación de prioridades y planes de trabajo es muy limitada. El proyecto no es participativo en un tercer nivel. La ASCH debe buscar un mayor nivel de participación comunitaria.

No hay un rescate de los recursos de salud de la comunidad. Prácticamente en todas las comunidades donde trabaja la ASCH ya existen personas que se dedican a la atención de salud. Estos curanderos tradicionales ya establecidos suelen ser autosuficientes. Sin embargo, no se han realizado esfuerzos significativos para su incorporación a las actividades de la ASCH. La mayoría de las personas entrevistadas conocían el paradero de estos curanderos y los costos de consulta con ellos.

En el mismo rubro de rescate cultural no se encontró el uso de plantas medicinales. Honduras, al igual que todos los paises centroamericanos cuenta con gran riqueza herbolarea. La ASCH debe considerar incorporar, igualmente como lo ha hecho con medicamentos, un cuadro básico de plantas medicinales en su repertorio de recursos para la salud.

A través del roster, del tarjetón familiar y otros formatos, la ASCH genera una gran cantidad de información. En general el flujo de esta información es unidireccional. Se hace énfasis en la recopilación de datos, llenado de formatos y envío oportuno a las oficinas centrales de la ASCH. Sin embargo, poca de esta información se discute con los voluntarios y todavía menos con la comunidad en general. La ASCH debe considerar implementar sistemas que permitan el análisis de los datos a nivel comunitario como un paso importante de la autogestión.

Dada la gran cantidad de datos generada por el proyecto, la ASCH debe considerar, en algunos casos, la disminución de esta

recopilación. Por otro lado, para hacer más eficiente el procesamiento de los datos, la ASCH debe considerar la computarización del sistema de información. Deben existir computadoras en las dos áreas de impacto que disminuyan el tiempo de procesamiento de datos y disminuyan la carga burocratica de llenado de formatos.

Sostenibilidad

El aspecto de la sostenibilidad debe evaluarse dentro del contexto social y económico de Honduras. Este contexto incluye factores del MSP y de la comunidad. Este contexto esta fuera del control de la ASCH. En su diseño, el proyecto contemplaba la adopción, por parte del MSP, de las actividades de supervivencia infantil y la autogestión comunitaria para el mantenimiento de la participación a ese nivel.

El país actualmente atraviesa por una grave crisis. Se han implementado medidas de reestructuración económica que afectan la capacidad del gobierno de proveer servicios. En el caso del MSP, esto significa que los mismos recursos humanos y materiales deben proveer para la creciente demanda de servicios. Cuanto más se deteriora la capacidad adquisitiva, mayor es la dependencia de la población en los servicios oficiales de salud. El MSP pues, no solo tiene que atender al crecimiento natural de la demanda de servicios sino también tiene que dar acomodo a la demanda que ha sido desplazada del sector privado. Sin incrementos significativos en su presupuesto, el MSP no tiene la capacidad de atender a la población que requiere sus servicios. En estas circunstancias, y a pesar de que se tienen convenios de sostenibilidad (Anexo 19), el MSP simplemente no tiene los recursos materiales o humanos para absorber el proyecto.

La ASCH debe considerar, en su planificación en el sector salud, la limitada capacidad del MSP de absorber proyectos. Esta lección, evidente ahora, no era tan clara en el momento de diseño del proyecto cuando Honduras atravesaba por una situación económica más estable. Por otro lado, la ASCH debió haber previsto el deterioro de los recursos del MSP y haber tomado medidas correctivas o cambiar el énfasis de su estrategia de sostenibilidad.

Es necesario que la ASCH redefina su misión en el sector salud. Si bien los logros que se han tenido con este proyectos son excelentes, se debe aclarar cual es el rol de la ASCH en relación con el MSP, otras agencias de salud y sus clientes (la comunidad). Si el quehacer de la ASCH en el sector salud es lograr cambios en la salud de la población a largo plazo el dilema de como lograr la sostenibiliad debe resolverse. Por otro lado, si la ASCH desea hacer proyectos de demostración que aporten lecciones sobre el trabajo comunitario de salud entonces su enfoque no debe ser necesariamiente la sostenibilidad. De cualquier manera, es necesario que las lecciones aprendidas de Supervivencia Infantil

III sean integradas a la memoria institucional y la misión sea modificada para dar acomodo a las nuevas experiencias.

Como conclusión general de esta evaluación se puede decir que la ASCH ha desarrollado un excelente trabajo en llenar los objetivos fijados en la propuesta original. Un trabajo como el desarrollado por la ASCH debe continuarse apoyando para dar el siguiente paso hacia la sostenibilidad.

CHILD SURVIVAL III: HONDURAS

BUDGET VS. ACTUALS FOR YEAR 5 AND TOTAL EXPENSES TO DATE VS. TOTAL GRANT *

					YEAR 5: EXPENSES VS. PLANNED BUDGET *					LIFE OF GRANT: CUMULATIVE EXPENSES VS. TOTAL GRANT **			
	YEAR 1 EXPENSES	YEAR 2 EXPENSES	YEAR 3 EXPENSES	YEAR 4 EXPENSES	EXPENSES 07/31/92	PLANNED BUDGET **	BALANCE	% EXPENDED	PLANNED BUDGET YEAR 6	CUMULATIVE ACTUALS	TOTAL PLANNED BUDGET	BALANCE	% OF TOTAL GRANT EXPENDED
Personnel	32,639.80	42,757.38	44,949.88	28,850.71	37,127.90	33,149.29	(3,978.61)	112.0%	0.00	186,325.67	182,347.06	(3,978.61)	102.2%
Travel	3,770.02	6,434.67	20,583.31	13,267.12	5,942.32	5,044.88	(897.44)	117.8%	0.00	49,997.44	49,100.00	(897.44)	101.8%
Other Direct	3,781.98	4,387.86	7,577.59	10,606.73	10,356.01	9,828.78	(527.23)	105.4%	0.00	36,710.17	36,182.94	(527.23)	101.5%
SUBTOTAL	40,191.80	53,579.91	73,110.78	52,724.56	53,426.23	48,022.95	(5,403.28)	111.3%	0.00	273,033.28	267,630.00	(5,403.28)	102.0%
Consultants	6,746.66	11,012.49	5,950.00	0.00	4,000.00	6,000.85	2,000.85	66.7%	0.00	27,709.15	29,710.00	2,000.85	93.3%
Supplies	3,398.00	6,915.14	4,555.23	2,227.52	2,252.24	5,956.94	3,704.70	37.8%	0.00	19,348.13	23,052.83	3,704.70	83.9%
Equipment	3,852.62	9,325.63	2,579.19	3,052.00	0.00	(302.27)	0.00		0.00	18,809.44	18,507.17	(302.27)	101.6%
SUBTOTAL	13,997.28	27,253.26	13,084.42	5,279.52	6,252.24	11,655.52	5,403.28	53.6%	0.00	65,866.72	71,270.00	5,403.28	92.4%
TOTAL	54,189.08	80,833.17	86,195.20	58,004.08	59,678.47	59,678.47	0.00	100.0%	0.00	338,900.00	338,900.00	0.00	100.0%

* Field Office, Home Office expenses, and Overhead through : 07/31/92
Balances from Year 4 included in Year 5
** Honduras budget revised per Amendment No. 5 dated 5/31/91.

Year 1 = Aug. 1, 1987 - July 31, 1988
Year 2 = Aug. 1, 1988 - July 31, 1989
Year 3 = Aug. 1, 1989 - July 31, 1990
Year 4 = Aug. 1, 1990 - July 31, 1991
Year 5 = Aug. 1, 1991 - July 31, 1992
Year 6 = Aug. 1, 1992 - January 31, 1993

Final Report
Child Survival III
in the areas of
Pespire and La Esperanza
Honduras

Vol. I

July, 1992

EVALUATION TEAM

Save the Children Association-Honduras

Lic. Mario Nieto
Eng. Mariano Planells
Dr. Lesbia Rivera

CARE International

Lic. Ronald Fiallos

TEAM COORDINATOR

Dr. René Salgado
Project Concern International

Asociación Save the Children-Honduras
Col. Alameda, Avenida Julio Lozano Díaz Casa #1314
Apdo. Postal 333, Tegucigalpa, D.C.

41

ACRONYMS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARI	Acute Respiratory Infection
ASCH	Save the Children Association-Honduras
ASHONPLAFA	Honduran Association of Family Planning
CED	Control of Diarrheal Diseases
CESAMO	Health Center with Doctor
CESAR	Rural Health Center
DIP	Detailed Implementation Plan
EBSR	Baseline Survey of Reproductive Health
EDUCSA	Health Education
ENESF	National Survey of Epidemiology and Family Health
ENSMI	National Survey of Mother Child Health
EPI	Extended Immunization Program
FHIS	Honduran Fund of Social Investment
IDC	Integrated Development Committee
IEC	Information, Education and Communication
IUD	Intra-uterine Device
MSP	Ministry of Public Health
PRASAAR	Program of Water and Rural Sanitation
RDC	Regional Development Committee
SANAA	Autonomous National Service of Water and Sewage
SECOPT	Secretariat of Communication, Public Works and Transportation
SRO (Litrosol)	Oral Rehydration Salts
TRO	Oral Rehydration Therapy
UNICEF	United Nations Children's Fund

Honduras Child Survival III Final Evaluation

EXECUTIVE SUMMARY

Five years after signing a Grant with USAID-Washington for the implementation of a Child Survival project in the 54 communities of the Choluteca and Intibucá areas, the present final evaluation indicates highly satisfactory results. The methodology used was the application of a standardized survey and a sustainability questionnaire.

The survey adequately evaluated the different interventions carried out under the project. Participating were representatives of the community, of the Ministry of Public Health, the staff of Asociación Save the Children de Honduras (ASCH) and other PVO's such as CARE who also participated in the analysis of the results, all under the skillful direction of Dr. René Salgado of Project Concern International.

One problem encountered was the difficulty of pre-intervention comparisons since the only health data available were at the national level.

Among the relevant findings was a rather intense effort in the promotion and formation of community structures which are encouraged in the future to assume the responsibility of solving their own problems.

The integration of a diversity of complementary projects to improve the quality of life of the population, such as potable water, latrines, raising small animals, and family gardens have been important to the success of the project.

Close interinstitutional coordination with the Ministry of Public Health, the National Board of Social Welfare, ASHONPLAFA, UNICEF, PRASAR-SANAA among others, has made it possible to add related activities to the project, in addition to the establishment of feeding posts in order to improve the nutrition of children under 5 years of age, and pregnant and nursing mothers.

The support of the health volunteers, who are currently considered the health service providers within the community, was a determining factor in the success of the project. There are a considerable number of midwives with a good level of training.

The project was perceived as effective in regard to the implementation of the extended immunization program, promotional activities and the generation of information.

Knowledge about all the Child Survival interventions is high, due in part to health programs transmitted through local radio.

The project has undoubtedly helped to strengthen the abilities of ASCH, an autonomous Honduran agency, in the health sector.

Project sustainability was found to be somewhat weak since it was thought that the Ministry of Public Health might adopt the project. However, the social consequences related to the economic crisis have meant an increase in inequality and a growth of poverty with an enormous human cost. For these reasons, the Ministry of Public Health has not assumed the responsibilities of the project.

The reduction of investment in social sectors such as health has increased the lack of adequate response to the basic needs of great portions of the population. To this must be added the appearance of diseases such as Cholera and AIDS which constitute one more threat to the already precarious health situation of the dispossessed groups.

Despite the fact that the social and economic context are outside of its reach, ASCH will continue to strengthen local skills and to consolidate development committees as well as to coordinate activities with the health volunteers and the health posts.

The evaluation of the Child Survival Project constitutes a solid base for the gathering of knowledge which is at the disposal of those interested.

It is our hope that organizations such as the Ministry of Public Health and other PVO's will support the process already initiated, that we will review our policies regarding cooperation which would allow the experience obtained to be used in finding a way to work together. It is recommended that the project continue for an additional two to three years to strengthen the sustainability of its achievements.

TABLE OF CONTENTS

I. INTRODUCTION 1

II. PROJECT DESCRIPTION..... 1

III. METHODOLOGY..... 4

IV. THE SURVEY..... 5
- a) Survey Methodology..... 5
- b) Survey Results..... 7
  - Age Groups..... 8
  - Literacy..... 8
  - Control of Diarrheal Illness (CED) and Oral Rehydration Therapy (ORT)..... 8
  - Growth Monitoring..... 11
  - Extended Immunization Program (EPI)..... 11
  - Acute Respiratory Infections (ARI)..... 13
  - Maternal Health..... 14
  - Breastfeeding and Supplementary Feeding..... 16
  - Cholera..... 17
  - Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS).... 17

V. SUSTAINABILITY..... 19

VI. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS..... 32

VII. APPENDICES (See Volume II)

Save the Children Association-Honduras Tegucigalpa, Honduras
July 1992

FINAL REPORT OF CHILD SURVIVAL III IN PESPIRE AND LA ESPERANZA

I. INTRODUCTION

In 1987 the Save the Children Association-Honduras (ASCH) obtained a grant from the office of FVA/PVC of U.S.A.I.D. in Washington for the implementation of a child survival project in the areas of La Esperanza, in the Department of Intibucá and Pespire in the Department of Choluteca. This grant was received under the Child Survival III initiative.

The project was to last four years. Activities were initiated on August 1, 1987 and were to conclude on July 31, 1991. In September 1991 ASCH received a no-cost extension until July 31, 1992. This extended the duration of the project to five years.

ASCH has submitted a detailed implementation plan (DIP) and four annual reports on the status of the project. For the purpose of establishing the current status of the project indicators and in fulfillment of contractual obligations, ASCH contracted an external consultant, Dr. René Salgado of Project Concern International, to lead the evaluation of the Child Survival III Project. This is the final report of this evaluation.

II. PROJECT DESCRIPTION

The Honduras Save The Children Association (ASCH) developed the Child Survival project in two impact areas in 24 communities of La Esperanza, Intibucá in the Northwest region of the country and in 30 communities of Pespire, Choluteca in the southern region.

Although both areas are rural and typical of Honduran rural areas, there are important differences inherent to the climate, topography and culture. The La Esperanza area is characterized by cold temperatures, constant rains and an irregular and mountainous topography. There are still groups of Lencas Indians. In contrast, the Pespire area has a mestizo population, warm dry climate with high temperatures during the greater part of the year, and lower land areas.

46

These communities have been ignored, they have not received attention by the government, and have little or no access to health services; their population dedicates itself to agriculture and small scale cattle raising, and a small part of the population dedicates itself to small scale enterprise, but the standard of living is poor.

The total population is 26,000 inhabitants of whom 3,780 are children below five years of age and 5,350 are women of child-bearing age. There are only 6 rural health centers (CESAR), each with one nursing attendant, and 2 health centers attended by doctors (CESAMO).

Interventions

The project carried out the following interventions:

* Control of Diarrheal Diseases (CED) and Promotion of Oral Rehydration Therapy (ORT)
* Early diagnosis and timely treatment of Acute Respiratory Infections (ARI)
* Extended Immunization Program (EPI)
* Prenatal Care
* Family Spacing
* Growth Monitoring
* Promotion of Breastfeeding and Supplementary Feeding

In 1990 and 1991 components of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Cholera were added. ASCH decided to include those components due to the importance of cholera in the region and in recognition that AIDS can eliminate many of the achievements of child survival.

Strategies

The working strategies were as follows:

* Training of volunteer staff
* Massive interpersonal communication
* Integrated community development
* Community Organization

* Coordination/collaboration

Service delivery was implemented through volunteer staff. The project trained one or two volunteers in each community. All volunteers were selected democratically by the community. The training consisted of project interventions, management of a community information system, reference systems and some aspects of community organization.

The volunteers, under strict supervision of ASCH promoters, carry out community promotional and educational activities, coordination of vaccination campaigns, distribution of oral rehydration salts, detection of high risk pregnancies and case referral. The volunteers also keep a family register in which are listed all the area families. At the same time, they keep a list or "roster" of all children below 5 years of age. The roster contains information on immunizations, "health talks", weight monitoring and other key events in the life of the child. Also, the volunteers report all life events which occur in their community (deaths, births, pregnancies and migrations). Finally, a monthly summary is completed which is sent to the regional offices of ASCH.

ASCH implemented health promotion activities through two strategies. The first activity is interpersonal communication. ASCH volunteers promote child survival interventions through "talks" which they give to community groups (feeding centers, IDC, etc.) Also, the volunteers visit the families to whom they also give talks. The second communication strategy is through radio programs. ASCH has radio programs which are transmitted several times per week to the public of the impact communities.

One of the relevant aspects of ASCH's work is the integration of diverse projects to improve the quality of life of the people. Thus, in some communities the child survival project is complemented with projects for potable water, latrines, generation of resources (goat and rabbit breeding; small farms, fish cultivation, family gardens). See Annex 16 for a list of projects by community. It can be said that, in a great measure, the success of ASCH's health activities are due to the integration and complementary nature of its projects.

Another key aspect of ASCH's work has been the creation of Integrated Development Committees (IDC) in the communities. All the communities in which ASCH works have created IDCs to coordinate the efforts of different community initiatives and to make requests in an organized form to ASCH or other agencies. The IDC are made up of different community groups such as Health Committees, Volunteers, Mother-Infant Advisors, Housewives' Clubs, Water Management Board and others. In turn the IDC constitute a Regional Development Committee (RDC) which participates actively

48

with ASCH at the regional level. In addition, the volunteers have created a Regional Health Volunteer organization.

There is very good inter-institutional organization. Some of the organisms with which there is coordination are: the area, regional and national levels of the Ministry of Public Health; the National Board of Social Welfare, CARE International, Education For Health (EDUCSA), the Ministry of Natural Resources, the Ministry of Public Education, ASHONPLAFA, UNICEF, PRASAR-SANAA (National Service of Water and Sewage Systems), SECOPT (Secretariat of Public Works and Transportation), FHIS (Honduran Fund of Social Investment) and the Population Council.

Through the National Board of Social Welfare and CARE "child feeding centers" have been established in each one of the communities in which ASCH works. These feeding centers offer supplementary nutrition to children under the age of 5, and to pregnant and nursing women. This activity is a strong incentive for the participation of the mothers in the educational activities of the project. Also, the feeding centers contribute to the consolidation of the organizational levels which allow them to adopt this activity as their own.

III. METHODOLOGY

The methodology followed for this evaluation was that stipulated by the office of Private and Volunteer Cooperation/Bureau of Nutrition and Humanitarian Aid (CPV/BAAH) in its circular Final Evaluation Guidelines for child survival projects terminating in FY92. It stipulates that the following be implemented:

a) A Standardized Survey.

b) A Sustainability Questionnaire.

In addition to these two activities, the effectiveness of the Health Information System was evaluated. Other aspects of ASCH programs in the communities were also analyzed, as well as the integration of projects and their impact on the health of the population.

The standardized survey was obtained from the Child Survival Support Program of Johns Hopkins University. The original questionnaire consisted of 44 questions on different aspects of child survival. The final questionnaire adequately evaluates the different interventions that were carried out during the project. Later in this report there is additional detailed information on the survey.

The sustainability questionnaire appears as Annex 1 of the evaluation guidelines of the office of CPV/BAAH. Discussion groups

were formed at four levels: the community, the Ministry of Public Health, operating staff of ASCH and staff from the ASCH Board. The evaluation team asked the relevant questions of each group. Later on will appear a detailed description of this process.

An evaluation team was formed consisting of the Program Manager of ASCH, Eng. Mariano Planells, staff of the ASCH health program, Lic. Mario Nieto and Dr. Lesbia Rivera, Lic. Ronald Fiallos of CARE-Honduras; and the team coordinator, Dr. René Salgado of Project Concern International (See Annex 1). CARE-Honduras is an important collaborator in the child survival project and it delegated Lic. Fiallos to participate in the entire process. The team elaborated a working plan to be implemented during three weeks. The first two weeks were dedicated to the standardized survey and the last was dedicated to discussion groups to answer the sustainability questionnaire.

The entire evaluation process was participatory. From the design of the methodology to the analysis and editing of the final report, the evaluation coordinator assured the participation of community members, leaders and MSP staff as well as ASCH management and its operating staff. Likewise they procured that ASCH staff learn the evaluation methodology and the management of the statistical analysis program Epi Info 5.01b for future health activities.

IV. THE SURVEY

a) Survey Methodology

Sample

The size of the sample was determined by the intervention (diarrhea) which requires the largest sample. The formula used was the following:

$$n = z^2 \quad pq/d^2$$

Where n = size of the sample; Z = 95% of the limit of reliability . 1.96; p = rate of prevalence; q = 1 - p and d = is the precision desired. A prevalence of diarrhea of 20% was used. The limits of reliability were calculated at 95% in accordance with the formula 95% L.C. = p z (pq/n)

A system of sampling by conglomerates was applied in this survey; 30 conglomerates were selected. The method use for the selection of these was simple chance based on the recommendations of the Manual of the Program of Control of Diarrheal Diseases of the World Health Organization (WHO).

The location of the 30 conglomerates (communities) was identified using a cumulative list of the population, resulting in 16

50

conglomerates in the La Esperanza impact area and 14 conglomerates from Pespire.

For each conglomerate ten mothers with children less than two years of age were interviewed, the method of selection of the ten mothers to be interviewed was by chance through the use of the register of children less than 5 years old (family file and roster) managed by the health volunteer in each community.

In the conglomerates where there were ten or less children below the age of two, or in the cases where their mothers did not live in the community, all children less than two years old were used. A degree of reliability of 95% was established.

Questionnaire

For the gathering of data, the questionnaire used was developed by the Program of Child Survival Support to Private Voluntary Organizations of the University of Johns Hopkins. The questions focus on aspects of knowledge, attitudes and practices on each one of the child survival interventions. The questionnaire was revised by the evaluating team and modified to include 16 questions which were of interest to ASCH. There were a total of 60 questions (See Annex 5). The questionnaire was written in Spanish, which is the language of the impact communities.

Training of the Evaluation Team

The evaluation team was trained during one day in the management of the statistical package Epi Info 5.01b. ASCH staff learned how to create questionnaires to be included in Epi Info, data entry and the program for analysis. Throughout the whole process and particularly in the "software" utilization phase, special attention was given to the transfer of abilities and knowledge to the evaluation team. The ASCH executive staff were given the Manual of Survey of the Program of the Control of Diarrheal Diseases of the World Health Organization and the Epi Info 5.01b Manual.

Training of Survey Takers and Supervisors

30 survey takers and 15 supervisors were trained for one day in the management of the questionnaire. ASCH recruited 30 experienced survey takers to apply the questionnaire. The fifteen supervisors were selected from the staff of ASCH's impact areas.

Pilot Test

The questionnaire was tested in two of the communities of the area of Pespire (Suyapa and Agua Tibia) which were not selected for the survey. Thirty interviews were carried out. The test served to make modifications in the formula of the definitive survey. The major modification was the inclusion of responses regarding the

presence or not of the registration card for growth monitoring and prenatal care.

Data Collection

For data collection three days were used by thirty survey takers. The interviews were carried out simultaneously in both areas. Fifteen supervisors were used who were from the staff of ASCH's impact areas. The two teams were in constant communication through short-wave radios. The problems which arose were promptly resolved.

The volunteer staff served as guides to the survey takers and supervisors. The volunteers have complete knowledge of their communities and were able to skillfully orient the survey takers.

Tabulation of Data

For the tabulation and analysis of data the statistical program Epi Info 5.01b was used. Two keypunchers were trained to enter the data in La Esperanza and Pespire. Both data bases were joined for the analysis. 280 surveys were tabulated. For the analysis only frequencies, some tables and overlapping of variables were run. ASCH staff was instructed in how to carry out more detailed analysis for future planning.

b) Survey Results

Although the original objectives of Child Survival III refer to families with children under 5, for the purpose of the final evaluation, in the present survey the objectives were revised for mothers with children below two years old. Generally, the Pespire and La Esperanza data were kept together for the analysis. In cases where there are important differences between the two impact areas they were separated and these are noted in the text.

Part of the analysis of results was carried out by volunteer staff, officials of the Ministry of Public Health, and ASCH supervisors and coordinators. Discussion groups were formed to offer opinions on the results and to make recommendations.

The objectives of the Child Survival III project have been presented at the beginning of each section to facilitate the comparison with the results. Since some of the objectives were modified during the process of the project the last source has been cited in parenthesis.

Because there is no base line survey, it is impossible to make comparisons with pre-intervention indicators. There are, however, internal evaluations and survey results from other projects which are quoted, as appropriate. Also, there are some data regarding

52

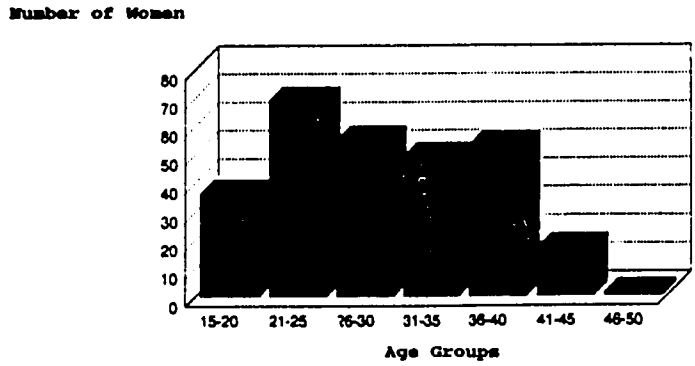
the health situation at the national level. A complete list of results by question is found in Annex 6.

Age Groups

It was found that high percentage of women could be considered at high risk because of their age. The distribution by five-year interval age groups is as follows:

AGE OF THE MOTHER

BY FIVE-YEAR INTERVAL AGE GROUPS



SOURCE: CAP Child Survival Survey, ASCH, Tegucigalpa, Honduras, July, 1992

Literacy

The survey revealed that 31% of mothers of children below 2 years of age who were interviewed do not know how to read. This compares with the national mean near 40% reported by the National Survey of Epidemiology and Family Health (ENESF) in 1987. Although those levels are high, the are not extraordinary for the Central American region. Nevertheless, they are of concern to the organizations which work in health. Dr. María Elena de Rivas, Subdirector General of the Ministry of Public Health has stated that the morbidity and mortality of those below 5 years of age is three times higher in the population that does not know how to read. The survey revealed that of all the women who are currently planning their families, 82% know how to read.

Control of Diarrheal Diseases (CED) and Oral Rehydration Therapy (ORT)

100% of the health volunteers and 80% of the families will know how to mix the oral rehydration salts and how to hydrate a child during and after an episode of diarrhea.

This objective is evaluated indirectly through the survey results. An incidence of diarrhea of 27.1% was found in the two weeks before the survey. The document of the Ministry of Public Health "Health in Numbers" reports diarrhea as the principal cause of infant mortality in Honduras (1988). The majority of cases, 88%, were in children below 6 months old.

Knowledge regarding the appropriate management of diarrhea was evaluated by questions 21-25. 82% of the mothers of children with diarrhea indicated that they gave the same or more breast milk during the diarrheal episode. No mother reported stopping breastfeeding her child because of the diarrhea. This level of knowledge is adequate and indicates the effectiveness of the educational and program promotion campaign. Given that the communicators have had to combat previous messages to stop breastfeeding completely, the results are even more significant.

78% of the mothers reported giving liquids during the diarrhea. Of these, 93% gave the same or more liquids as usual. This message helps in preventing one of the most serious complications of diarrhea which is dehydration and indicates a good knowledge of the appropriate management of diarrhea. Another of the measures which tend to prevent dehydration and to maintain the nutritional status of the child with diarrhea is to maintain feeding at the same level or higher than usual. The study found that 78% of the mothers continued or increased food during the diarrhea (including cases of nursing mothers).

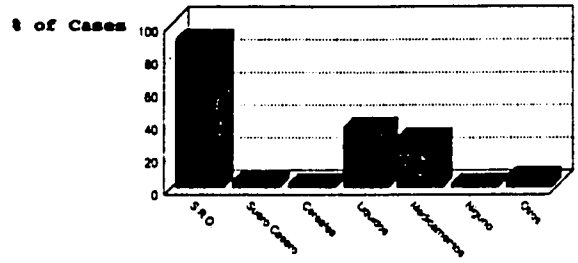
Of the 76 mothers who stated that they had a child with diarrhea in the two weeks before the survey, it was found that 58 mothers sought help or advice, this represents 64%.

One of the most surprising results has been the use of health volunteers as the principal element for the care and monitoring of the cases of diarrhea. The institutional health staff (Health Centers, CESAR, CESAMO), and the community promoters (Volunteers/counselors), were those who were most frequently consulted by the mothers, 64%.

As to the treatments given during diarrhea, 91% of the mothers reported having used oral rehydration salts (Litrosol). The practice of giving home-made serum, currently in disuse, was only 4%. The different practices appear in the following graph:

TREATMENTS GIVEN DURING

THE DIARRHEA

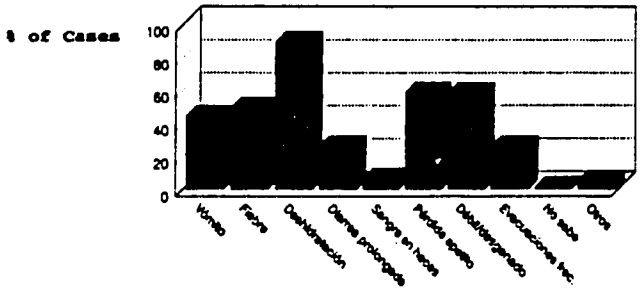


SOURCE: CAP Child Survival Survey, ASCH, Tegucigalpa, Honduras, July, 1992

89% of the mothers interviewed know the signs of dehydration and would decide to seek help upon finding them. The rest of the results as to when to seek help are as follows:

REASONS TO SEEK HELP

DURING THE DIARRHEA



SOURCE: CAP Child Survival Survey, ASCH, Tegucigalpa, Honduras, July, 1992

Mothers, 53%, correctly identify the need to increase the frequency of feeding after an episode of diarrhea. Although not ideal, when the mothers who continue normal feeding are added to this ratio, the total is 86%, which is appropriate.

The indicators found by the survey not only meet the objective established in the Fourth Annual report of the Child Survival III project, but also fulfill one of the objectives of the Program of Control of Diarrheal Diseases (CED) of the Ministry of Public Health of Honduras, which stipulates:

> "To orient the mother and the family about food-nutritional management, emphasizing breastfeeding and the usual feeding during and after an episode of diarrhea."

35

Growth Monitoring

85% of all children under 5 who live within the (30) initial communities, will be registered in growth monitoring programs

83% of the mothers reported taking their child under two for growth monitoring. 45% of the children had an official health card from the Ministry of Public Health. This figure may be due to the fact that the Ministry has recently changed the card (1990) and insufficient cards have been distributed to the areas.

92% of the children have been weighed at least once in the last four months. Considering that the impact areas of Pespire and La Esperanza are rural, this percentage is high. The supplementary feeding program of the feeding centers is a powerful incentive for the mothers to walk up to 3 hours to weigh their children.

The possible attitude of the mother if her child were below normal weight was evaluated. The mothers, correctly, answered that: they would increase the number of meals (84%), they would take the child to the health center (67%), and they would give foods available in the home (39%). Also 38% chose to take their children to the supplementary feeding program (feeding centers)

Extended Immunization Program (EPI)

To assist the Ministry of Public Health to complete the vaccination schedule of at least 90% of children under five.

To assist the Ministry of Public Health in the immunization of 75% of women between the ages of 13 to 49 with two doses of tetanus toxoid.

In accordance with internal institutional evaluations, by June 1989 these goals had already been reached. In the survey, 94% of the mothers reported that their child had received a vaccination. 6% of the children who had not received one were under two months old. Question No. 36 is based on the ability of the mother to remember, which makes the answer imprecise.

Coverage by age group is:

50

COVERAGE BY AGE GROUP

OF THE EXTENDED IMMUNIZATION PROGRAM

Age Group	Complete Schedule	Incomplete Schedule	Total
0-9 months	78%	22%	100%
9-12 months	98%	2%	100%
+ 12 months	95%	5%	100%

This data compares favorably with a child survival study carried out by Project Hope in the urban area of Tegucigalpa in which 85% coverage was found in the group over 12 months of age. The figures at the national level (84%) are similar (Health in Numbers 198 - 1991).

The coverage of EPI is high due to the strong coordination between ASCH and the CESAR and CESAMO of the Ministry of Public Health. The health volunteers promote EPI and identify those children who require immunization. The volunteers know their community completely and efficiently direct the efforts of the Ministry at the community level. In certain cases the volunteers give vaccinations, as in La Esperanza and Pespire, where some volunteers administer the polio vaccine.

97% of the mothers reported having received vaccinations against tetanus. Only nine mothers reported not having received a single dose. Of the mothers who reported having received tetanus toxoid the distribution by dose was as follows:

DISTRIBUTION BY NUMBER OF DOSES

OF TETANUS TOXOID RECEIVED

# of Doses	Percentage	Cumulative
1	11%	11%
2	30%	41%
3	42%	83%
4	10%	93%
5	7%	100%

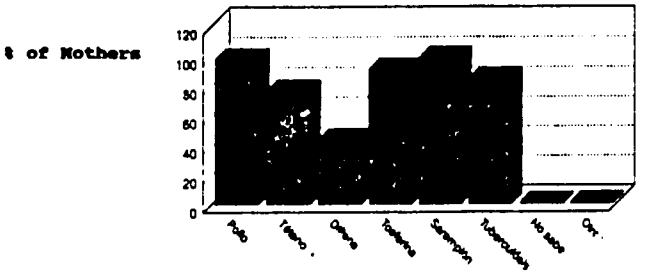
97% of the mothers interviewed know the age at which their child should have completed his/her vaccination schedule. In terms of knowledge about tetanus toxoid, 88% know that tetanus toxoid protects the mother as well as the child against tetanus.

Despite the fact that the Ministry of Public Health recently (1990) changed its policy of administering 2 to 5 doses of Tetanus Toxoid, the level of knowledge regarding how many times the toxoid should be administered, was found to be appropriate, 76%. These figures corroborate the effectiveness of the massive and interpersonal communication strategy carried out by the Ministry and ASCH.

59% of the mothers know that a sick child can be vaccinated without danger. Regarding the knowledge regarding illnesses which EPI prevents, the results were satisfactory, as can be appreciated in the following graph:

KNOWLEDGE ABOUT THE DISEASES

WHICH EPI PREVENTS



SOURCE: CAP Child Survival Survey, ASCH, Tegucigalpa, Honduras, July, 1992

Acute Respiratory Infection (ARI)

> **100% of the volunteers and 50% of the families will be able to recognize the symptoms of pneumonia and will know where and when to seek help.**

70% of the mothers reported that their child had suffered from a cough or cold during the last two weeks. The incidence was slightly greater in La Esperanza (73%) than in Pespire (65%). This is possibly due to the different climatological conditions.

On the other hand, when the mother was questioned about the presence of dyspnea and/or chest congestion it was reported that in the last two weeks 43% of the children had suffered from this problem. The evaluation team suspects that these figures are imprecise. It is possible that the question was formulated inadequately. The objective of the question was to differentiate between mild ARI (question 30) and serious ARI (question 31). The results do not offer a clear differentiation.

In the cases reported with dyspnea or chest congestion, 85% of the mothers sought help. Of the 101 mothers who sought help, 69% sought help in the health center, and 55.4% also sought help of the community volunteer. These figures are very similar to the type of assistance which the mothers sought during the cases of

58

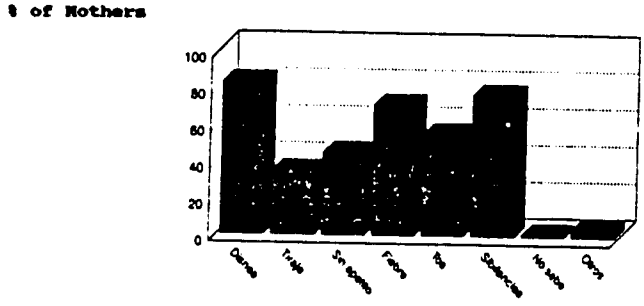
diarrhea. Once more the role of the volunteer is legitimized as the provider of health services in the community.

Regarding the adequate management of ARI, the mother has been encouraged to go to the health center as soon as possible. This answer is found in 84% of the cases. Further, the mother increased the ingestion of liquids (58%) in cases of ARI in her child.

The mothers correctly detect signs of serious ARI. 83% determine that rapid and agitated breathing is a serious sign. The symptoms identified as serious are presented in the following graph:

IDENTIFICATION OF SERIOUS SYMPTOMS

IN ARI



Maternal Health

80% of pregnant women will be able to find adequate prenatal care.

80% of pregnant women will be examined by a trained birth attendant and evaluated for high risk. Those at high risk will be directed to the Health Center.

In 60% of deliveries, the mother will have received at least one prenatal checkup.

88% of the mothers reported having had a prenatal checkup during their pregnancy. This achievement surpasses the 60% objective stipulated. It also exceeds the level of prenatal care of 80% (ENSMI) at the national level in 1984, before carrying out the intervention. These high levels of prenatal care have been achieved thanks to the active participation of the birth attendants in ASCH programs. Furthermore, the volunteers and maternal child health advisers, whose mission is to detect and refer high risk pregnancies, have also contributed to the high level of prenatal care.

On the other hand, only 19% of the mothers had in their possession a prenatal monitoring registration card. The Association uses the

59

official registration card of the Ministry. This level is low because the Ministry of Public Health has not sufficiently supplied the health centers in the rural area.

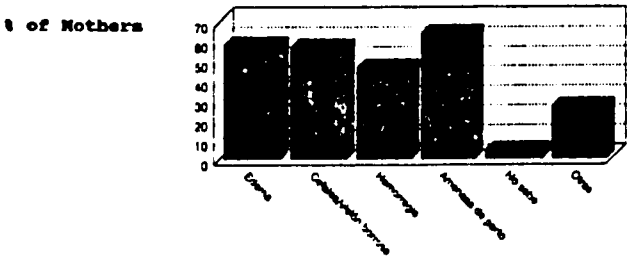
61% of the mothers stated having had 4 or more prenatal checkups. This number of prenatal visits assured a good level of quality care. More than 80% of the mothers reported that a trained birth attendant was present at their delivery. This level of care at delivery by trained staff is due to ASCH's ongoing training program in coordination with the Ministry. By May 1992 a total of 134 male and female birth attendants had been trained. Only 13% of deliveries were attended by professional health staff.

The mothers demonstrated a satisfactory level of knowledge about the timeliness of prenatal care. 86% of the mothers know that one should begin prenatal monitoring in the first trimester of the pregnancy. When the practice of prenatal monitoring is reviewed it is verified that this knowledge is put into practice.

Regarding the decision as to when to seek help, the mothers correctly identify the following reasons:

REASONS TO SEEK HELP

FOR PROBLEMS DURING PREGNANCY



Considering that the principal causes of maternal mortality reported by the Ministry of Health (Health in Numbers, 87-91) are hemorrhages (33%), infection (21%), others (18%), toxemia (12%), and distocia (4%) knowledge of the causes for alarm is critical. This level of knowledge provides elements for adequate decision making by the mothers.

11% of the mothers surveyed reported being pregnant at the time of the interview. This figure compares well with a previous survey carried out by the Asociación which reports a prevalence of pregnancy of 13.8% (Reproductive Health Baseline Survey, 1991).

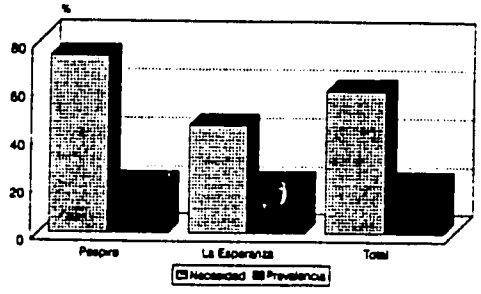
To the question about the intention of having a child in the next two years, 58% of the mothers stated that they did not want one. This contrasts with a prevalence of contraception of only 22%. The analysis of both figures reveals the presence of an unmet need for family planning. Other surveys with similar populations in the

60

rural area report very similar data to these (EBSR, 1991). The discrepancy between need for contraception and the prevalence of contraception can be seen in the following graph:

DISCREPANCY BETWEEN THE NEED AND THE PREVALENCE

OF CONTRACEPTION

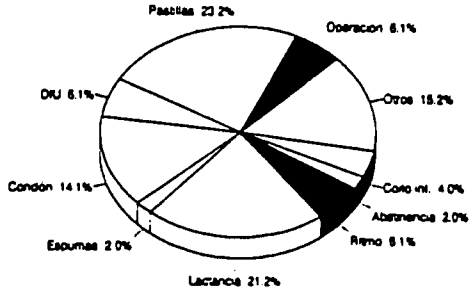


SOURCE: CAP Child Survival Survey, ASCH, Tegucigalpa, Honduras, July, 1992

The distribution of methods which were being used at the time of the survey were as folows:

METHODS OF FAMILY PLANNING

USED



SOURCE: CAP Child Survival Survey, ASCH, Tegucigalpa, Honduras, July, 1992

One relevant fact is the use of breastfeeding as a family planning method in 20% of the cases.

61

Breastfeeding and Supplementary Feeding

It was found that 99.6% of the mothers were breastfeeding at some time. At the time of the survey 84% of the mothers were breastfeeding.

82% of children under 6 months of age received breast milk exclusively at the time of the survey. 16% were not receiving breast milk exclusively and only 2% were not receiving breast milk.

The mothers correctly identified that one should breastfeed during the first hour after the delivery. 94% of the mothers know the importance of early bonding. When one adds the mothers who stated the need to breastfeed in the first 8 hours after delivery the percentage rises to 98% of correct knowledge. These high levels are partly due to the promotion of early bonding by the birth attendants and eliminating the use of bottles.

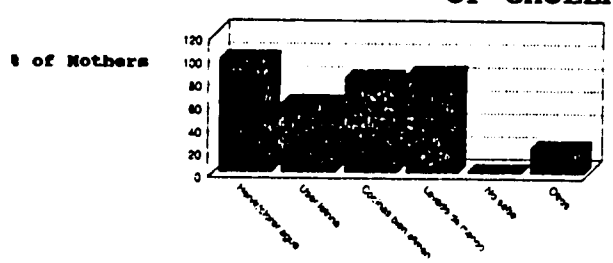
63% of the women knew that the appropriate age of weaning is at 6 months. 24% stated that the age of weaning was between 4 to 6 months of age. Only 13% said they begin to wean before 4 months.

Cholera

Knowledge about cholera, its prevention and treatment were acceptable. 97% of the mothers identified cholera as being a severe type of diarrhea. 44% indicated the presence of abdominal pain during a cholera episode. 74% identified the presence of vomiting during cholera.

About the prevention of cholera, knowledge was appropriate. The principal findings are as follows:

KNOWLEDGE ABOUT THE PREVENTION OF CHOLERA



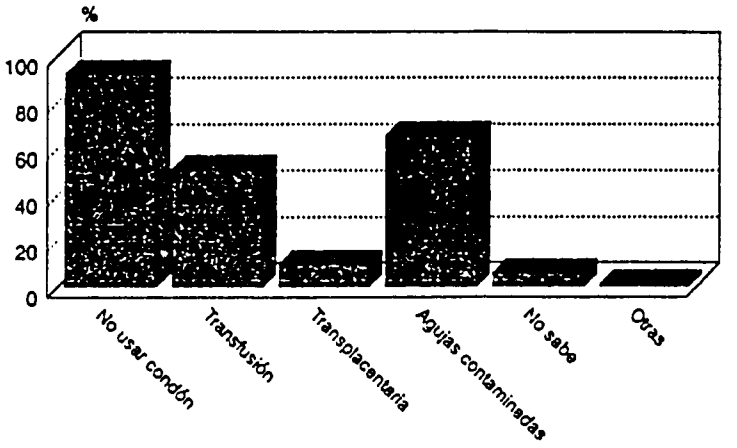
SOURCE: CAP Child Survival Survey, ASCH, Tegucigalpa, Honduras, July, 1992

Finally, 92% of the mothers indicated that they would give Litrosol to a person with cholera. 98% of the mothers indicated that they would take the person with cholera to the Health Center.

62

Regarding prevention, sexual fidelity was mentioned by 81%, use of a condom by 65% and abstinence by 22%. In spite of the fact that educational activities about AIDS were initiated recently, the level of knowledge on this subject by the population is adequate.

CONOCIMIENTOS SOBRE FORMAS DE TRANSMISION DEL SIDA



FUENTE: Encuesta CAP Supervivencia Infant. ASCH. Tegucigalpa, Honduras. Julio, 1992.

-67

V. SUSTAINABILITY

The questions about sustainability were answered by the officials of ASCH, staff from the Ministry of Public Health, and leaders and members of the impact area communities. (Please refer to appendices 8 and 9). The questionnaire used was sent by the office of Private Voluntary Cooperation/Bureau for Food and Humanitarian Assistance for child survival final evaluations.

V.A. Sustainability Status

V.A1.At what point does A.I.D. funding for child survival project activities end?

A.I.D. financing of this project ends July 31, 1992.

V.A2.At what point does the organization plan to cease child survival project activities?

Current plans are to terminate all project activities in the impact area of Pespire within two years and to transfer activities to the neighboring area of San Lorenzo. In the impact area La Esperanza, ASCH expects to continue for at least three more years with less emphasis on health behaviors which have been largely achieved in favor of other behaviors such as family planning. In both areas, ASCH will continue to strengthen local capabilities and consolidate efforts made toward sustainability.

V.A3.How have major project responsibilities and control been phased over to local institutions? If this has not been done, what are the plan and schedule?

This CS3 project assisted in the strengthening of the health capacity of ASCH. ASCH as an autonomous Honduras agency has already obtained health funding independently from Save the Children through the Population Council and the Honduran Social Investment Fund. In the community, specific recommendations made by the LAC Health Advisor and Regional Director in a technical visit of 2/92 include strengthening the local development committees in each impact area to develop health plans, coordinate health volunteer activities and to complement the strengths of the MOH by working with them to implement community health projects. ASCH has written agreements with the MOH which outline the transfer of project responsibilities to them. Nevertheless, this has not happened in practice.

V.B. Estimated Recurrent Costs and Projected Revenues

64

V.B1.Identify the key child survival activities that project management perceives as most effective and would like to see sustained.

ASCH would like to maintain its high EPI coverage rates with lower costs and less ASCH direct involvement. In addition, ASCH will continue to emphasize family behaviors which positively affect women and children, such as management of ARI, use of ORT, exclusive breastfeeding, growth monitoring and nutrition and prenatal care.

V.B2.What expenditures will continue to be needed (i.e., recurrent costs) if these key child survival activities are to continue for at least three years after child survival funding ends?

ASCH will need to continue to support personnel costs, transport, basic medical supplies, and have access to external assistance.

V.B3.What is the total amount of money in US dollars the project calculates will be needed each year to sustain the minimum of project benefits for three years after CS funding ends?

ASCH estimates that approximately US$100,000/year will be needed
to implement necessary health project activities for these communities. This amounts to approximately $3.80/beneficiary/year.

V.B4.Are these costs reasonable given the environment in which the project operates? (e.g., local capacity to absorb cost per beneficiary)

Yes, given the current economic condition of Honduras, and an emerging need for project activities to include alcohol and drug abuse, and STDs prevention including AIDS.

V.B5.What are the projected revenues in US dollars that appear likely to fund some child survival activities for at least three years after A.I.D. CS funding ends?

While the project does not generate revenues, ASCH has gained credibility in health work and can expect some support from CARE, the World Food Program, the Honduran Social Investment Fund, community contributions in terms of labor and volunteer time, and the infrastructure of the ASCH. Health volunteers have had priority access to credit under the ASCH Economic Development program which has strengthened their ties to the community.

V.B6.Identify costs which are not likely to be sustainable.

Indirect costs of personnel and ASCH operating costs.

V.B7.Are there any lessons to be learned from this projection of costs and revenues that might be applicable to other child survival projects, or to A.I.D.'s support of those projects?

Proposals should have realistic targets balancing the need for a gain in short-term objectives with objectives for ensuring community participation and long-term sustainability given the community context.

This project demonstrates that volunteers who are established economically are more motivated to stay and work in the community over the long-term. Economic development linkages should be built into the project at the proposal development stage, as well as other interventions (such as literacy) that have a correlation with long-term health outcomes at the community level.

It should not be assumed that the MOH will be able to pick up project costs once the project terminates, especially since the MOH is often the first ministry to be cut when financial crisis occur.

V.C. Sustainability Plan

V.C1.Please identify number and position of project staff interviewed, and indicate the extent of their involvement in project design, implementation and/or monitoring/evaluation.

All of the ASCH management personnel were interviewed. Those involved in project design included the Health Coordinator, the Program Manager, the Impact Area Coordinator and the Executive Director.

V.C2.Briefly describe the project's plan for sustainability as laid out in the DIP, or other relevant A.I.D. reports.

The sustainability plan is based on the following points:

* Collaboration with the MOH and other agencies
* Community participation
* Increase in family income.

ASCH assumed that some of the recurrent costs would be born by the MOH. At the same time, the participation of the community in determining their priorities would be an important factor for community ownership of the project. And, the integration of child survival activities with income generation projects would pay some of the costs of the health project. The DIP (page 30) mentions briefly a

66

four year plan in which the MOH and other agencies would increase their participation in project activities.

The midterm evaluation did not analyze the sustainability process. It included only one recommendation to reduce recurrent costs. Issues of sustainability were addressed briefly in the fourth annual report.

V.C3.Describe what sustainability-promoting activities were actually carried out by the PVO over the lifetime of the project.

ASCH completed the three aspects mentioned in V.C2. ASCH collaborated with the MOH and other non-governmental agencies. They worked with the community and implemented income generation projects. (Please refer to Appendix 17.)

V.C4.Indicate which aspects of the sustainability plan the PVO implemented satisfactorily, and which steps were never initiated. Identify any activities which were unplanned, but formed an important aspect of the PVOs sustainability effort.

Please refer to V.C3. ASCH has used lessons learned from this project to expand health program activities to an urban area as well as to begin start-up activities in a new impact area of San Lorenzo. This addresses an unplanned aspect of their sustainability strategy - that of project replicability.

V.C5.Did any counterpart institutions (MOH, development agencies, local NGOs, etc), during the design of the project (proposal or DIP), make a financial commitment to sustain project benefits? If so, have these commitments been kept?

The MOH promised to provide vaccines, vaccination supplies and packets of ORS. The MOH has been inconsistent in providing these materials (Please refer to the fourth annual report, page 7). ASHONPLAFA provided training and contraceptives directly to users. No other organization promised to give financial support directly to the project.

V.C6.What are the reasons given for the success or failure of the counterpart institutions to keep their commitment?

The MOH ability to obtain materials and provide services has deteriorated. This deterioration restricts the MOH's ability to assume responsibility for this project and provide the human resources and necessary supplies. ASHONPLAFA, CARE and other counterparts have provided the promised resources.

V.D. Monitoring and Evaluation of Sustainability

V.D1.List the indicators the project has used to track any achievements in sustainability outputs and/or outcomes.

In page 28 of the DIP, the following indicators are mentioned:

* number of training sessions by the MOH
* number of services provided
* materials in the health centers
* coverage in each community by the project.

These indicators are not appropriate to measure the sustainability process. However, in the FY93 program planning and budgeting process, ASCH has been asked by Save the Children to provide information on sustainability indicators used agency-wide.

V.D2.Do these indicators show any accomplishments in sustainability?

Even though the MOH was not able to directly provide increased participation in the project, the ASCH was able to obtain considerable amounts of resources indirectly through the Honduran Social Investment Fund. An unexpected outcome of the CS3 project for the ASCH as a developing autonomous institution has been the increased leverage of other funds to support health activities.

V.D3.What qualitative data does the PVO have indicating a change in the sustainability potential of project benefits?

Consistently, the leaders and members of the community knew the necessity of supporting project activities with their own resources. However, appropriate avenues for channelling this community energy has not yet been established.

At the same time the MOH at all levels expressed a great respect for the labor of ASCH, even though they have demonstrated their incapacity to take over the project.

V.D4.Identify in-country agencies who worked with the PVO on the design, implementation, or analysis of the midterm evaluation and this final evaluation.

In the final evaluation, a person from CARE, an auxiliary nurse from CESAMO in Pespire, and an MOH/Pespire representative participated. During the midterm evaluation, a person from the MOH and the National Committee for Social Wellbeing participated.

V.D5.Did the PVO receive feedback on the recommendations regarding sustainability made by the technical reviewers of the proposal and the DIP? Did the PVO carry out those recommendations? If not, why not?

The DIP suggested that ASCH should try and reduce its recurrent costs and should address the potential drop-out of voluntary health workers. The volunteers remained motivated through the integration of credit activities with this health project. Recurrent costs were addressed by the attempt to work with the MOH and counterpart agencies.

V.D6.Did the PVO carry out the recommendations regarding sustainability of the midterm evaluation team? If not, why not?

The midterm evaluation (page 6) recommended only that a plan for the reduction of recurrent costs be developed. Based on the recommendation, ASCH has sought and obtained additional support from other funders, including the Population Council, and tried unsuccessfully to obtain an extension project from AID/W and the local USAID Mission. ASCH has plans to seek further funding to consolidate efforts made toward sustainability.

V.E. Community Participation

V.E1.Please identify community leaders interviewed and indicate which group(s) they represent.

The names of the leaders/members of the different committees interviewed and their affiliation can be found in Appendix 8. These are representatives of the leaders in general.

V.E2.Which child survival activities do community leaders perceive as being effective at meeting current health needs?

100% of the leaders interviewed stated that the project activities have helped to lower the mother/infant morbidity and mortality in their communities. Concrete examples were mentioned regarding how the project has improved the health of their communities. For example, the reduction in malnutrition was cited several times as an important achievement of the project. The reduction of morbidity from ARI and Diarrhea was also mentioned frequently.

V.E3.What activities did the PVO carry out to enable the communities to better meet their basic needs and increase their ability to sustain effective child survival project activities?

ASCH has implemented a series of projects which complement health activities (See Appendix 17). Projects in water, goat raising, egg-laying hens and others, fulfill the felt and real needs of the community. Those projects, especially water projects, are community-wide and all community members must participate. The majority of communities with water

projects have organized themselves efficiently and have participated in the project with work and payment of maintenance quotas. These activities help to increase the community's skills in providing for their own needs.

Also, ASCH has carried out community organization workshops. These workshops attempt to transfer skills for community organization.

V.E4.How did communities participate in the design, implementation and/or evaluation of child survival activities?

There are several levels of community participation in the design and implementation of health services. The community participates through the Integrated Development Committees (IDC). These committees include the majority of community organizations such as: Health Committees, Housewives' Clubs, religious groups and others. The IDC participate with ASCH in determining, not only in regard to health, the community development priorities. The IDC can and do make requests to ASCH regarding projects for their community.

In turn the IDC are organized into a group named the Regional Development Committee (RDC). The RDC is an organizational unit which represents overall IDC interests before ASCH. The RDC participate in decision making concerning approval of projects for the community members. The IDC as well as the RDC have been trained by ASCH in management and administration.

V.E5.What is the number of functioning health committees in the project area? How often has each met during the past six months? Comment on whether committee members seem representative of their communities.

There are 54 Health Committees, one in each community of the project. The Health Committees form part of the IDCs. The Health Committee members as well as those of the IDC are democratically elected by the community general assembly. In general, the Health Committees are made up of the Health Volunteers. The IDCs meet on a monthly, or more frequent, basis.

V.E6.What are the most significant issues currently being addressed by these health committees?

The evaluating team was not able to meet with all of the Committees. A random sample from both impact areas was interviewed as to the subjects of their meetings. Members from a total of 14 IDCs were interviewed. The issues focused generally on aspects of: potable water projects, community health statistics, requests for other projects,

planning of activities (raffles, income generating projects) and health talks.

V.E7.What resources has the community contributed that will encourage continuation of project activities after donor funding ends?

The community contributes actively in two ways. The first is the contribution of human resources. All the community staff who work on the project are volunteers. The second way is that the community has contributed the greater part of the infrastructure for service delivery. The feeding center, storehouses, kitchens and training areas have been built free of cost to the project. The contribution in terms of infrastructure fluctuates between US$500 and $1,500. The community also participates by supplying the maintenance for all the infrastructure of the projects. Both contributions will probably continue once the child survival funds come to an end. However, they are not sufficient to continue the activities on a community level.

V.E8.What are the reasons for the success or failure of the committees to contribute resources for continuation of effective project activities?

The communities have contributed with the material resources which were requested of them (Example: feeding centers). The community members participated because what was requested by the project was within their capabilities. Nevertheless, there is no plan to increase the community contribution to the health project.

V.F. Ability and Willingness of Counterpart Institutions to Sustain Activities

V.F1.Identify persons interviewed and indicate their organization and relationship to the child survival project.

MOH staff were interviewed in both impact areas. In La Esperanza Dr. Luis Israel Girón Aguilar, Chief of Health Area #2 and his work team were interviewed (See Appendix 10). In Pespire Dr. Pamela Coello, Director of CESAMO of Pespire was interviewed.

V.F2.What linkages exist between the child survival project and the activities of key health development agencies (local/ municipal/district/provincial/state level)? Do these linkages involve any financial exchange?

ASCH has established close links with the MOH at the Area headquarters level. All child survival activities are coordinated with MOH. In each Area Headquarters of MOH there is a counterpart assigned to coordinate activities

71

with ASCH. The MOH contributes technicians, syringes, alcohol, cotton, cards and packets of oral rehydration salts (ORS). Although there is frequently a shortage, these supplies are provided for the project with sufficient regularity to have achieved the coverage identified in the standardized survey. ASCH contributes logistical support and supervisory staff.

The project has various important collaborators in the health area. The first is a strong cooperation with CARE International. CARE supplies PL 480 food for the complementary nutrition program in the feeding centers. CARE supplies support in supervisory and monitoring activities of the supplementary feeding program. CARE also provides direct assistance with infrastructure projects such as schools.

Reproductive health activities are coordinated with the Honduran Family Planning Association (ASHONPLAFA). The ASHONPLAFA supplies training for community staff which is open to the public, referrals for the insertion of intrauterine devices (IUD) and sterilization. Mother/child counselors have been established in the same communities as the project. These counselors work in collaboration with ASCH volunteers. Posts have also been established in some communities for distribution of birth control methods.

In conjunction with UNICEF ASCH has initiated a revolving fund project for medicines. 20 "micro-health posts" have been established in the two impact areas in villages which do not have access to CESAR or CESAMO. This project has as one of its goals community self-sufficiency in pharmaceuticals.

Finally, through its other projects ASCH has a close collaboration with various agencies: The Honduran Social Investment Fund (FHIS), the National Board of Social Welfare, Health Education (EDUCSA), the Ministry of Natural Resources, the Ministry of Public Education, National Service of Water and Sanitation (PRASAR-SANAA) and the Secretariat of Public Works and Transportation (SECOPT).

V.F3.What are the key local institutions the PVO expects to take part in sustaining project activities?

The two main actors in the sustainability of the project are the community and the MOH.

V.F4.Which child survival project activities do MOH personnel and other staff in key local institutions perceive as being effective?

MOH officials coincided in mentioning the excellent working relations between MOH and ASCH. The two officials perceive

72

ASCH's activity as beneficial for their health areas. Logistical support, coordination during vaccination campaigns, range of coverage and interchange of information, were some of the aspects indicated by the MOH officials as beneficial. The major activities cited were: immunization, nutrition and control of diarrheal diseases.

V.F5.What did the PVO do to build skills of local MOH personnel or staff of key counterpart NGOs? Did they teach them to train CHWs, or manage child survival activities once A.I.D. funding terminates?

ASCH has given training in community organization and project management to health volunteers and members of the IDC and RDC. Likewise, ASCH carries out planning and training along with MOH staff. MOH members, especially in the La Esperanza area, are completely involved in ASCH activities. However, no specific trainings have been carried out with the goal of turning the project over to MOH.

V.F6.What is the current ability of the MOH or other relevant local institutions to provide the necessary financial, human, and material resources to sustain effective project activities once CS funding ends?

The MOH does not have the material and/or human resources for project follow-up. In spite of the plans outlined in the proposal, DIP and annual reports, the MOH does not have the ability to sustain the project activities.

The economic restructuring which Honduras is experiencing has made its impact felt on the MOH. The MOH staff in the two impact areas will not be increased in the immediate future. The logistical resources of MOH are also minimal. These two factors prevent the adequate follow-up to the project, in spite of the fact that this intention was stated.

V.F7.Are there any project activities that counterpart organizations perceive as effective?

The counterparts perceive the project as effective. Implementation of the EPI program, promotional activities, and information generation were some of the aspects mentioned by the counterparts as especially effective.

V.G. Project Expenditures

V.G1.Attach a pipeline analysis of project expenditures.

Please refer to attached analysis.

V.G2.Compare the budget for planned expenditures identified in the DIP with the actual expenditures at the end of the project. Were some categories of expenditures much higher or lower than originally planned?

Expenditures match the budget that was approved in Amendment No. 5 dated 5/23/91. Expenses for July have not yet been recorded.

V.G3.Did the project handle the finances in a competent manner?

Yes. A bilingual certified public accountant monitored project expenses. Financial systems were in place.

V.G4.Are there any lessons to be learned regarding project expenditures that might be helpful to other PVO projects, or relevant to A.I.D.'s support strategy?

Multi-year budgets assume continuity in key positions. Earlier project delays and underspending had been due to long vacancies linked to staff turnover. The one year no-cost extension that was granted to the project was instrumental in ensuring project success.

V.H. Attempts to Increase Efficiency

V.H1.What strategies did the PVO implement to reduce costs, increase productivity or efficiency of this project?

The following strategies mentioned by ASCH were implemented to reduce costs:

* Maintaining volunteer stability
* Implementation of health micro-posts
* Integration of health and nutrition projects
* Collaboration with MOH, ASHONPLAFA, National Committee for Social Wellbeing and CARE

V.H2.What are the reasons for the success or failure of the attempts to reduce costs, increase productivity or efficiency of this project?

At the beginning of the project, volunteers were motivated through food aid rations. This practice was discontinued in favor of credit and vocational training opportunities for the volunteers which proved highly successful. Volunteer stability was maintained thereby reducing the cost for retraining new volunteers. The evaluation team did not have time to research this aspect of the program but recommends that ASCH document the cost/benefit of the volunteer strategy.

V.H3.Are there any lessons to be learned regarding attempts to increase efficiency that might be applicable to other PVO child survival projects or to A.I.D.'s support of these projects?

Volunteer responsibilities should be carefully discussed with the staff, volunteers and community at the beginning of the project so that volunteers are aware of their accomplishments, remain motivated, and are not unduly overburdened.

V.I. Cost Recovery Attempts

V.I1.What specific cost-recovery mechanisms did the PVO implement to offset project expenditures? If cost recovery was part of the project, who managed implementation?

The option of charging fees for services was considered and rejected due to the poverty of the communities. However, in February 1992 in coordination with UNICEF, ASCH implemented one of the first strategies for cost recovery in its health sector. They implemented micro-health posts for the sale of pharmaceuticals in twenty communities of La Esperanza and Pespire. In theory, these micro-health posts were to be financially self-sufficient. Even if this activity does not cover any actual costs of the child survival project, it will fill a strong need of the community for medicines that are chronically lacking in the health post.

V.I2.Estimate the dollar amount of cost recovery obtained during the project. What percent of project costs did this revenue cover? Did the cost recovery mechanisms generate enough money to justify the effort and funds required to implement the mechanisms?

Not applicable.

V.I3.What effect did any cost recovery activity have on the PVO's reputation in the community? Did the cost recovery venture result in any inequities in service delivery?

Not applicable.

V.I4.What are the reasons for the success or failure of the household income generating activities of this project?

Not applicable.

V.I5.Are there any lessons to be learned regarding cost recovery that might be applicable to other PVO child survival projects or to A.I.D.'s support strategy?

15

Long-term access to health services is essential for the well-being of the community. Innovative strategies should be planned at the beginning of the project with the community. Fee for service activities should be linked with income generating projects for families where appropriate and especially in cash or resource poor communities. A.I.D. should make available and publicize successful community cost-recovery arrangements in the health sector.

V.J. Household Income Generation

V.J1.Did the project implement any household income-generating activities?

Yes, ASCH as part of its work plan implemented a variety of income generating projects. The goal of these projects was to increase income of the resident families in the community in order to improve their quality of life. The communities had animal-husbandry projects such as goat and rabbit raising, poultry production and fish farms. These projects, with appropriate technology, not only produced income for the families but also supported the improvement of the nutritional status of the community.

Some communities implemented their own projects to support nutritional activities. For example, in the community of La Quebrada de Lajas, La Esperanza, the Mothers Club organized a gardening and poultry project to support the Nutrition Center. The products, such as eggs, are utilized by the mothers in the feeding of the infants that attend the center. All of the mothers contributed something, either a product or cash.

The water projects supported by ASCH had a strong component to recover costs. The community contributes all of the labor, the digging of the wells and the maintenance of the system. The USAID/Honduras Mission has congratulated ASCH on the cost efficiency of its water projects. Mr. Herbert Caudill, USAID Water and Sanitation Officer, declared that the water projects of ASCH are the most cost efficient of those projects supported by USAID/Honduras.

In spite of the inherent capability in the area of health to generate funds, the strategies implemented to date have not been fruitful. It remains doubtful if the project could recover a significant quantity of its costs.

V.J2.Estimate the dollar amount of income added to a family or household's annual income, as a result of the income-generating activity of the project.

It is practically impossible to estimate the increase in family income. In many cases the family has benefited from

16

increased income in an indirect way. Many of the activities of ASCH increase the disposable income of the family not by means of increasing the amount of direct cash but by increasing income through products (chickens, eggs, goats, etc).

V.J3.Did the revenues contribute to meeting the cost of health activities? What percentage of project costs did income generation cover?

Please refer to V.J1 and V.J2.

V.J4.Are there any lessons to be learned regarding household income generation that might be applicable to other PVO child survival projects or to A.I.D.'s support strategy?

The baseline survey should address access to services, medicines, and supplies and establish a mechanism, when appropriate, to address them. Income generation projects or poverty lending programs can help to offset the additiona

VI. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

In accordance with the findings of the standardized survey and the responses to the questionnaire on sustainability the following conclusions can be made:

* The project fulfilled the Child Survival III objectives

* Some components of the project are not sustainable.

From each of these conclusions can be inferred a series of observations and lessons learned. In the case of sustainability it is necessary to note the context which impeded the achievement of this objective.

Fulfillment of the Objectives

The objectives stipulated in the DIP and in the fourth annual report were met. In accordance with the midterm evaluation, ASCH had already achieved most of the objectives at that time. It is significant that, in spite of the economic reconstruction which is being carried out in the country, the initial project achievements have been maintained.

ASCH has been very effective in its use of volunteer staff for service delivery. The supervisory system allows the promoter to be in contact with the volunteers (at least once

77

a week). This support and constant recognition is a powerful incentive for the constancy and activity of the volunteer.

Levels of awareness regarding all the child survival interventions are high. ASCH's information, education and communication strategy has given good results. The combination of social marketing and interpersonal communication has been very timely. Health programs on the local radio have contributed to the high level of awareness. Also, the constant interaction of the health volunteer with the community has helped transform the awareness into action. The results are high levels of EPI coverage, almost universal prenatal care and others already described in the section on results. ASCH should continue its present IEC methodology and carry out studies of the public to detect groups which the child survival messages do not yet reach.

Without a doubt part of ASCH's success is due to the excellent integration of projects in the community. Income generation, potable water and other projects complement the advances in the health program. The projects reenforce community self-management in health. In general, the health projects are of low priority for the community and self-funding of services is even less important. But the link between the health sector and the other ASCH sectors offers valuable lessons for the community regarding the need to participate in the solution of its health problems.

Lessons and Recommendations for Intervention

* <u>Monitoring of Diarrhetic Illness and Promotion of Rehydration Therapy</u>

  *ASCH must clarify its educational messages as to when the mother should take her child to the health center or consult a volunteer. If the mother waits until the child with diarrhea is already dehydrated to make this decision, it could be too late.

  *A high percentage of mothers feed their children with a bottle. ASCH should dissuade mothers from this practice.

  *Special emphasis should be placed on the inappropriate use of medicines during the episode of diarrhea.

* <u>Early detection and timely treatment of Acute Respiratory Infections</u>

  *Just as with diarrhea, ASCH should develop adequate educational messages regarding the best time to take the child with ARI to the health center.

76

*Continue and increase the role of the volunteer in the treatment of ARI.

* Extended Immunization Program (EPI)

*ASCH should continue and increase the participation of the volunteer as a provider of immunizations.

*Increase the ratio of mothers who know that a child can be vaccinated without any danger.

*Assure the adequate provision of vaccination registration cards.

*There has been no significant change in vaccination coverage since the midterm evaluation.

* Prenatal Care

*Take into consideration the impossibility of the Ministry of Public Health to provide prenatal monitoring registration cards.

*Continue the participation of the birth attendant in prenatal care.

* Spacing of Pregnancies

*There has been no significant increase in the prevalence of contraception.

*ASCH should increase its efforts to satisfy the felt needs for contraception.

*Investigate reasons for the lack of use of contraception.

*Reinforce activities of information, education and communication regarding contraception.

* Growth Monitoring

*Increase the proportion of children below two years of age with an official weight monitoring card.

* Promotion of Breastfeeding and Supplementary Feeding

*Reduce the use of the bottle for children below two years of age.

*Increase the ratio of mothers who know the appropriate age for weaning.

19

*Develop alternatives in complementary feeding for the "feeding centers".

Lessons and General Recommendations

The health volunteer is an important force in the delivery of health services to the community. However, his/her range of actions is limited. The volunteer only transmits the messages created by ASCH or by the Ministry of Public Health. Participation in the elaboration of work plans is almost nil. Although highly motivated through the constant visits of ASCH supervisory staff, the volunteer does not possess the necessary skills to become an agent of change in the community. The volunteer has not developed skills in promoting self management. Therefore it is doubtful that the enthusiasm of the volunteer will be maintained once the project is finished.

Although the communities have real needs for preventive services, their curative needs are usually more pressing. The health volunteer is not trained to take care of these community health needs. The emphasis on training is too much on prevention and few or no skills for attending felt needs (curative) of community health are provided. With the exception of oral rehydration therapy the volunteer has no curative skills. ASCH should consider the creation of materials (manuals) on curative care. It is the opinion of the coordinator of this evaluation, that there should be a balance between preventive and curative activities. The volunteers are ignorant of the social determinants of the health-illness process in the community. How can the volunteer work a change in his/her community if he/she does not know the factors which determine its current situation?

In the community context the problems for self management and sustainability are equally important. The community has scarcely an incipient capacity to manage itself and try to resolve its own health needs. The participation of the community in determining priorities and work plans is very limited. The project is not participatory at the third level. ASCH should seek a greater level of community participation.

There is no exchange of community health resources. In practically all the communities where ASCH works there are already individuals devoted to health care. These already established traditional healers are usually self-sufficient. However, no significant efforts have been made to incorporate them into ASCH activities. The majority of persons interviewed knew the locations of these healers and the costs for consulting them.

80

Under the same heading of cultural exchange, no use of medicinal plants was found. Honduras, as is the case in all Central American countries, has a great wealth of herbs. ASCH should consider incorporating, just as it has done with medicines, a basic chart of medicinal plants in its repertory of health resources.

Through the roster, the family card and other formats, ASCH generates a great quantity of information. In general the flow of this information is one-directional. Emphasis is made on the gathering of data, filling out of forms and timely mailing to the central offices of ASCH. Nevertheless, little of this information is discussed with the volunteers and still less with the community in general. ASCH should consider implementing systems which allow the analysis of the data at the community level as an important step in self management.

Given the large quantity of data generated by the project, in some cases ASCH should consider reduction in this collection. In addition, ASCH should consider computerizing the information system to make the processing of the data more efficient. There should be computers in the two impact areas to reduce the time needed for data processing and to reduce the bureaucratic load in filling out forms.

Sustainability

Sustainability should be evaluated within the social and economic context of Honduras. This context includes the Ministry of Public Health and community factors. This context is outside of ASCH's control. In its design, the project considered the adoption, on the part of the Ministry, of child survival and community self-management activities to maintain participation at that level.

The country is currently going through a grave crisis. Economic restructuring methods have been implemented which affect the ability of the government to provide services. In the case of the Ministry of Public Health, this means that the same human and material resources must provide for the increasing demand in services. The more the acquisition capacity deteriorates, the greater is the dependence of the population on official health services. The Ministry of Public Health, therefore, not only has to attend to the normal increase in the demand for services but also has to accommodate the demand which has been displaced from the private sector.

Without significant increases in its budget, the Ministry of Public Health does not have the capacity to attend the population which requires its services. In these circumstances, and in spite of having grants for

sustainability, the Ministry of Public Health simply does not have the material or human resources to absorb the project.

ASCH should consider, in its planning in the health sector, the limited capacity of the Ministry of Public Health to absorb projects. This lesson, which is now evident, was not so clear when the project was designed and Honduras was going through a more stable economic situation. On the other hand, ASCH should have foreseen the deterioration of the Ministry of Public Health resources and taken corrective measures to change the emphasis of its sustainability strategy.

ASCH needs to redefine its mission in the health sector. Although the successes it has had with these projects are excellent, it is necessary to clarify the role of ASCH in relation to the Ministry of Public Health, other health agencies and its clients (the community). If the task of ASCH in the health sector is to achieve long term changes in the health of the population, the dilemma of how to achieve sustainability must be resolved. On the other hand, if ASCH wants to make demonstration projects which contribute lessons in community health work, then its focus should not necessarily be on sustainability. In any case, it is necessary for the lessons learned from Child Survival III to be integrated into the institutional memory and for the mission to be modified to accommodate the new experiences.

As a general conclusion of this evaluation it can be said that ASCH has developed excellent work in fulfilling the objectives set in the original proposal. Work such as that developed by ASCH should continue to be supported to make it possible to take the next step toward sustainability.

CHILD SURVIVAL III: HONDURAS

BUDGET VS. ACTUALS FOR YEAR 5 AND TOTAL EXPENSES TO DATE VS. TOTAL GRANT *

					YEAR 5: EXPENSES VS. PLANNED BUDGET *					LIFE OF GRANT: CUMULATIVE EXPENSES VS. TOTAL GRANT **			
	YEAR 1 EXPENSES	YEAR 2 EXPENSES	YEAR 3 EXPENSES	YEAR 4 EXPENSES	EXPENSES 07/31/92	PLANNED BUDGET **	BALANCE	% EXPENDED	PLANNED BUDGET YEAR 6	CUMULATIVE ACTUALS	TOTAL PLANNED BUDGET	BALANCE	% OF TOTAL GRANT EXPENDED
Personnel	32,639.80	42,757.38	44,949.88	28,850.71	37,127.90	33,149.29	(3,978.61)	112.0%	0.00	186,325.67	182,347.06	(3,978.61)	102.2%
Travel	3,770.02	6,434.67	20,583.31	13,267.12	5,942.32	5,044.88	(897.44)	117.8%	0.00	49,997.44	49,100.00	(897.44)	101.8%
Other Direct	3,781.98	4,387.86	7,577.59	10,606.73	10,356.01	9,828.78	(527.23)	105.4%	0.00	36,710.17	36,182.94	(527.23)	101.5%
SUBTOTAL	40,191.80	53,579.91	73,110.78	52,724.56	53,426.23	48,022.95	(5,403.28)	111.3%	0.00	273,033.28	267,630.00	(5,403.28)	102.0%
Consultants	6,746.66	11,012.49	5,950.00	0.00	4,000.00	6,000.85	2,000.85	66.7%	0.00	27,709.15	29,710.00	2,000.85	93.3%
Supplies	3,398.00	6,915.14	4,555.23	2,227.52	2,252.24	5,956.94	3,704.70	37.8%	0.00	19,348.13	23,052.83	3,704.70	83.9%
Equipment	3,852.62	9,325.63	2,579.19	3,052.00	0.00	(302.27)	0.00		0.00	18,809.44	18,507.17	(302.27)	101.6%
SUBTOTAL	13,997.28	27,253.26	13,084.42	5,279.52	6,252.24	11,655.52	5,403.28	53.6%	0.00	65,866.72	71,270.00	5,403.28	92.4%
TOTAL	54,189.08	80,833.17	86,195.20	58,004.08	59,678.47	59,678.47	0.00	100.0%	0.00	338,900.00	338,900.00	0.00	100.0%

* Field Office, Home Office expenses, and Overhead through : 07/31/92
Balances from Year 4 included in Year 5
** Honduras budget revised per Amendment No. 5 dated 5/31/91.

Year 1 = Aug. 1, 1987 - July 31, 1988
Year 2 = Aug. 1, 1988 - July 31, 1989
Year 3 = Aug. 1, 1989 - July 31, 1990
Year 4 = Aug. 1, 1990 - July 31, 1991
Year 5 = Aug. 1, 1991 - July 31, 1992
Year 6 = Aug. 1, 1992 - January 31, 1993

Informe Final
Supervivencia Infantil III
en las áreas de
Pespire y La Esperanza
Honduras

Vol. II ANEXOS

Julio, 1992

EQUIPO DE EVALUACIÓN

Asociación Save The Children-Honduras

Lic. Mario Nieto
Ing. Mariano Planells
Dra. Lesbia Rivera

CARE Internacional

Lic. Ronald Fiallos

Coordinador del Equipo

Dr. René Salgado
Project Concern International

Asociación Save the Children-Honduras
Col. Alameda, Avenida Julio Lozano Díaz Casa #1314
Apdo. Postal 333, Tegucigalpa, D.C.

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Equipo de Evaluación (Biografías) 1

Anexo 2: Comunidades Encuestadas 3

Anexo 3: Croquis de las áreas de impacto 4

Anexo 4: Cronograma de Actividades y Citas 6

Anexo 5: Encuesta 10

Anexo 6: Resultados por Pregunta 21

Anexo 7: Listado de personal que participó en el análisis preliminar. 39

Anexo 8: Listado de personal comunitario que participó en las discusiones de sostenibilidad 40

Anexo 9: Listado de personal de ASCH que participó en discusiones de sostenibilidad. . 42

Anexo 10: Listado de personal de M.S.P. que fué entrevistado 43

Anexo 11: Carnet de Salud del Niño 44

Anexo 12: Carnet Vacunación de Mujer en Edad Fértil 45

Anexo 13: Hoja de Control de Crecimiento 46

Anexo 14: Hojas de Eventos Vitales 47

Anexo 15: Ficha Familiar 50

Anexo 16: Hojas de Reporte Consolidado de Salud y Nutrición 51

Anexo 17: Lista de integración de programas y proyectos 52

Anexo 18: Disco para Cálculo de Edad y Peso 58

Anexo 19: Contrato de sostenibilidad 59

Anexo 20: Bibliografía 62

Anexo 1: Equipo de Evaluación (Biografías)

NOMBRE:	**LESBIA MARIA RIBERA RUBI**
EDAD:	**30 AÑOS**
PROFESION:	**DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUJIA**
CARGO EN LA INSTITUCION:	**MEDICO DEL PROGRAMA DE SALUD Y NUTRICION**
NACIONALIDAD:	**HONDUREÑA**

ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA:

1. Educación y capacitación del personal comunitario e institucional en aspectos de:
   Supervivencia Infantil
   Salud Reproductiva
2. Supervisión y monitoreo de otros proyectos de Salud y Nutrición
3. Coordinación interinstitucional; para el programa de Salud y Nutrición

---

NOMBRE:	**MARIO FRANCISCO NIETO MATAMOROS**
EDAD:	**38 AÑOS**
PROFESION:	**LICENCIADO EN NUTRICION**
CARGO:	**NUTRICIONISTA PROGRAMA DE SALUD Y NUTRICION**
NACIONALIDAD:	**HONDUREÑO**

BREVE RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES EN ASCH:

1. Educación y capacitación a personal comunitario e institucional en aspectos de:
   a. Educación nutricional
   b. Control de crecimiento
   c. Clasificación nutricional de niños menores de 5 años
   d. Tratamiento ambulatorio de niños desnutridos
   e. Manejo de lactarios

2. Brindar apoyo en otras conductas del proyecto de supervivencia infantil y a otros proyectos de salud y otros sectores de la ASCH.

NOMBRE: **RONALD ARTURO FIALLOS**
PROFESION: **LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**
CARGO: **SUPERVISOR DEL PROGRAMA DE ALIMENTOS**
NACIONALIDAD: **HONDUREÑO**

INSTITUCION: **CARE INTERNACIONAL EN HONDURAS**

BREVE RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES:

1. Elaborar planes de trabajo que permitan la ejecución de la supervisión/monitoreo, capacitación y demás actividades del programa de alimentos

2. Supervisar/monitorear muy de cerca el estado de los proyectos, para verificar su progreso hacia las metas fijadas

3. Orientar a las comunidades, sobre el procedimiento a seguir para el almacenaje, higiene y consumo de los alimentos

4. Coordinar las actividades de los programas con los niveles operativos de la contraparte

5. Sistematizar la ejecución de las actividades del programa diseñado y proponiendo metodologías de trabajo

---

NOMBRE: **JUAN MARIANO PLANELLS FEREZ**
EDAD: **34 AÑOS**
PROFESION: **INGENIERO AGRONOMO**
CARGO: **GERENTE DE PROGRAMAS**
NACIONALIDAD: **HONDUREÑA**

BREVE RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES EN ASCH:

1. Cuatro años y medio de trabajar para Save The Children de Honduras.

2. Promover y coordinar las actividades de gestión, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas de Save The Children

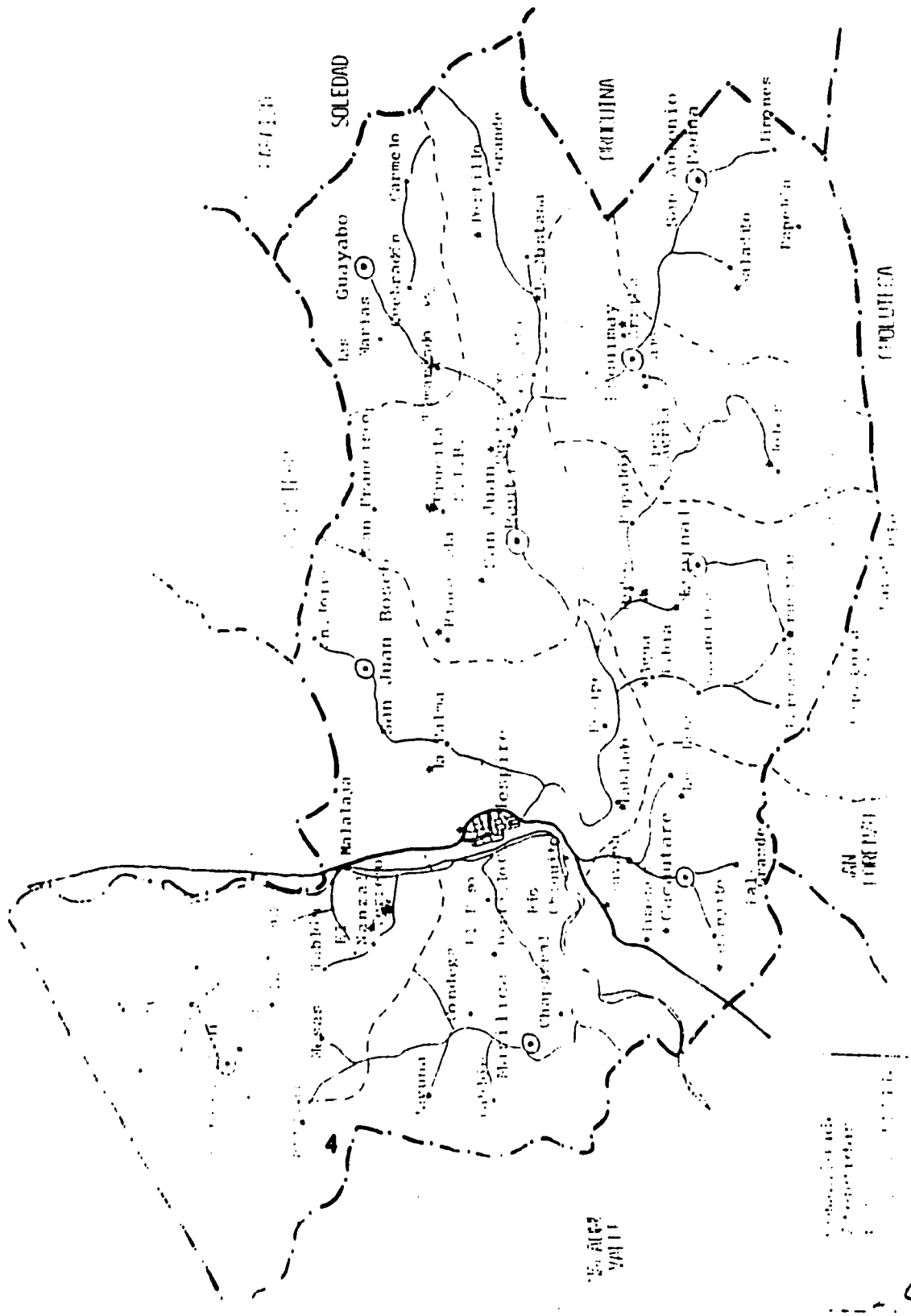
3. Planificación de las actividades de Save The Children.

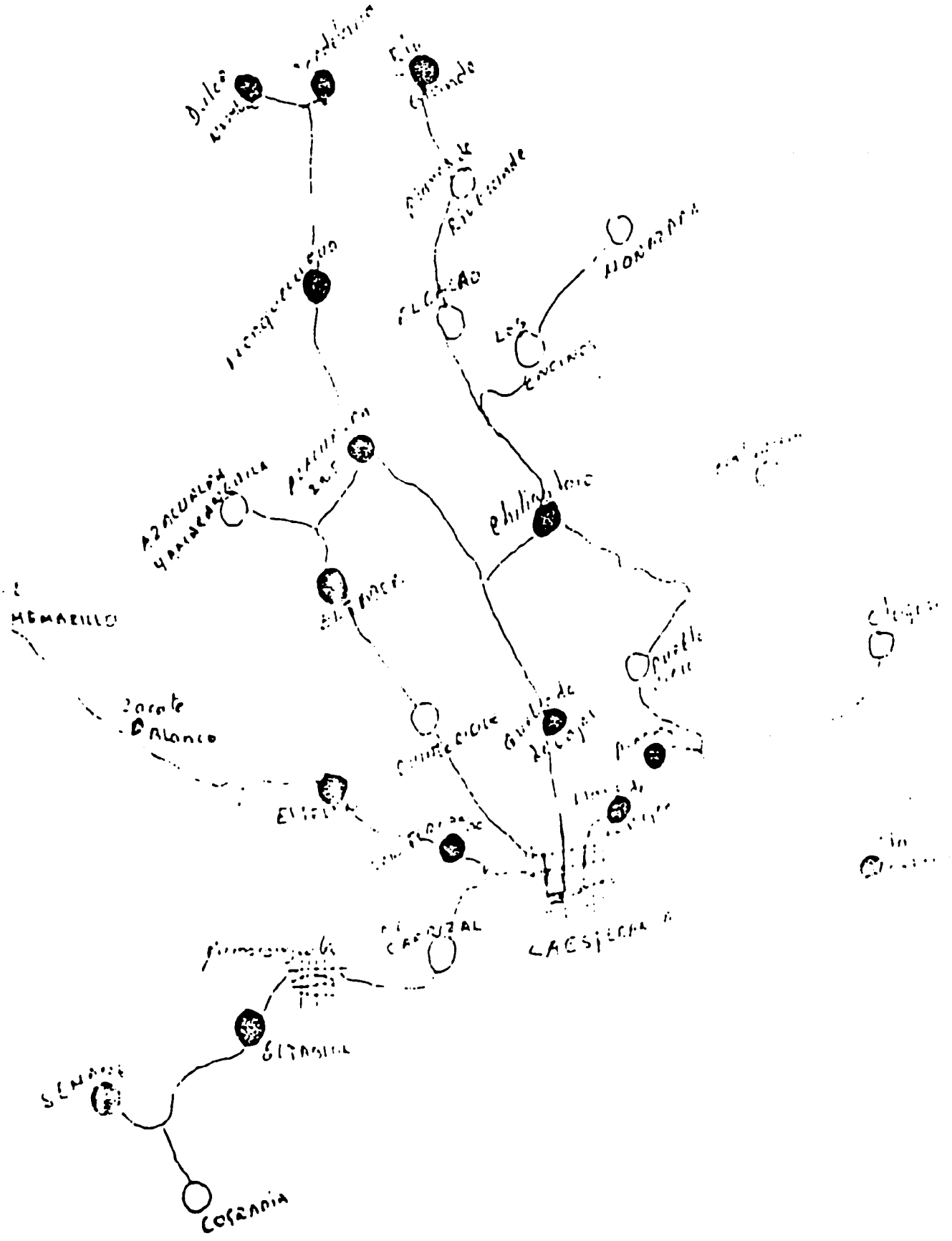
Anexo 2: Comunidades Encuestadas

1.- Pueblo Viejo
2.- Moquecagua
3.- Rio Grande
4.- Azacualpa Intibuca
5.- La Palma
6.- La Lucía
7.- Azacualpa Yamaranguila
8.- Ologosi
9.- Santa Catarina
10.- Esquimay Centro
11.- Tamarindo Concepción
12.- Quebrada de Lajas
13.- Portillo Centro
14.- Planes de Rio Grande
15.- El Carrizal
16.- El Pelón
17.- Pinares
18.- Chiligatorio
19.- Candelaria
20.- El Saladito
21.- Rincón del Espinal
22.- San Juan Bautista
23.- El Tablón
24.- Esquimay Abajo
25.- Los Jobos
26.- Cacautare
27.- La Montaña
28.- El Espinal
29.- Semane
30.- El Tablado

88

Anexo 3: Croquis de las áreas de impacto





DISTRIBUCION GENERAL DEL AREA DE IMPACTO

DDZ-LA ESPERANZA, INT.

Anexo 4: Cronograma de Actividades y Citas

HORARIO DE ACTIVIDADES REALIZADAS
PARA LA EVALUACIÓN DE SUPERVIVENCIA INFANTIL III
SAVE THE CHILDREN-HONDURAS

Lunes, 6 de Julio de 1992

12:30 PM	Llegada a Tegucigalpa, Honduras.
2:00 PM - 4:30 PM	Reunión con la Lic. Aida Cora de Castro e Ing. Mariano Planells. Expectativas de la Evaluación. De acuerdo en los términos.
4:30 PM - 5:30 PM	Presentación del resto del equipo. Dra. Lesbia Rivera, Lic. Ronald Fiallos, Técnico José Henry Perdomo.
	Revisión de equipo de computación y reproducción.

Martes, 7 de Julio de 1992

8:00 AM - 1:00 PM	Actividades varias.
	Elaboración de Muestra con Lic. Mario Nieto y Lic. Ronald Fiallos
	Revisión de la Boleta con el equipo evaluador: Ing. Mariano Planells, Dra. Lesbia Rivera, Lic. Mario Nieto, Lic. Ronald Fiallos y Técnico José Henry Perdomo.
1:00 PM- 2:45 PM	Reunión con Dra. Maria Elena de Rivas, Subdirectora General de Salud, Región Centro Sur Oriental del Ministerio de Salud Pública.
2:45 PM - 7:00 PM	Revisión de la boleta con equipo evaluador.
	Preparación de Agenda la capacitación de encuestadores y supervisores.
7:00 PM - 12:00 AM	Reproducción de boletas y otros materiales.

Miercoles, 8 de Julio de 1992

8:00 AM - 5:00 PM	Capacitación de Encuestadores y Supervisores.
	Marco Conceptual del Proyecto de Supervivencia Infantil

Aspectos Administrativos de la Encuesta.
Introducción a la Encuesta.
Revisión del Cuestionario por preguntas.
Elementos de le Entrevista.
Manejo de Formularios.
Selección de Hogares/Prueba Piloto.
Supervisión y control de calidad.

Jueves, 9 de Julio de 1992

6:00 AM	Salida a Pespire para prueba Piloto.
8:00 AM - 9:00 AM	Reunión con Encuestadores, Supervisores y equipo de Pespire en las oficina de Save en Pespire.
9:20 AM - 12:30 PM	Salida y Prueba de Campo en Agua Tibia, Pespire.

1:30 PM - 4:30 PM	Revisión de boleta con encuestadores, supervisores y equipo de Pespire.
4:30 PM - 5:00 PM	Revisión de metodología de muestreo con los supervisores.
8.00 PM - 10:45 PM	Preparación del Programa Epi Info para el ingreso de datos.

Viernes, 10 de Julio de 1992

8:20 - 10:30 AM	Revisión de la boleta con el equipo evaluador. Últimos cambios.
9:00 - 10:00 AM	Reunión con el Ing Herbert Caudill Jr., Asesor, Programas de Programas de Agua Potable y Saneamiento, USAID-Honduras.
10:00 - 12:00 PM	Revisión final de boleta.
12:00 PM -2:30 PM	Capacitación al equipo evaluador en Epi Info 5.10b.
	Técnicos incluidos. Dra. Lesbia Rivera, Ing. Mariano Planells, Mario Nieto, Lic. Ronald Fiallos y Técnico José Henry Perdomo.
2:30 PM - 5:30 PM	Programación en Epi Info de la boleta. Participación de José Henry Perdomo y Mario Nieto.
6:00 PM - 8:00 PM	Últimos detalles: cotejc de boletas, programación, preparación de materiales.
8:20 PM - 9:00 PM	Capacitación de las digitadoras.

Sábado, 11 de Julio de 1992

6:00 -7:00 AM	Salida de Tegucigalpa a Pespire y La Esperanza de los equipos.
8:00 -9:00 AM	Reunión con Encuestadores y Supervisores.
	Instrucciones finales antes de salida al campo.
9:00 AM	Salida con la Dra. Lesbia Rivera de Menjivar a las comunidades de San Juan Bautista, Esquimay Abajo, Esquimay Arriba, Saladito y los Jobos.
9:30 -4:45 PM	Supervisión de la muestra y técnica de la entrevista en las comunidades mencionadas.
	Recoger roster.
4:45 -5:20 PM	Regreso a Pespire.
5:20 -6:00 PM	Supervisión del Ingreso de Datos.
	Estancia en hotel Oasis en Jícaro Galán

Domingo, 12 de Julio de 1992

8:00-8:30 AM	Reunión con encuestadores en Pespire. Análisis del día anterior.
8:00 AM- 9:20 PM	Trabajo en Oficina de Pespire.
	Introducción de datos.
	Programación de Subencuesta Roster.
	Trabajo en Horario de Actividades.

Lunes, 13 de Julio de 1992

8:00-3:30 PM	Salida a las comunidades de Pespire, (Rincón del Espinal, El Espinal, Agua Tibia, El Tablado).

92'

	Visitas a los proyectos de cabros, gallinas, y conejos Lactarios; Cesar El Espinal.
4:30 PM	Llegada a Tegucigalpa.

Martes, 14 de Julio de 1992

8:00 AM - 2:00 AM	Limpieza de datos en las Oficinas de Tegucigalpa.
	Programación de Epi Info para obtener grupos de edades, coberturas, etc.
	Preparación de acetatos para la presentación del día siguiente.
	Entrada de datos de los roster.

Miércoles, 15 de Julio de 1992

8:00 AM - 9:00 AM	Preparación de acetatos para presentación.
9:00 AM - 1:00 PM	Análisis de datos con grupo de voluntarios, MSP, Coordinadores de Areas, equipo evaluador y encargados del Sector Salud en las áreas.
2:00 PM - 4:00 PM	Análisis de datos con grupo de voluntarios, etc.

Jueves, 16 de Julio de 1992

8:30 AM - 5:00 PM	Limpieza de datos de las bases de datos.

Viernes, 17 de Julio de 1992

8:00 AM - 6 :00 PM	Definición de reporte de encuesta.
	Escribir reporte. Equipo: Mario, Ronald, Lesbia, René y Mariano

Sábado, 18 de Julio de 1992

9:00 AM - 12:15 PM	Continuar la escritura del reporte.

Lunes, 19 de Julio de 1992

6:00 AM - 10:30 AM	Salida y viaje a La Esperanza, Intibucá.
11:00 AM - 11:20 AM	Reunión con el equipo de salud de La Esperanza: definición de agenda y roles.
11:30 AM - 12:15 AM	Salida y viaje a comunidad seleccionada (Semane, El Cacao y Los Encinos).
12:30 PM - 1:45 PM	Reunión con líderes comunitarios, voluntarios, en las comunidades de: Semane.
3:20 PM - 4:15 PM	Reunión con el Jefe de Área de Salud Pública y su equipo: Equipo evaluador y personal de la ASCH de La Esperanza.
5:00 PM - 6:00 PM	Preparación de datos de la Esperanza para entrega al Jefe de área del M.S.P.

Martes, 20 de Julio de 1992

8:20 AM - 2:00 PM	Visita a las comunidades de (El Cacao, Los Encinos) para discusión de el cuestionario de sostenibilidad.

2:00 PM - 4:00 PM	Discusión con equipo de ASCH. Definición de sostenibilidad, discusión del cuestionario de sostenibilidad.
4:00 PM - 8:20 PM	Salida y viaje a Tegucigalpa.

Miércoles, 21 de Julio de 1992

6:30 AM - 8:10 AM	Salida y viaje a Pespire.
9:00 AM - 11:00 AM	Discusión con grupo de líderes comunitarios, miembros de CDI y voluntarios de salud de 10 comunidades de Pespire sobre el cuestionario de sostenibilidad y otros aspectos del programa de salud en la oficina del área.
11:15 AM - 11:35 AM	Salida y viaje a Tamarindo Concepción
11:35 AM - 12:35 PM	Discusión con miembros de la comunidad sobre el proyecto y preguntas de sostenibilidad.
1:45 PM - 2:45 PM	Discusión con miembros de la comunidad de Las Lajas sobre el proyecto y preguntas de sostenibilidad.
3:45 PM - 4:45 PM	Reunión con personal del MSP en Pespire. Discusión de coordinación y colaboración con ASCH y preguntas de sostenibilidad.
5:05 PM - 5:45 PM	Reunión con el personal de ASCH en Pespire. Discusión de las preguntas de sostenibilidad.

Jueves 23 de Julio de 1992

8:00 AM -8:55 AM	Trabajo en oficinas de Save the Children Honduras
9:00 AM - 10:00 AM	Presentación de Resultados Preliminares al Lic. Caudill de AID-Honduras.
10:05 AM - 5:00 PM	Revisión de conclusiones con el equipo evaluador, jefes de área, gerente de programas, responsables del sector salud y la Directora de ASCH.

Viernes 24 de Julio de 1992

8:00 AM - 6:00 PM	Escribir Reporte. Presentes equipo evaluador, representantes de área y de sector salud.

Sábado 25 de Julio de 1992

9:00 AM - 9:00 PM	Escribir Reporte. Presentes equipo evaluador y apoyo secretarial.

Anexo 5: Encuesta

IDNUM: _____ No. de Encuesta:_____

Nombre de Jefe de Familia:_____

Comunidad:_____

ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS SOBRE SUPERVIVENCIA INFANTIL. ASCH-HONDURAS, JULIO 1992.

Las siguientes preguntas son para las madres de niños menores de dos años (24 meses).

Fecha de entrevista ___/07_/92 Reentrevista ___/07_/_92
(dd/mm/aa) (dd/mm/aa)
Nombre del Entrevistador:_____
Nombre del Supervisor: _____

1. Nombre de la madre:_____Edad:_____

2. Nombre del niño:_____

fecha de nacimiento del niño: __/__/__
(dd/mm/aa)

I-EDUCACION/OCUPACION DE LA MADRE

3. ¿Sabe leer?
   1. si [ ]
   2. no [ ]

4. ¿Trabaja fuera de su casa?
   1. si [ ]
   2. no [ ]

5. ¿Quién cuida a (nombre del niño) cuando Ud. anda fuera de su casa?
   <puede marcar más de una respuesta>
   a. el niño va con la mamá [ ]
   b. el esposo/compañero [ ]
   c. hermanos mayores [ ]
   d. abuela [ ]
   e. vecinos/amigos [ ]
   f. la empleada [ ]
   g. otro, especifique_____ [ ]

6

II-LACTANCIA MATERNA/NUTRICIÓN

6. ¿Está dándole pecho o chiche a **(nombre del niño)**?
   1. si, pecho exclusivo [ ] —— **PASE A LA 13**
   2. si, no exclusivo [ ] —— **PASE A LA 8**
   2. no [ ]

7. ¿Le dió pecho alguna vez a **(nombre del niño)?**
   1. si [ ]
   2. no [ ]——> **PASE A LA 9**

8. ¿Le está dando leche en pepe a **(nombre del niño)**?
   1. si [ ]
   2. no [ ]
   3. no recuerda [ ]

9. ¿Qué alimentos le está dando a **(nombre del niño)**?
   (puede marcar más de una respuesta)
   a. agua, café o té [ ]
   b. atoles (poleadas) [ ]
   c. frutas o jugos [ ]
   d. zanahorias, ayote, mangos o papaya [ ]
   e. carne de res, pollo, conejo, cabro, cerdo, garrobo (iguana) o pescado [ ]
   f. frijoles o soya [ ]
   g. huevos [ ]
   h. yerbas verdes como: verdolaga, hojas de rábano, hojas de ayote [ ]
   i. ningunos [ ]
   j. otros, **especifique**_____ [ ]

10. ¿Le está añadiendo azúcar o miel a los alimentos de **(nombre del niño)**?
    1. si [ ]
    2. no [ ]
    3. no recuerda [ ]

11. ¿Prepara los alimentos de **(nombre del niño)** con aceite o manteca?
    1. si [ ]
    2. no [ ]
    3. no recuerda [ ]

12. ¿Le está añadiendo aceite, manteca, mantequilla o margarina a los alimentos de **(nombre del niño)**?
    1. si [ ]
    2. no [ ]
    3. no recuerda [ ]

96

13. Al cuanto tiempo después del parto, se debe dar pecho por primera vez?
   1. durante la primera hora después del parto [ ]
   2. durante las primeras 8 horas después del parto [ ]
   3. mas de 8 horas después del parto [ ]
   4. no sabe [ ]

14. ¿A que edad ie debe empezar a dar otros alimentos a los niños?
   1. 0 - 4 meses [ ]
   2. 4 - 6 meses [ ]
   3. 6 - + meses [ ]
   4. no sabe [ ]

15. ¿Sabe usted qué vitamina previene la ceguera en los niños?
   1. la vitamina A [ ]
   2. no sabe u otras [ ]

16. ¿Sabe usted qué alimentos contienen vitamina A?
   (puede marcar más de una respuesta)
   a. yerbas verdes [ ]
   b. frutas de color amarillo intenso [ ]
   c. carne(res, cerdo, pollo)/pescados [ ]
   d. lactancia materna [ ]
   e. la yema de los huevos [ ]
   f. no sabe u otras [ ]
   g. otros, **especifique**_____ [ ]

III-CONTROL DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO

17. ¿Lleva a **(nombre del niño)** a control de peso (niño sano o de salud)?
   1. si, con carnet [ ] **(pida que se lo muestre!)**
   2. si, sin carnet [ ]
   3. no [ ]—> **PASE A LA 19**

18. Ha sido pesado el niño en los últimos 4 meses?
   (mire el carnet si lo tiene)
   1. si [ ]
   2. no [ ]

19. ¿Que haría si (nombre del niño) estuviera bajo de peso?
   (puede marcar más de una respuesta)
   a. aumenta el número de comidas [ ]
   b. lleva el niño al lactario [ ]
   c. lleva el niño al centro de salud [ ]
   d. dar de todo lo disponible en el hogar [ ]
   e. no hace nada [ ]
   f. otros, **especifique**_____ [ ]

91

IV-ENFERMEDADES DIARREICAS

20. ¿Ha tenido **(nombre del niño)** diarrea en las últimas dos semanas?
    1. si [ ]
    2. no [ ]——> **PASE A LA 28**
    3. no recuerda [ ]——> **PASE A LA 28**

21 Durante la diarrea de **(nombre del niño)**, ¿cuantas veces le dió pecho,...?
<lea las opciones a la madre>
    1. más de lo acostumbrado? [ ]
    2. igual a lo acostumbrado? [ ]
    3. menos de lo acostumbrado? [ ]
    4. se lo quitó de un solo [ ]
    5. ya no recibía pecho [ ]

22. Durante la diarrea de **(nombre del niño)**, ¿le dió otros líquidos?
    1. si [ ]
    2. no [ ]——> **PASE A LA 24**

23. ¿Que cantidad de líquido le dió?
<lea las opciones a la madre>
    1. más de lo acostumbrado? [ ]
    2. igual a lo acostumbrado? [ ]
    3. menos de lo acostumbrado? [ ]

24. Durante la diarrea de **(nombre del niño)**, ¿le dió de comer
<lea las opciones a la madre>
    1. más de lo acostumbrado? [ ]
    2. igual a lo acostumbrado? [ ]
    3. menos de lo acostumbrado? [ ]
    4. dejó de darle completamente? [ ]
    5. sólo pecho [ ]

25. Cuándo **(nombre del niño)** tuvo diarrea, ¿qué tratamientos le dió?
(puede marcar más de una respuesta)
    a. sobre de rehidratación oral (litrosol) [ ]
    b. solución de agua y sal (suero casero) [ ]
    c. soluciones a base de cereales [ ]
    d. líquidos, tés o cocimientos caseros [ ]
    e. medicinas anti-diarréicas o antibióticos [ ]
    f. ninguno [ ]
    g. otro, **especifique** _____ [ ]

26. Cuándo **(nombre del niño)** tuvo diarrea, ¿pidió consejo o ayuda?
    1. si [ ]
    2. no [ ]——> **PASE A LA 28**

98

27. ¿De quién recibió ayuda o consejo para la diarrea de **(nombre del niño)**?
(puede marcar más de una respuesta)

a. hospital general [ ]
b. centro de salud/puesto de salud [ ]
c. médico/clínica particular [ ]
d. farmacia [ ]
e. voluntario o consejera de salud [ ]
f. curandero [ ]
g. promotora [ ]
h. partera [ ]
i. parientes y amigos [ ]
j. otro, **especifique** _____ [ ]

28. ¿Qué señales de peligro harían que Ud. busque ayuda para curar a **(nombre del niño)** de un diarrea?
(puede marcar más de una respuesta)

a. vómitos [ ]
b. fiebre [ ]
c. boca seca, ojos hundidos, mollera hundida, orina poco (deshidratación) [ ]
d. diarrea prolongada (mas de 14 días) [ ]
e. sangre en la heces [ ]
f. pérdida del apetito [ ]
g. débil o desganado [ ]
h. más de 5 evacuaciones al día [ ]
i. no sabe [ ]
j. otros, **especifique** _____ [ ]

29. ¿Cómo se debe alimentar un niño despues de una diarrea?
(puede marcar mas de una respuesta)

a. dar alimentos con más frecuencia y menor cantidad [ ]
b. más alimentos de lo usual [ ]
c. alimentos con alto contenido calórico [ ]
d. dar mas pecho que lo acostumbrado [ ]
e. continuar la alimentación normal [ ]
f. no sabe [ ]
g. otros, **especifique** _____ [ ]

V-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

30. ¿Ha estado **(nombre del niño)** enfermo con tos o catarro (gripe) en las últimas dos semanas?

1. si [ ]
2. no [ ]
3. no recuerda [ ]

31. ¿Ha estado **(nombre del niño)** con dificultad en respirar, o respiraba como cansado (disnea), hervor de pecho en las últimas dos semanas?

1. si [ ]
2. no [ ]——> **PASE A LA 34**
3. no recuerda [ ]——> **PASE A LA 34**

32. ¿Ha pedido Ud. consejo o ayuda para **(nombre del niño)** cuando se enfermó con tos y cansancio (dificultad respiratoria)?

1. si [ ]
2. no [ ]——> **PASE A LA 34**
3. no recuerda [ ]——> **PASE A LA 34**

33. ¿De quién recibió consejo o ayuda para la tos y cansancio (dificultad respiratoria) de **(nombre del niño)**?
(puede marcar más de una respuesta)

a. hospital general [ ]
b. centro de salud/puesto de salud [ ]
c. médico/clínica particular [ ]
d. farmacia [ ]
e. voluntario oconsejera de salud [ ]
f. curandero [ ]
g. promotora [ ]
h. partera [ ]
i. parientes y amigos [ ]
j. otro, **especifique** _____ [ ]

34. ¿Qué señales de gravedad harían que busque ayuda para curar la enfermedad respiratoria (del pecho) de **(nombre del niño)**? **(puede marcar más de una respuesta)**

a. respiración rápida y agitada [ ]
b. se le hunde el pechito [ ]
c. pérdida de apetito [ ]
d. fiebre [ ]
e. tos [ ]
f. hervor de pecho [ ]
g. no sabe [ ]
h. otro, **especifique**_____ [ ]

35. ¿Que hace cuando **(nombre del niño)** tiene tos o catarro?
(puede marcar más de una respuesta)

a. aumentar la alimentación [ ]
b. procurar que ingiera abundante líquido [ ]
c. abrigarlo [ ]
d. buscar ayuda en el centro de salud [ ]
e. nada [ ]
f. otro, especifique_____ [ ]

100

VI-INMUNIZACIONES

36. ¿Ha recibido alguna vacuna **(nombre del niño)**?
    1. si [ ]
    2. no [ ]
    3. no sabe [ ]

37. ¿A qué edad **(nombre del niño)** debe tener completas todas sus vacunas?
    1. especifique en meses [_____]
    2. no sabe [ ]

38. ¿Por qué se vacuna la mujer embarazada?
    1. para proteger madre y niño contra el tétano [ ]
    2. para proteger <u>solo</u> a la mujer contra el tétano [ ]
    3. para proteger <u>solo</u> al niño contra el tétano [ ]
    4. no sabe [ ]

39. ¿Contra que enfermedades se debe vacunar **(nombre del niño)**
    (puede marcar más de una respuesta)
    a. polio [ ]
    b. tétano [ ]
    c. difteria [ ]
    d. tosferina [ ]
    e. sarampión [ ]
    f. tuberculosis [ ]
    g. no sabe [ ]
    8. otro, **especifique** _____ [ ]

40. ¿Cuántas dosis de vacuna contra el tétano debe recibir una mujer entre 12 y 49 años?
    1. una [ ]
    2. dos [ ]
    3. tres [ ]
    4. cuatro [ ]
    5. cinco [ ]
    6. no sabe [ ]

41. ¿Tiene Ud. el carnet de vacunación de **(nombre del niño)**?
    1. si [ ] **(pida que se lo muestre!)**
    2. perdió el carnet [ ]——> **PASE A LA 43**
    3. no [ ]——> **PASE A LA 43**

-101-

42. Mire el carnet de vacunación y registre las fechas de las inmunizaciones en el espacio correspondiente

(día/mes/año)

BCG __/__/__

ANTIPOLIO recién nacido __/__/__
1a __/__/__
2a __/__/__
3a __/__/__
otra __/__/__

DPT (TRIPLE) 1a __/__/__
2a __/__/__
3a __/__/__

ANTISARAMPION __/__/__
__/__/__

43. ¿Puede un niño enfermo vacunarse sin peligro?
1. si [ ]
2. no [ ]
3. no sabe [ ]

VII-SALUD MATERNA

44. ¿Le han vacunado contra el tétano?
1. si, con carnet [ ] **(pida que se lo muestre!)**
2. si, sin carnet [ ]
3. no [ ]——>**PASE A LA 46**

45. Anote el número de vacunas contra el tétano en el espacio correspondiente:
1. una [ ]
2. dos [ ]
3. tres [ ]
4. cuatro [ ]
5. cinco [ ]

102

46. ¿Asistió Ud. a control de embarazo cuando estuvo embarazada de **(nombre del niño)**?

1. si, con carnet [ ] **(pida que se lo muestre!)**
2. si, sin carnet [ ]
3. no [ ]——> **PASE A LA 48**

47. Anote cuántos controles prenatales tuvo la madre

1. uno [ ]
2. dos [ ]
3. tres [ ]
4. cuatro y más [ ]

48. ¿A los cuántos meses de embarazo, una mujer debe ir a control a un centro o puesto de salud?

1. al primer trimestre, 1-3 meses [ ]
2. a la mitad del embarazo, 4-6 meses [ ]
3. al último trimestre, 7- 9 meses [ ]
4. no necesita ir [ ]
5. no sabe [ ]

49. ¿Qué problemas durante el embarazo harían que busque ayuda ó tratamiento?
(puede marcar más de una respuesta)

a. hinchazón cara, manos o pie (edema) [ ]
b. dolor de cabeza y visión borrosa [ ]
c. hemorragia [ ]
d. dolores antes de tiempo [ ]
e. no sabe [ ]
f. otras, **especifique** _____ [ ]

50. Cuando nació **(nombre del niño)**, quién le cortó el ombligo?

1. ella misma [ ]
2. un miembro de la familia [ ]
3. partera(o) ó matrona [ ]
4. personal de salud (médico o enfermera) [ ]
5. no sabe [ ]

51. ¿Está Ud. en este momento embarazada?

1. si [ ]——> **PASE A LA 55**
2. no [ ]
3. no sabe [ ]

52. ¿Quisiera Ud. tener otro hijo en los próximos dos años?

1. si [ ]
2. no [ ]
3. no sabe [ ]

18

53. ¿Está Ud. ahora usando algún método para no salir embarazada?
(especifique sobre la operación)

1. si [ ]
2. no [ ]——> **PASE A LA 55**
3. no responde [ ]——> **PASE A LA 55**

54. ¿Cuál es el método principal, que Ud. o su esposo, están usando **ahora** para que no salga embarazada?

1. operada, amarrada o ligada [ ]
2. inyecciones [ ]
3. pastillas anticonceptivas [ ]
4. DIU, espiral T de cobre o anillo [ ]
5. condones [ ]
6. espumas, gel u óvulos [ ]
7. lactancia materna exclusiva [ ]
8. método del ritmo, de la regla o natural [ ]
9. abstinencia(sin relación sexual) [ ]
10. coito interrumpido [ ]
11. otros, especifique_____ [ ]

(preguntar especificamente sobre operación)

VIII.- OTRAS CONDUCTAS

55. ¿Qué es el cólera?
(puede marcar más de una respuesta)

a. diarrea abundante [ ]
b. con aspecto de agua de "arroz" [ ]
c. dolor abdominal [ ]
d. vómitos [ ]
e. no sabe [ ]
f. otro, especifique _____ [ ]

56. ¿Cómo se previene el cólera?
(puede marcar más de una respuesta)

a. hervir/clorar el agua [ ]
b. usar letrina [ ]
c. cocinar bien los alimentos [ ]
d. lavarse las manos con agua y jabón antes de comer y después de hacer sus necesidades [ ]
e. no sabe [ ]
f. otro, especifique _____ [ ]

57. ¿Qué haría con un enfermo con cólera?
(puede marcar más de una respuesta)

a. darle litrosol [ ]
b. llevarlo al centro de salud mas cercano [ ]
c. no sabe [ ]
d. otro, especifique _____ [ ]

104

58. ¿Qué es el SIDA?

(puede marcar más de una respuesta)

a. una enfermedad mortal [ ]
b. enfermedad de transmisión sexual [ ]
c. que baja las defensas del organismo [ ]
d. no sabe [ ]
e. otra, **especifique**_____ [ ]

59. ¿Como se transmite el SIDA?

(puede marcar más de una respuesta)

a. relación sexual sin condón [ ]
b. transfusión sanguinea con sangre contaminada [ ]
c. a través de la placenta de una madre con el virus del SIDA [ ]
d. uso de agujas/jeringas contaminadas con el virus del SIDA [ ]
e. no sabe [ ]
f. otra, **especifique**_____ [ ]

60. ¿Cómo se previene el SIDA?

(puede marcar más de una respuesta)

a. abstinencia (sin relación sexual) [ ]
b. fidelidad sexual [ ]
c. uso del condón o preservativo [ ]
d. sexo seguro [ ]
e. no sabe [ ]
f. otra, **especifique**_____ [ ]

105

Annex 5: Survey

IDNUM:_____ Survey No._____

Name of the Head of Family:_____

Community:_____

CHILD SURVIVAL KNOWLEDGE AND PRACTICE QUESTIONNAIRE
ASCH-HONDURAS, JULY 1992

The following questions are for mothers of children under two years of age (24 months).

Interview date___/07 /92 (d/m/y) Reschedule interview___/07/ 92 (d/m/y)

Interviewer name:_____

Supervisor:_____

---

1. Name of the mother:_____Age:_____

2. Name of the child:_____

   Child's birth date:___/___/___ (d/m/y)

I-MOTHER'S EDUCATION/OCCUPATION

3. Do you know how to read?
   1. yes [ ]
   2. no [ )

4. Do you work away from home?
   1. yes [ ]
   2. no [ ]

5. Who takes care of (name of child) when you are away from home? <multiple answers possible>
   a. mother takes child with her [ ]
   b. husband/partner [ ]
   c. older children [ ]
   d. grandmother [ ]
   e. neighbors/friends [ ]
   f. maid [ ]
   g. other, specify_____ [ ]

106

II-BREASTFEEDING/NUTRITION

6. Are you nursing (**name of child**)?
   1. yes, only breastfeeding [ ] ___**GO TO 13**
   2. yes, not exclusively [ ] ___**GO TO 8**
   2. no [ ]

7. Have you ever breast-fed (**name of child**)?
   1. yes [ ]
   2. no [ ] ----**GO TO 9**

8. Are you giving (**name of child**) bottled milk?
   1. yes [ ]
   2. no [ ]
   3. doesn't remember [ ]

9. What foods are you giving (**name of child**)? **<multiple answers possible>**
   a. water, coffee or tea [ ]
   b. gruel (porridge) [ ]
   c. fruit or juices [ ]
   d. carrots, squash, mango or papaya [ ]
   e. meat, chicken, rabbit, goat, pork, iguana or fish [ ]
   f. lentils or soy beans [ ]
   g. eggs [ ]
   h. leafy green vegetables, such as "verdolaga", radish leaves, pumpkin leaves [ ]
   i. none [ ]
   j. others, **specify**_____ [ ]

10. Are you adding sugar or honey to (**name of child**)'s meals?
    1. yes [ ]
    2. no [ ]
    3. doesn't remember [ ]

11. Are you preparing (**name of child**)'s meals with oil or lard?
    1. yes [ ]
    2. no [ ]
    e. doesn't remember [ ]

12. Are you adding fat, lard, butter or margarine to (**name of child**)'s meals?
    1. yes [ ]
    2. no [ ]
    3. doesn't remember [ ]

107

13. After childbirth, how soon should you breastfeed for the first time?
    1. during the first hour after delivery [ ]
    2. during the first 8 hours after delivery [ ]
    3. more than 8 hours after delivery [ ]
    4. doesn't know [ ]

14. At what age should one start giving other foods to children?
    1. 0 - 4 months [ ]
    2. 4 - 6 months [ ]
    3. 6 - + months [ ]
    4. desn't know [ ]

15. Do you know which vitamin prevents blindness in children?
    1. Vitamin A [ ]
    2. doesn't know or others [ ]

16. Do you know which foods contain Vitamin A?
    <multiple answers possible>
    a. green leafy vegetables [ ]
    b. bright yellow fruits [ ]
    c. meat (beef/pork, chicken)/fish [ ]
    d. breast milk [ ]
    e. egg yolks [ ]
    f. doesn't know or other [ ]
    g. others, specify_____ [ ]

III-GROWTH MONITORING OF THE CHILD

17. Do you take (nane of child) for weight monitoring?
    1. yes, with card [ ] (must see card)
    2. yes, without card [ ]
    3. no [ ] ---GO TO 19

18. Has child been weighed during the last 4 months?
    (look at the card if there is one)
    1. yes [ ]
    2. no [ ]

19. What would you do if (name of child) were low in weight?
    <multiple answers possible>
    a. increase the number of meals [ ]
    b. take the child to the feeding center [ ]
    c. take the child to the health center [ ]
    d. give child everything available in the home [ ]
    e. does nothing [ ]
    f. others, specify_____ [ ]

108

IV-DIARRHEAL DISEASES

20. Has (**name of child**) had diarrhea during the last two weeks?
    1. yes [ ]
    2. no [ ] **---GO TO 28**
    3. doesn't remember [ ] **---go to 28**

21. During (**name of child**)'s diarrhea, how many times did you breast-feed?
    <read the choices to the mother>
    1. more than usual? [ ]
    2. same as usual? [ ]
    3. less than usual? [ ]
    4. stopped completely? [ ]
    5. child had already stopped breast-feeding [ ]

22. During (**name of child**)'s diarrhea, did you provide other liquids?
    1. yes [ ]
    2. no [ ] **---go to 24**

23. How much liquid did you give child?
    <read the choices to the mother>
    1. more than usual? [ ]
    2. same as usual? [ ]
    3. less than usual? [ ]

24. During (**name of child**)'s diarrhea, did you provide food?
    <read the choices to the mother>
    1. more than usual? [ ]
    2. same as usual? [ ]
    3. less than usual? [ ]
    4. stopped completely? [ ]
    5. only breast milk [ ]

25. When (**name of child**) had diarrhea, what treatments did you use?
    <multiple answers possible>
    a. ORS sachet (litrosol) [ ]
    b. water and salt solution [ ]
    c. cereal based ORT [ ]
    d. liquids, teas or home infusions [ ]
    e. anti-diarrhea medicine or antibiotics [ ]
    f. none [ ]
    g. other, specify_____ [ ]

26. When (**name of child**) had diarrhea, did you seek advice or treatment?
    1. yes [ ]
    2. no [ ] **---- GO TO 28**

104

27. From whom did you receive help or advice for the diarrhea of **(name of child)**?
<multiple answers possible>

a. general hospital [ ]
b. health center/post [ ]
c. private clinic/doctor [ ]
d. pharmacy [ ]
e. health volunteer or counselor [ ]
f. traditional healer [ ]
g. health worker [ ]
h. birth attendant [ ]
i. relatives and friends [ ]
j. other, **specify** _____ [ ]

28. What signs/symptoms would cause you to seek advice or treatment for **(name of child)**'s diarrhea?
<multiple answers possible>

a. vomiting [ ]
b. fever [ ]
c. dry mouth, sunken eyes, sunken crown of the head, decreased urine output (dehydration) [ ]
d. diarrhea of prolonged duration (at least 14 days) [ ]
e. blood in stool [ ]
f. loss of appetite [ ]
g. weakness or tiredness [ ]
h. more than 5 evacuations per day [ ]
i. doesn't know [ ]
j. others, **specify** _____ [ ]

29. How should you feed a child after an episode of diarrhea?
<multiple answers possible>

a. give the child smaller more frequent feedings [ ]
b. more foods than usual [ ]
c. give foods with high caloric content [ ]
d. breast feed more than usual [ ]
e. continue the usual feeding [ ]
f. doesn't know [ ]
g. others, **specify** _____ [ ]

V-ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS

30. Has **(name of child)** been ill with cough or difficult breating in the last two weeks?

1. yes [ ]
2. no [ ]
3. doesn't remember [ ]

110

31. Has (**name of child**) experienced difficulty in breathing or rapid and difficlt breathing (dyspnea), congestion during the last two weeks?

1. yes [ ]
2. no [ ] ----**GO TO 34**
3. doesn't remember [ ] ----**go to 34**

32. Did you seek advice or treatment for (**name of child**)'s cough or difficult breathing?

1. yes [ ]
2. no [ ] ---**GO TO 34**
3. doesn't remember [ ] ---**GO TO 34**

33. From whom did you seek advice or treatment for (**name of child**)'s cough and difficult breathing?
<Multiple answers possible>

a. general hospital [ ]
b. health center/post [ ]
c. private doctor/clinic [ ]
d. pharmacy [ ]
e. volunteer health worker [ ]
f. traditional healer [ ]
g. promoter [ ]
h. birth attendant [ ]
i. relatives and friends [ ]
j. other, specify_____ [ ]

34. What are the serious symptoms of respiratory infection that would cause you to seek treatment for (**name of child**)?
<Multiple answers possible>

a. fast and difficult breathing [ ]
b. chest indrawing [ ]
c. loss of appetite [ ]
d. fever [ ]
e. cough [ ]
f. congestion [ ]
g. doesn't know [ ]
h. other, specify_____ [ ]

35. What do you do when (**name of child**) has a cough or a cold?

a. increase food [ ]
b. give plenty of liquid [ ]
c. keep warm [ ]
d. seek treatment at the health center [ ]
e. nothing [ ]
f. other, specify_____ [ ]

VI-IMMUNIZATIONS

36. Has (**nane of child**) ever received any immunizations?
    1. yes [ ]
    2. no [ ]
    3. doesn't know [ ]

37. At what age should (**name of child**) have completed all his/her vaccinations?
    1. specify in months [_____]
    2. doesn't know [ ]

38. Why should pregnant women be vaccinated?
    1. to protect both mother/newborn against tetanus [ ]
    2. to protect <u>only</u> the woman against tetanus [ ]
    3. to protect <u>only</u> the newborn against tetanus [ ]
    4. doesn't know [ ]

39. Against which dieseases should (**name of child**) be vaccinated? **<Multiple answers possible>**
    a. polio [ ]
    b. tetanus [ ]
    c. diphtheria [ ]
    d. whooping cough [ ]
    e. measles [ ]
    f. tuberculosis [ ]
    g. doesn't know [ ]
    h. other, specify_____ [ ]

40. How many tetanus toxoid vaccinations should a woman between 12 and 49 years old receive?
    1. one [ ]
    2. two [ ]
    3. three [ ]
    4. four [ ]
    5. five [ ]
    6. doesn't know [ ]

41. Do you have an immunization card for (**name of child**)?
    1. yes [ ] **(must see it)**
    2. lost it [ ] ____**GO TO 43**
    3. NO [ ] ____**GO TO 43**

112

42. Look at the vaccination card and record the dates of all the immunizations in the space below

(day/month/year)

BCG ____/____/____

OPV newborn ____/____/____

1st ____/____/____

2nd ____/____/____

3rd ____/____/____

other ____/____/____

DPT (TRIPLE)

1st ____/____/____

2nd ____/____/____

3rd ____/____/____

Measles ____/____/____

____/____/____

43. Can a sick child be vaccinated without danger?

1. yes [ ]
2. no [ ]
3. doesn't know [ ]

VII-MATERNAL CARE

44. Have you been vaccinated against tetanus?

1. yes, with card [ ] **(must see card)**
2. yes, without card [ ]
3. no [ ] ____**GO TO 46**

45. **Record the number of vaccinations against tetanus in the space below:**

1. **one** [ ]
2. **two** [ ]
3. **three** [ ]
4. **four** [ ]
5. **five** [ ]

46. Did you make any pre-natal care visits when you were pregnant with **(name of child)**?

1. yes, with card [ ] **(must see card)**
2. yes, without card [ ]
3. no [ ] ----**GO TO 48**

113

47. Record how many pre-natal care visits the mother made

1. one [ ]
2. two [ ]
3. three [ ]
4. four and more [ ]

---

48. At how many months of preganncy, should a woman go for pre-natal care to a health center/post?
    1. at the first trimester, 1-3 months [ ]
    2. midway through the pregnancy, 4-6 months [ ]
    3. at the last trimester, 7-9 months [ ]
    4. doesn't need to go [ ]
    5. doesn't know [ ]

49. What problems during pregnancy would cause you to seek treatment?
    <multiple responses possible>
    a. swelling of the face, hands or feet (edema) [ ]
    b. headache and blurry vision [ ]
    c. hemorrhaging [ ]
    d. early labor pains [ ]
    e. doesn't know [ ]
    f. others, **specify** _____ [ ]

50. When (**name of child**) was born, who cut the umbilical cord?
    1. she herself [ ]
    2. a family member [ ]
    3. birth attendant or matron [ ]
    4. health staff (doctor or nurse) [ ]
    5. doesn't know [ ]

51. Are you pregnant now?
    1. yes [ ] ____**GO TO 55**
    2. no [ ]
    3. doesn't know [ ]

52. Do you want to have another child in thr next two years?
    1. yes [ ]
    2. no [ ]
    3. doesn't know [ ]

53. Are you currently using any method to avoid getting pregnant? (**specify the procedure**)
    1. yes [ ]
    2. no [ ] ____**GO TO 55**
    3. no response [ ] ____**GO TO 55**

114

54. What is the main method you or your husband are using now to avoid getting pregnant?

1. tubal ligation/vasectomy [ ]
2. injections [ ]
3. pill [ ]
4. IUD [ ]
5. condom [ ]
6. foam/gel [ ]
7. exclusive breast-feeding [ ]
8. rhythm [ ]
9. abstinence [ ]
10. coitus interruptus [ ]
11. others, **specify** _____ [ ]

(ask specifically about the procedure)

VIII-OTHER BEHAVIORS

55. What is cholera?
<Multiple answers possible>

a. copious diarrhea [ ]
b. with the look of "rice" water [ ]
c. abdominal pain [ ]
d. vomiting [ ]
e. doesn't know [ ]
f. other, **specify** _____ [ ]

56. How is cholera prevented?
<Multiple answers possible>

a. boil/chlorinate water [ ]
b. use latrine [ ]
c. cook food well [ ]
d. wash hands with water and soap before eating and after going to the bathroom [ ]
e. doesn't know [ ]
f. other, **specify** _____ [ ]

57. What would you do with a person who has cholera?
<Multiple answers possible>

a. give litrosol [ ]
b. take to the nearest health center [ ]
c. doesn't know [ ]
d. other, **specify** _____ [ ]

58. What is AIDS?
<Multiple answers possible>

a. a deadly disease [ ]
b. sexually transmitted illness [ ]
c. lowers the defenses of the body [ ]
d. doesn't know [ ]
e. other, **specify** _____ [ ]

15

59. How is AIDS transmitted?
<Multiple answers possible>

a. sexual relations without condom [ ]
b. blood transfusion with contaminated blood [ ]
c. through the placenta of an AIDS-infected mother [ ]
d. use of needles/syringes contaminated with the AIDS virus [ ]
e. doesn't know [ ]
f. other, **specify** _____ [ ]

60. How is AIDS prevented?
<Multiple answers possible>

a. abstinence (without sexual relations) [ ]
b. sexual fidelity [ ]
c. use of a condom or contraceptive device [ ]
d. safe sex [ ]
e. doesn't know [ ]
f. other, **specify** _____ [ ]

116

Anexo 6: Resultados por Pregunta

GLOBAL
ENCUESTA DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

1. Edad de la madre

N1EDADDELA	Freq	Percent	Cum.
17	4	1.4%	1.4%
18	11	3.9%	5.4%
19	8	2.9%	8.2%
20	13	4.6%	12.9%
21	10	3.6%	16.4%
22	14	5.0%	21.4%
23	19	6.8%	28.2%
24	11	3.9%	32.1%
25	15	5.4%	37.5%
26	8	2.9%	40.4%
27	13	4.6%	45.0%
28	9	3.2%	48.2%
29	13	4.6%	52.9%
30	12	4.3%	57.1%
31	10	3.6%	60.7%
32	9	3.2%	63.9%
33	10	3.6%	67.5%
34	10	3.6%	71.1%
35	10	3.6%	74.6%
36	14	5.0%	79.6%
37	10	3.6%	83.2%
38	7	2.5%	85.7%
39	15	5.4%	91.1%
40	7	2.5%	93.6%
41	5	1.8%	95.4%
42	4	1.4%	96.8%
43	4	1.4%	98.2%
44	1	0.4%	98.6%
45	3	1.1%	99.6%
47	1	0.4%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 8214.00
Mean = 29.34
Standard deviation = 7.34

117

2. Edad del niño

AGEGROUP	Freq	Percent	Cum.
0	7	2.5%	2.5%
1	13	4.6%	7.1%
2	6	2.1%	9.3%
3	5	1.8%	11.1%
4	13	4.6%	15.7%
5	10	3.6%	19.3%
6	26	9.3%	28.6%
7	21	7.5%	36.1%
8	13	4.6%	40.7%
9	14	5.0%	45.7%
10	13	4.6%	50.4%
11	15	5.4%	55.7%
12	13	4.6%	60.4%
13	12	4.3%	64.6%
14	10	3.6%	68.2%
15	11	3.9%	72.1%
16	10	3.6%	75.7%
17	16	5.7%	81.4%
18	16	5.7%	87.1%
19	7	2.5%	89.6%
20	8	2.9%	92.5%
21	9	3.2%	95.7%
22	4	1.4%	97.1%
23	8	2.9%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 3061.00
Mean = 10.93
Standard deviation = 6.19

3. Sabe leer?

N3SABELEER	Freq	Percent	Cum.
+	192	68.6%	68.6%
-	88	31.4%	100.0%
Total	280	100.0%	

4. Trabaja fuera de su casa?

N4TRABAJAF	Freq	Percent	Cum.
+	52	18.6%	18.6%
-	228	81.4%	100.0%
Total	280	100.0%	

5. Quién cuida a (nombre del niño) cuando Ud. anda fuera de su casa?

N5AQUIENCU	Freq	Percent	Cum.
N5AQUIENCU	113	40.4%	
N5BQUIENCU	23	8.2%	
N5CQUIENCU	81	29.0%	
N5DQUIENCU	71	25.4%	
N5EQUIENCU	5	2.0%	
N5FQUIENCU	4	1.4%	
N5GQUIENCU	11	4.0%	

N5GQUIENCU	Freq	Percent	Cum.
CUÑADO	5	45.5%	45.5%
PRIMO	1	9.1%	54.5%
TIO	5	45.5%	100.0%
Total	11	100.0%	

6. Esta dandole pecho o chiche a...?

N6ESTDNDOL	Freq	Percent	Cum.
1	78	27.9%	27.9%
2	157	56.1%	83.9%
3	45	16.1%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 527.00
Mean = 1.88
Standard deviation = 0.65

7. Le dio pecho alguna vez a....?

N7LEDIPECH	Freq	Percent	Cum.
+	44	97.8%	97.8%
-	1	2.2%	100.0%
Total	45	100.0%	

8. Le esta dando leche en pepe a...?

N8LEESTDAN	Freq	Percent	Cum.
1	47	23.4%	23.4%
2	154	76.6%	100.0%
Total	201	100.0%	

Sum = 355.00
Mean = 1.77
Standard deviation = 0.42

119

9. ¿Que alimento le está dando a (nombre del niño) ?

	Freq	Percent	Cum.
N9AQUALIME	90	32.1%	
N9BQUEALIM	69	25.0%	
N9CQUEALIM	118	42.1%	
N9DQUEALIM	105	38.0%	
N9EQUEALIM	91	33.0%	
N9FQUEALIM	137	49.0%	
N9GQUEALIM	151	54.0%	
N9HQUEALIM	23	8.2%	
N9IQUEALIM	1	0.3%	
N9JQUEALIM	63	23.0	

N9JQUEALIM	Freq	Percent	Cum.
CEREALES	29	46.0%	46.0%
CERELAES	1	1.6%	47.6%
LACTEOS	16	25.4%	73.0%
OTRAS VERDURAS	15	23.8%	96.8%
SOPA	2	3.2%	100.0%
Total	63	100.0%	

10. Le esta añadiendo azucar o miel a los alimentos de...?

N10LEESTAA	Freq	Percent	Cum.
1	164	81.2%	81.2%
2	38	18.8%	100.0%
Total	202	100.0%	

Sum = 240.00
Mean = 1.19
Standard deviation = 0.39

11. Prepara los alimentos de (nn) con aceite o manteca?

N11PREPARA	Freq	Percent	Cum.
1	175	86.6%	86.6%
2	27	13.4%	100.0%
Total	202	100.0%	

Sum = 229.00
Mean = 1.13
Standard deviation = 0.34

120

12. Le esta añadiendo aceite, manteca , mantequilla o margarina a lo alimentos de...?

N12LEESTAA	Freq	Percent	Cum.
1	115	56.9%	56.9%
2	87	43.1%	100.0%
Total	202	100.0%	

Sum = 289.00
Mean = 1.43
Standard deviation = 0.50

13. Al cuanto tiempo despues del parto se debe dar pecho por primera vez?

N13LASCUNT	Freq	Percent	Cum.
1	262	93.6%	93.6%
2	12	4.3%	97.9%
3	6	2.1%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 304.00
Mean = 1.09
Standard deviation = 0.35

14. A que edad le debe empezar a dar otros alimentos a los ninos?

N14AQUEEDA	Freq	Percent	Cum.
1	37	13.2%	13.2%
2	68	24.3%	37.5%
3	175	62.5%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 698.00
Mean = 2.49
Standard deviation = 0.72

15. Sabe ud. que vitamina previene la ceguera en los ninos?

N15SABEUST	Freq	Percent	Cum.
1	142	50.7%	50.7%
2	138	49.3%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 418.00
Mean = 1.49
Standard deviation = 0.50

16. ¿Sabe Ud. que alimentos contienen vitamina A?

	Freq	Percent	Cum.
N16BCONTIE	198	71.0%	
N16CCONTIE	59	21.1%	
N16DCONTIE	75	27.0%	
N16ECONTIE	107	32.2%	
N16FCONTIE	60	21.4%	
N16GCONTIE	25	9.0%	

N16GCONTIE	Freq	Percent	Cum.
CEREALES	1	4.0%	4.0%
HORTALIZAS AMARILLAS	12	48.0%	52.0%
LACTEOS	5	20.0%	72.0%
OTRAS FRUTAS	2	8.0%	80.0%
OTRAS VERDURAS	5	20.0%	100.0%
Total	25	100.0%	

17. Lleva a (nn) a control de peso (nino sano o de salud)?

N17LLEVAAC	Freq	Percent	Cum.
1	125	44.6%	44.6%
2	107	38.2%	82.9%
3	48	17.1%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 483.00
Mean = 1.73
Standard deviation = 0.74

18. Ha sido pesado el nino en los ultimos 4 meses?

N18HASIDOP	Freq	Percent	Cum.
+	214	92.2%	92.2%
-	18	7.8%	100.0%
Total	232	100.0%	

19. ¿ Que haria si (nombre del niño) estuviera bajo de peso?

	Freq	Percent	Cum.
N19AQUEHAR	234	84.0%	
N19BQUEHAR	106	38.0%	
N19CQUEHAR	188	67.1%	
N19DQUEHAR	109	39.0%	
N19EQUEHAR	3	1.1%	
N19FQUEHAR	33	11.9%	

N19FQUEHAR	Freq	Percent	Cum.
VITAMINAS	31	93.9%	93.9%
VOLUNTARIO	2	6.1%	100.0%
Total	33	100.0%	

122

20. Ha tenido (nn) diarrea en las ultimas dos semanas?

N20HATENID	Freq	Percent	Cum.
1	76	27.1%	27.1%
2	201	71.8%	98.9%
3	3	1.1%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 487.00
Mean = 1.74
Standard deviation = 0.46

21. Durante la diarrea de **(nombre del niño)**, ¿cuantas veces le dió pecho,...?

N21DURANTE	Freq	Percent	Cum.
1	28	36.8%	36.8%
2	34	44.7%	81.6%
3	4	5.3%	86.8%
5	10	13.2%	100.0%
Total	76	100.0%	

Sum = 158.00
Mean = 2.08
Standard deviation = 1.27

22. Durante la diarrea de **(nombre del niño)**, ¿le dió otros líquidos?

N22DURANTE	Freq	Percent	Cum.
+	60	78.9%	78.9%
-	16	21.1%	100.0%
Total	76	100.0%	

23. ¿Que cantidad de líquido le dió?

N23QUECANT	Freq	Percent	Cum.
1	38	63.3%	63.3%
2	18	30.0%	93.3%
3	4	6.7%	100.0%
Total	60	100.0%	

Sum = 86.00
Mean = 1.43
Standard deviation = 0.62

24. Durante la diarrea de **(nombre del niño)**, ¿le dió de comer

N24DURANTE	Freq	Percent	Cum.
1	13	17.1%	17.1%
2	20	26.3%	43.4%
3	13	17.1%	60.5%
4	3	3.9%	64.5%
5	27	35.5%	100.0%
Total	76	100.0%	

Sum = 239.00
Mean = 3.14
Standard deviation = 1.56

25. Cuándo (nombre del niño) tuvo diárrea. ¿ Qué tratamiento le dió?

	Freq	Percent	Cum.
N25AQUETRA	69	25.0%	
N25BQUETRA	3	1.1%	
N25CQUETRA	2	1.0%	
N25DQUETRA	28	10.0%	
N25EQUETRA	23	8.2%	
N25FQUTRAT	2	1.0%	
N25GQUETRA	5	1.8%	

N25GQUETRA	Freq	Percent	Cum.
CENTRO DE SALUD	2	40.0%	40.0%
PECHO	2	40.0%	80.0%
VITAMINAS	1	20.0%	100.0%
Total	5	100.0%	

26. Cuándo **(nombre del niño)** tuvo diarrea, ¿pidió consejo o ayuda?

N26CUNDOTU	Freq	Percent	Cum.
+	58	76.3%	76.3%
-	18	23.7%	100.0%
Total	76	100.0%	

27. ¿De quien recibió ayuda ó consejo para la diárrea de (nombre del niño)?

	Freq	Percent	Cum.
N27ADEQUIN	2	1.0%	
N27BDEQUIE	37	13.2%	
N27CDEQUIE	2	1.0%	
N27EDEQUIE	37	13.2%	
N27GDEQUIE	5	1.8%	
N27IDEQUIE	5	1.8%	
N27JDEQUIE	1	0.4%	

N27JDEQUIE	Freq	Percent	Cum.
VECINOS	1	100.0%	100.0%
Total	1	100.0%	

124

28. ¿Qué señales de peligro harian que Ud. busque ayuda para curar a (nombre del niño) de una diárrea?

	Freq	Percent	Cum.
N28AQUESEN	124	44.3%	
N28BQUESEN	138	49.3%	
N28CQUESEN	250	89.3%	
N28DQUESEN	73	26.1%	
N28EQUESEN	19	6.8%	
N28FQUESEN	164	58.6%	
N28GQUESEN	163	58.2%	
N28HQUESEN	72	26.0%	
N28IQUSEAS	4	1.4%	
N28JQUESEN	13	5.0%	

N28JQUESEN	Freq	Percent	Cum.
ADELGAZAMIENTO	10	76.9%	76.9%
DOLOR	2	15.4%	92.3%
DOLOR DE ESTOMAGO	1	7.7%	100.0%
Total	13	100.0%	

29. ¿Cómo se debe alimentar un niño después de una diárrea? (puede marcas mas de una respuesta)

	Freq	Percent	Cum.
N29ACOMOAL	147	53.0%	
N29BCOMOAL	93	33.2%	
N29CCOMOAL	51	18.2%	
N29DCOMOAL	146	52.1%	
N29ECOMOAL	67	24.0%	
N29FCMOALI	1	0.4%	
N29GCOMOAL	54	19.3%	

N29GCOMOAL	Freq	Percent	Cum.
ATOLES	10	18.5%	18.5%
LIQUIDOS	34	63.0%	81.5%
VITAMINAS	10	18.5%	100.0%
Total	54	100.0%	

30. ¿Ha estado **(nombre del niño)** enfermo con tos o catarro (gripe) en las últimas dos semanas?

N30HAESTAD	Freq	Percent	Cum.
1	195	69.6%	69.6%
2	83	29.6%	99.3%
3	2	0.7%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 367.00
Mean = 1.31
Standard deviation = 0.48

125

31. ¿Ha estado **(nombre del niño)** con dificultad en respirar, o respiraba como cansado (disnea), hervor de pecho en las últimas dos semanas?

N31HAESTAD	Freq	Percent	Cum.
1	119	42.5%	42.5%
2	160	57.1%	99.6%
3	1	0.4%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 442.00
Mean = 1.58
Standard deviation = 0.50

32. ¿Ha pedido Ud. consejo o ayuda para **(nombre del niño)** cuando se enfermó con tos y cansancio (dificultad respiratoria)?

N32	Freq	Percent	Cum.
1	101	84.9%	84.9%
2	18	15.1%	100.0%
Total	119	100.0%	

Sum = 137.00
Mean = 1.15
Standard deviation = 0.36

33. ¿De quién recibió consejo ó ayuda para la tos y cansancio (dificultad respiratoria) de (nombre del niño)?

	Freq	Percent	Cum.
N33BDEQUIE	70	25.0%	
N33CDEQUIE	9	3.2%	
N33DDEQUIE	2	1.0%	
N33EDEQUIE	56	20.0%	
N33FDEQUIE	1	0.4%	
N33GDEQUIE	15	5.4%	
N33HDEQUIE	3	1.1%	
N33IDEQUIE	16	6.0%	
N33JDEQUIE	1	0.4%	

N33JDEQUIE	Freq	Percent	Cum.
MEDICAMENTO CASERO	1	100.0%	100.0%
Total	1	100.0%	

126

34. ¿Qué señales de gravedad harían que busque ayuda para curar la enfermedad respiratoria (pecho) de (nombre del niño)?

	Freq	Percent	Cum.
N34AQUESEN	232	83.0%	
N34BQUESEN	97	35.0%	
N34CQUESEN	126	45.0%	
N34DQUESEN	199	71.1%	
N34EQUESEN	155	55.4%	
N34FQUESEN	215	76.8%	
N34GQUSEAS	4	1.4%	
N34HQUESEN	11	4.0%	

N34HQUESEN	Freq	Percent	Cum.
DESGANADO	7	63.6%	63.6%
DOLOR DE CABEZA	2	18.2%	81.8%
LLORAN MUCHO	2	18.2%	100.0%
Total	11	100.0%	

35. ¿Que hace cuando (nombre del niño) tiene tos ó catarro?

	Freq	Percent	Cum.
N35AQUEHAC	53	19.0%	
N35BQUEHAC	162	58.0%	
N35CQUEHAC	90	32.1%	
N35DQUEHAC	235	84.0%	
N35EQUEHAC	2	1.%	
N35FQUEHAC	13	5.0%	

N35FQUEHAC	Freq	Percent	Cum.
ACEITE DE GALLINA	1	7.7%	7.7%
AUTOMEDICARSE	2	15.4%	23.1%
REMEDIOS CASEROS	10	76.9%	100.0%
Total	13	100.0%	

36. ¿Ha recibido alguna vacuna **(nombre del niño)**?

N36HARECIB	Freq	Percent	Cum.
1	264	94.3%	94.3%
2	16	5.7%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 296.00
Mean = 1.06
Standard deviation = 0.23

127

37. ¿A qué edad **(nombre del niño)** debe tener completas todas sus vacunas?

N37AQUEDAD	Freq	Percent	Cum.
1	271	96.8%	96.8%
2	9	3.2%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 289.00
Mean = 1.03
Standard deviation = 0.18

38. ¿Por qué se vacuna la mujer embarazada?

N38PORQUSE	Freq	Percent	Cum.
1	246	87.9%	87.9%
2	10	3.6%	91.4%
3	20	7.1%	98.6%
4	4	1.4%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 342.00
Mean = 1.22
Standard deviation = 0.63

39. ¿Contra que enfermedades se debe vacunar (nombre del niño)

	Freq	Percent
N39ACONTRA	274	98.0%
N39BCONTRA	215	77.0%
N39CCONTRA	123	44.0%
N39DCONTRA	255	91.1%
N39ECONTRA	276	99.0%
N39FCONTRA	238	85.0%
N39GCONTRA	3	1.1%
N39HCONTRA	4	1.4%

N39HCONTRA	Freq	Percent	Cum.
GRIPE	1	25.0%	25.0%
VARICELA	1	25.0%	50.0%
VIRUELA	2	50.0%	100.0%
Total	4	100.0%	

40. ¿Cuántas dosis de vacuna contra el tétano debe recibir una mujer entre 12 y 49 años?

N40CUNTASD	Freq	Percent	Cum.
1	1	0.4%	0.4%
2	6	2.1%	2.5%
3	30	10.7%	13.2%
4	13	4.6%	17.9%
5	212	75.7%	93.6%
6	18	6.4%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 1323.00
Mean = 4.72
Standard deviation = 0.85

41. ¿Tiene Ud. el carnet de vacunación de **(nombre del niño)**?

N41TIENEUD	Freq	Percent	Cum.
1	258	92.1%	92.1%
2	5	1.8%	93.9%
3	17	6.1%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 319.00
Mean = 1.14
Standard deviation = 0.49

42. Que vacunas tiene el niño

AGEGROUP	COMPLETO 0	1	Total
1	89	25	114
	78.1%	21.9%	40.7%
	35.9%	78.1%	
2	41	1	42
	97.6%	2.4%	15.0%
	16.5%	3.1%	
3	118	6	124
	95.2%	4.8%	44.3%
	47.6%	18.8%	
Total	248	32	280
	88.6%	11.4%	

Chi square = 21.14
Degrees of freedom = 2
p value = 0.00002573 <---

43. ¿Puede un niño enfermo vacunarse sin peligro?

N43PUEDEUN	Freq	Percent	Cum.
1	165	58.9%	58.9%
2	109	38.9%	97.9%
3	6	2.1%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 401.00
Mean = 1.43
Standard deviation = 0.54?

44. ¿Le han vacunado contra el tétano?

N44LEHANVA	Freq	Percent	Cum.
1	187	66.8%	66.8%
2	84	30.0%	96.8%
3	9	3.2%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 382.00
Mean = 1.36
Standard deviation = 0.54

45. Anote el numero de vacunas contra el tetano en el espacio correspondiente.

N45ANOTEEL	Freq	Percent	Cum.
1	29	10.7%	10.7%
2	83	30.6%	41.3%
3	114	42.1%	83.4%
4	27	10.0%	93.4%
5	18	6.6%	100.0%
Total	271	100.0%	

Sum = 735.00
Mean = 2.71
Standard deviation = 1.01

46. ¿Asistió Ud. a control de embarazo cuando estuvo embarazada de **(nombre del niño)?**

N46ASISTIO	Freq	Percent	Cum.
1	52	18.6%	18.6%
2	195	69.6%	88.2%
3	33	11.8%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 541.00
Mean = 1.93
Standard deviation = 0.55

47. Anote cuantos controles prenatales tuvo la madre.

N47ANOTECU	Freq	Percent	Cum.
1	13	5.3%	5.3%
2	27	10.9%	16.2%
3	56	22.7%	38.9%
4	151	61.1%	100.0%
Total	247	100.0%	

Sum = 839.00
Mean = 3.40
Standard deviation = 0.88

48. ¿A los cuántos meses de embarazo, una mujer debe ir a control a un centro o puesto de salud?

N48LOSCUNT	Freq	Percent	Cum.
1	242	86.4%	86.4%
2	31	11.1%	97.5%
3	3	1.1%	98.6%
4	1	0.4%	98.9%
5	3	1.1%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 332.00
Mean = 1.19
Standard deviation = 0.57

(79)

49. ¿Qué problemas durante el embarazo harían que busque ayuda d tratamiento?

	Freq	Percent	Cum.
N49AQUEPRO	163	100.0%	
N49BQUEPRO	160	100.0%	
N49CQUEPRO	131	100.0%	
N49DQUEPRO	180	100.0%	
N49EQUEPRO	13	100.0%	
N49FQUEPRO	75		

N49FQUEPRO	Freq	Percent	Cum.
ANEMIA	5	6.7%	6.7%
DIABETES	1	1.3%	8.0%
MALA POSICION NINO	6	8.0%	16.0%
MALESTAR GENERAL	60	80.0%	96.0%
NO MOVIMIENTO FETAL	1	1.3%	97.3%
VARICES	2	2.7%	100.0%
Total	75	100.0%	

50. Cuando nació **(nombre del niño)**, quién le cortó el ombligo?

N50CUANDON	Freq	Percent	Cum.
1	4	1.4%	1.4%
2	16	5.7%	7.1%
3	225	80.4%	87.5%
4	35	12.5%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 851.00
Mean = 3.04
Standard deviation = 0.49

51. ¿Está Ud. en este momento embarazada?

N51ESTUDEN	Freq	Percent	Cum.
1	31	11.1%	11.1%
2	245	87.5%	98.6%
3	4	1.4%	100.0%
Total	280	100.0%	

Sum = 533.00
Mean = 1.90
Standard deviation = 0.34

52. ¿Quisiera Ud. tener otro hijo en los próximos dos años?

N52QUISIER	Freq	Percent	Cum.
1	72	28.8%	28.8%
2	145	58.0%	86.8%
3	33	13.2%	100.0%
Total	250	100.0%	

Sum = 461.00
Mean = 1.84
Standard deviation = 0.63

53. ¿Está Ud. ahora usando algún método para no salir embarazada?

N53ESTUDAH	Freq	Percent	Cum.
1	54	21.6%	21.6%
2	194	77.6%	99.2%
3	2	0.8%	100.0%
Total	250	100.0%	

Sum = 448.00
Mean = 1.79
Standard deviation = 0.43

54. ¿Cuál es el método principal, que Ud. o su esposo, están usando **ahora** para que no salga embarazada?

N54CULESEL	Freq	Percent	Cum.
1	3	5.6%	5.6%
2	1	1.9%	7.4%
3	12	22.2%	29.6%
4	3	5.6%	35.2%
5	7	13.0%	48.1%
6	1	1.9%	50.0%
7	11	20.4%	70.4%
8	5	9.3%	79.6%
9	1	1.9%	81.5%
10	2	3.7%	85.2%
11	8	14.8%	100.0%
Total	54	100.0%	

Sum = 328.00
Mean = 6.07
Standard deviation = 3.04

132

55. ¿Qué es el cólera?

	Freq	Percent	Cum.
N55AQUEESE	271	97.0%	
N55BQUEESE	225	80.4%	
N55CQUEESE	122	44.0%	
N55DQUEESE	208	74.3%	
N55EQUEESE	8	3.0%	
N55FQUEESE	19	7.0%	

N55FQUEESE	Freq	Percent	Cum.
DESHIDRATACION	3	15.8%	15.8%
DOLORES	3	15.8%	31.6%
ENFERMEDAD MORTAL	13	68.4%	100.0%
Total	19	100.0%	

56. ¿Cómo se previene el cólera?

	Freq	Percent	Cum.
N56ACOMOSE	276	99.0%	
N56BCOMOSE	170	61.0%	
N56CCOMOSE	232	83.0%	
N56DCOMOSE	242	86.4%	
N56ECOMOSE	3	1.1%	
N56FCOMOSE	61	22.0%	

N56FCOMOSE	Freq	Percent	Cum.
ASEAR LA CASA	58	95.1%	95.1%
EVITAR COMIDAS DE CALLE	1	1.6%	96.7%
EVITAR CRIADEROS MOSCAS	1	1.6%	98.4%
NO COMER EN LA CALLE	1	1.6%	100.0%
Total	61	100.0%	

57. ¿Qué haría con un enfermo con cólera?

	Freq	Percent	Cum.
N57AQUHARA	257	92.0%	
N57BQUHARA	274	98.0%	
N57CQUHARA	7	3.0%	
N57DQUHARA	2	1.0%	

N57DQUHARA	Freq	Percent	Cum.
LIQUIDOS	2	100.0%	100.0%
Total	2	100.0%	

58. ¿Qué es el SIDA?

	Freq	Percent	Cum.
N58AQUESEL	236	84.3%	
N58BQUESEL	197	70.4%	
N58CQUESEL	25	9.0%	
N58DQUESEL	13	5.0%	
N58EQUESEL	5	2.0%	

N58EQUESEL	Freq	Percent	Cum.
BAJO DE PESO	1	20.0%	20.0%
ENFERMEDAD CON FIEBRE	1	20.0%	40.0%
ENFERMEDAD CONTAGIOSA	3	60.0%	100.0%
Total	5	100.0%	

59. ¿Como se transmite el SIDA?

	Freq	Percent	Cum.
N59ACOMOSE	257	92.0%	
N59BCOMOSE	143	51.1%	
N59CCOMOSE	28	10.0%	
N59DCOMOSE	183	65.4%	
N59ECOMOSE	16	6.0%	
N59FCOMOSE	4	1.4%	

N59FCOMOSE	Freq	Percent	Cum.
HERIDAS	1	25.0%	25.0%
INFIDELIDAD SEXUAL	3	75.0%	100.0%
Total	4	100.0%	

60. ¿Como se previene el SIDA?

	Freq	Percent	Cum.
N60ACOMOSE	61	22.0%	
N60BCOMOSE	228	81.4%	
N60CCOMOSE	181	65.0%	
N60DCOMOSE	45	16.1%	
N60ECOMOSE	24	8.6%	
N60FCOMOSE	8	3.0%	

N60FCOMOSE	Freq	Percent	Cum.
NO AGUJAS CONTAMINADAS	8	100.0%	100.0%
Total	8	100.0%	

Anexo 7: Listado de personal que participó en el análisis preliminar.

REPRESENTANTES	COMUNIDADES (4):
1. Eduarda Carbajal	San Juan Bautista
2. Verónica García	El Nanzal
3. Escolastico Gómez	Candelaria
4. José Luis González	Río Grande

REPRESENTANTES DEL M.S.P. AREA DE SALUD N°2, LA ESPERANZA, INTIBUCA.

1. Dr. Luis Israel Girón	Jefe de Area.
2. René Cubas Morazán	Jefe del CESAMO de La Esperanza, Intibucá.

COORDINADORES DE LAS AREAS DE IMPACTO 001 Y 002 DE ASCH

1. Lic. Carlos Alberto Paz	Coordinador Area 001 (Pespire).
2. Ing. Manuel Antonio Aguilar	Coordinador Area 002 (La Esperanza).

ENCARGADOS DEL SECTOR SALUD AREAS 001 Y 002 DE ASCH

1. E.P. Elena Ritha Chimilio	Area 001 (Pespire).
2. E.P. Jorge Ponce Posas	Area 002 (La Esperanza).

EQUIPO EVALUADOR

135

Anexo 8: Listado de personal comunitario que participó en las discusiones de sostenibilidad

LISTADO DE PERSONAS ENTREVISTADAS

PESPIRE

1. Raymundo Fúnez	Presidente	Suyapa
2. Santos Domingo Galindo	Representante	El Coyolito
3. Josefa Molina	Voluntaria de Salud	Agua Tibia
4. Fausta Molina	Presidenta y Voluntaria de Salud	San Juan Bautista
5. Aurora Soriano	Presidenta y Voluntaria de Salud	El Espinal
6. Ofelia Espinoza	Voluntaria de Salud	El Quebracho
7. Maria Bernarda Carbajal	Presidenta y Voluntaria de Salud	La Lucia
8. Gil Ortéz	Vice-presidente y Voluntario de Salud	Suyapa
9. Martha Flores	Secretaria Sociedad Padres Familia y Voluntaria de Salud	Tamarindo
10. Otilia Soriano	Voluntaria de Salud	Guayabo
11. Maria Magdalena Pavón	Voluntaria de Salud	Cacautare
12. Eduarda Carbajal	Voluntaria de Salud	Naranjito
13. Ancelmo Girón G.	Voluntaria de Salud	San Juan Bautista
14. José de la Paz Zambrano	Representante de Salud	El Brasilar
15. Lucrecia Colindres	Tesorero Regional	El Brasilar
16. Libia Estela Aguilar	Voluntaria de Salud	Tamarindo Concepcion
17. Yolanda Ortez	Representante de la Comunidad	Tamarindo Concepción
	Voluntaria de Salud	Tamarindo Concepción

TAMARINDO CONCEPCION

1. Reyna Elizabeth Reyes	Socia, Club Amas de Casa
2. Lucrecia Colindres	Voluntaria de Salud
3. Melinda Flores	Socia, Club Amas de Casa
4. Rosmeri García	Socia, Vocal 2°
5. Simona Murillo	Vice-presidente CEPENF
6. Miani Reyes Flores	1° Vocal CEPENF
7. Yolanda Ortez	Voluntaria de Salud y Voluntaria de CEPENF
8. Libia Estela Aguilar	Representante de la Comunidad, Maestra de Educación, Secretaria del C.D.I.
9. Carmen Julia Flores	Presidenta de CEPENF
10. Francis Murillo	Socia, Club Amas de Casa

LAS LAJAS, PESPIRE

1. Santos Barahona	Socia del Club Amas de Casa
2. Santos Molina	Socia del Club Amas de Casa
3. Mª Graciela Paz	Socia del Club Amas de Casa
4. Mª Victoria Núñez	Socia del Club Amas de Casa
5. Nubia Margarita Paz	Socia del Club Amas de Casa
6. Nidia Palma	Socia del Club Amas de Casa
7. Teresa Andino	Socia del Club Amas de Casa
8. Florentina Palma	Socia del Club Amas de Casa
9. Santos Ordóñez	Socia del Club Amas de Casa
10. Mª Idalia Díaz	Socia del Club Amas de Casa
11. Paula Flores	Fiscal
12. Abelina Flores	Socia del Club Amas de Casa
13. Dilma Hernández	Socia del Club Amas de Casa
14. Cecilia Martel	Voluntaria de Salud
15. Andrés Flores	Voluntario de Salud
16. Mayra Palma	Representa a Voluntarios de Salud
17. Alicia Fúnez	Voluntaria de Salud

136

LA ESPERANZA

SEMANE, YAMARANGUILA, INTIBUCA

1. Francisco Valdremin Pérez	Presidente C.D.I.
2. Bernardo López Lemus	Voluntario de Salud y 1° Vocal
3. Apolonio Lemus	Regidor 4° Municipal, Yamaranguila
4. Jeremias Lemus	Voluntario de Salud
5. Carmen Lemus	Voluntaria de CEPENF
6. María Felix Bautista	Voluntaria de CEPENF
7. Nicolasa Lorenzo	Consejera Materno Infantil y Presidenta del Lactario
8. María Teresa Lemus	Partera

EL CACAO, INTIBUCA

1. Agripina Domínguez	Socia, Club Amas de Casa
2. Vicenta González	Socia, Club Amas de Casa
3. María Amparo Domínguez	Voluntaria de Salud
4. María Asención Domínguez	Voluntaria de Salud
5. María Cecilia Gómez	Consejera Ministerio de Salud
6. Marco Domínguez Meza	Vocal 1°, Comite de Desarrollo Integral
7. Zacarias Gómez	Presidente, Patronato Pro-mejoramiento de la comunidad
8. Enemesia Gonzalez	Socia, Club Amas de Casa
9. Simplicia Méndez	Presidenta, Club Amas de Casa
10. María Enriquez Gómez	Voluntaria CEPENF
11. María Margarita Méndez	Socia, Club Amas de Casa
12. Toribia Domínguez	Secretaria, Club Amas de Casa

LOS ENCINOS, INTIBUCA

1. Gregorio Vásquez García	Visitante de la Cooperativa de Consumo Celebrador de la Palabra de Dios
2. Purificación López	Presidenta de la Sociedad de Padres CEPENF
3. José Abraham Domínguez	Secretario de la Junta Administradora del Proyecto de Agua
4. José Roberto Domínguez	Secretario de la Sociedad de Padres CEPENF, Presidente de C.D.I., Comité de Cuencas/Vigilancia
5. Margarita Domínguez	Secretaria del Club Amas de Casa
6. Candida Lemus	Socia del Club Amas de Casa
7. Reyna América Méndez G.	Socia del Club Amas de Casa
8. Antonia López	Voluntaria de Salud
9. Catalina Vásquez Domínguez	Voluntaria de CEPENF
10. Eugenia Rodríguez	Socia del Club Amas de Casa
11. Herlinda Vásquez Domínguez	Voluntaria de CEPENF
12. Leucadia Domínguez	Socia del Club Amas de Casa
13. Patricia López Rodríguez	Fiscal Grupo Agrícola
14. Modesto Vásquez	Vice-presidente del CEPENF
15. Karla Patricia González	Socia del Club Amas de Casa
16. Arcadia Domínguez	Socia del Club Amas de Casa
17. Vicente González	Socia del Club Amas de Casa
18. María Auxiliadora López	Socia del Club Amas de Casa
19. Valentina Vásquez	Vice-presidenta del Club
20. María Domínguez	Socia y Fiscal del Club
21. Antonia García	Socia del Club Amas de Casa
22. Lorena González Hernández	Presidenta del Club

QUEBRADA DE LAJAS, INTIBUCA

1. Santos García	Celebrador de la Palabra
2. Nazario Gómez Domínguez	Miembros del Comité de Cuencas
3. Hilario Gómez Domínguez	Voluntario y Guardia de Salud
4. Victoriano Gómez	Presidente de C.D.I. y de la Junta Administradora de Agua
5. María Gómez	Voluntaria de Salud de ASCH
6. Wendy Suyapa Domínguez	Voluntaria de Salud
7. María Santos Domínguez	Socia del Club Amas de Casa
8. Agustia Mercedes Domínguez	Vice-presidente del Patronato
9. María Cruz Monje	Presidenta del Club Amas de Casa

137

Anexo 9: Listado de personal de ASCH que participó en discusiones de sostenibilidad.

Lic. Aida de Castro
Ing. Mariano Planells
Lic. Mario Nieto
Dra. Lesbia Rivera

Equipo de Trabajo de La Esperanza
Equipo de Trabajo de Pespire

Anexo 10: Listado de personal de M.S.P. que fué entrevistado

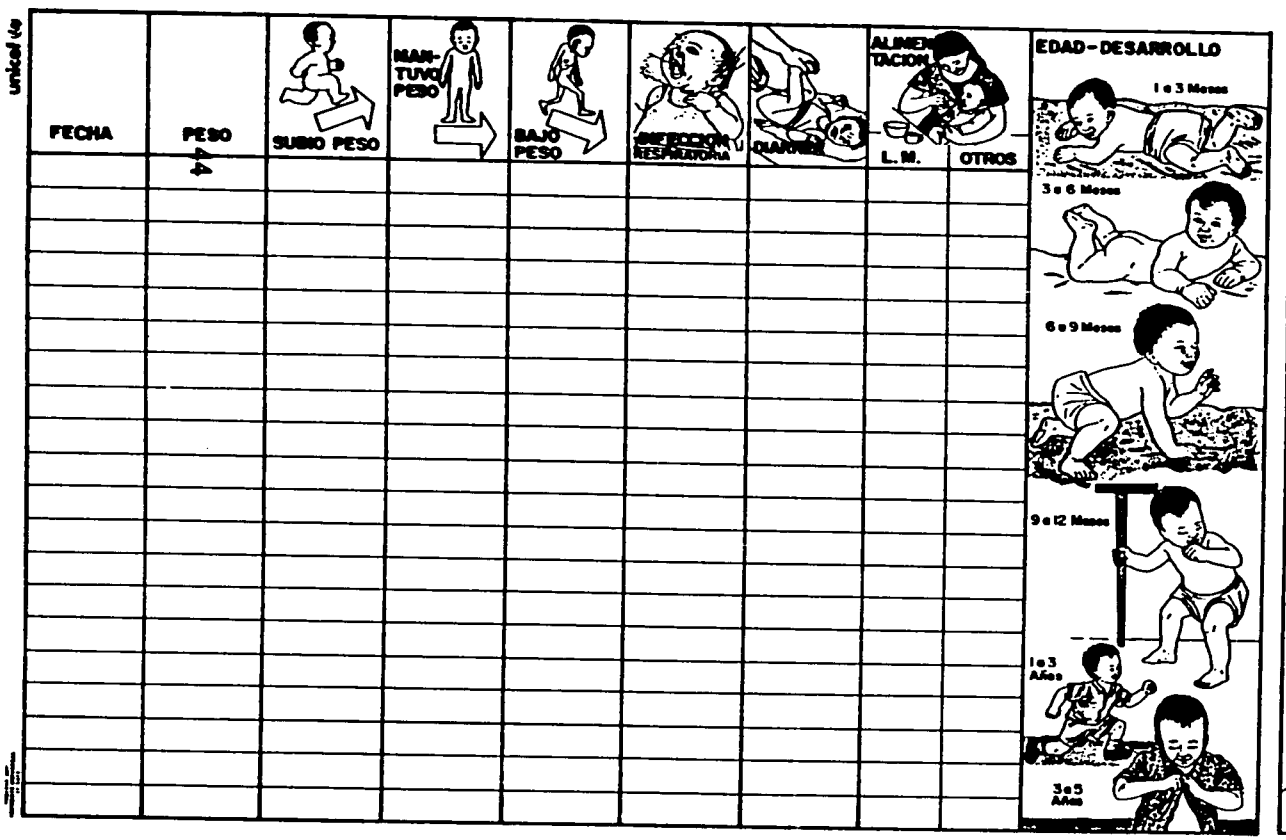
CESAMO DE PESPIRE, CHOLUTECA

1.	Dra. Pamela Coello	Médico en Servicio Social, Director CESAMO
2.	Enf. Aux. Estelita de Borjas	
3.	Enf. Aux. Isaura Cárcamo	
4.	Tec. José María Cruz	

CESAMO DE LA ESPERANZA, INTIBUCA

1.	Dr. Luis Israel Girón Aguilar	Jefe del Area de Salud N°2
2.	Dr. René Cubas Morazán	Jefe CESAMO
3.	E.P. Auristela Vásquez López	Supervisora del Area
4.	P.M. Mirna Maribel Mejía	Administradora del Area
5.	Antonio Santos Guzmán	Promotor de Saneamiento Básico

Anexo 11: Carnet de Salud del Niño



FECHA	PESO	SUBIO PESO	MAN-TUVO PESO	BAJO PESO	INFECCION RESPIRATORIA	DIARREA	ALIMENTACION L. M.	OTROS
	44							

EDAD-DESARROLLO

1 a 3 Meses

3 a 6 Meses

6 a 9 Meses

9 a 12 Meses

1 a 3 Años

3 a 5 Años

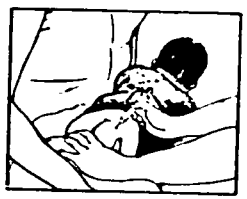
TARJETA DEL NIÑO

IDENTIDAD _____ EDAD _____
FECHA DE NACIMIENTO _____
DIRECCION _____
RESPONSABLE _____
ESTABLECIMIENTO _____

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
REPUBLICA DE HONDURAS

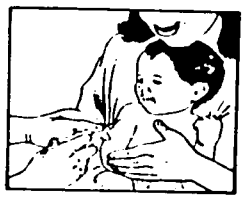
ANTIPOLIOMIELITIS (Cuatro dosis)

- ◯ Recien nacido ___/___/___
- ◯ Ira DOSIS ___/___/___
- ◯ 2da DOSIS ___/___/___
- ◯ 3ra DOSIS ___/___/___
- ◯ OTRAS ___/___/___



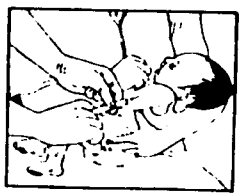
DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS (D.P.T.) Tres dosis

- ◯ Ira DOSIS ___/___/___
- ◯ 2da DOSIS ___/___/___
- ◯ 3ra DOSIS ___/___/___



ANTISARAMPION (Una dosis)

- ◯ Ira DOSIS ___/___/___



ANTITUBERCULOSIS (BCG) (Tres dosis)

- ◯ Ira DOSIS RN ___/___/___
- ◯ 2da DOSIS 7 AÑOS ___/___/___
- ◯ 3ra DOSIS 12 AÑOS ___/___/___

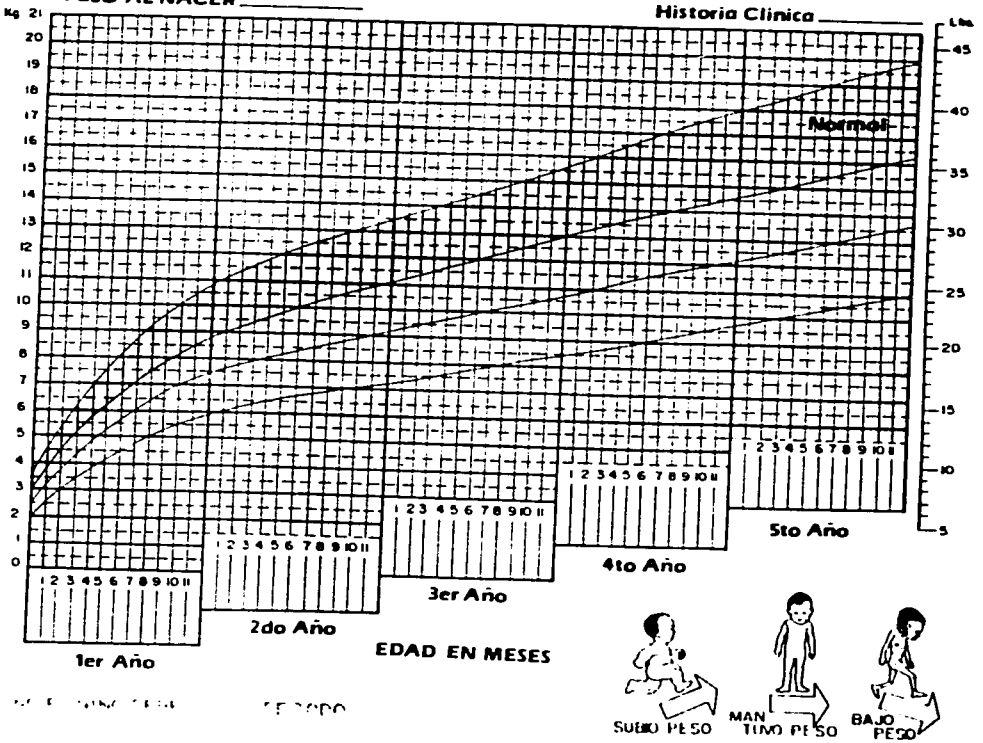
Alimentación DEL NIÑO

GRAFICA DE PESO PARA EDAD

Vitamina A ___/___/___

PESO AL NACER _____

Historia Clinica _____



Anexo 12: Carnet Vacunación de Mujer en Edad Fértil

POR DECRETO DEL GOBIERNO DE LA REPUBLICA SE ESTABLECE CON CARACTER OBLIGATORIO LA TARJETA DE VACUNACION CONTRA LA: POLIO, DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS, TUBERCULOSIS Y SARAMPION.

REGRESE EN LA FECHA QUE SE LE INDIQUE PARA APLICAR LA SEGUNDA, TERCERA DOSIS Y EL REFUERZO.

LA TARJETA DE VACUNACION ES REQUISITO OBLIGATORIO PARA INGRESAR AL KINDER, PRIMER GRADO, ORFELINATOS, COMEDORES INFANTILES, SERVICIOS DE RECUPERACION NUTRICIONAL Y PARA CONSULTAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS MEDICOS DEL ESTADO Y PRIVADOS.

TARJETA DE VACUNACION

REPUBLICA DE HONDURAS

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y A.S.
DIRECCION GENERAL DE SALUD
DIVISION DE EPIDEMIOLOGIA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
REPUBLICA DE HONDURAS

CARNET DE VACUNACION
PARA TOXOIDE TETANICO
A MUJERES EN EDAD FERTIL
(12-49 AÑOS) Y GESTANTES

Nombre: _____

_____

Edad: _____

Dirección _____

_____

142

Anexo 13: Hoja de Control de Crecimiento

143

Anexo 14: Hojas de Eventos Vitales

REPORTE DE NACIMIENTO

Estado civil de la madre: 1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Viuda. 6. Otro

FECHA DE PARTO_____

TIPO DE PARTO:
1. nacido vivo a término
2. nacido vivo prematuro
3. mortinato (nacido muerto)
4. aborto

Atendida por:
1. partera entrenada
2. personal médico o de enfermería
3. miembro de la familia
4. otros

Lugar donde nació el niño:
1. casa _____ 2. centro salud _____ 3. otro_____

Fecha nacimiento niño anterior:_____

¿Asistió la madre a control prenatal durante el embarazo?
1. Si_____ No. de veces _____ 2. No. _____

¿Está viva la madre aún? 1. Si _____ 2. No _____
(Si es NO llene reporte de muertes)

Datos Recién Nacido:

Nombre del niño. _____ Sexo ___ Código _____

¿Recibió el niño BCG al nacer? 1. Si _____ 2. No _____

Peso del niño al nacer _____

¿Está vivo el niño aún? 1. Si _____ 2. No _____ (Si es sí anotelo en el registro, de lo contrario llene reporte de muerte)

COMENTARIOS:_____

Reporte Elaborado Por:
Cargo:
Fecha reporte embarazo:

ASOCIACION SAVE THE CHILDREN DE HONDURAS

PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

REPORTE DE EMBARAZOS

Area de Impacto:_____ Departamento_____

Municipio_____ Aldea_____

Comunidad_____ Familia No._____

Nombre de la embarazada_____

Código (ver ficha familiar) _____

Visita a control prenatal: 1ra. 2da. 3ra. 4ta. 5ta. 6ta.

¿Ha recibido la embarazada alguna información sobre espaciamiento de embarazos?

1. Si_____ Fecha_____ 2. No_____

Fecha nacimiento último hijo_____

MARQUE CUALQUIERA DE LOS FACTORES QUE PRESENTE LA EMBARAZADA

1._____menos de 20 años de edad.
2._____mayor de 35 años de edad.
3._____primer embarazo.
4._____más de cinco (5) embarazos anteriores.
5._____anemia.
6._____pies hinchados.
7._____presión arterial alta.
8._____diabética
9._____antecedentes de aborto
10._____otro_____

Verifique si la embarazada tiene sus dosis de toxoide tetánico.
Si_____ . 1ra. 2da. 3ra. 4ta. 5ta.

Está tomando vitaminas y sulfato ferroso. Si_____ No_____.
Especificar cual_____.

REFERIDA A: Hospital_____ Centro de Salud_____.

FECHA DE REPORTE DE EMBARAZO_____.

ELABORADO POR:_____.

COMENTARIOS _____

_____

145

ASOCIACION SAVE THE CHILDREN DE HONDURAS

REPORTE DE MUERTE

Area de Impacto..... Departamento.....

Municipio..... Aldea.....

Comunidad..... Familia No.....

Nombre del muerto..... Sexo..... Código.....
.....

Fecha de nacimiento..... Fecha de muerte.....

CAUSA DE LA MUERTE:

.....De acuerdo a la familia
.....De acuerdo al voluntario
.....De acuerdo al enfermero de ASCH

USO EXCLUSIVO DEL MEDICO

.....Causa principal
.....Causa asociada

USO EXCLUSIVO DEL ENFERMERO
(marque si es apropiado)

.....sarampión en los ultimos 3 meses. Fecha episodio.....
.....Kwashiorkor asociado a otra enfermedad.
.....marasmo asociado a otra enfermedad.
.....anemia.
.....aborto o parto reciente (últimas 6 semanas).
.....fiebre de más de 15 dias de evolución.
.....tetanus.
.....deshidratación causada por diarrea. (fue sanguinolenta si___ no___).
.....respiración rápida o con dificultad (fiebre si__ no__)
.....fue visto en una clínica antes de morir
.....recién nacido murió, edad en dias_____
(llene reporte de nacimiento)
.....tos de mas de 15 dias (sintomático respiratorio).

Estaba vacunada esta persona: TT: 1 2 3 4 5 BCG 1
DPT: 1 2 3 1R POLIO: 1 2 3 1R 2R SARAMPION: 1 1R

COMENTARIOS.....
.....
.....
.....
Reporte elaborado por:.....
Muerte de menor de 5 años, adjunte carnet de salud a este reporte.

146

FOR-PS-006

ASOCIACION SAVE THE CHILDREN DE HONDURAS

REPORTE DE MIGRACION

Area de Impacto: _____ Departamento: _____

Municipio _____ Aldea _____

Caserio o comunidad _____ Familia No. ___ - ___ - ___ - ___

Reportado por: _____ Fecha : ___ - ___ - ___

Nombre familia _____ Tipo __ todos Si__ No __

CUADRO DE EMIGRANTES O INMIGRANTES

	Nombre de la Persona	Fecha llegada o partida	Tipo	Código
1)				
2)				
3)				
40				
5)				
6)				

Tipos: 1) Emigración temporal (6 meses o más)
2) Regreso de emigración temporal
3) Emigración permanente
4) Inmigración permanente

*En el caso de que sea emigración de toda la familia no llene cuadro

*En inmigración de una famiia completa llene ficha familiar y adjunte esta forma a dicha ficha.

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

_____

_____

147

FICHA FAMILIAR
ASOCIACION SAVE THE CHILDREN DE HONDURAS
(NUCLEO FAMILIAR Y SUS DEPENDIENTES)

Nombre de la Familia: _____

Número Familiar _____ Departamento _____ Número _____
DEPARTAMENTO MUNICIPIO ALDEA FAMILIA

Municipio _____ Aldea _____ Dirección _____ Entrevistador: _____ Fecha: _____

Caserio _____ Grupo Etnico _____ _____ Fecha: _____

A	B	C	D	E	F	G	H										I										J		K
No.	Nombres (Apellidos y Nombres) (Comience con el Jefe de Familia)	SEXO	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Relación con el Jefe de Familia	Ocupación ó en el caso de los niños si asiste o no a la escuela	Escolaridad	DATOS DE INMUNIZACIONES										ACTUALIZACION DEL CODIGO DE EVENTOS VITALES										Espaciamiento de Embarazo		Anexo 15: Ficha Familiar
							BCG	OPT				POLIO				Sarampión	91 Fecha del Evento	CODIGO	92 Fecha del Evento	CODIGO	93 Fecha del Evento	CODIGO	94 Fecha del Evento	CODIGO	95 Fecha del Evento	CODIGO	Método Usado	Fecha	
								1	2	3	R	1	2	3	R														
01																													
02																													
03																													
04																													
05																													
06																													
07																													
08																													
09																													
10																													
11																													
12																													
13																													

50

HISTORIA DE EMBARAZO RECIENTE Y SUPERVIVENCIA INFANTIL (Todas Las Mujeres 13-49 Años)

No. de Mujer	Total de nacimientos vivos	No de Hijos vivos	No. de Hijos muertos	Embarazo desde Enero 1987?	Mes y Año del Parto (ó si está embarazada)	Esta aún vivo?	Mes y Año de la muerte	Causa de la muerte
				☐ SI - Continúe ☐ No -	Mes ____ Año ____ Embarazada ____	☐ Si ☐ No Continúe	Mes ____ Año ____	
				☐ SI - Continúe ☐ No -	Mes ____ Año ____ Embarazada ____	☐ Si ☐ No Continúe	Mes ____ Año ____	
				☐ SI - Continúe ☐ No -	Mes ____ Año ____ Embarazada ____	☐ Si ☐ No Continúe	Mes ____ Año ____	

No.	Nombre de Mujer en Edad fertil (13-49 Años)	Embarazada Actualmente?	INMUNIZACION: DOSIS DE TETANOS					CONTROL PRENATAL						Fecha Probable del Parto
			1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	46+	

CODIGOS

Eventos Vitales	Relación con J. F.
M = Muerte	E = Esposo
N = Nacimiento	H = Hijo(a)
E = Embarazo	A = Adoptivo
A = Aborto	M = Madre
S = Emigración	P = Padre
LL = Inmigración	S = Sobrino
	D = Doméstica
	B = Suegra(o)
	N = Nieto
	O = Otro
	C = Compañero

158

INDICE SOCIO ECONOMICO

Casa: Propia ---- Prestada o Alquilada ----

1991	1992	1993	1994	1995	1996	CATEGORIA 1	CATEGORIA 2	CATEGORIA 3
PAREDES						- Vara Estación	- Adobe - Madera - Bahareque	Ladrillos de Rafón Bloques
PISO						- Tierra	Ladrillo de barro - Madera	Cemento - Mosaico
TECHO						- Paja	Zinc Teja - Asbesto Sin cielo razo	Zinc Asbesto Teja Con Cielo Razo
CAMAS						- En el Piso	Tapesco Hamaca	Colchón
MEDIOS DE INFORMACION						— Radio	Radio 2 Bandas - Grabadora Simple	Radio más de 2 Bandas - T. V. Equipo de Sonido
TRANSPORTE						- Ninguna	Carreta Bestia - Bicicleta	Carro Motocicleta
IMPLEMENTOS AGRICOLAS						— Herramientas Manuales	Herramientas Manuales y algunas Bestias y Bueyes	Tractores algunas veces alquilado
AGUA LIMPIA						- - No hay pozos ni acueducto Agua	Una fuente para toda la Comunidad (Llave o pozo)	Fuente de agua en la casa (Llave o pozo)
COMERCIO						- No poseen ningun negocio	Pequeños negocios	Poseen negocios Pertenecen a Cooperat
ANIMALES DOMESTICOS						- - Ninguno	Perros, Gatos y Aves	— Cerdos — Cabras — Vacas - Ovejas - Bestias
DISPOSICION DE EXCRETAS						- - Aire libre	Excusado	Letrina o Servicio Sanitario
Tipo de Iluminación Artificial						— Ocote - Candela	Candil Quinqué	- Lámpara de Gas - Luz Eléctrica
DISPOSICION BASURA						— La acumulan cerca de la casa	- La acumulan en lugares distantes a la casa	— La queman - La entierran (Abonera)
PUNTAJE TOTAL								
CATEGORIA						CATEGORIA 1 13-21	CATEGORIA 2 22-30	CATEGORIA 3 31-39

PARTICIPACION O MEMBRESIA EN ORGANIZACIONES(+ O -)

	1991	1992	1993	1994	1995
Comite Desarrollo Integral					
Patronato Comunal					
Grupo de Mujeres					
Grupo de Jovenes					
Grupo de Agricultores					

HABILIDADES PRACTICAS EN SALUD

Práctica N = Nunca
O = Ocasionalmente
R = Regularmente

Nombre	Codigo	Habilidad	1991	1992	1993	1994	1995

PARTICIPACION EN PROYECTOS

NOMBRE	Codigo	PATROCINADOR Y NOMBRE DEL PROYECTO	Fecha Mes/Año	PAPEL DEL PARTICIPANTE Y/O COMENTARIO

Anexo 16: Hojas de Reporte Consolidado de Salud y Nutr

ASOCIACION SAVE THE CHILDREN DE HONDURAS — SALUD Y NUTRICION — RESPONSABLE: P. CHINILIO

MES DE INFORME:_____ DE 1992 — A.I.:____

CAPACITACION DE BENEFICIARIOS

CURSO DE	SALUD Y NUTRICION	SALUD MATERNA	SALUD REPRODUCTIVA	SISTEMA DE INFORMACION	NUTRICION	SANEAMIENTO BASICO	OTROS	TOTAL
No.DE CURSOS								
PARTICIPANTES								

TOTAL DE BENEFICIARIOS, ACUMULADO:_____ MUJERES:_____

PERSONAL DE APOYO

TIPO DE PERSONAL	VOLUNTARIOS DE SALUD	CONSEJERAS MATERNO INFANTIL	PARTEROS	ENFERMEROS COMUNITARIOS DE ENLACE (ECE)	OTROS	TOTAL
FEMENINO						
MASCULINO						
# PERSONAL NUEVO						
# DE DESERTADOS						

L A C T A R I O S

# DE LACTARIOS FUNCIONANDO	NIÑOS < 5 AÑOS	MADRES LACTANDO	MADRES DE APOYO	MUJERES EMBARAZADAS	TOTAL

CONTROL DE CRECIMIENTO

# SESIONES DE PESO	NIÑOS PESADOS (TOTAL)	DESNUTRICION G-III	DESNUTRICION G-II	DESNUTRICION G-I	NORMALES	VISITAS DOMICILIARES

INMUNIZACIONES

# DE NIÑOS	ESQUEMA COMPLETO	FALTAN REFUERZOS	ESQUEMA INCOMPLETO	SIN VACUNAS	RENUENTES
MENORES DE 1 AÑO					
DE 1 A 5 AÑOS					
TOTAL					

NIÑOS CON ESQUEMA COMPLETO (ACUMULADO):_____

SALUD REPRODUCTIVA

REFERENCIAS	PROBLEMAS DE LACTANCIA	PROBLEMAS USO DE METODOS DE P.P.	EMBARAZO DE ALTO RIESGO	ESTERILIZACION FEMENINA	ESTERILIZACION MASCULINA	INSERCION DIU	OTRO	TOTAL
# DE BENEFICIARIOS								
ACUMULADO								

PROYECTO DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO

PROYECTOS DE AGUA Y SANEAMIENTO BASICO	# DE PROYECTOS	# DE TOMAS DOMICILIARIAS	# DE LETRINAS	# DE RESUMIDORES	% DE AVANCE	# DE BENEFICIARIOS
NUEVOS						
ACUMULADOS						

ASISTENCIA TECNICA

	LACTARIOS	MICROPUESTOS	SISTEMA DE INFORMACION	SANEAMIENTO BASICO	OTROS	TOTAL
ASISTENCIA						

No. DE BENEFICIARIOS ACUMULADOS:_____ MUJERES:_____

Diseñado por: Patricia Redondo

Anexo 17: Lista de integración de programas y proyectos

PROYECTO POR SECTOR

COMUNIDAD	SALUD	EDUCACION	AGRICULTURA PROD.AL.	DESARROLLO ECONOMICO
1) La Palma	- Lactario - Comité Emergencia Cólera. - Supervivencia Infantil. - Agua - Letrinización	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar.	- Proyecto Caprino. - Mejoramiento de Suelo.	- Apoyo a pequeños negocios de consumo. - Apoyo crediticio proyectos agricolas.
2) El Tablado	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Agua - Letrinización - Comité Emergencia Cólera.	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar. - Parque Infantil	- Proyectos Avícolas.	- Apoyo pequeños negocios de consumo.
3) Agua Tibia	- Lactario - Comité Emergencia Cólera. - Salud Reproductiva - Agua - Letrinización - Supervivencia Infantil.	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar. - Const. local Cepenf.	- Proyectos Caprinos. - Proyectos Avícolas. - Proyectos Cunícolas.	- Apoyo crediticio proyectos avícolas.
4) La Lucía	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Agua - Letrinización - Comité Emergencia Cólera.	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar.	- Proyecto Sandía. - Proyectos Caprinos.	- Apoyo a negocios de consumo.
5) El Espinal	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Agua - Letrinización - Comité Emergencia Cólera. CESAR	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar. - Mej. Edificio Escolar.	- Apoyo fincas modelo.	

151

PROYECTO POR SECTOR

COMUNIDAD	SALUD	EDUCACION	AGRICULTURA PROD.AL.	DESARROLLO ECONOMICO
6) El Rincón	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Agua - Letrinización	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar.	- Proyecto Caprino. - Mejoramiento de Suelo.	- Apoyo a pequeños negocios de consumo. - Apoyo crediticio proyectos agrícolas.
7) Rinconada	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Comité Emergencia Cólera. - Agua - Letrinización	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar.	- Apoyo Proyectos hortícolas (Sandía)	- Apoyo Crediticio tiendas consumo. - Apoyo crediticio comercialización de granos.
8) San Juan Bautista	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Comité Emergencia Cólera. - Agua - Letrinización - CESAR	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar.	- Proyectos Avícolas. - Proyectos Hortícolas.	- Apoyo Crediticio comercialización de granos.
9) Quebracho	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Comité Emergencia de Cólera. - Agua - Letrinización	- CEPENF - Comité Desarrollo local - Mobiliario Escolar.	- Proyectos Caprinos.	- Apoyo Crediticio comercialización de granos. - Apoyo Crediticio comercialización de carnes.
10) Coyolito	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Comité Emergencia Cólera. - Agua - Letrinización	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar.	- Proyectos Caprinos. - Proyectos Cunícolas. - Proyectos Avícolas.	- Apoyo tiendas de consumo. - Apoyo comercialización de granos

- 158

PROYECTO POR SECTOR

COMUNIDAD	SALUD	EDUCACION	AGRICULTURA PROD.AL.	DESARROLLO ECONOMICO
11) La Montaña	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Comité Emergencia Cólera. - Agua - Letrinización	- Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar. - Mejoramiento de Escuelas.	- Proyecto Hortícolas.	- Apoyo crediticio comercialización de granos. - Apoyo crediticio tienda de consumo con mujeres.
12) Portillo Grande	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Comité Emergencia Cólera. - Micro puestos de salud - Agua - Letrinización	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar.	- Mejoramiento suelo Hortícolas.	- Apoyo Crediticio comercialización de granos. - Apoyo crediticio tiendas de consumo.
13) Tamarindo (Guayabo)	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Comité Emergencia Cólera. - Micro puestos de salud. - Agua - Letrinización	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar.	- Proyectos Caprinos.	- Apoyo Crediticio comercialización de granos.
14) Esquimay Arriba	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Comité Emergencia de Cólera. - Agua - Letrinización	- CEPENF - Comité Desarrollo local - Mobiliario Escolar.	- Proyectos Caprinos.	- Apoyo Crediticio comercialización granos.
15) Esquimay Abajo	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Comité Emergencia Cólera. - Agua - Letrinización	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar.	- Proyectos Caprinos.	- Apoyo crediticio comercialización de granos.

153

PROYECTO POR SECTOR

COMUNIDAD	SALUD	EDUCACION	AGRICULTURA PROD.AL.	DESARROLLO ECONOMICO
16) Saladito	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Agua - Letrinización - Comité Emergencia Cólera. - Micro puesto salud	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar.	- Proyecto Hortícolas. - Proyectos Caprinos.	- Apoyo crediticio comercialización de granos.
17) Jobos	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Comité Emergencia Cólera. - Agua - Letrinización - Micro puesto salud	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar.	- Proyectos Caprinos.	- Apoyo Crediticio compra ganado.
18) Suyapa	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Comité Emergencia Cólera. - Agua - Letrinización	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar. - Mejoramiento Escolar.	- Proyectos Caprinos. - Proyectos hortícolas. (sandia) - Cultivo achiote.	- Apoyo Crediticio procesamiento de leche.
19) Lajas	- Lactario - Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Comité Emergencia de Cólera. - Letrinización	- CEPENF - Comité Desarrollo local - Mobiliario Escolar. - Const. Escuela	- Proyectos Caprinos.	- Apoyo Crediticio tiendas de consumo. - Apoyo crediticio comercialización granos.
20) Terrero Concepción	- Supervivencia Infantil. - Salud Reproductiva - Comité Emergencia Cólera. - Agua Potable - Letrinización	- CEPENF - Comité Desarrollo local. - Mobiliario Escolar. - Mejoramiento de escuelas.	- Producción granos básicos - Producción de hortalizas. - Conservación del medio ambiente.	- Tiendas de consumo

PROYECTO POR SECTOR

COMUNIDAD	SALUD	EDUCACION	AGRICULTURA/PROD.AL	DESARROLLO ECONOMICO
21) Portillo Centro	- Supervivencia Infantil - Salud Reproductiva - Comité Contra Colera - Agua Potable - Letrinización	- Organización Comunitaria - Mejoramiento Escolar - Comité Desarrollo Escolar	- Cultivo Sandia - Producción de Cabras - Producción Granos básicos	- Tienda de Consumo
22) Cacautare	- Lactario - Supervivencia Infantil - Comité contra Cólera - Agua Potable - Letrinización	- CEPENF - Mejoramiento Escolar - Organización Comunitaria - Comité Desarrollo Local	- Producción de Cabras - Producción Hortícola - Producción Granos básicos	- Tienda de Consumo
23) Naranjito	- Lactario - Supervivencia Infantil - Salud reproductiva - Comité Célera - Letrinización	- CEPENF - Mejoramiento Escolar - Organización Comunitaria - Comité Desarrollo Local	- Granos Básicos - Producción de Frutas	- Tienda de Consumo - Compra y venta de granos
24) El Nanzal	- Lactario - Supervivencia Infantil - Salud Reproductiva - Micropuestos de Salud - Comité del Cólera	- CEPENF - Mejoramiento de Escuelas - Comité Desarrollo Local	- Producción de Frutas - Granos Básicos	- Tienda de Compra y Venta de Granos
25) Jicaral	- Lactario - Supervivencia Infantil - Salud Reproductiva - Comité Cólera	- CEPENF - Mejoramiento de Escuelas - Organización Comunitaria	- Producción de Frutas - Producción de Granos Básicos	- Tienda de Consumo

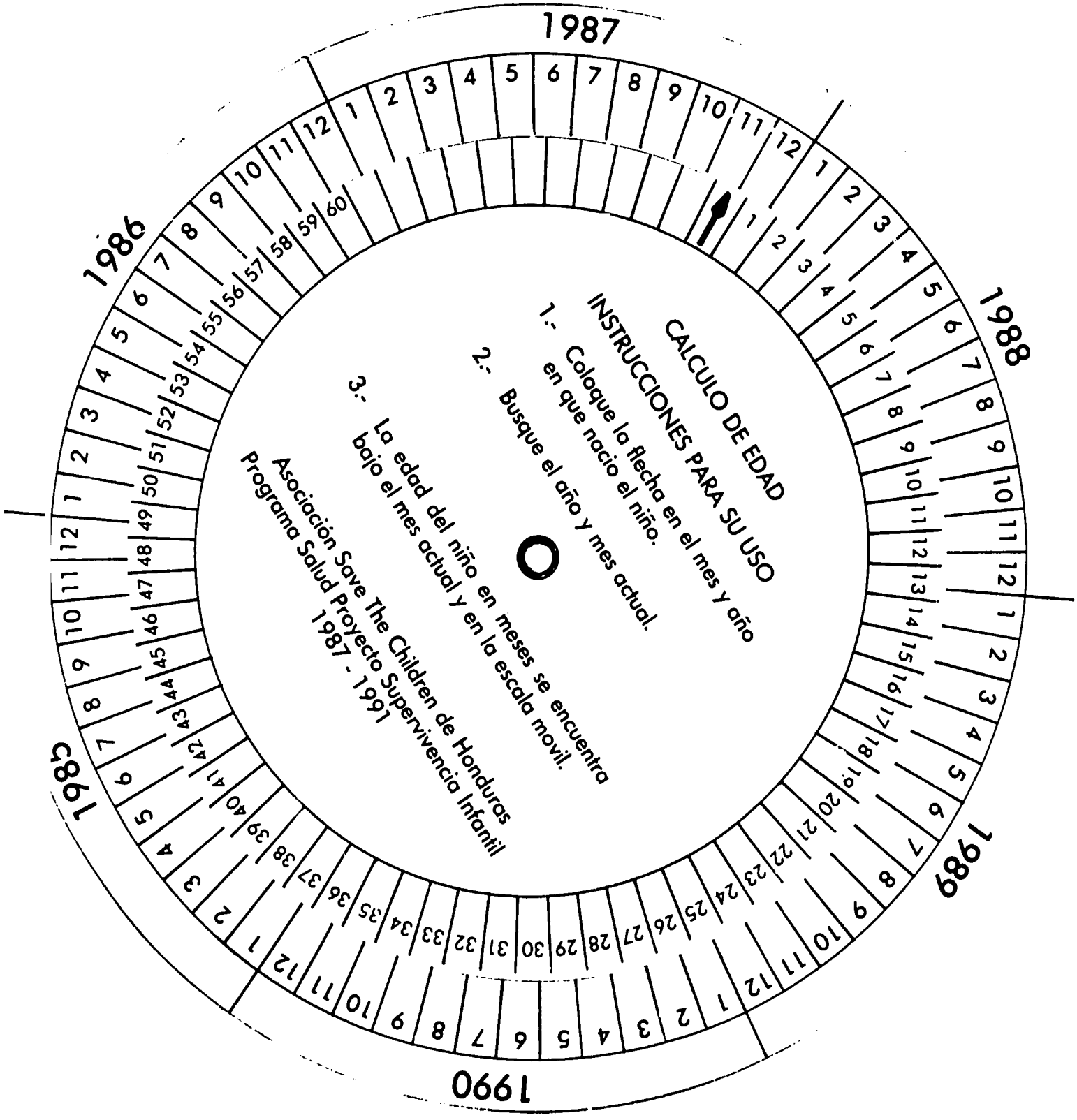
153

PROYECTO POR SECTOR

COMUNIDAD	SALUD	EDUCACION	AGRICULTURA/PROD.AL	DESARROLLO ECONOMICO
26) Tamarindo Concepcion	- Lactario - Supervivencia Infantil - Salud Reproductiva - Agua Potable - Letrinización - Comité Emergencia Cólera - Micro-puestos de Salud	- CEPENF - Mobiliario Escolar - Comité Desarrollo Local	- Proyecto Caprino	- Apoyo tienda de Consumo
27) Ocotillo	- Lactario - Supervivencia Infantil - Salud Reproductiva. - Micropuesto Salud - Comité Emergencia Cólera	- CEPENF - Mobiliario Escolar	- Horticola	- Comercialización Granos
28) Brasilar	- Lactario - Supervivencia Infantil - Salud reproductiva - Comité Cólera - Letrinización - Agua	- CEPENF - Mobiliario Escolar - Comité Desarrollo Local	- Horticola - Caprino	
29) San Francisco	- Lactario - Supervivencia Infantil - Salud Reproductiva - Micropuestos de Salud - Comité del Cólera - Agua - Letrinización	- CEPENF - Mejoramiento de Escuelas - Comité Desarrollo Local - Mobiliario Escolar	- Horticolas - Proyecto Caprinos	- Comercialización granos. - Apoyos tiendas consumo
30) La Crucita	- Lactario - Supervivencia Infantil - Salud Reproductiva - Comité Cólera - Agua - Letrinización	- CEPENF - Mobiliario Escuelas - Comité Desarrollo Local	- Horticolas - Caprinos	- Comercialización granos. - Tienda de Consumo

152

Anexo 18: Disco para Cálculo de Edad y Peso



157

Anexo 19: Contrato de sostenibilidad

ACUERDO PARA SOSTENIBILIDAD DE ACTIVIDADES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

Nosotros LUIS ISRAEL GIRON,JORGE AGUILAR,Y MANUEL ANTONIO AGUILAR, Director de Area #2 del Ministerio de Salud Pública, Jefe Módulo # 5 de la Junta Nacional de Bienestar Social y Coordinador de Area de Impacto #2 de La Asociación Save The Children de Honduras, respectivamente, por éste documento y bajo la consideración que el PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ejecutado por la Asociación Save The Children de Honduras y financiado por A.I.D.-Washington acordamos lo siguiente:

El Ministerio de Salud Pública através del Area # 2 se compromete a:
I.- Dar el seguimiento adecuado y oportuno a las actividades de :
Capacitación, supervisión y evaluación al personal voluntario de salud de las 24 comunidades donde se desarrolló el proyecto, además proporcionar apoyo técnico y reforzamiento a las organizaciones comunales de salud.

II.- Orientará al personal voluntario y a organizaciones comunales para gestionarla obtención de ayudas ó apoyo para actividades de salud en sus comunidades, fomentando de esa manera la coordinación interinstitucional.

III.-Apoyará alpersonal voluntario y organizaciones comunitarias en la ejecución de las diferentes actividades de salud preventiva y de capacitaciónen salud comunitaria a fín de consolidar conocimientos y prácticas de salud.

IV.-Fortalecerá el sistema de referencias del nivel comunitario a:
Los CESARES, CESAMOS U HOSPITAL DEL AREA.

V.-Continuará fortaleciendo con su integración,el comité MATERNO INFANTIL.

155

La Junta Nacional de Bienestar Social A Través del Módulo # 5 se compromete a:

I.-Proporcionará seguimiento y apoyo a las actividades de Nutrición y Bienestar familiar, igual que a los casos de Desnutrición que se presenten.

II.- Supervisará y evaluará mensualmente los centros nutricionales,(lactarios) que subpatrocina la Asociaci´on Save The Children de Honduras .

III.- Contribuirá a las jornadas de capacitación del voluntariado de salud y de los clubes de amas de casa en cada comunidad.

IV.- Apoyará las actividades de atención primaria en salud en coordinación del Ministerio de Salud y otras instituciones.

V.-Continuará integrando el comité Materno-Infantil a nivel interinstitucional.

VI.-Evaluará en coordinación con otras instituciones los conocimientos y prácticas de beneficiarios a nivel comunal.

La Asociación Save The Chlidren de Honduras:

I.-Velará y apoyará el proceso de autogestión en salud comunitaria de las organizacionescomunales en salud.
II.- Apoyará las actividades del M.S.P.y J.N.B.S.,que realicen para la continuidad y Sostenibilidad de las actividades de salud en las 24 comunidades donde se desarrollo´el proyecto de Supervivencia Infantil.

El presente Acuerdo contribuirá en la Consolidación de las acciones de Salud de éstas instituciones con otros organismos gubernamentales, no gubernamentales ó comunales.

Dr. Luís Israel Girón
Jefe de Area #2 .M.S.P.

Prof. Jorge Aguilar
Jefe Módulo # 5 J.N.B.S.

continua firmas...

151

Ing.MANUEL ANTONIO AGUILAR Z.
JEFE AREA DE IMPACTO 002
A,S.CH.

E.P.JORGE PONCE POSAS
PROGRAMA DE SALUD.AI-002
A.S.CH.

c.c|jefe area # 2 M.S.P.
C.c./ jefe modulo # 5 J.N.B.S.
c.c/Dr.Rene Cubas,Cesamo La Esperanza.
c.c./Gerente de Programas y Proyectos,A.S.CH.
c.c./Coordinador del AI-002.
c.c./arch.

160

Anexo 20: Bibliografía

- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Honduras. Ministerio de Salud Pública, Management Sciences for Health, Family Health International. Tegucigalpa, Honduras, 1984.

- Salud en Cifras 1987-1991. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud. Departamento de Estadísticas de Salud. Tegucigalpa, D.C., 1991.

- Encuesta Basal de Salud Reproductiva (EBSR). Asociación Save the Children, Population Council. Tegucigalpa, D.C., Noviembre, 1991.

- Household Survey Manual. Diarrhoea Case Management, Morbidity, and Mortality. Programme for Control of Diarrhoeal Diseases, World Health Organization. Geneva, 1989.

- Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. Epi Info, Version 5: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. USD, Incorporated, Stone Mountain, Georgia, 1990.