PD-ABN-122
91047

BASICS

TRIP REPORT

PLANNING FOR BASICS, MOTHERCARE, AND WELLSTART COOPERATION; REPORTS ON WELLSTART BASELINE AND AIN COMMUNITY EVALUATION; AND PLANNING FOR THE COMMUNITY PERINATAL HEALTH STUDY

BASICS is an USAID-funded project administered by the Partnership for Child Health Care, Inc.

Academy for Educational Development
John Snow, Inc.
Management Sciences for Health

1600 Wilson Blvd., Suite 300
Arlington, VA 22209

USAID

PLANNING FOR BASICS, MOTHERCARE, WELLSTART COOPERATION; REPORTS ON WELLSTART BASELINE AND AIN COMMUNITY EVALUATION; AND PLANNING FOR THE COMMUNITY PERINATAL HEALTH STUDY

May 6 - 9, 1996

Tegucigalpa, Honduras

Dr. Barry D. Smith

BASICS Technical Directive No: 000-HN-01-031, 000-HN-01-021
USAID Contract No: HRN-6006-C-00-3031

2

TABLE OF CONTENTS

ACRONYMS v

PURPOSE 1

ACTIVITIES 1

RESULTS 1
- Interagency Coordination 1
- Wellstart/LLL Baseline Study 2
- MOH/BASICS Community Sustainability Analysis 2
- Planning for the Community Perinatal Activity 3

RECOMMENDATIONS 3
- Interagency Coordination 3
- Perinatal Mortality Survey 4

APPENDICES

- Appendix A: Cooperating Agencies/USAID Meeting
- Appendix B: MotherCare and BASICS Workplans for Honduras
- Appendix C: Prácticas de Alimentación Infantil en el Progreso y Puerto Cortés, Honduras para la Evaluación de Actividades Comunitarias de Promoción de Lactancia Materna
- Appendix D: List of Participants

ACRONYMS

AIN	Atención Integral del Niño
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
EPB	Expanded Promotion of Breastfeeding
HPN	Health, Population and Nutrition
HRD	Human Resources Development
LLL	La Leche League
MOH	Ministry of Health
PAHO	Pan American Health Organization
USAID	United States Agency for International Development

4

PURPOSE

This visit had multiple purposes. They were the following:

1) To participate in an interagency coordination meeting with representatives from MotherCare, Wellstart and USAID;
2) To participate with the same agencies and the MOH in the analysis of data from the EPB/LLL baseline survey in El Progreso and the BASICS/MOH AIN sustainability analysis; and,
3) To participate in the design of the community level perinatal analysis.

ACTIVITIES

Monday, May 6:	Preparatory dinner meeting with EPB, MotherCare and BASICS, including Dr. Gustavo Corrales, BASICS consultant.
Tuesday, May 7:	Meeting at USAID with USAID HPN, HRD, Controllers and Development Program Offices, Wellstart and BASICS to discuss coordination activities.
Wednesday, May 8:	Meeting with MOH, USAID, Wellstart, MotherCare, La Leche League and BASICS to analyze the results of the Wellstart/LLL baseline survey and the MOH/BASICS AIN community sustainability analysis.
Thursday, May 9:	Continuation of the above in the morning as well as the initiation of the planning for the BASICS/MotherCare Community Perinatal Study.
Friday, May 10:	Departure for Zambia.

RESULTS

Interagency Coordination

Dr. David Losk introduced the Interagency Coordination meeting by informing those present that the Health Sector II Project extension would continue to September 30, 1999. What happens in the health sector after that is quite uncertain, although as currently visualized it would likely be macro level projects such as health sector financing.

Dr. Losk presented the Mission's results package which is found in Appendix A. Each of the cooperating agencies then presented their work plans. Appendix B contains the work plans presented by BASICS and the Expanded Promotion of Breastfeeding (EPB/Wellstart). Dr. Mary

5

Ann Anderson pointed out the need for all agencies to be able to measure the results of their activities. Under the new USAID planning and programming process, the Missions make commitments to USAID/Washington regarding what they will be achieving in the year. If Missions fail to meet their targets, funding can be diverted to those Missions or programs within the same Mission which are more effective in meeting targets.

A lengthy discussion was carried out regarding integration and coordination. In terms of Cooperating Agency coordination, the author of this report pointed out that his experience indicated that the Mission needed to be the integrating agent in the coordination process. The Mission is really the point of convergence of our plans and if the Mission does not play an active role in coordinating efforts, the fruit of the cooperating agencies' efforts will be limited. One hope expressed by the Mission was that, in the future, a common workplan could be developed which shows the participation of the three agencies.

There are two specific areas of coordination, one with MotherCare and the other with EPB. The former is in regard to the perinatal mortality survey. Funding for this activity will come from both projects. The design of that study was the subject of the final day of the cooperating agency/MOH/USAID meetings. The second area of coordination with EPB concerns the overlap in functions between the EPB/LLL Breastfeeding Counselors and the AIN Growth Monitors. Part of the work of the Monitors should be in promoting exclusive breastfeeding in the first six months of life and continued breastfeeding through the first two years of life. The Breastfeeding Counselors, however, are much more highly trained for this kind of action. To date, because of the limited coverage of both programs, there are no communities where both types of personnel are present. However, as both programs expand there will be overlap and there is a need to consider how different community level health functions, such as growth monitoring, breastfeeding counseling, treatment of diarrhea and pneumonia, treatment of malaria, and family planning promotion are coordinated.

Wellstart/LLL Baseline Study

Dra. Maria Elena Reyes, ex-Director of LLL/Honduras and currently head of Area 3, Region 3, presented the results of the EPB/LLL/MOH breastfeeding baseline study. The summary of the study is included as Appendix C.

MOH/BASICS Community Sustainability Analysis

Dr. Carlos Villalobos, Director of the AIN program and Dr. Fabricio Balcazar, BASICS consultant, presented the results of the AIN community sustainability study. The complete version of that study can be found in Dr. Balcazar's report.

6

The participants, after group discussions, made the following observations about the community AIN program based on the results of the study:

1) There is a need to develop a basic conceptual document as the touchstone for AIN as it develops;
2) One weakness is in taking appropriate action based on the child's weight;
3) Another weakness is in the supervision system (it was suggested that it should be incorporated into the process of community reflection at the time of weighing);
4) The best Monitors should be selected as trainers of other Monitors;
5) There was general agreement on the change in definition of malnutrition from a static definition (i.e., weight below the third percentile) to a dynamic one (child not gaining adequate weight);
6) There was the suggestion that one of the criteria for being a Monitor should be that of motherhood;
7) There is a need for retraining in areas where AIN is not well founded;
8) Supervision needs to be improved;
9) There is a need for a baseline survey in order to be able to measure impact; and,
10) There is a need for establishing a structure for the training curriculum based on the function of the Monitor.

Planning for the Community Perinatal Activity

The final activity was planning for the community perinatal mortality survey with MOH personnel. Although the author of this report departed before the conclusions were reached, there appeared to be a consensus developing that the MOH would propose to USAID, BASICS and MotherCare that the study be a retrospective case-control study aimed at identifying factors associated with perinatal mortality. A final report is expected from the MOH in June.

RECOMMENDATIONS

Interagency Coordination

Minutes should be kept or an *ayuda memoria* should be prepared of BASICS/MotherCare/EPB meetings in Washington to be shared with USAID/Honduras and cooperating agency Field Offices.
The Mission should conduct a coordination meeting at least once per semester and should consider working with the cooperating agencies to develop a combined work plan. The Mission, with BASICS, LLL, EPB and MotherCare assistance, should carry out an operations research investigation of how to provide the gamut of community level services which are at various levels of development.

Perinatal Mortality Survey

Concrete plans, including an implementation schedule, should be prepared as soon as possible. As indicated by the Mission, MotherCare, with BASICS support, should take the technical lead in this activity.

APPENDICES

APPENDIX A

COOPERATING AGENCIES/USAID
MEETING
TUESDAY, MAY 7, 1996
Tegucigalpa, Honduras

I. Review/discussion of the extension of the USAID/ Honduras Health Sector II project: objectives and results; indicators; themes; areas of emphasis.

USAID staff

II. Review/discussion of the workplans of each of the CAs and their relevance to the health realities of Honduras.

Representatives of BASICS, MotherCare, and Wellstart

III. Discussion of strategies to achieve the institutionalization in the MOH of the successful experiences obtained through the interventions of the CAs.

IV. Identification of the technical assistance activities in which the CAs can coordinate efforts and resources in order to obtain a higher quality result for the MOH.

V. Discussion/definition of the lines of communication among the CAs and between the CAs and USAID, in order to support the complementarity of efforts in the achievement of the desired results.

VI. Puntos Varios

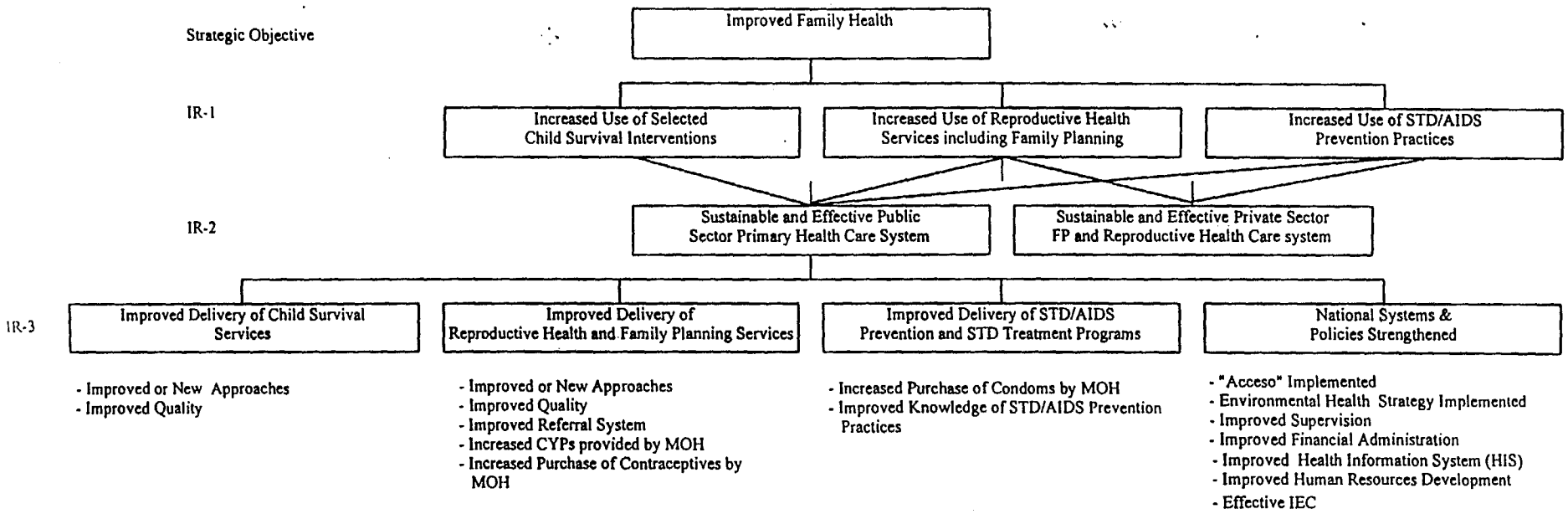
PARTICIPANTS

BASICS	MotherCare	Wellstart
Barry Smith	Rae Galloway	Judy Canahuati
Fabricio Balcazar	Sandra Huffman	Sam Dickerman
	Claudia Morrissey (USAID/W)	

USAID/Honduras

Mary Ann Anderson, HRD	David Losk, HRD/HPN
Antonio Pinto, Health Advisor	Angel Coca, Pop Advisor
Dick Monteith, TAACS	Marta Larios, Title II
Dick Loudis, DF	Carmen Zambrana, DP
Nelvy Espinoza, CONT	Liliana Matute, CONT

HEALTH SECTOR - II



ahsii.opx

I.R. 3-4 National Health Systems and Policies Strengthened	
a. ACCESO multi-year workplan developed and implemented in 15 demonstration Areas with all key results achieved one in each of the additional regions.	
1. All municipalities and UPSs classified with respect to socio-economic status nationally.	a.1. NBI, CEFASA surveys.
2. Increased percentage of municipalities, UPSs and areas with action plans and budgets developed and executed.	a.2-3 Baseline data and targets to be established per condition precedent.
3. Increased percentage of municipalities and UPSs with local health organizations/committees functioning.	
4. Evaluative instrument for grading UPSs developed and in use within nine focus areas.	a.4 MOH Reports
b. Environmental Health Strategy implemented at a national level	
1. Number of decentralized regional offices increased from three to seven by 1997.	
2. Evaluative instrument for grading water systems in use nationally by SANAA.	b.1-2 SANAA reports
3. Curricula developed by MOH for the training of the Environmental Health Technician (TSA) and the area-level Environmental Health Area Supervisor.	
4. First group of 50 Environmental Health Technicians (TSA) and 5 Environmental Health Area Supervisors trained and in place in five of the nine focus areas.	b.3-4 MOH Reports
c. MIS/Finance and Administration task force multi-year plan developed and implemented with all results achieved.	
1. Administrative reforms in place in eight regions and the center which include the simplification of MOH administrative procedures and instruments and the development of an information system.	c-f: Baseline data and targets to be established per condition precedent.
2. Decentralized area-level work plans and operating budgets in place and executed in each of the nine focus areas.	
d. Supervision, Monitoring and Evaluation task force multi-year plan developed and implemented with all key results achieved.	
e. Improved curricula for Masters in Public Health, Nursing and General Medicine at UNAH to make them more relevant to MOH human resource development needs.	
1. Improved and more relevant UNAH curricula in place by 1999	
f. HIS task force multi-year plan developed and implemented with all key results achieved.	
g. Effective IEC policy implemented.	g. Per covenant
P:\PUBDOC\HS2\annex2.dl - 5/1/96 DRAFT - RWL/DL	

e. Improved RH referrals	
1. Increased number of high risk pregnancies referred to UPS by TBAs.	e.. 1-2. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
2. Increased number of obstetric emergencies referred to UPS by TBAs.	
I.R.-3.3 Improved Delivery of STD/AIDS Prevention and STD Treatment Programs	
a. Increased percentage of target population knowledgeable of STD/AIDS prevention practices (i.e., Commercial Sex Workers -(CSW), CSW clients, Garifuna males and females, people in the workplace (PWP) males and females, and men who have sex with men (MWM) .	a.1 Baseline and plan for KABC studies to monitor progress established with AIDSCAP during year 1.
b. Increased MOH purchase of condoms	b. Per covenant

f. Improved quality of integrated child health care.	
1. Increased average number of health clinic visits per year among children under one (as measured by: total number of visits of children under one year/total number of children under one year who attended a health clinic for the first time).	f.1-2. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
2. Increased percentage of most needy (postergada) communities in which integrated child health care services for children under one are available (including growth monitoring, and nutrition and health education for mothers).	
I.R.-3.2 Improved Delivery of Reproductive Health Services and Family Planning Services in the Nine Focus Areas	
a. Improved or new approaches to FP introduced	
1. Pilot project implemented (beginning in one Area in every health Region in the country) for family planning counseling, the distribution of oral contraceptives, and IUD insertions by auxiliary nurses in CESARs.	a.1. Pilot project site selection, TA and monitoring plans to be jointly established per condition precedent.
2. Increased number of Couple Years Protection (CYP) disaggregated by family planning method and health center level.	
3. Increased percentage of women receiving family planning methods post partum (first 42 days) in UPSs.	a.2-4. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
4. Increased number of family planning users registered by community personnel.	
b. Improved or new approaches to reproductive health	
1. Increased percentage of pregnant women (per national micronutrient survey baseline) who received iron supplements in the previous month.	
2. Increased percentage of births attended by health personnel (excluding TBAs).	b.1-2 Baseline data and targets to be established per condition precedent.
c. *Improved quality of RH services*	
1. Increased percentage of pregnant women having prenatal visit during the first 20 weeks of pregnancy in a UPS.	c.1-4. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
2. Increased percentage of new mothers attending a UPS for a postpartum checkup within the first 42 days (six weeks) of delivery.	
3. Reduced numbers of maternal deaths in the five hospitals.	
4. Reduced neonatal mortality rate in the five hospitals.	
d Increased MOH purchase of contraceptives	d. Per convenant.

INTERMEDIATE RESULTS 3 LEVEL	
I.R. 3.1 Improved or new approaches introduced and used for pneumonia, breastfeeding and nutrition within the nine focus areas.	
a. New approaches introduced and used for combatting pneumonia in children under five years.	
1. Increased percentage of pneumonia cases among children under five years treated by community volunteers in target communities.	a.1. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
b. Improved quality of pneumonia case management.	
1. Pneumonia mortality rate of children under five years reduced in the five hospitals.	b.1-3 . Baseline data and targets to be established per condition precedent.
2. The number of deaths from pneumonia in children under five years reduced in targeted communities.	
3. Increased percentage of pneumonia cases in children under five years treated in UPS.	
c. New approaches introduced and used for promoting exclusive breastfeeding for children under six months.	c.1-2. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
1. Increased percentage of communities with a trained, community counselor promoting breastfeeding.	
2. Increased percentage of children at 2, 4, and 6 months of age who are exclusively breasfed.	
d. Improved quality of exclusive breastfeeding promotion.	
1. Five hospitals and four maternal-child clinics accredited as "Baby Friendly Hospitals/clinics."	d.1. MOH reports
e. New approaches introduced and used for monitoring and improving integrated child health care among children under one year of age.	
1. Increased percentage of children under one year attending a health clinic for the first time.	e.1-2. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
2. Increased percentage of children under one year who have received integrated child care services in the preceding month.	

I.R.-2.2 Sustainable and Effective Private Sector Family Planning and Reproductive Health Care System	see PSP-III project paper

I.R.-2.1 Sustainable and Effective Public Primary Health Care System	
a. Increased percentage of all CESARs and CESAMOs in the nine focus areas maintained at the "A" level (illustrative measure could include: days/month open, hours of operation, staffing, availability of essential drugs and equipment, quality of counselling and physical condition of facility).	a. Criteria for "A" level to be determined per condition precedent governing establishment of baseline data and targets
b. Increased percentage of rural water systems in the nation that operate at the "A" level. (A rural water system functioning at the "A" level is defined as one having the following characteristics: (a) water is disinfected, (b) there is a water board hat meets periodically, (c) there is a water fee that is paid by users, (d) there is a maintenance employee, and (e) water is available from the system on a daily basis.	b. Baseline data and targets for 1997, 1998 and 1999 to be established in CY 1996 with SANAA
c. Progress in expanding proven administrative systems (SME; HIS; and ACCESO) introduced in 15 demonstration areas to 41 health areas by 1999.	c. Baseline data and targets to be established per condition precedent.
d. Progress in expanding new or improved approaches to implementing proven health technologies (family planning, obstetric emergency care, pneumonia case managment, breastfeeding, and nutrition) introduced in the nine focus areas to all 41 health areas by 1999.	d.. MOH and USAID reports
e. Implementation of simplified MIS/F/A administrative procedures and instruments at the regional and central level including an operations manual in place and training of personnel.	e-i Baseline data, and targets to be established per condition precedent
f. Within the nine focus Areas, at least 90% of UPS receiving at least three supervision/training visits/year from the Area/Sector; all Areas receiving at least two supervision/training visits/year from the Region, and all three Regions receiving at least one visit from the central MOH per year.	
g. In 100% of the UPSs within the nine focus areas: (a) recuperated funds managed according to the MOH operations manual; and (b) increased number of alternative sources of financing.	
h. Increased percentage of referrals that are received and treated (for: obstetric emergencies, family planning services, pneumonia, diarrhea, etc) at higher level health centers or hospitals in the nine focus Areas.	
i. Increased number of referrals (for obstetric emergencies, family planning services, penumonia, diarrhea, etc) in the nine focus Areas.	

I.R.-1.3 Increased Use of STD/AIDS Prevention Practices and STD Treatment Services among target populations	
a. Rate of reported condom use among target populations -- Commercial Sex Workers -(CSW), CSW clients, Garifuna males and females, people in the workplace (PWP) males and females, and men who have sex with men (MWM) -- during most recent sexual intercourse of risk increased from 1996 (baseline) to 1999 (end of project) as follows: CSW - 87 to 92; CSW client - 65 to 75; Garifuna male - 69 to 80; Garifuna female - 28 to 40; PWP male - 37 to 43; PWP female - 25 to 31; MWM 80 to 90.	a. Periodic Knowledge, attitude and behavioral change (KAB) Studies
b. Decreased rate of reported non-regular sexual partners among target populations from 1996 (baseline) to 1999 (end of project) as follows: CSW client - 76 to 70; Garifuna male - 40 to 35; Garifuna female - 12 to 9; PWP male - 45 to 41; PWP female - 30 to 28; MWM 75 to 70.	b. Periodic KAB Studies
c. Increased percentage of individuals presenting with STDs in health facilities assessed and treated per national standard case management protocols increasing from 21% (1992 baseline) to 60% (1999).	c. Periodic AIDS Technical Assistance Contractor facility surveys/
INTERMEDIATE RESULTS 2 LEVEL	

ANNEX A

HEALTH SECTOR II PROJECT RESULTS INDICATORS

Strategic Objective 3: Improved Family Health	Means of Verification
S.O. **Improved Family Health**	
a. Under 1 infant mortality rate reduced from 50 (1989 baseline)to 40 (1999).[1]	a. Epidemiology and Family Health Survey[2]
b. Reduced level of malnutrition among children 12-23 months of age (2 S.D. below mean wt/age) from 24.1% (1994 baseline) to 22% (1999).	b. EFHS and/or Title III Household Social Economic Survey/
c. Reduced maternal mortality ratio (maternal deaths per 100,000 live births) from 221 (1989 baseline) to 175 (1999).	c. EFHS ("sisterhood" method in 1996 EFHS)
d. Reduced total fertility rate in women 15-44 years from 5.1 (1991 baseline) to 4.5 (1999).	d. EFHS
e. Maintained HIV seroprevalence rate among CSWs and women attending prenatal clinic in San Pedro Sula at 13% and 4% respectively (to 1999).	e. Sentinel surveillance sites (San Pedro Sula)

[1]The 1999 target date refers to the March 1999 PACD, but is the same target as shown in the R-4 for 1998.

[2] EFHS data for 1996 will be available by August 1996 and may alter the targets now being set on the basis of the 1991 EFHS. It should be noted that given the timing for the next EFHS, progress will not be reported during the three year project extension for national level HS2 project indicators -- including infant mortality rate, malnutrition in children, maternal mortality ratio, total fertility rate, breastfeeding, ORT use, and contraceptive prevalence -- all of which rely on the EFHS. Nevertheless, in the nine project focus areas a limited version of the EFHS will be done in 1998 at the midpoint between the 4 -year national EFHS. This will provide data for the survey-based indicators for the nine focus areas, and although not nationally representative, it will give an indication of trends.

INTERMEDIATE RESULTS I LEVEL	
I.R.-1.1 Increased Use of Selected Child Survival Interventions Nationally	
a. Immunization coverage of children under 1 maintained at 90% or higher (for DPT, Measles, Polio, Tuberculosis).	a. MOH annual reports
b. Tetanus toxoid immunization coverage of women 12-49 years maintained at 90%. or higher (second dose within last 3 years).	b. MOH annual reports
c. Increased percentage of children 2-3.99 months exclusively breastfed during the previous 24 hours increasing from 23% (1991) to 33% (1999).	c. EFHS (1996, 2000)
d. Percentage of total outpatient visits to health centers of children under 5 years due to diarrhea not exceeding 10% (1995 baseline).	d. MOH annual reports I
e. Percentage of children under 5 years with diarrhea treated with ORS in previous 3 days increased from 29.5% (1991) to 40% (1999).	e. EFHS (1996, 2000)
I.R.-1.2 Increased Use of Reproductive Health Services including Family Planning Services	
a. Contraceptive prevalence rate in women 15-44 years in union increased from 47% (1991) to 53% (1999), of which modern methods increases from 35% (1991) to 41% (1999).	a. EFHS (1996, 2000)
b. Percent of rural women who gave birth in last 5 years who had a prenatal visit at a health facility during last pregnancy increased from 67% (1991) to 82.5% (1999).	b. MOH annual reports (and EFHS)

APPENDIX B

MotherCare/Honduras Workplan for FY'96 and FY'97

The MotherCare Honduras Workplan is based on USAID Honduras Mission, MCH Division priorities (see attached) with anticipated technical assistance from MotherCare. Also included in 1996 are those activities identified in MotherCare/Honduras 1995 workplan which have not bc completed Most of the activities initiated in 1996 will carry on through 1997.

A. 1996 - 1997 Program Activities

1. **Situational Analysis (see MotherCare Honduras Workplan, 1995)**
   Jan. - April, 1996

   Activities

   a. Finalize tool, develop plan to conduct situational analysis, identify team and prepare team

   b. Conduct of Situational Analysis with TA from one MotherCare consultant; estimate 4 local teams (1 clinician and 1 social scientist per team (1.5 months to conduct; 1 month to analyze and write-up)

   c. Link inventory data and quality of care (readiness) data to ENESF (1 MotherCare consultant)

   d. Present findings to MOH policy makers, Health Area administrators and providers and others as appropriate

2. **Community Diagnosis: Delivery and Postpartum Practices**
   June - August, 1996

   Activities

   a. Literature review of maternal and neonatal status and practices in the community

   b. Finalize tool (based on Guatemala and Bolivia tools and considering lessons learned from these two countries)

   c. Analyze and present findings, including recommended intervention to MOH policy makers, Health Area administrators and providers, others as appropriate

3. **Delivery and Postpartum Practices Intervention**
April, 1996 - September, 1997

Activities

This intervention will be designed with information from the qualitative research (# 3 above)

4. **Development of Obstetric and Perinatal Case Management Protocols for use at MCH clinics and hospital (district level)**
May, 1996 - September, 1996

Activities

a. Identification of Protocol Development Working Group (local maternal and perinatal experts and educators (7-10) with MotherCare consultant and 1-2 consultants from Guatemala); identify key individual in Honduras who will oversee the development of protocols.

b. Protocol Development Committee Meetings (a maximum of three meetings -

. Initial Protocol Development Meeting - 5 days

- Overview of task
- Review of local Maternal and Neonatal Statistics Identification of MOH priorities
- Review of Protocols from Guatemala, Bolivia and other countries to be identified
- Set Protocol Development Timeframe and Establish assignments for each working committee member

. Protocol Review Meeting - 2 days

- Presentation and Discussion of each draft protocol
- Identify gaps and prepare for final draft
- Distribute drafts for external review - USAID, MotherCare, PAHO, other
- Plan pilot

. Pilot Protocols in select MCH clinics and District Hospitals
(7 days)

. Final Protocol Meeting - 2 days
- identify benchmarks for finalization and publication
- dissemination plan

- National Protocol Dissemination Meeting - 1 day
- Print Protocols

5. **Maternal Nutrition - Maternal Anemia Strategy (as requested under MotherCare Field Support Funds - see attached proposal from MotherCare Honduras Workplan, 1995)**
Jan. - June, 1996

- Beliefs about anemia
- Women taking iron.

Activities

- Assessment Visit (MotherCare Nutrition Advisor and 1 Consultant)
- Design and Conduct Formative Research

June, 1996 - September, 1997

Activity

- Maternal Anemia Intervention in the Health Areas

6. **Evaluation of Wellstart Community-based Breastfeeding Project**
March, 1997

BASICS WORKPLAN 05/06/96

ACTIVIDAD	COSTO	FINANCIAMIENTO ASEGURADO	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A
SALUD PERINATAL														
Estudio perinatal/Emergencia Obstetrica/Referencia Comunitaria	$30,000	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
DIARREA/IRA (MANEJO INTEGRAL DEL NIÑO ENFERMO)														
Paritipación de uno o dos personas en 3 talleres de OPS en Perú	$30,000	x		x			x	x						
Monitoreo y evaluación del Manejo de IRA a nivel comunitario	$58,000	x	x			x			x			x		
Preparación de Manual y Programa de capacitación pers. comunitaria	$18,000	x		x	x									
Evaluación de Funcionamiento de pers. comm. en manejo de diarreas	$32,000	x												
Evaluación enfocada de IRA y CED	$30,000	parcial							x					
ARI State of the Art Workshop	$80,000	x								x				
ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO	$75,000													
Evaluación de AIN a nivel comunitario		x	x											
Preparación de Documento de Base Comunitaria		x	x	x										
Desarrollo de Sistema de Monitoreo y Información Comunitaria		x		x										
Prueba de DBPC y Sistema de Información				x	x	x								
Revisión del Documento Base Institucional				x	x									
Revisión del Sistema de Información y Monitoreo y Supervis. Institucional		x			x	x								
Desarrollo de Modulos de Capacitación Communitaria y Institucional		parcial				x	x							
Prueba Final de Modulos de Capacitación		parcial					x	x						
Desarrollo de Materiales de Consejería Comunitaria					x									
Desarrollo y levantamiento de una linea de base para evaluar AIN		parcial		x	x	x								
APOYO DE OFICINA REGIONAL		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
APOYO DE SEDE		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Dick, Carrie, Todd, Elizabeth, Rene -
this is how I see the current Honduras workplan. I don't know whether I sent this to you or not. D

2

APPENDIX C

Prácticas de Alimentación Infantil en El Progreso y Puerto Cortés, Honduras: Línea Base 1995 para la Evaluación de Actividades Comunitarias de Promoción de Lactancia Materna

Dra. María Elena de Reyes
Dra. Carol López
T.S. Tracy Cortés
Dra. Sonia Cardona
La Liga de Lactancia Materna, Honduras

Judy Canahuati
Dr. Samuel Dickerman K.
Mary Lung'aho, PhD
Wellstart International Expanded Promotion of Breastfeeding Program

Sandra L. Huffman, ScD
Consultora para
Nurture

20 de marzo de 1996

28

Resumen Ejecutivo

El Ministerio de Salud y La Liga de la Lactancia Materna de Honduras han iniciado la integración de la promoción y apoyo de la lactancia materna a la atención materno infantil, Esta estrategia incluye capacitación del personal institucional (del nivel hospitalario y de atención primaria) y un enlace con una red de consejeras voluntarias que trabajan en la comunidad. Se diseño una encuesta con capacidad de evaluar los resultados de esta estrategia combinada en una área de salud (El Progreso) y una área de control (Puerto Cortés) de la Región de Salud #3. Se escogieron estas áreas por su similitud en características socio-demográficas y en la infraestructura de salud institucional. Este informe presenta los resultados de la encuesta de línea base de las prácticas de lactancia materna en estas dos áreas

Las entrevistas se llevaron a cabo del 24 de Febrero al 3 de Mayo de 1995 a 1523 madres de niños entre los 0 - y menos de 6 meses. Se seleccionó una muestra al azar de las ciudades de El Progreso y Puerto Cortés y las áreas geográficas de influencia de cada una de ellas.

Comparación entre El Progreso y Puerto Cortés

En general las dos áreas son bastante parecidas, pero el área de salud de El Progreso es un poco más urbanizada que Puerto Cortés (el 58% comparada con el 44%). Las familias en Puerto Cortés estaban en condiciones económicas un poco mejor, con un porcentaje más alto con servicios sanitarios y llaves de agua dentro de la casa y con un nivel económico más alto basado en un indicador de posesión de bienes materiales. Se encontraron prácticas de lactancia materna similares en las dos áreas.

Las características socio-demográficas de la muestra

El veintitrés por ciento (23%) de las madres tenían 19 años o menos y solamente el siete por ciento tenían 35 años o más. El siete por ciento nunca habían asistido a la escuela y el 75% tenían seis o menos años de educación. El núcleo familiar promedio lo forman tres niños menores de 12 años y cuatro adultos o niños mayores de 12. Solamente el 6% de las madres trabajaban fuera de casa en el momento de la encuesta.

Típicamente las familias de área urbana tenían electricidad, más dotación de agua y saneamiento y más facilidades modernas que aquellas viviendo en áreas rurales.

Las prácticas de lactancia materna

El amamantar con leche materna es la práctica de alimentación infantil más generalizada. El 96% de las madres en estas zonas inician la lactancia materna. Se observa que al quinto mes la prevalencia de lactancia materna ha disminuído a un 78% . En el primer mes de vida, solamente el 32% de los niños recibieron lactancia exclusiva y el 34% recibieron lactancia predominante[1]. En el segundo mes de vida (30-59 días) solamente el 21% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva y el 22% recibieron lactancia materna predominante.

---

[1] Lactancia predominante se define como el consumo de leche materna y líquidos no-lácteos, lactancia completa es la suma de las tasas de lactancia exclusiva y lactancia predominante.

Casi dos tercios de los niños recibieron chupón aunque hubieran nacido en un hospital. No hubo asociación con el nivel socio-económico o educacional con el uso de chupón, sin embargo las mujeres urbanas utilizaban chupón un poco menos que las mujeres rurales. Los niños amamantados exclusivamente recibían chupón menos que otros.

Un médico o enfermera aconsejó a la mitad de las mujeres sobre lactancia durante los controles postnatales y la tercera parte de las madres que habían llevado a sus niños para atención al niño había recibido consejo sobre lactancia durante alguna visita.

Los motivos para dar líquidos y sólidos

Las madres informaron dar agua a sus niños durante el primer mes de vida en su mayoría porque los niños tenían sed o calor (32%) o tenían hipo o gases (28%). Durante el segundo mes, la sed y calor (36%) todavía era importante. Otros motivos incluyeron la necesidad del niño (17%), consejo recibido (17%), o hipo y gases (14%).

Las madres informaron dar otros líquidos como agua azucarada, tés, y jugos a sus niños en el primer mes por leche insuficiente (14%) o para llenar al niño (11%), además de sed y calor (10%) y tener hipo o gases (9%). A los 30-59 días de vida, los motivos más importante para dar líquidos fueron como medicina (22%), para acostumbrar al niño (16%), y porque el niño tenía sed o calor (13%). Solo pecho es el termino que utilizan las madres que dieron pecho y otros líquidos pero no leche, para describir sus prácticas de lactancia.

Los motivos más importantes para dar leche de vaca a sus niños fueron para mantener lleno al niño (29%) o leche insuficiente (11%). Las madres informaron que ellas creían que tenían leche insuficiente, más que todo porque los niños lloraban después de amamantar (37%) o porque no sentían "la bajada" de la leche (31%).

Otros factores asociados con alimentación infantil

De todos los niños recibiendo agua alguna vez, el 41% la recibieron en un biberón, el 22% en una tasa y el 18% con cuchara. Los líquidos como agua azucarada, tés con hierbas y jugos, se daban principalmente con biberón. Sin embargo alrededor del 10% de los niños recibian agua, tés o jugo con tasa o cuchara. La leche de vaca casi siempre se da con biberón.

De las madres que habían regresado al trabajo, casi la mitad no daba de mamar comparado con solamente el 10% de aquellas que no había regresado al trabajo. Sin embargo, solo el 6% de la muestra había regresado al trabajo. El noventa porciento (90%) de las mujeres dando lactancia materna exclusiva dormían con los niños comparado con el 79% de las que añadían leche de vaca y el 47% de las que no daban de mamar.

Problemas informados por las madres

Alrededor de la cuarta parte de las madres amamantando exclusivamente o en forma predominante informaron haber sentido que no tenían suficiente leche alguna vez, comparada con el 44% de las madres dando otras leches o sólidos y el 62% que no daban de amamantar, informaron este problema.

El uso de agua es alto entre los niños. Alrededor de la mitad de los niños amamantados recibe agua en los primeros dos meses de vida, ésto aumenta a más del 75% en el cuarto mes de vida.

El uso de otros líquidos, como agua azucarada o tés con hierbas además de leche materna llega a su punto más alto durante los primeros tres meses de vida y luego el uso de jugos es más común. Durante este tiempo alrededor de la tercera parte de los niños amamantados recibieron estos líquidos.

El uso de leche de vaca[2] aumenta rápidamente durante los primeros meses de vida. Durante el primer mes, por lo menos el 29% de niños recibieron leche de vaca, al segundo mes el 46% y en el tercer mes de vida el 66%. Después del primer mes de vida, la mayoría de los niños que recibieron leche de vaca también recibieron otros líquidos.

Menos del cinco por ciento (5%) de los niños menores de dos meses de edad y menos del 15% de de los niños entre de 2 y menores de 3 meses de edad recibieron sólidos. Entre 3 y menores de 4 meses, la tercera parte de los niños recibieron sólidos y a los 4 meses de edad, la mitad recibieron sólidos.

Factores asociados con lactancia materna

Estado socio-económico

En áreas urbanas, las prácticas de lactancia no variaron significativamente por el nivel educativo de la madre o por indicadores de nivel socio-económico. Sin embargo, en áreas rurales, las mujeres con más educación y de nivel socio-económico más alto tuvieron prácticas de lactancia más pobres. El porcentaje de niños con lactancia exclusiva fue más bajo en áreas urbanas (10%) que en áreas rurales (15%).

Los servicios de Salud

El setenta y cuatro por ciento (74%) de las madres recibieron atención prenatal y la tercera parte de ellas durante las visitas de atención prenatal recibieron la recomendación de amamantar .

En el área rural el cincuenta y seis por ciento (56%) de los partos son atendidos en casa, las parteras atienden un cincuenta y tres por ciento (53%) de todos los partos rurales. En el área urbana un setenta por ciento (70%) de los nacimientos ocurren en el hospital y el sesenta y uno por ciento (61%) de los partos en el área urbana son atendidos por un médico. Más de la mitad de las madres dieron de mamar dentro de los primeros 30 minutos después del parto y el 80% amamantaron durante los primeras siete horas. Casi todas las madres (90%) dando a luz en un hospital tuvieron alojamiento conjunto.

Menos del 10% de los niños recibieron agua, agua azucarada, o leche en las primeras horas después del parto. El 17% de los niños recibieron suero. Dos veces más niños nacidos en los hospitales (21%) recibieron suero comparado con aquellos nacidos en casa (12%). El uso del suero se asoció con tasas de lactancia materna exclusiva más bajas.

---

[2] Leche de vaca es el témino que se utiliza en todo este informe para incluir cualquier leche no humana dada a los niños, como formula infantil, leche en polvo o leche entera fresca.

Las madres quienes habían dejado de amamantar tendían a informar con más frecuencia pezones planos (el 31% comparado al 10-15% para las madres que seguían amamantando). Aunque un porcentaje bastante alto informaron pezones agrietados (19%) y pezones adoloridos (33%), las tasas de estos problemas no variaron por tipo de práctica de lactancia materna.

Las madres que informaron haber tenido alguna vez un problema con leche insuficiente amamantaron menos el día anterior (7.8 amamantadas) comparado con aquellas que no informaron este problema(8.9 veces).

Creencias sobre lactancia materna

Más del 90% de las madres desconocen que un aumento en la frecuencia de amamantadas podía ser una manera para aumentar la producción de leche. De las mujeres amamantando exclusivamente, 67% informaron que los niños necesitaban agua comparado con el 89% de las otras mujeres lactantes. Alrededor de la mitad de las mujeres lactantes (48%) consideraban aceptable introducir otras leches además de la leche materna (el 42% de aquellas dando de mamar exclusivamente comparado con el 52% de las otras mujeres que amamantaban).

Casi todas (99%) las madres estuvieron de acuerdo sobre la importancia de dar solidos a sus niños para acostumbrarlos a otros sabores. Sesenta y dos porciento (62%) de las madres lactantes informaron que el dar sólidos puede aumentar el riesgo de diarrea.

Información sobre la lactancia materna

Cuando se les preguntó a las madres si sabían de alguien que las podía aconsejar sobre alimentación infantil o por problemas relacionados con el amamantamiento, el 37% no mencionó a nadie. De las que informaron conocer a alguien, la persona mencionada con más frecuencia era la propia madre (36%), el médico (16%), la suegra (13%), otro pariente (12%), y amiga (10%). Solo el dos porciento mencionaron a una consejera y solo el uno porciento mencionaron a una partera.

Al preguntarle sobre con quienes conversaron más sobre la alimentación infantil, las madres informaron haber hablado más con sus propias madres (27%). Aunque algunas informaron haber hablado con amigas y vecinas (14%) o sus suegras (13%), varias (19%) informaron que no habían hablado con nadie.

Las tres cuartas partes (75%) de las madres tienen una radio que funciona y el 58% son dueñas de un televisor que funciona. Alrededor de la tercera parte de las madres (39%) alguna vez había oído un anuncio en la radio sobre la lactancia materna y el 41% informaron haber oído un anuncio en la televisión.

La morbilidad del niño

La proporción de todos los niños enfermos durante las últimas dos semana era del 65% para infecciones respiratorias agudas y el 29% por diarrea. Las familias más pobres informaron niños enfermos con más frecuencia que las familias con un nivel socio-económico más alto. La diarrea y no la IRA fue reportada con más frecuencia en familias rurales que en familias urbanas. A los tres meses de vida, casi todos los niños (90%) habían sido llevados al servicio

de salud para vacunación, pero solamente un tercio habían sido llevados para atención de niño sano o para ser pesado. La mitad habían sido llevados al servicio de salud por enfermedad.

La lactancia materna y la fertilidad

La tercera parte (34%) de las mujeres encuestadas habían oído que la lactancia ayuda en prevenir el embarazo, pero de ellas, solamente el 29% creían que podía funcionar. Las mujeres que estaban actualmente amamantando exclusivamente presentaban amenorrea con mayor frecuencia (93%) que aquellas con lactancia materna predominante (81%). Las mujeres que daban leche o sólidos además de la leche materna presentaban amenorrea en menor grado (53%). De las mujeres amenorreicas solamente el 11% utilizaban contracepción comparado con el 37% de aquellas que ya estaban menstruando.

El uso relativamente bajo de contracepción en esta población no es sorprendente dado que solamente el 10% de las mujeres quienes asistieron al control postparto recibieron consejería sobre espaciamiento de los embarazos. Solamente la tercera parte de las mujeres habían recibido un control postparto.

Perfiles de las madres lactantes

Resumiendo la información obtenida en esta encuesta, podemos describir las características de las madres asociadas con lactancia exclusiva, lactancia y alimentación con leche de vaca y las que no lactan.

Tipificación de Madres por Patrones de Alimentación Infantil			
	Madre con lactancia materna exclusiva	Madre amamantando y dando leche de vaca	Madre que no amamanta
¿Por qué alimenta de esta manera?	---	Da leche para mantener lleno al niño Da agua porque el niño tiene sed/calor o lo necesita Da líquidos para "acostumbrar al niño"	Dejó de dar pecho porque el niño no quiso tomarlo y por "leche insuficiente"
¿Cuándo cambió?	--	Añadió agua, otros líquidos en el primer mes, leche en el segundo mes	Dejó de amamantar en los primeros dos meses
Prácticas en postparto inmediato	--	Le dieron *suero*	Le dieron *suero*
Patrón de dormir	Duerme con el niño	Duerme con el niño	No duerme con el niño
Uso del Chupón	Menos uso del *Chupón*	Más Uso del *Chupón*	Usó *Chupón*
Problemas con la lactancia	Pocos problemas	Leche insuficiente	Leche insuficiente Pezones planos Buscó consejos sobre problemas con un médico
Alimentación a libre demanda/horario	Alimenta a libre demanda	Puede alimentar con horario	--
Número promedio de amamantadas en 24 horas	10	8	--
Riesgo de embarazo (a los 4-5 meses postparto)	83% amenorréica	62% amenorréica	8% amenorréica

Recomendaciones para la promoción de lactancia

❶ Hacer énfasis los primeros dos meses postpartos

❷ Enfocar las preocupaciones sobre percepción de leche insuficiente.

❸ Desanimar el uso de aguas, tés y jugos

❹ Incluir mujeres mayores en los grupos de apoyo. (Madre, suegra, abuela)

❺ Animar a las madres a dormir con sus niños

❻ No usar términos como *sólo pecho y nada más* cuando se habla sobre la lactancia materna

❼ Desanimar el uso del chupón

❽ Desarrollar un sistema efectivo de referencia y contra referencia con las consejeras para tratamiento de enfermedades, servicios preventivos de salud infantil y espaciamiento de los embarazos

❾ Consejería a las madres sobre alimentación materna e infantil y el espaciamiento de los embarazos debería ocurrir durante la atención prenatal, del parto, del puerperio, del postparto y en las atenciones de salud infantil

❿ El uso del suero para los recién nacidos debe de evitarse por el personal en los servicios de salud y las parteras comunitarias.

❶❶ Se debe usar la radio y la televisión para diseminar los mensajes a la comunidad

1 **Prácticas de Alimentación Infantil en el Progreso y Puerto Cortés, Honduras:**

Línea de Base 1995

2 **Muestra de niños < 6 meses**

- **Región 3**

  El Progreso (Area de Salud #2)

  - n=802 (10 UPS)

  Puerto Cortés (Area de Salud #3)

  - n=721 (10 UPS)

3 Definiciones de la OMS de los Tipos de Lactancia

4 **Grafico # 1**

Prácticas de Lactancia Materna en El Progreso y Puerto Cortés

5 **Prácticas de LM**

- El uso del agua es alto.
- El uso del agua azucarada. y té de hierba es alto.
- El uso de la leche de vaca aumenta rápidamente.
- Después del primer mes de vida, los niños recibiendo leche de vaca reciben líquidos.
- A los cuatro meses, los niños reciben sólidos.

6 **Grafico #2**

Sitio de Nacimiento Urbano/Rural

7 **Grafico #3**

Uso de *Suero* en las primeras horas despues del nacimiento

8 Grafico #4

Control prenatal y Consejos sobre LM

9 Grafico #5

Utilización de servicios de atención al niño y consejos de LM

10 **Grafico #6**

Motivos para dar agua, leche y otros líquidos (< 1 mes)

11 Grafico #7

Aumento de producción de leche con amamantadas más

12 **Grafico #8**

Amenorrea por estado de lactancia

13 Cuadro #4

Tipificación de Madres por Patrones de Alimentación Infantil

14 Cuadro #5

Recomendaciones para la promoción de lactancia

Prácticas de Alimentación Infantil en el Progreso y Puerto Cortés, Honduras:

Línea de Base 1995

Cuadro #1
Muestra de niños < 6 meses

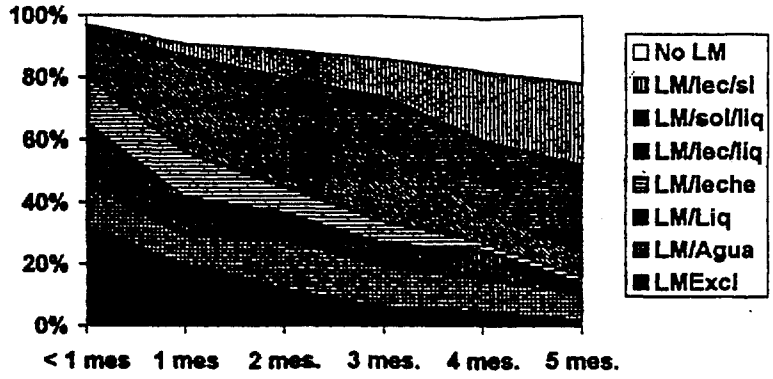
- **Región 3**
  - El Progreso (Area de Salud #2)
    - n=802 (10 UPS)
  - Puerto Cortés (Area de Salud #3)
    - n=721 (10 UPS)

Definiciones de la OMS de los Tipos de Lactancia

- LME: Lactancia materna exclusiva sin agua, líquidos o sólidos
- LMP: Lactancia materna predominante: leche materna y líquidos sin otra leche
- LM Completa: LME + LMP

Grafico # 1

Prácticas de Lactancia Materna en El Progreso y Puerto Cortés



Prácticas de LM

- El uso del agua es alto.
- El uso del agua azucarada. y té de hierba es alto.
- El uso de la leche de vaca aumenta rápidamente.
- Después del primer mes de vida, los niños recibiendo leche de vaca reciben líquidos.
- A los cuatro meses, los niños reciben sólidos.

Grafico #2

Sitio de Nacimiento Urbano/Rural

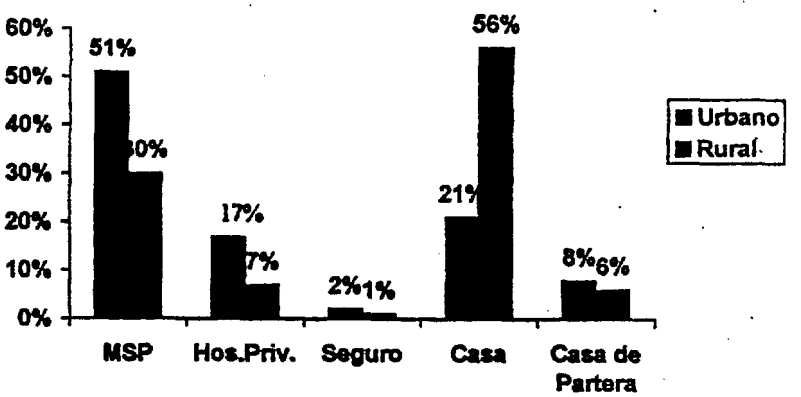


Grafico #3

Uso de *Suero* en las primeras horas despues del nacimiento

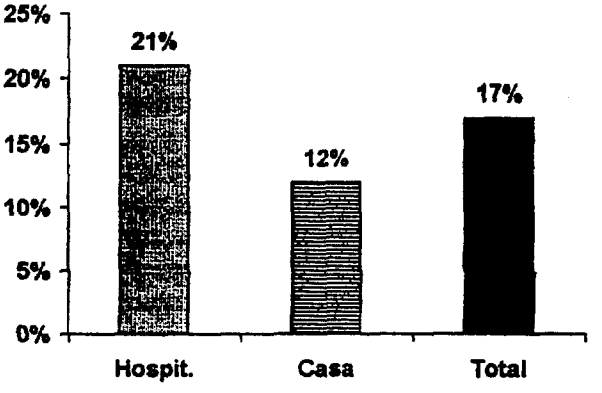


Grafico #4

Control prenatal y Consejos sobre LM

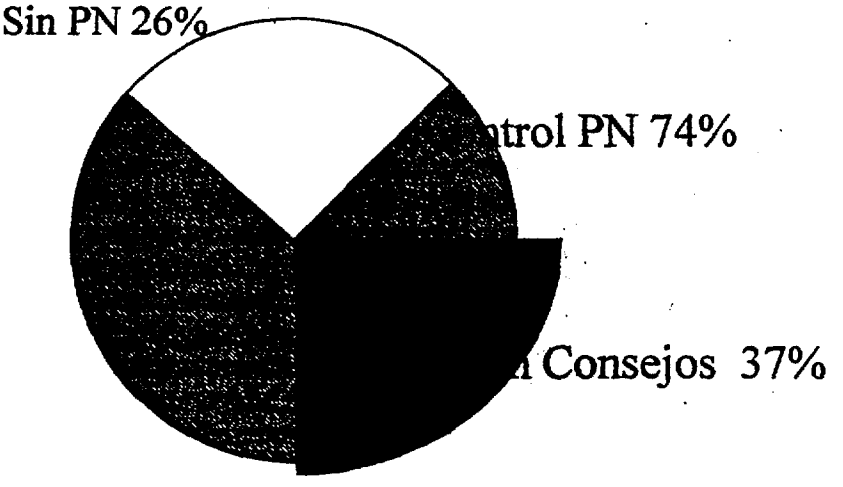


Grafico #5

Utilización de servicios de atención al niño y consejos de LM

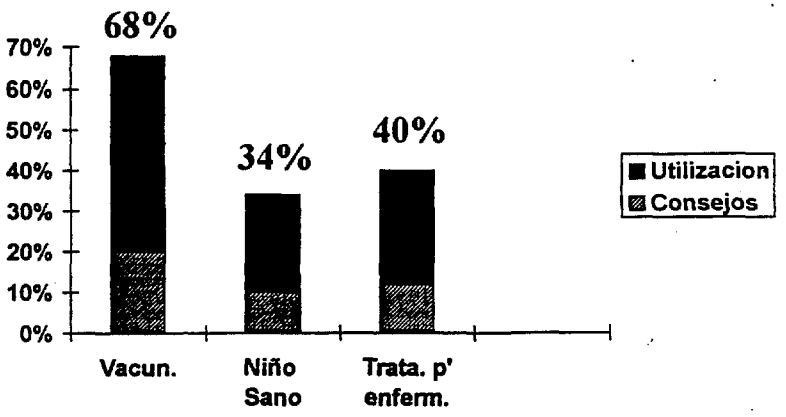


Grafico #6

Motivos para dar agua, leche y otros líquidos (< 1 mes)

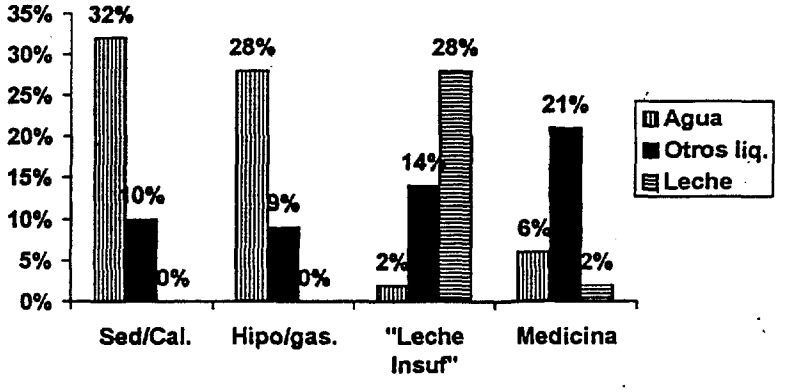


Grafico #7

Aumento de producción de leche con amamantadas más

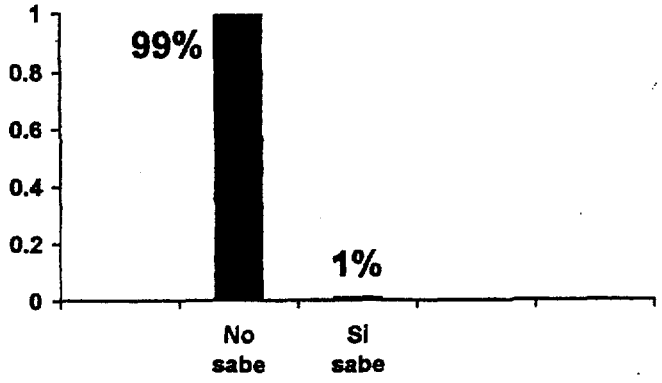
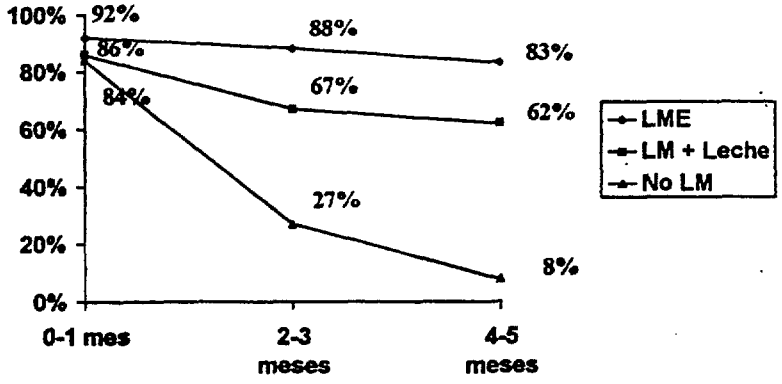


Grafico #8

Amenorrea por estado de lactancia



Cuadro #4

Tipificación de Madres por Patrones de Alimentación Infantil

Ver Resumen Ejecutivo

Recomendaciones para la promoción de lactancia

- Hacer énfasis en los primeros dos meses postpartos
- Enfocar las preocupaciones sobre percepción de leche insuficiente
- Desanimar el uso de aguas, tés y jugos
- Incluir mujeres mayores en los grupos de apoyo (Madre, suegra, abuela)
- Animar a las madres a dormir con sus niños

Recomendaciones....

- No usar términos como *solo pecho y nada más* cuando se habla sobre la lactancia materna
- Desanimar el uso del chupón
- Desarrollar un sistema efectiva de referencia y contra referencia con las consejeras para tratamiento de enfermedades, servicios preventivos de salud infantil y espaciamiento de los embarazos

Recomendaciones....

- Consejería de madres sobre alimentación infantil y el espaciamiento de los embarazos debería ocurrir durante la atención prenatal, del parto, del puerperio, del postparto y en las atenciones de salud infantil
- El uso de suero para los recién nacidos debe de evitarse por el personal en los servicios de salud y las parteras comunitarias
- Se debe usar la radio y la televisión para diseminar los mensajes a la comunidad

APPENDIX D

APPENDIX D

PARTICIPANTS

BASICS

Dr. Gustavo Corrales
Dr. Fabricio Balcazar

EXPANDED PROMOTION OF BREASTFEEDING (EPB)

Dr. Judy Canahuatti
Dr. Sandra Huffman, Consultant Wellstart

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURO SOCIAL (IHSS)

Dr. Ada Rivera

LA LECHE LEAGUE (LLL)

Dr. Samuel Dickerman
Dr. Ana Lucila Aguilar
Dr. Carol Lopez
Tracy Cortez

MINISTERIO DE SALUD (MOH)

Dr. Virginia Espinoza, M.V.
Dr. Carlos Villalobos
Dr. Eladio Ucles
Dr. Enrique Zelaya, Director General
Dr. Gustavo Bardales, Coord. Proyecto AID
Dr. Andi Padilla, Div. Educacional
Dr. Moises Sanchez
Dr. Jorge Melendez
Dr. Maricel Elena Reyes
Dr. Gustavo Flores, CED
Dr. Jorge Sierra, Epidemiologo Region I
Dr. Teresa Reyes, Atencion a la Mujer
Dr. Jaime Seguero
Dr. Ida Molina
Dr. Fanny Mejia, Div. Educacional

MOTHERCARE

Dr. Rae Galloway

PAHO

Dr. Jose Ochoa, OPS

USAID/Honduras

Dr. David Losk
Dr. Mary Ann Anderson
Dr. Claudia Morrisey, AID/W
Dr. Alvaro Gonzalez
Dr. Antonio Pinto