PD-ABN-326
91698

TRIP REPORT

BASICS

PD-ABN-326

PROYECTO APOLO
PLAN DE MONITOREO Y EVALUACION

Quito, Ecuador

Octobre 1995

Elvira Beracochea, MD.MPH.

BASICS Technical Directive No: 000-EC-01-013
USAID Contract No: HRN-6006-C-00-3031

INDICE

AGRADECIMIENTOS

SIGLAS

RESUMEN EJECUTIVO

MARCO CONCEPTUAL 1
- I. PROPÓSITO 3
- II. SITUACIÓN ACTUAL 3
- III. DEFINICIONES 4
- IV. SELECCIÓN DE INDICADORES 6
- V. RETROALIMENTACIÓN 8

PLAN DE MONITOREO 11
- I. MONITOREO DEL PROYECTO APOLO 13
- II. RECOLECCIÓN DE DATOS 20
- III. USO E INTEPRETACIÓN DE LOS INDICADORES 21
- IV. COMPUTARIZACIÓN 22
- V. MONITOREO DE LAS ONG DE APOLO 22
- VI. MONITOREO POR PARTE DE LAS COMUNIDADES: CONVENIOS 23

PLAN DE EVALUACIÓN 25
- I. LINEAMIENTOS GENERALES 27
- II. METODOLOGÍA 28
- III. ANÁLISIS 29
- IV. USO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN 29

TRIP REPORT 31
- II. PURPOSE OF THE VISIT 42
- III. BACKGROUND 42
- IV. TRIP ACTIVITIES 43
- V. RESULTS AND CONCLUSIONS 45
- VI. RECOMMENDATIONS 45

ANEXOS

Anexo A:	Persons Consulted - Personas Consultadas
Anexo B:	Documents Reviewed - Documentos Consultados
Anexo C:	Plan de Trabajo
Anexo D:	Monitoreo del Proyecto de Holanda
Anexo E:	Scope of Work - Terminos de Referencia
Anexo F:	Indicadores
Anexo G:	Matrix de Indicadores
Anexo H:	Planilla de Planificación y Monitoreo
Anexo I:	Informe de Monitoreo Integrado (IMI)
Anexo J:	Formularios de atención, partes diarios y mensuales
Anexo K:	Historia Perinatal Simplificada
Anexo L:	Formularios del MSP
Anexo M:	Actualidad Politica Nacional

AGRADECIMIENTOS

Carrie O'Neill, David Pyle, Barton Burkhalter y Larry Day aportaron su perspectiva sobre los elementos fundamentales del Plan de Monitoreo y Evaluación, así como valiosa información sobre las estrategias y experiencia de BASICS en el tema de Monitoreo y Evaluación. Deseamos agradecer a Jack Galloway por su asistencia en el desarrollo de esta consultoría.

El equipo profesional de APOLO merece nuestro reconocimiento por su activa participación, valiosa contribución y alto nivel de organización que le permitió responder a las necesidades del proceso de preparación del plan de monitereo y evaluación, al tiempo que continuaron con sus tareas habituales. Un agradecimiento especial es para Jaime Valencia por su colaboración.

SIGLAS

APS	Atención Primaria de Salud
APOLO	Apoyo a Organizaciones Locales
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CEP	Comité Ejecutivo del Proyecto
CEC	Comité Ejecutivo del Componente
DO	Desarrollo Organizacional
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
HPP	Hemorragia post parto
IEC	Información Educación y Comunicación
IMI	Informe Mensual Integrado de Monitoreo
IPP	Infección post parto
IRA	Infección Respiratoria Aguda
M&E	Monitoreo y Evaluación
MINE	Manejo Integral del Niño Enfermo
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PF	Planificación Familiar
SI	Supervivencia Infantil
SRO	Sales de Rehidratación Oral
TB	Triple bacteriana (vacuna)
Tb	Tuberculosis
USAID	United States Agency for International Development

RESUMEN EJECUTIVO

El Proyecto de Apoyo a Organizaciones Locales (APOLO) es un componente de la enmienda y reorganización del Proyecto de Supervivencia y Salud Infantil, y una estrategia fundamental para fortalecer y expandir la prestación sostenible de servicios de atención primaria en Ecuador. El proyecto enmendado consta de 3 componentes: apoyo al Ministerio de Salud Pública (MSP) para su reforma y modernización, apoyo a la promoción y ejecución de políticas de salud, y apoyo al desarrollo del sector privado. Mediante un acuerdo cooperativo CARE-Ecuador ejecuta APOLO, el tercer componente del proyecto enmendado, desde abril de 1995.

APOLO desarrollará la capacidad de instituciones del sector privado y municipalidades para brindar servicios sostenibles y más eficientes de supervivencia infantil y de atención primaria, apoyando su integración al sistema de servicios de salud y la transferencia de los servicios del MSP a estas organizaciones.

El mandato de APOLO es apoyar a ONG locales en el desarrollo de modelos sostenibles de APS para servir en áreas marginales y pobres de Ecuador. APOLO cuenta con un equipo de 7 personas bajo la dirección de un Coordinador General y especialistas en las áreas de Atención Primaria, Desarrollo Organizacional, Financiamiento en Salud, y Monitoreo y Evaluación.

En el Plan de Asistencia Técnica, BASICS identificó como una necesidad prioritaria del Proyecto APOLO, el desarrollo de un plan de monitoreo y evaluación. El diseño del plan, que incluye también las actividades de supervisión, se llevará a cabo en tres visitas. Este informe reune los elementos fundamentales del plan de monitoreo y evaluación del Proyecto APOLO y un resumen de las actividades en la primera de estas visitas.

El objetivo de esta asistencia es apoyar al proyecto APOLO para desarrollar la capacidad de las instituciones que forman parte del proyecto para monitorear y evaluar un paquete de actividades de APS/SI que sea autosostenible y de calidad.

El plan integró el monitoreo y la evaluación de objetivos, estrategias y actividades sobre la base de un sistema de información y de supervisión para las ONG. Previo a la visita a Ecuador, la consultora contactó su contrapartes en APOLO para averiguar intereses especiales y acordar una agenda de trabajo. Asimismo, el proyecto INITIATIVES fue contactado para familiarizarse con su trabajo con APOLO y el componente financiero del plan de monitoreo y evaluación. Durante la visita reportada aquí, se desarrolló un sistema basado en indicadores, consistente con la estrategia de BASICS y vinculado a los objectivos del proyecto sobre la base de los pesos asignados por el equipo del proyecto. Se prepararon lineamientos para la recolección de datos, análisis e interpretación. Se diseñaron mecanismos para la retroalimentación de las ONGs locales y las comunidades, así como el formato de los informes. Esta fue la primera de tres visitas que permitirán el seguimiento del plan diseñado, la capacitación del personal y la implementación del plan. En el caso de los servicios de medicamentos esenciales, la consultora

asistirá a un integrante del equipo que cuenta con experiencia en logística y manejo de farmacia privada en el diseño de un instrumento para monitorear este componente de APS.

Conclusiones

1. El producto principal de esta asistencia es un plan de M&E que requerirá pruebas y ajustes cuando se implemente en las organizaciones apoyadas por APOLO ya que será necesario incluir nuevos indicadores específicos para los objetivos y políticas de organización que serán definidas.

2. El plan de M&E plan no incluye un set completo de indicadores de APS. Nuestro esfuerzo estuvo en diseñar un sistema simple para evitar imponer una carga al personal de la ONG. Solamente indicadores que APOLO consideró esenciales se incluyeron y luego fueron clasificados por su frequencia en la recolección de datos.

3. Monitoreo de los acuerdos y convenios MSP-ONG es esencial para evaluar el nivel de cumplimiento de las partes y asegurar el éxito del proyecto. Estrecho contacto con la Oficina de Coordinación de ONGs en el MSP es necesario para el monitoreo de los subproyectos.

4. La participación comunitaria en el monitoreo del servicio será difundida si la comunidad está envestida de la autoridad y capacidad de hacerlo mediante acuerdos formales con la participación de personal del MSP y APOLO, los que a su vez informarán regularmente de los logros a la fecha.

5. Vale la pena señalar que el sistema de M&E será efectivo en la medida que la información sea utilizada y las **decisiones y acciones correctivas** correspondientes se ejecuten en forma oportuna. Si decisiones informadas no se toman, la efectividad del sistema de M&E como una herrramienta de la administración está seriamente comprometida.

Recomendaciones

Las recomendaciones fundamentales dejadas con el equipo de APOLO son:

1. El equipo deberá evaluar el sistema actual de información de las ONG en razón de que puedan aportar la información necesaria para calcular los indicadores de M&E con mínimas modificaciones. Los criterios serán la simplicidad en función de la carga de trabajo que respresenta y la utilidad según los objetivos de cada formulario.

2. El equipo deberá probar los formularios para que sean consistentes con el sistema del MSP y de vigilancia epidemilógica.

3. Capacitación y asistencia deberá brindarse para facilitar la efectiva implementación y uso de la información.

4. La revisión del sistema de M&E en las próximas visitas deberá enfocarse hacia la simplificación del sistema, y fácil resumen de los datos, cálculo de los indicadores, presentación y utilización. En estas visitas, se deseñará el sistema de supervisión basado en las características y necesidades de los proyectos apoyados por APOLO. Se evaluará la efectividad de los indicadores y se seleccionará aquellos que son esenciales y responden a los modelos de APS identificados.

5. La codificación y estandardización de las actividades del proyecto debe emprenderse para facilitar el proceso de computarización y preparación de informes.

6. La planificación de actividades debe estar ligada en forma obligatoria a los objetivos para evitar apartarse de éstos y facilitar la evaluación sobre la base de su efectividad y que son apropiados. Si una actividad no está ligada a un objetivo, no debería ejecutarse aunque parezca conveniente ya que su efectividad no puede evaluarse en ausencia de objetivos, y además desvía recursos que no se planificaron para ese fin.

7. Las próximas visitas tendrán lugar cuando hayan comenzado 2 o 3 proyectos y haya datos disponibles de 2 o 3 meses.

8. El sistema de monitereo y evaluación requerirá ajustes cuando se definan algunos sistemas como el de recuparación de costos, costeo de servicios, gestión de calidad, etc. lo que se llevará a cabo en las visitas subsiguientes.

SECCIÓN UNO

MARCO CONCEPTUAL

MARCO CONCEPTUAL

I. PROPÓSITO

El propósito de contar con un plan de monitoreo y evaluación es que permita al proyecto APOLO determinar el grado de avance hacia el cumplimiento de su mandato que es el desarrollo a través de Organizaciones no-gubernamentales (ONG) de modelos sostenibles de APS en áreas pobres y marginales de Ecuador.

El foco del plan de monitoreo y evaluación está en los objetivos del proyecto, de los cuales se originan las estrategias y actividades a conducirse. Los objetivos del proyecto APOLO son:

1. Desarrollar proyectos pilotos replicables de servicios de SI/APS producidos por el sector privado que puedan recuperar costos operativos,

2. Establecer un grupo de convenios y acuerdos entre el MSP y otros proveedores de servicios de atención y un subgrupo de instituciones de salud del sector privado, incrementando la colaboración público/privada para el manejo de áreas de salud.

3. Contribuir al logro de las siguientes metas generales:

    1. Incrementar la cobertura del sector privado de 35 por ciento a 45 por ciento para el año 2000,

    2. Reducir la falta de acceso a servicios de APS de 30 por ciento a 20 por ciento,

    3. Incrementar la calidad y la sostenibilidad de los servicios de Supervivencia Infantil (SI)(inmunizaciones, partos institucionales, EDA e IRA) y Atención Primaria de Salud (APS) para las familias pobres de áreas rurales y peri-urbanas, a través de modelos auto-financiables de SI/APS.

    4. Fortalecer la capacidad institucional de las ONG en: planificación, presupuesto, mercadeo social, administración y programación de entrega de servicios de SI/APS.

    5. Desarrollar o mejorar mecanismos efectivos y sostenibles de coordinación para la entrega de servicios de SI/APS con instituciones públicas y/o privadas de cuidados de salud.

II. SITUACIÓN ACTUAL

El proyecto APOLO se encuentra en su etapa de arranque. Ha desarrollado un Plan Operativo para su primer año de gestión, se dió en forma exitosa la consolidación del equipo técnico y se planificó

y ejecutó la primera ronda del proceso de selección de ONGs que serán apoyadas. El proyecto APOLO no cuenta con una contraparte en la Oficina de Coordinación de ONGs, pero se cuenta con un representante del Ministerio de Salud en el Comité Ejecutivo del Proyecto. El equipo ha sido muy activo en la producción de materiales y estándares para la selección de proyecto viables y con factibilidad técnica y financiera.

La información aportada por las ONG y el estudio de factibilidad rápida diseñado y conducido por APOLO en cuatro ONG ha puesto de manifiesto que éstas desconocen la filosofía y metodología de la APS, les falta capacidad organizativa, cuentan con limitada capacidad para la participación comunitaria, con una historia de orientación a la atención curativa y paternalista y no tienen experiencia en planificación, monitoreo y evaluación. Modelos alternativos de financiamiento han sido identificados en tres proyectos hasta la fecha en la primera ronda de selección.

En Ecuador, la situación de salud continua siendo dominada por marcadas diferencias entre el sector urbano y rural, e indígena y no-indígena de la población. A pesar de las mejoras en las tasas globales de mortalidad infantil y materna, la población pobre en zonas rurales y urbanas es seriamente afectada por enfermedades infecciosas. La encuesta demográfica y de salud materna e infantil de 1994 (ENDEMAIN,'94) puso en evidencia que la tasa urbana de mortalidad infantil era 28/1000, mientras que en zonas rurales alcanzó 51/1000. La mortalidad neonatal, que es fuertemente influenciada por acciones preventivas y el control prenatal materno, representó 55 por ciento de la mortalidad infantil observada en la encuesta. También se observó que el acceso y cobertura a la atención prenatal era diferente, mostrando que 83 por ciento de las madres atienden a cinco a nueve visitas prenatales en zonas urbanas, mientras que 66 por ciento de sus semejantes en zonas rurales atiende a uno a cuatro consultas prenatales. Diarrea e IRA son los problemas infantiles más frecuentes: 20 por ciento de los niños informaron episodios de diarrea o IRA en los quince días previos a la encuesta. Sin embargo, apesar de los esfuerzos del MSP, solo en 29 por ciento de los niños con diarrea se informó tratamiento con SRO y 57 por ciento de los casos de IRA fue tratado con remedio caseros y no recibieron atención.

A los problemas de salud y la insufienciencia de recursos se suma una dramática situación política. El vice-presidente de la República ha renunciado y hay una orden para su captura y juicio penal de la Suprema Corte de Justicia por cargos de corrupción. Se han dado además situaciónes de confrontación entre los poderes ejecutivo y judicial del gobierno democrático. Se espera que esta situación se alivie con la elección de un nuevo gobierno el año próximo. De todas maneras hay gran incertidumbre sobre la estabilidad del actual gobierno (anexo M).

III. DEFINICIONES

Monitoreo es el nexo entre la planificación y la realidad. Es la manera de saber si lo planificado fue ejecutado y cuales son los resultados. Así se determina si las actividades planificadas fueron realizadas y si los métodos fueron los adecuados y aplicados de acuerdo al plan. Es un proceso continuo de recolección y análisis de información sobre la implementación del proyecto, que mide

el progreso, identifica problemas y retroalimenta al personal sobre el resultado de sus actividades. La diseminación de la información así recogida a las personas que tienen que actuar o reaccionar permite la discusión y resolución de problemas en forma oportuna.

Monitoreo y Evaluación no son facilmente separables ya que la metodología es similar, salvo que el primero está **enfocado hacia la implementación** y el segundo **hacia la efectividad de los objetivos propuestos y su impacto**. Monitoreo y evaluación implica el seguimiento y supervisión de las actividades propuestas, y que son complementadas por evaluaciones periódicas sobre la base de los términos de los objetivos y un estudio de base que incluye calidad de la oferta de servicios, nivel de demanda, disposición y capacidad de pagar, y encuesta de salud y demografía de la población blanco.

La **Evaluación** es un grupo de actividades que se planifican desde el comienzo del programa o proyecto para apoyar la toma de decisiones, y que incluye:

- la recolección de datos para que APOLO y las ONG puedan tomar decisiones sobre la mezcla de servicios necesitados por la población y si son aún necesitados, aceptados, accesibles, brindan un alto grado de satisfacción y calidad, etc. (incluye por ejemplo, estudios de conocimientos, actitudes y práctica para ver cuales de éstos o que conductas debe abordar el proyecto),

- establecer y revisar los objetivos del proyecto/programa decidiendo que evidencia se debe obtener para demostrar que los objetivos son adecuados y si se han alcanzado o deben reformularse, y

- medir la efectividad de enfoques y modelos de atención, y de los objectivos o actividades alternativas.

De esta manera APOLO podrá determinar la efectividad de cada proyecto y/o modelo, documentar el logro de los objetivos, brindar retroalimentación al personal y la comunidad sobre su efectividad y hacer los cambios y ajustes necesarios al plan operativo y al proyecto.

No es deseable ni eficiente monitorear o evaluar todas las actividades y a todos los niveles. El foco debe estar en las prioridades del Proyecto APOLO. Para ésto, el sistema de monitoreo se debe enfocar en los objetivos y metas del Proyecto. De esta manera, el sistema de M&E apoyará al equipo de APOLO para la toma de decisiones claves en la planificación y ejecución de sus actividades en las áreas de:

- Sostenibilidad, tanto técnica para la entrega de servicios de APS, como finaciera para asegurar la recuperación de costos y costo-eficiencia en la ejecución.

13

- APS/SI mediante la elaboración y evaluación de un paquete esencial de servicios de alta calidad y efectividad.
    - Cobertura a población no servida con la consecuente expansión de los servicios.
    - Acceso que asegure equidad entre la población.

IV. SELECCIÓN DE INDICADORES

Indicadores son mediciones estandarizadas de los recursos, procesos, productos, resultados e impacto de un sistema de atención a la salud. Por su forma de calcularse pueden ser tasas, proporciones, porcentajes, un número o una cualidad del sistema. Como su nombre lo dice, "indican" diferentes dimensiones del sistema que son pasibles de modificarse si se toman las acciones correspondientes.

La selección de indicadores se basó en el resultado de las entrevistas con todos y cada uno de los integrantes del equipo APOLO y en la preparación de un listado. Este listado fue entregado a cada miembro del equipo que le asignó un peso de uno a tres según su prioridad. El listado completo y ponderado de indicadores se presenta en el anexo G.

La selección de Indicadores para el proyecto APOLO siguió los siguientes **criterios**:

- Indicadores que sean medibles y que no requieran en todos los casos cifras de población, ya que cifras confiables de cobertura y población a cubrir pueden no estar disponibles o actualizadas
- Indicadores relacionados con recursos disponibles y que son destinados a cada actividad, especialmente recursos humanos y financieros
- Indicadores de continuidad en el proceso de atención y no solo número de atenciones
- Indicadores adaptados al usuario/Proyecto y que permitan la comparación en el tiempo y entre proyectos en diferentes zonas geográficas
- Indicadores que sean relevantes a los objetivos del Proyecto, ONG y subproyectos
- Replicables y válidos
- Oportunos y fáciles de recoger
- Indicadores específicos para mujeres que median su participación en el desarrollo de actividades, acceso a servicios de salud, involucramiento en grupos de apoyo

Los **productos** a monitorear por estos indicadores en los proyectos serán nuevos modelos en APS que respondan al mercado y que séan capaces de reorientar los escasos recursos disponibles en la comunidad. Las características de los modelos de APS a promover y apoyar son:

- Volumen alto de producción
- Bajo costo
- Basados en el mercado
- Técnica y administrativamente simples
- Mecanismos financieros innovadores
- Aumento en la equidad y acceso de grupos pobres

- Mejoramiento continuo de la calidad
- Satisfacer fines de lucro en los casos correspondientes

Las **áreas** en que se identificaron y agruparon los indicadores son las siguientes:

1. APS:
   - MINE/SI (17 indicadores)
     PAI
     Crecimiento y desarrollo
     Mortalidad
     Vigilancia de enfermedades
     IRA
     Diarrea
   - Manejo integral de la Mujer (10 indicadores)
     Control perinatal incluyendo atención de parto
     Planificación Familiar (9 indicadores)
   - Atención y control de enfermedades comunes y endémicas (tres indicadores)
   - Manejo racional de una lista de medicamentos esenciales genéricos según tratamientos estandarizados (12 Indicadores)
   - IEC (8 indicadores)
2. Desarrollo organizacional (29 indicadores)

La ausencia de un paradigma del Desarrollo Organizacional para modelos sostenibles ha resultado en la creación de indicadores compuestos por una serie de variables que se estimaron como representativas de las siguientes capacidades o potencialidades de las organizaciones que apoyará APOLO:

- Potencial de orientación a la comunidad, al mercado y los clientes
- Capacidad de recolección y uso de Información sobre y devolución a la comunidad
- Potencial de manejar los cambios organizacionales necesarios para el cumplimiento de su misión, gestión de calidad y liderazgo
- Potencial para la administración participativa del proyecto
  Capacidad para identificar oportunidades
- Capacidad administrativa para la ejecución del proyecto
  Sistema de desarrollo RRHH:tiempo de rotación, ausentismo, motivación, etc.
  Sistema de información

3. Financiamiento para la Salud (12 indicadores)

- Efectividad de diferentes mecanismos financieros y de su potencial para la autosostenibilidad
- Volumen de unidades de producción, monitoreo de la producción y productividad
- Sistema de administración financiera: determinación de costos por unidad de producción y actividades, determinación de costo-efectividad, detección de ineficiencias
- Sistema de rccuperación de costos: fondos revolventes para medicamentos etc.

V. RETROALIMENTACIÓN

El análisis e interpretación de los datos aportados por el sistema de M&E sirve de base para la toma de decisiones de los diferentes participantes del Proyecto. La efectividad del sistema de M&E está en la medida en que la información que provee es usada por las personas que tienen la autoridad y responsabilidad de tomar las acciones correctivas en forma oportuna. Si el sistema de M&E no conduce a la acción, es totalmente inefectivo e inútil. Cada participante del sistema de M&E de APOLO recibirá información sobre el grado de implementación del plan de actividades propuestas de acuerdo a los siguientes mecanismos:

ONG

1. Boletín APOLO: Señalando los logros más significativos y los avances técnicos, así como noticias sobre las actividades en las comunidades y ONG del proyecto.

2. Consolidación de los informes de monitoreo mensual y preparación de informes mensuales consolidados de todos los proyectos apoyados.

3. Informes de supervisión: el equipo llevará a cabo visitas regulares sobre la base de un formulario estandarizado para permitir su aplicación por cualquier miembro del equipo APOLO que visite la organización.

4. Informes anuales en los que se consolidará la información de los 12 informes mensuales previos.

CARE - USAID - MSP

1. Informes mensuales para el CEC que incluirán los resultados y productos de las actividades del proyecto más los indicadores de las actividades de los proyectos.

2. Informes semestrales de monitoreo según los indicadores del proyecto mostrando tendencias y diferencias geográficas.

3. Informes anuales según los indicadores de Evaluación

COMUNIDADES

1. Informes trimestrales a la comunidad brindados por la ONG sobre el cumplimiento de las actividades propuestas y de acuerdo a los términos del convenio firmado con la comunidad. APOLO también monitoreará estos términos.

2. Informes semestrales a la comunidad por APOLO de acuerdo a los términos del convenio firmado con la comunidad donde se ejecuta el proyecto.

17

SECCIÓN DOS

PLAN DE MONITOREO

PLAN DE MONITOREO

I. MONITOREO DEL PROYECTO APOLO

El **propósito** del sistema de monitoreo es proporcionar información para la toma de decisiones en el manejo del proyecto en los siguentes niveles:

1. los objetivos y resultados de APOLO,
2. Actividades planificadas,
3. Proyectos de las organizaciones apoyadas, y
4. los términos en los acuerdos y convenios con el MSP y las comunidades beneficiadas.

1. Los resultados esperados del proyecto APOLO que serán monitoreados son:

- 25 entidades privadas que se comprometan a ampliar la cobertura de servicios de APS
- 100 por ciento de recuperación de gastos operativos en 10 ONG
- 20 por ciento aumento de servicios de APS
- Prueba de mercadeo de **tres** mecanismos de financiamiento
- Un paquete de instrumentos administrativos y programáticos que sirva de guía a cualquier organización del sector privado para replicar o mejorar la **eficiencia y cobertura de APS/SI.** Dicho paquete debe renuir una serie de condiciones mínimas, definidas y necesarias (aunque quizás no suficientes) y los siguientes componentes:
  - Definición del conjunto de servicios básicos y esenciales de SI/APS
  - Manejo de dichos servicios en forma costo-efectiva y de calidad
  - Elementos de contabilidad de costos y manejo financiero
  - Lineamientos para subsidios cruzados y para determinar la capacidad de pago de la población servida
  - Parámetros para preparar propuestas a entidades donantes del sector público y privado

2. El monitoreo de las actividades de APOLO y de los proyectos que serán apoyados técnica y financieramente estará integrado a las funciones de planificación para convertir M&E en un proceso dinámico en el ciclo de manejo del proyecto que permita la medición de la productividad del proyecto y de las actividades de coordinación y ejecución.

El monitoreo de la coordinación de este proyecto que está en manos de un Comité Ejecutivo Proyecto (cuatro reuniones por año), Comité de Ejecución del Componente (su principal función es la selección de ONG - doce reuniones al año), y el Grupo de Asesoría Técnica (dos reuniones al año). Es importante el registro y seguimiento de las resoluciones de cada una de estas reuniones donde se revisarán los lineamientos y políticas generales del proyecto.

19

Para el monitoreo de la ejecución por parte de USAID, MSP y CARE es fundamental la designación del representante y coordinador de MSP. Es fundamental también la preparación para cada proyecto del Plan Anual de Actividades: adquisiciones, asistencia técnica, capacitación, plan financiero (incluyendo las contribuciones de contraparte, esto incluye medicamentos). APOLO cuenta con un completo Plan Operativo y se ha diseñado formularios para sistematizar la planificación. Para facilitar el monitoreo de este plan se recomienda la integración de indicadores al formato de planificación. Un modelo se presentó al Proyecto APOLO (anexo H). En este modelo de planificación y monitoreo las actividades en relación con cada objetivo propuesto son codificadas y se le asigna un indicador con un código también para la computarización del sistema y de la preparación automática de reportes. La lista completa de actividades por objetivos se deberá ajustar cuando comiencen las actividades de los proyectos y ONG, los cuales también tendrán un código para identificar al proyecto beneficiario de la actividad. A modo de ejemplo:

Tabla 1
Ejemplo de codificación de objetivos, actividades e indicadores.

02 Objetivo: Fortalecimiento de la capacidad institucional de las ONG	
Estrategias y Actividades	Indicador
01 Asistencia a los proyectos 100 APS/SI 20012 DO 300 FS 400 M&E	Días-persona por proyecto
02 Desarrollo de modelos	Número de informes producidos
03 Capacitación: 100 APS/SI 200 DO 300 FS 400 M&E	Número de cursos y participantes
04 Diseminación de información	Número de materiales producidos
05 Conferencias	Número conducidas
06 Investigaciones operacionales	Número de estudios conducidos
07 Subdonaciones	Número y montos adjucados a la fecha
08 Equipamiento	Número y monto de lo adquirido
09 M&E	Número de informes recibidos

El nexo entre los recursos y los productos está en la utilización de códigos que permitirán cruzar la información y obtener informes de monitoreo en relación con las metas y objetivos del proyecto. Se propone el siguiente ordenamiento y codificación que se ajustará con la participación del programador del sistema:

Objetivos 01-99
Estrategias 01-99
Actividades 001-999
Organización beneficiaria 01 - 25
Responsable 1-7
Gastos (rubro) 0001-????

Como se puede ver, la planificación de una actividad de capacitación vinculada al objetivo de este ejemplo tendrá el código: 02-03-100. Los últimos tres dígitos variarán según el contenido de la actividad pero estará dentro de esa centena que identifica el tema. Los indicadores arriba mencionados son todos cuantitativos.

Además, como en el caso de la capacitación que es una importante estrategia para el fortalecimiento de las ONG, por lo que en el Acuerdo Cooperativo se espera al menos **seis** eventos de capacitación por año, no solo se monitoreará en cantidad sino también en calidad. De estos eventos ejecutados y monitoreados por APOLO, pueden complementarse con indicadores cualitativos como el número de beneficiarios satisfechos y el grado de conocimiento o destreza adquiridos y su satisfacción en cada evento de capacitación.

Asimismo, los proyectos evaluarán el grado de aprovechamiento de las actividades de capacitación brindadas por APOLO.

3. Monitoreo de los convenios

Se espera que un buen número de las ONG mantengan convenios con el MSP para la administración de hospitales y/o áreas de salud. Los términos de dichos convenios deben ser cuidadosamente seleccionados no solo para asegurar los mecanismos que promuevan su cumplimiento, así como que estén redactados en términos que permitan su adecuada definición y claridad y medición. El monitoreo del cumplimiento de los términos será integrado a las visitas de supervisión y de asistencia técnica.

Proponemos algunos elementos para el monitoreo de los convenios y acuerdos:

- Propósito: expresando cual es la razón por la cual las partes han decidido participar.
- Componentes del acuerdo: un listado de las responsabilidades, derechos y servicios que corresponden a cada parte del acuerdo facilitará el monitoreo.
- Duración del acuerdo con fechas límites de inicio, renovación y terminación.
- Revisión del contrato anualmente con las partes.

21

- Acuerdo y cumplimiento sobre la calificación y número de personal a ser contratado y autoridad disciplinaria.
- Definición de la autoridad para el manejo de la institución de salud.
- Arreglos financieros y contables, y cronograma y términos de pagos. Un presupuesto de lo aportado por cada fuente y del costo total dede ser anexado.
- Definición sobre la propiedad, mantenimiento y depreciación de muebles e inmuebles incluidos bajo el presente convenio
- Definición de los estándares y volúmenes de producción esperados
- Definición de quien monitoreará el acuerdo en representación de las partes
- Cláusulas de terminación y sanciones por incumplimiento de los términos acordados.
- Identificación de los signatarios y su jerarquía.

En el caso de convenios con comunidades, la identificación de representantes de ésta que participen en la definición de los términos, en su ejecución y en el monitoreo de su cumplimiento será esencial, en especial para temas como la definición de tarifas y exoneraciones. En forma regular, anual o semestralmente, se deberán mantener reuniones con los signatarios para "la rendición de cuentas" sobre lo ejecutado señalando el mejoramiento continuo de los servicios. Este aspecto del monitoreo será revisado en nuestra próxima visita y se harán los ajustes adecuados al contar con información sobre las comunidades apoyadas.

4. Monitoreo de los Proyectos

El Monitoreo de los proyectos de APOLO tendrá tres componentes:

1. Indicadores para las actividades de salud,
2. Indicadores para monitorear recursos, tanto el uso como la generación
3. Indicadores de calidad de los servicios

El monitoreo periódico de las actividades y procesos de salud debe estar vinculado a los recursos, la calidad, los costos, y a los resultados de esos procesos implementados por las ONG. Esto permitirá la comparación de costo eficiencia entre los diferentes modelos y la preparación de informes mensuales, semestrales al CEC (marzo 31 y septiembre 30), etc.

El monitoreo se apoyará en el Sistema de información de la organización y en el envío de informes mensuales a APOLO.

Metodología

Los pasos a seguir en la implementación de un sistema de monitoreo son:

1. Capacitación en Planificación y Preparación del plan operativo anual de la ONG o institución: objetivos, actividades, y recursos necesarios.
2. Estudio del sistema de información utilizado por la ONG.

3. Capacitación en monitoreo y evaluación.
4. Preparación del presupuesto y su aprobación: con un código por actividad vinculada al objetivo correspondiente.
5. Preparación de Sistmea de costos estimados y registro de gastos reales por actividad. De esta manera con la computarización del sistema se podrán obtener reportes de gastos por objetivo, actividades y proyecto, lo cual permite la reprogramación de recursos de otras actividades cuando las prioridades deben ser ajustadas.
6. Asistencia para el registro diario y mensual de las activades de salud.
7. Asistencia técnica y supervisión para apoyar el registro y preparación del Informe de Monitoreo Integrado (IMI).
8. Revisión del Plan y Presupuesto mensual de acuerdo al IMI e informes de supervisión antes mencionado lo que permite mejor coordinación de los recursos humanos y financieros evitando duplicaciones u omisiones.
9. Con el análisis del plan operativo y los indicadores se podrá preparar el Informe Consolidado de M&E en forma mensual, semestral y anual de todos los proyectos apoyados por APOLO.
10. Toma de Decisión mediante la revisión de Indicadores de resultados por actividad lo que permitirá ajustar la metodología en la implementación. Estas decisiones se registrarán en las actas de las reuniones de monitoreo del equipo y se les dará seguimiento mediante su inclusión en el plan de trabajo.

Indicadores

Los indicadores de APS fueron derivados de diferentes fuentes pero incluyen los indicadores de PRIZM de USAID y de la estrategia de BASICS. Están enfocados a los cambios que son atribuibles al proyecto y los resultados de éste. Incluyen SI, planificación familiar y salud materna. Cubren los usuarios, el personal de salud, las políticas de salud y la calidad y sostenibilidad de los diferentes modelos de atención según estandares. Los Indicadores son simples (basados en una sola medida) o compuestos (compuesto por varios elementos, por ejemplo, el uso correcto de SRO por las madres puede basarse en los siguientes elementos constitutivos: se prescriben sales de rehidratación oral o solución de azúcar y sal, el personal demuestra los tres pasos de su preparación, y la madre realiza la devolución del procedimiento, todo como parte del encuentro).

Es importante señalar que los indicadores no nos dirán todo sobre los proyectos y en muchos casos solo indicarán lo que sucede pero no porqué o su causa. Por esta razón, debe dárseles el valor de una medición parcial y una ayuda para detectar problemas que sirve de base para las discusiones y revisiones de los proyectos con las ONG. Investigaciones operacionales, reuniones con los interesados, revisión de documentos, etc se requerirán para ampliar la información sobre las causas

La **Sostenibilidad** de actividades fundamentales de APS como las de PAI y MINE se deberá basar en el costo de cada actividad y en la capacidad del modelo de generar los recursos para cubrirlos. Esto tiene dos consecuencias para el equipo de APOLO. Por un lado, una metodología simple debe ser diseñada para adjudicar costos fijos y variables a cada actividad de APS que permita comparar la eficiencia de cada actividad en el modelo de atención. Por otra parte, un sistema para definir el

nivel de precios por servicio, su relación con los mecanismos de financiamiento (subsidio cruzado, etc), y la mezcla de servicios (servicios preventivos gratuitos y pago por atención curativa, gratuidad de inmunizaciones y pago por medicamentos, etc). Estas decisiones se deberán tomar en forma conjunta cuando las ONG comiencen a desarrollar sus actividades bajo el apoyo de APOLO, por lo tanto en ese momento se llevará a cabo el ajuste de los indicadores de este importante objetivo del proyecto.

La **calidad** se supervisará en base a indicadores de estructura y procesos. La metodología de observación y estandarización de los criterios de calidad se probarán el el estudio de base y luego de validados se usarán como procedimientos de rutina. En esta visita, en ausencia de proyectos en etapa de implementación, no se pueden definir estándares de estructura y procesos de atención, así como la forma más efectiva para su medición: observación de práctica en los encuentros médico-paciente, cuestionarios de conocimientos de los estándares de atención y tratamientos normatizados, etc.

Previo a la implementación del sistema de monitoreo se deberá realizar la evaluación de los diferentes registros que actualmente son llevados por las ONG, mediante la medición de la **Carga de Trabajo** y de la viabilidad de que estos registros produzcan la información para el cálculo de los indicadores propuestos en el informe mensual y ver si su simplificación y ajuste es posible (Tabla 2).
La **utilidad** de los registros para apoyar el proceso de atención también debe ser analizada.

Tabla 2
Ejemplo de estudio de la Carga de trabajo y peso relativo de cada registro.

Nombre del formulario	Número de items por formulario (1)	Número de fomularios completados por mes por unidad operativa (2)	Número de items por mes (1) x (2) (3)	Tiempo dedicado al formulario por mes (3) x 3 segundos	% del sistema de registro
1. Planilla de atención 2. Carnet de vacunación 3. Historia prenatal etc.					

En el caso de que no existan sistemas de registro, en el anexo J se presentan algunos formularios borradores que se caracterizan por su simplicidad y por asegurar la continuidad de atención, los cuales deberán ser adaptados y probados. En los casos en que los registros del MSP se utilicen, sería conveniente continuar con estos formularios, si son usados correctamente y no representan una carga desproprocionada para el personal de salud de la unidad (anexo L).

Aquí listamos algunos de registros que suelen ser usados en las unidades de salud, para su revisión con criterios de **simplicidad** (carga para el personal) y **utilidad**:

Rutina:

- Conservados por pacientes: carné de vacunación, de control prenatal, de citas, etc. La utilidad estará en la medida que den información útil para el usuario y le recuerden las acciones que debe tomar para cuidar su salud.

- Historias clínicas: familiares, individuales, estandarizadas como la historia perinatal, etc. De igual manera, la utilidad de estos registros está en la medida en que orienten al personal de salud a seguir los pasos diagnósticos y de tratamiento, así como la educación a brindar a los usuarios. Si la organización cuenta con personal médico y obtetrices para el seguimiento perinatal de las usuarias, se recomienda el uso de la historia perinatal simplificada diseñada y estandarizada por el Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP-OPS) por contener en una sola página toda la historia prenatal, parto y recién nacido, y por aportar un formato facilmente computarizable (anexo K).

- Partes de atención, la utilidad de estos registros estará en la medida que sean usuados y estén al día y completos.:
  - atención de atención prenatal (anexo J). A cada médico u obstetriz se le asigna un número de madres por el que es responsable por su seguimiento con el fin de asegurar la continuidad ya que en cada visita la madre será vista por el mismo profesional y para registrar el resultado de cada gesta.
  - atención de niño sano: también para dar continuidad en la atención y poder registrar el resultado de la SI de 0-11 meses y de 1-4 años, se asignará un responsable para la atención de un número de usuarios, y se registrará las visitas en el mes correspondiente
  - otros: temperatura, trabajo de parto, admisión, etc.

- Certificados de defunción y nacimiento. Es fundamental la calidad en la información y correción en cuanto a la causa de la muerte, por ejemplo.

- Registros por programa y enfermedad del MSP: PF, control antenatal, vacunaciones, malnutrición, Tb, ETS, etc.

25

- Parte Diario de Actividades y resumen o parte mensual
  - atención diaria a la mujer: antenatal, PF, ETS, complicaciones de embarazo y otros motivos de consulta (anexo J).
  - atención mensual a la mujer: igual información que en el formulario anterior resumida para cada día del mes (anexo J).
  - atención diaria de MINE: todas la consultas de niños de 0-4 se registraran según edad, sexo, nuevo usuario, lactancia al 6o. mes de vida, BCG al nacer, familia de riesgo (ver historia familiar del MSP), inmunizaciones pendientes, diarrea con o sin deshidratación, infección respiratoria y crecimiento y desarrollo.
  - atención mensual de MINE: igual información que en el formulario anterior resumidad para cada día del mes.

- Plan de trabajo anual y mensual a ser monitoreado.

- Inventario y consumo de medicamentos y otros insumos: en forma diaria, semanal y mensual.

- Registros contables y de recaudación de pagos.

- Informe mensual y anual de actividades a la Dirección de Epidemiología MSP.

A estos registros se suma el Infome de Monitorio Integrado (IMI) a APOLO en forma mensual.

De excepción:

En ciertos casos es importante la documentación de eventos no usuales: como la investigación de parto en domicilio, mortalidad materna, búsqueda de enfermedades no detectadas, niños no inmunizados, epidemias, etc

Con menos frecuencia pero si regularmente se debe llevar a cabo el Inventario anual de equipos.

II. RECOLECCIÓN DE DATOS

La implementación de un sistema de monitoreo tiene implicancias para la Estandarización y Costo de papelería, por lo que para evitar la escacez, ausencia o modificaciones que impidan el cálculo de indicadores se recomienda que la papelería sea aportada por APOLO por la vida del proyecto.

La recolección de los datos se llevará a cabo a través de la consolidación del trabajo diario en el **Informe de Monitoreo Integrado (IMI)** (anexo I) y un formulario estandarizado para las visitas de supervisión. Estos serán ajustados en la próxima visita cuando ya estén comenzados los proyectos y se conozca el modelo de atención y las características de cada uno.

Especial atención se dará a la capacitación en la que se explicará el objetivo de cada formulario, las instrucciones para el llenado cada columna y el análisis e interpretación de cada indicador. Ejemplos prácticos se utilizarán para demostrar la utilidad de los indicadores en la toma de decisiones.

En general, el control de la calidad de la información se llevará a cabo mediante la implementación de la revisión del IMI por parte del responsable del proyecto para asegurar que está completo y no falta ningún item. Al recibirse el IMI se revisará buscando valores extremos, muy altos (>100 por ciento) o muy bajos y se los comparará con lo "esperado", con otras unidades operativas, registros previos y entre indicadores. Estos valores se discutirán con el personal en las visitas de supervisión. Además, en estas visitas se puede revisar la consolidación de las planillas diarias con el IMI y detectar discrepancias. Errores en el ingreso de datos al sistema computarizado se detectan por doble entrada y chequeos por muestreo al azar con los formularios originales.

Por otra parte, hay factores que escapan al sistema de información y que por su carácter técnico afectan la validez de los indicadores y que deben ser tomados en cuenta en la supervisión. Por ejemplo, prácticas incorrectas como la medición del peso de los niños o equipos defectuosos puede afectar la calidad de la información. En el caso de inmunizaciones, una cadena de frio defectuosa implicaría que los indicadores solo indiquen niños "inyectados" y no niños "inmunizados". Por esta razón, el sistema de gestión de calidad será ligado al de monitoreo y evaluación

III. USO E INTEPRETACIÓN DE LOS INDICADORES

El sistema de monitoreo debe permitir la comparación de Servicios de Salud entre proyectos y responder a las siguientes interrogantes del equipo de APOLO:

- Que servicios son usados (cuales más que otros)
- Cuales son usados y cuales son subutilizados (discontinuar la asistencia o el proyecto??)
- Quien usa los servicios
- Quien no usa los servicios: necesidades no cubiertas
- Donde y como los servicios son brindados: perfil y calidad de los modelos de atención y de su efectividad en los resultados
- Cuanto cuestan los servicios
- Que prioridades deben atenderse

El sistema de monitoreo debe seguir la organización del sistema de atención, permitir la coordinación de actividades, permitir la planificación de los recursos necesarios, y permitir el ajuste de las metas y decisiones de costo-efectividad. Es por esto que una vez calculados los indicadoreas, se debe proceder a su interpretación de lo que indican. Se propone el siguiente esquema para su interpretación:

1. Los informes son completos? Hay algunos proyectos que no han enviado o lo han hecho tarde o incorrectamente?

2. Presentación en tablas y gráficos con títulos definidos, y clara identificación de lo que se presenta en las filas y columnas, o en los ejes del gráfico.

3. Identificación del progreso y mejoras: que actividades están funcionando bien y donde?; hay cambios en las tendencias en comparación con los últimos meses?; es este progreso uniforme en todas las actividades e indicadores o solo en algunos?

4. Identificación de problemas: cuáles son los indicadores más bajos y en dónde se observan?

5. Identificación de las causas: insuficiente información recogida para elaborar el informe, problemas en la forma de brindar la atención, etc. Es fundamental la discusión regular con el proyecto apoyado sobre las causas de los valores bajos en los indicadores.

6. Resoluciones: se deberá acordar y detallar una serie de acciones para resolver los problemas identificados en cada reunión de M&E con las ONG.

Los pasos uno a cuatro se pueden hacer en base a los IMI y los pasos cinco a seis requerirán ser parte de la rutina de las visitas de supervisión a los servicios.

IV. COMPUTARIZACIÓN

La computarización deberá tomar en cuenta el sistema de información de las ONG y desarrollar un paquete de programas bien documentado que permita el ingreso de datos y la generación automatizada de indicadores e informes. Los indicadores serán calculados por área programática (APS, MINE, PAI, IEC, DO, FS), por proyecto, por objectivos, por actividades y por rubro presupuestario. También permitirá la comparación en el tiempo de la evolución de los indicadores, y su presentación gráfica. Deberá facilitar la planificación mediante el ingreso de actividades, asignando códigos para su posterior análisis.

Para progresar hacia la computarización del sistema sería deseable contar con datos reales y la previa implementación del sistema de monitoreo manual. En la próxima visita se ajustará el diseño del sistema y se planificará el entrenamiento del personal de los proyectos. Asimismo se estandarizará el paquete de capacitación del sistema de Monitoreo.

V. MONITOREO DE LAS ONG DE APOLO

Se recomienda la implementación de un sistema de monitoreo de la intensidad de actividades de APOLO por cada proyecto. Esto permite detectar duplicaciones y omisiones en la ejecución de actividades de capacitación, asistencia técnica etc., así como el grado de satisfacción y aprovechamiento por parte de las organizaciones. Se recomiendan los siguientes indicadores mínimos que la organización reportará semestralmente:

- Número de visitas de supervisión y apoyo por su contenido: DO, APS, FS
- Número de actividades de capacitación
- Número de informes de retroalimentación recibidos de APOLO
- Progreso de los términos de convenio
- Sugerencias generales (por escrito a las que APOLO también responderá)

VI. MONITOREO POR PARTE DE LAS COMUNIDADES: CONVENIOS

Como ya indicáramos, la participación de la comunidad en la gestión y monitoreo de los proyectos fue identificada como un importante componente del plan de monitoreo por el equipo de APOLO. Los términos de estos convenios deben ser evaluados y sus objetivos bien definidos y específicos para evitar confusiones o frases vagas y amplias que expresan intenciones pero no acciones y responsabilidades. El proyecto APOLO, la ONG y los representantes firmarán convenios y conservarán copia del mismo para su revisión anual y ratificación. El encarcardo de M&E será el responsable de iniciar la rendición de cuenta de los logros en los términos que se redacte el convenio.

SECCIÓN TRES

PLAN DE EVALUACIÓN

PLAN DE EVALUACIÓN

I. LINEAMIENTOS GENERALES

La Evaluación en el Proyecto APOLO tendrá tres etapas: anual por el CEP, una de medio-término (1997) y final para 1999, y tomará en cuenta para medir el progreso los resultados del estudio de base que se llevará a cabo al inicio de cada proyecto. Estos resultados permitirán definir metas para cada indicador ajustadas a la realidad de cada proyecto según su duración y capacidad.

Integrado al Plan de Trabajo del proyecto y sus objetivos, el plan de evaluación culminará en la toma de decisiones vitales para la administración y manejo del proyecto. Los objetivos generales son:

Objetivos:
1. Determinar la efectividad
2. Adaptar y ajustar el proyecto
3. Desarrollar nuevos objetivos y actividades

Los **objetivos específicos** del plan de evaluación se adecuarán al caso de cada proyecto apoyado, pero en lineas generales podemos decir que tomarán en cuenta lo que se desea alcanzar, cuanto se desea lograr, serán simples, medibles, replicables en otros proyectos y organizaciones y fijarán el tiempo para su logro. A los objetivos seguirá la definición de las actividades a ser evaluadas. No todas las actividades serán evaluadas, solamente aquellas que por su importancia son fundamentales para el logro de los objetivos (ver prioridades en anexo G).

El **estudio de base (EDB), la evaluación de medio tiempo y la final** se desarrollarán en los siguientes niveles: hogares, unidad operativa, personal de salud y a nivel de las políticas de acuerdo con los criterios y estándares de atención definidos por el equipo de APOLO.

Los **Servicios** serán evaluados en términos de su relevancia, efectividad, eficiencia, impacto y sostenibilidad.

La **evaluación anual** estará basada en la consolidación de los informes de monitoreo y estará enfocada a los resultados esperados del proyecto APOLO que serán:

- 25 entidades privadas que se comprometan a ampliar la cobertura de servicios de APS
- 100 por ciento de recuperación de gastos operativos en diez ONG
- 20 por ciento aumento de servicios de APS
- Prueba de mercadeo de **tres** mecanismos de financiamiento
- Un paquete de instrumentos administrativos y programáticos que sirva de guía a cualquier organización del sector privado para replicar o mejorar **eficiencia y cobertura de APS/SI.** Dicho paquete debe incluir una serie de características mínimas, definidas y necesarias (aunque quizá no suficientes) y los siguientes componentes:
  - Definición del conjunto de servicios básicos y esenciales de SI/APS
  - Manejo de dichos servicios en forma costo-efectiva y de calidad

- Elementos de contabilidad de costos y manejo financiero
- Lineamientos para subsidios cruzados y para determinar la capacidad de pago de la población servida
- Parámetros para preparar propuestas a donantes entidades del sector público y privado

Las **áreas técnicas** abarcadas por las actividades e indicadores de la evaluación serán:

Estado de Salud
Cambio de conductas
Servicios:
    Disponibilidad
    Accesibilidad
    Utilización
    Cobertura
    Calidad
Políticas y Administración
Costos y Sostenibilidad

II. METODOLOGÍA

La metodología no será muy diferente de la utilizada por el equipo de APOLO en los estudios de factibilidad rápida (EFR). El equipo cuenta con capacidad y experiencia técnica en la utilización de métodos cuantitativos (encuestas, etc.) y cualitativos (grupos focales, entrevista de informantes claves, etc.). Se prevee asistencia de BASICS para la planificación del estudio de base, selección de la muestra, plan de análisis, etc. que servirá para identificar la información ya recogida en el EFR y que nueva información se requiere, especialemente en el área financiera con la determinación de costo por servicio, tipo de atención, nivel de eficiencia, etc. para evidenciar la linea de base y el progreso hacia la autosostenibilidad.

Asimismo, la evaluación de los términos de convenio con MSP, ONG y Comunidades debe ser planificada para coincidir con las evaluaciones del proyecto y así comprender el contexto del mismo.

Recolección de datos

De acuerdo a la estrategia de evaluación de BASICS, los indicadores que se utilizarán son:

Indicadores de Resultado e Impacto:

- Encuesta de Hogares: demanda, necesidades, capacidad de pago, utilización
- Dianóstico comunitario: disponibilidad de recursos para la atención de salud
- Vigilancia epidemiológica: morbilidad

- Encuesta del Personal de Salud: cuestionario de conocimientos y observación de prácticas

Indicadores de Procesos y Productos:

- Evaluación de la calidad
- Supervisión
- Costo-efectividad
- Sostenibilidad y recuperación de costos
- Evaluación de la capacitación
- Documentación de casos y lecciones aprendidas
- Cobertura de PAI, PF, etc.
- Evaluación de Servicios: necesidades de entrenamiento, calidad y MINE
- Satisfacción de los usuarios

La planificación de la evaluación, la recolección de datos, análisis e interpretación se hará con la participación del personal de la organización para el fortalecimiento de su capacidad y para que el proceso de evaluación sea interactivo. Se indicarán las tareas en que no participarán para evitar sesgos como lo es la realización de grupos focales para evaluar satisfacción y cobertura.

III. ANÁLISIS

El equipo de APOLO tiene experiencia en el análisis de información cualitativa y cuantitativa, así como con paquetes de análisis estadístico como Epiinfo y EXCEL. Aconsejamos la planificación detallada del análisis de los datos, identificando las medidas de resumen que se usarán, tests estadísticos y tablas con la información a ser cruzada. Esto evita recoger información innecesaria y evidencia las omisiones de información. Aconsejamos que las tablas y gráficos para el análisis y presentación se ordenen según las áreas técnicas arriba mencionadas.

IV. USO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para demostrar la utilidad de la información de M&E en el manejo de servicios es necesario resumir los datos y el cálculo de los indicadores. Se señalará el progreso en términos de Presupuesto ---> Gastos y Metas ---> Logros. Se presentarán tablas y gráficos que enseñen la distribución de la población de usuarios según diferentes indicadores, y las tendencias en el tiempo de los indicadores de fortalecimiento de la organización. La "calidad" del informe de la evaluación será evaluada por los usuarios de esa información en términos de claridad en la presentación, relevancia para los objetivos del proyecto y en lo concreto de los hallazgos. Un capítulo final se anexará al informe que debe incluir en forma bien documentada las resoluciones y acciones a tomar y por quien en vista de los hallazgos. Vagas recomendacions de mejorar esto o aquello no son suficientes, sino que se deberá definir que problemas de los indentificados son prioritarios para abordarse, de que manera se hará y quien es el responsable. Es importante la documentación clara de las acciones a tomar, que luego

se traducirán a los planes de trabajo, para su monitoreo y subsecuentes evaluaciones. En el caso de contarse con varias alternativas para la resolución de un problema se justifica una investigación operacional para determinar su costo-efectividad y proyectar los resultados en diferentes escenarios: esperado, optimista y pesimista.

Los Gráficos considerados de utilidad para la interpretación de los hallazgos del estudio son:

- Distribución de la población de usuarios por edad y sexo
- Disponibilidad de servicios por proyecto y en su área de influencia
- Utilización de servicios (número de servicios producidos)
- Cobertura de inmunizaciones y otros servicios según las metas específicas de cada proyecto.
- Elementos de la calidad de atención
- Financiamiento y gastos por fuente
- Financiamiento y gastos por actividad
- Recuperación de costos por servicio y por proyecto
- Recuperación de costos por centro de costos
- Satisfacción de los usuarios
- Satisfacción del personal
- Nivel de conocimiento del personal para el MINE

SECCIÓN CUATRO

TRIP REPORT

APOLO PROJECT

MONITORING AND EVALUATION PLAN

Trip Report

Elvira Beracochea, MD.MPH.

Quito, October 1 - 15, 1995

USAID - BASICS - APOLO

TABLE OF CONTENTS

TRIP REPORT 31

Acknowledgments 37
Acronyms 39
I. Executive summary 41
II. Purpose of the visit 42
III. Background 42
IV. Trip Activities 43
V. Results and Conclusions 44
VI. Recommendations 45

ACKNOWLEDGMENTS

Carrie O'Neill, David Pyle, Barton Burkhalter and Larry Day gave their insight about the the objectives and content of the monitoring and evaluation plan, and provided valuable background information. Jack Galloway's support was appreciated. All the members of the APOLO team deserve praise for their active participation, valuable contributions and high level of organization to respond to the plan preparation process. Special thanks are due to Jaime Valencia, APOLO Monitoring and Evaluation Specialist, for his continued collaboration.

ACRONYMS

APOLO	Apoyo a Organizaciones Locales
ARI	Acute Respiratory Infections
CS	Child Survival
DO	Organizational Development
HF	Health Financing
M&E	Monitoring and Evaluation
MSP	Ministerio de Salud Pública (Ministry of Public Health)
NGO	Non-Governmental Organization
ORS	Oral Rehydration Salts
PHC	Primary Health Care
USAID	United States Agency for International Development

I. EXECUTIVE SUMMARY

BASICS provided an expert for two weeks to assist the USAID-funded project APOLO (support to local organizations) to design the monitoring and evaluation of the PHC component of the project. The plan integrated the monitoring and evaluation of the project's objectives and strategies with the basis for an NGO-based information system and supervision activities. APOLO's mandate is to support, through local NGOs, the development of sustainable PHC models that serve marginal and poor areas of Ecuador. Previous to the in-country work, the expert contacted APOLO counterparts to find out special interests and agree on a work agenda. Also, the INITIATIVES project was contacted to become familiar with the project's work with APOLO and the financial component of the monitoring and evaluation plan. During the visit reported here, an indicator-based monitoring system, consistent with BASICS strategy and linked to project objectives, was developed based on the weights assigned to each project process, output and outcome. Moreover, impact indicators were included in the evaluation plan. Guidelines for data collection, analysis and interpretation were prepared. Feedback mechanisms for local NGOs and communities and report formats were designed. This was the first of three visits that will allow the follow-up of the designed plan, NGO staff training and implementation of the overall plan.

II. PURPOSE OF THE VISIT

BASICS assigned Dr. Elvira Beracochea to collaborate in the preparation of APOLO's PHC monitoring and evaluation plan. Dr. Beracochea visited Quito, Ecuador from October 1 - 15, 1995. The purpose of the visit was to develop a monitoring and evaluation plan that could be applied to the management of sustainable PHC models through NGOs in marginal and poor areas of Ecuador. The product of this trip was a report that included objectives and indicators, mechanisms for data collection, analysis and use, and feedback mechanisms to NGOs and to the communities served by these NGOs. Draft instruments to be tested when project NGOs start work were developed. Moreover, APOLO's overall monitoring and evaluation plan was reviewed and recommendations for linked planning and monitoring of project's objectives and activities in a simple format were made. Initial guidance on the computerization of the system was given.

III. BACKGROUND

Ecuador is at a dramatic political turning point. The vice-president has resigned and there is an order for his imprisonment under corruption charges from the Supreme Court. This has created tension between the Executive and Judicial powers of the Ecuadorian government. The situation is expected to improve with the election of new authorities in August of next year, but there is still uncertainty about the stability of the current administration.

The health situation continues to be dominated by large health statistics imbalances between urban and rural, and indigenous and non-indigenous populations. In spite of the improvements in overall infant and maternal mortality rates, urban and rural poor are seriously affected by infectious diseases with high mortality. The 1994 Mother and Child Health Survey (ENDEMAIN,'94), showed 28/1000 urban infant mortality rate, while the rural rate was 51/1000. It is important to note that neonatal mortality, which is amenable to control through preventive antenatal care and education, accounted for 55 percent of the general infant mortality rate. This survey also showed that access to and coverage of antenatal care in rural areas is 66 percent of the pregnant women with one to four visits per pregnancy, while urban mothers showed 83 percent coverage with five to nine visits per pregnancy. Diarrea and ARI are the most common child health problems with 20 percent of the surveyed children having had at least one episode in the fifteen days prior to the survey. In spite of efforts of the MSP, only 29 percent received ORS for diarrea, and 57 percent of the children received only home remedies for ARI.

To respond to this health situation with other affordable and better alternatives of health care, the USAID-child survival (CS) project was reorganized and amended. APOLO is a component of the CS-II project to identify, develop and promote more efficient and sustainable PHC models in the private sector. Local organizations would be identified and supported to produce:

- a better mix of preventive and curative services
- better quality through an improved cost structure
- better coverage
- higher cost-effectiveness for the level of family investment in health
- a demonstration effect
- improved competition in the market
- health policy enhancement
- mobilization of community resources, through direct user fees and other health financing mechanisms

In August, BASICS experts Dr. Barry Smith and Dr. René Salgado visited Ecuador to determine APOLO's technical assitance needs and develop a plan to provide that assistance. Priority areas were identified in PHC, social marketing and monitoring and evaluation, and activities were proposed. This report is the product of the first of three visits to plan and develop APOLO's monitoring and evaluation system.

IV. TRIP ACTIVITIES

Before arrival, Dr. Beracochea contacted Dr. Ivan Palacios to identify special interests and agree on a work agenda. Dr. Larry Day of the INITIATIVES project was also contacted to help increase the consultant's familiarity with the project's work with APOLO and the financial component of the monitoring and evaluation plan.

On the first day, the APOLO team made a presentation of the current status of the project's activities, relevant documents were identified and a detailed workplan was prepared (Annex C). BASICS' M&E strategy was presented and discussed with the team.

After revision of the available documents, a meeting with the team was held to identifiy the project's priorities for monitoring and evaluation purposes, and report contents were drafted. Individual

meetings were held with each team member on the following two days. This information was used to prepare the list of essential indicators for the monitoring and evaluation plan. A draft list was prepared according to the following areas: overall project management, PHC, organizational development (OD) and health financing (HF). Copies of the list were distributed to the APOLO team who were asked to rate the proposed indicators in a scale of one to three, and to add or delete indicators. The weights were added and priorities were set. Draft forms for data collection were then designed and circulated for comments. A draft report was prepared and submitted on October 16. The team made comments that were incorporated in the final report which was submitted on October 18. This activity was possible due to the permanence of the consultant to undertake activities in pharmaceutical management.

During the visit, the consultant joined the APOLO team in some of their activities to appreciate the scope of their work and the working environment. A municipal maternal and child hospital was visited to assess its potential to participate in project activities. The consultant also attended the presentation of the project's achievements in the last six months to USAID and CARE.

The M&E indicators were based on BASICS' Monitoring and Evaluation Strategy. These indicators were linked to project objectives and coding was recommended to facilate sorting and computerized report preparation. Standard tools for NGO essential information system, for facility quality assessment, project review and users' assessments were based. Instruments were based on BASICS standard data collection tools. These could not be further refined due to the fact that project NGOs have not yet started their activities and health care delivery models, and pricing policies and communities' background and organization level are not yet defined. In the case of pharmaceutical services, the consultant will assist one of the team members who already has experience in private pharmacy management and logistics to prepare a monitoring instrument during the next visit.

Another component of the M&E plan is the monitoring and evaluation of the terms of the agreements between MSP and NGOs. These agreements will determine the degree of MSP participation and autonomy the NGOs will have to implement innovations in crucial areas such as health care delivery, human resource management, and cost recovery. Given the current situation, these agreements may be delayed. This assumption is based on the lack of decision to assign an MSP representative to APOLO's executive committee in its first nine months of work. Therefore, M&E of these agreements will be refined in future visits.

Reports and feedback mechanisms were drafted and will be refined in the next visits when actual data are collected and indicators can be interpreted. Graphic presentation is proposed.

General data quality control mechanism were recommended but these need to be specified according to the training and level of compliance NGOs can accomplish with the planned M&E system.

V. RESULTS AND CONCLUSIONS

The principal product of this consultancy is an M&E plan based on a set of indicators that will require testing and further adjustment when implemented by APOLO supported organizations. New indicators might have to be included when NGOs and projects are initiated and specific objectives and organization policies are defined.

The M&E plan does not include a comprehensive set of PHC indicators. Our effort was directed towards making the system simple to avoid imposing a burden on NGO staff recording. Only indicators that APOLO considered essential were included and these were further classified by the frequency in data collection.

Close monitoring of MSP-NGO agreement terms is essential to assess the level of compliance of all parties involved and ensure successful project implementation.

Community participation and monitoring of facility performance will be enhanced if the community is empowered to do so through Community-NGO formal agreements signed in the presence of MSP and APOLO staff, who should monitor compliance and provide feedback on achievements.

Another cautionary note is that the M&E system will only be effective to the exent that the information provided reaches the appropriate decision-makers and that **corrective timely action** is taken. If informed decisions are not made, the effectiveness of the M&E as a warning system and essential management tool will be impaired.

VI. RECOMMENDATIONS

The main recommendations left with the APOLO team are:

1. The team should assess the current information system (if any) in the project NGOs in terms of the likelihood of providing the data to calculate the M&E indicators with minimum modifications.

2. The team should also test the forms developed in this M&E plan. The forms must be consistent with the MSP health information system and epidemilogical surveillance requirements.

3. Training and assistance should be provided to NGO staff to facilitate implementation and use of the information.

4. Revision of the M&E in next visits should focus on simplification of the system, easy summary of data and indicator calculation, presentation and utilization. In next visits, the

supervision strategy will be designed to fit the characteristics and needs of each supported project. The effectivity of the proposed indicators will be evaluated and key indicators will be identified according to the PHC models identified.

5. Coding and standardization of project activities should be a continuous process to facilitate computerization and report preparation.

6. Linkage of all activities to project objectives must be mandatory to avoid departure from them and to enable their evaluation in terms of effectiveness and appropriateness.

7. The next follow-up visit should take place after projects have started and data for two or three months are available.

8. The M&E system will require adjustments when other systems such as cost recovery, health service costs per activity and quality assurance are defined. This will be reviewed in future visits.

ANEXOS

ANEXO A

Persons Consulted - Personas Consultadas

Anexo A

Persons Consulted - Personas Consultadas

Ivan Palacios	APOLO Coordinator
Jorge Bejarano	PHC Specialist
Jaime Valencia	Monitoring and Evaluation Specialist
Gustavo Vizcaíno	Organizational Development Specialist
Hernán Redrobán	Health Financing Specialist
Verónica Collantes	Administration and Financing Specialist
María José Dueñas	Administration Support
Leo MacGillivray	Director of CARE
Leo Roosendaal	Health Sector Director - CARE
Dr. Ramiro Ramadan	Director of "Patronato San José"

ANEXO B

Documents Reviewed - Documentos Consultados

Anexo B

Documents Reviewed - Documentos Consultados

1. BASICS Monitoring and EvaluationStrategy

2. AID PRIZM BASICS Indicators Guidelines

3. BASICS Monitoring and Evaluation Systems Design and Status

4. CARE AID Cooperative Agreement

5. Project Paper Child Survival and Health, Amendment Number 1.

6. BASICS Quality Assurance for ARI program in Guatemala.

7. BASICS Technical Assistence Plan for APOLO.

8. Report of the Planning meeting to discuss a Health Facility Quality Review, John Murray, May 1995.

9. Características del modelo de atención para el proyecto APOLO.

10. Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, Informe General, ENDEMAIN, 1994.

11. Lesar J, Mitchell M, Northrup R, Harrison P. Monitoring and Evaluation of Child Survival Programs. MSH, Boston. (Draft)

12. APOLO Plan Operativo Anual 1995

13. APOLO Plan de Capacitación 1995

14. APOLO Características del Modelo de Atención para el Proyecto APOLO

15. APOLO Metodología para el desarrollo de "Rapid Assessment Procedure" o Estudio de Factibilidad Rápida.

16. A comparison of AID PRIZM and BASICS Indicator guidelines.

17. APOLO Fundamentos para el diseño del plan de monitoreo y evaluación en el Proyecto APOLO.

18. BASICS Eritrea Health Facility Assessment: participant guidelines and trip report

ANEXO C

Plan de Trabajo

Anexo C

Plan de Trabajo

Octubre

2	Presentación del Proyecto Revisión de Documentos Preparación del Contenido del Informe
3	Entrevistas individuales con cada miembro del Equipo de APOLO
4	Visita a USAID: Jack Galloway Reunión con Presidente de CARE Preparación del Borrador del Plan de Monitoreo y Evaluación Presentación y Discusión del Plan con el Equipo de APOLO
5	Diseño de los Indicadores y la Base de Datos
6	Definición de las Fuentes de Información y Métodos para la Recolección de Datos Proceso de Información
7-9	Preparación de Formularios estandarizados con sus instrucciones
10	Revisión de los Formularios con el Equipo de APOLO
11	Planificación de la Implementación
12-14	Preparación del Informe Final
16	Presentación de Informe Preliminar
17-25	Revisión del informe preliminar por el equipo de APOLO
18	Presentación de informe preliminar en USAID
27	Presentación del Informe Final

ANEXO D

Monitoreo del Proyecto de Holanda

Anexo D

Monitoreo del Proyecto de Holanda

Es factible que el proyecto APOLO reciba asistencia de otros donantes aparte de USAID. Creemos que el presente sistema de monitoreo y evaluación es adaptable a las metas y objetivos de estos otros subproyectos. Al considerar las metas de esta propuesta de APOLO, es esencial que metas y objetivos intermedios sean identificados ya que la verificación de algunos de estos quizá no se alcance durante la vida del proyecto.

Metas propuestas: son finales y no incluyen metas intermediarias.

80 por ciento inmunizaciones
Prevalencia de IRA disminuir en 80 por ciento
Incrementar cobertura prenatal en 40 por ciento
80 por ciento autofinanciamiento
Trabajar en función de planes estratégicos
80 por ciento aumento en agua y saneamiento
Educación para la Salud y comunicación

De la misma manera, es recomendable que las estrategias propuestas respondan a objetivos específicos y reflejen la relevancia de las actividades.

Estrategias propuestas:

1. Coordinación con organizaciones estatales y privadas
2. Sostenibilidad: Recuperación de costos y subsidios para población pobres
3. Capacitación y apoyo para la administración y eficiencia
4. Implementar modelos de atención alternativos:replicabilidad, bajo costo, sostenibilidad y calidad y gran nivel de participación social
5. Mejoramiento de la infrastructura: unidades de salud y agua y saneamiento
6. Organización y participación comunitaria: plan de mercadeo
7. Gestión de Calidad
8. Apoyo a las Políticas del Sector Salud: talleres de presentación del proyecto

ANEXO E

Scope of Work - Términos de Referencia

Anexo E

Scope of Work - Términos de Referencia

Scope of Work

As part of its workplan to provide technical assistance to CARE-Ecuador's APOLO Project, BASICS will provide a consultant to collaborate in the development of a monitoring and evaluation plan for APOLO's primary health care (PHC) activities. APOLO is a USAID/Ecuador-funded project that provides financial and technical support to non-governmental organizations (NGOs) working in primary health care in Ecuador. APOLO's mandate is to support, through NGOs, the development of sustainable PHC models that serve marginal and poor areas of Ecuador. In addition to BASICS technical assistance, APOLO will also receive assistance from other central projects such as the Initiatives Project.

During August, 1995 a team of BASICS technical officers visited Ecuador and worked with APOLO staff in developing a technical assistance package that serves to strengthen APOLO's capabilities in various key aspects of primary health care. As work with the NGOs gets underway, one of the urgent needs identified is to develop APOLO's monitoring and evaluation plan. This consultancy is the first of three visits over fiscal 1996 that will result in a plan for monitoring and evaluation of all primary health care activities. It is expected that the same consultant will be involved in all three visits so as to maintain consistency.

Objective

- To develop APOLO's Monitoring and Evaluation Plan.

Tasks

1. Review project materials and draft evaluation plan developed by the APOLO team.

2. Contact APOLO counterparts (Dr. Ivan Palacios; phone: 54-07-15) before arrival in country to agree on a detailed agenda for the consultancy.

3. Contact the Initiatives Project (Dr. Larry Day or Walter González; phone 619-528-7474) to familiarize with Initiatives work, and with the financial component of the Monitoring and Evaluation Plan.

4. Collaborate with APOLO staff in developing the Monitoring and Evaluation Plan. Included in this plan should be clear and verifiable goals, objectives and indicators. Objectives and indicators should be consistent with nationally- and internationally-accepted norms. Clear pathways, mechanisms and protocols for data collection, analysis and use should also be developed. Of special interest should be the feedback mechanisms to the NGOs supported by APOLO (who will be

supplying much of the data) and to the communities served by the NGOs. All instruments for regular (non-survey) data collection should be developed and left with APOLO in at least draft form. Schedules and formats for reports should also be developed. Data quality control mechanisms should be an integral part of the plan.

5. A protocol for testing all instruments and the data gathering system should also be developed and left with APOLO staff. Agreement should be reached on a schedule for the consultant's subsequent visits. It is understood that the two subsequent visits will be to review how well the plan is functioning and to offer suggestions for improvement.

6. Initial guidance on the computerization of the system should also be given to APOLO.

7. A draft report and/or Executive Summary should be left with the APOLO Project and shared with USAID-Ecuador (Jack Galloway). A briefing and debriefing with the local USAID Mission is mandatory.

8. A consultant report of all activities in English should be delivered to BASICS no later than ten days after the last day of consultancy.

Outputs

1. Consultant Report containing the Monitoring and Evaluation Plan.

ANEXO F

Indicators - Indicadores

APS	
MINE	Mortalidad neonatal
	Mortalidad perinatal
	Mortalidad 1-5 específica por causa
	Bajo peso al nacer
	Tetanos neonatal
	Porcentaje de IRA leve/IRA moderada-severa
	Porcentaje de Diarrea sin deshid/con deshid
	Cobertura tercera dosis triple bacteriana
	Cobertura tercera Polio
	Cobertura BCG al nacer
	Cobertura de BCG 1er año escolar
	Porcentaje niños <1 con malnutrición severa
	Porcentaje niños 1-4 con malnutrición severa
	Propoción de lactantes con 4 visitas CDen el 1er año
	Porcentaje de niños bajo lactancia exclusiva por 6 meses
	Porcentaje de Anemia en niños 1-4
	Porcentaje de indicadores de calidad de atención satisfactorios en visita de supervisión
MISM	Número de muertes maternas
	Proporción de muertes maternas
	Proporción de madres con una visita antenatal
	Número de madres enroladas en atención prenatal
	Proporción de partos institucionales
	Disponibilidad de servicios obstétricos esenciales
	Porcentaje de población a 30 minutos del centro
	Proporción de complicaciones postparto
	Proporción de cesárea de urgencia y de coordinación
	Número de grupos de auto-ayuda
an. Familiar	Promedio de intervalo interpartos
	Prevalencia de métodos anticonceptivos
	Número de nuevos aceptores
	Tasa de continuación
	Tasa de nacimientos
	Tasa de fertilidad epecífica por edad
	Promedio de niños nacidos en los últimos 3 años
	Edad promedio a primer nacimiento
	Porcentaje de indicadores de calidad de atención satisfactorios en visita de supervisión
IEC	Número de eventos con evaluación satisfactoria
	Número de programas
	Porcentaje de población enrolada en programas
	Número de materiales de información con evaluación satisfactoria
	Porcentaje de encuentros en los que se educa al usuario

	Porcentaje de usuarios que recuerdan 3 mensajes de un programa
s esenciales	Promedio de medicamentos por encuentro curativo
	Porcentaje de iencuentros curativos que reciben inyectables
	Porcentaje de encuentros con antibióticos
	Porcentaje de tratamientos según estandar
	Porcentaje de personal dedicado a la atención que conoce el costo de un episodio de IRA leve y de diarrea
	Porcentaje que tiene el manual de tratamiento estandarizado
	Porcentaje de personal que conoce 3 ventajas de los medicamento genéricos
	Conocimiento de las Políticas Nacionales de Medicamentos
	Promedio de Precios por debajo del promedio de compra de las otras ONG para una lista de trazadores
	ONG tiene una lista de medicamentos esenciales para sus compras de medicamentos
	Inventario de medicamentos al día
DO	Se realizó estudio de mercadeo y se encuentra el informe en la ONG
	Se recuerdan 3 conclusiones fundamentales del estudio
	El proyecto cuenta con un Líder reconocido
	Sistema de Capacitación funcionando
	Tasa de rotación de personal dedicado a la salud/administrativo
	Ausentismo promedio mensual
	Existencia de un sistema de información del mercado
	Proporción de personal no-técnico sobre total
	Porcentaje de personal que se percibe motivado
	Porcentaje de personal que se percibe que participa en la toma de decisiones
	Existencia de un Plan Operativo
	Porcentaje de Personal que conoce los objetivos del plan operativo
	Número de eventos de capacitación
	Porcentaje de personal que concluyó satisfactoriamente la capacitación
	Porcentaje de usuarios que perciben mejoramiento en servicio
	Calidad de los servicios adicionales pra satisfacer el usuario
	Porcentaje de indicadores de calidad mejorados en el año
	Número de Proyectos con misión escrita
	Porcentaje del personal que conoce la misión
	Eficacia de intervenciones
	Existencia de mecanismo de comunicación con usuarios
	Incremento en satisfacción del usuario: tiempo de espera, costo, eficacia
	Frecuencia de retroalimentación de Dirección
	Redes de apoyo creadas
	Sistema de rendición de cuentas
	Participación del personal en el control de procesos y resultados
	Percepción de responsabilidad y autoridad
	Satisfacción del personal

FS	Porcentaje de pacientes que pagan
	Presencia de criterio para exoneraciones
	Unidades de producción mensual
	Sistema de costos funcionando
	Número de unidades de producción por unidad de personal técnico y total
	Porcentaje de recuperación de costos mensual
	Sistema para cobor en funcionamento
	Reconciliación de recaudación en día de superivisión
	Procentaje de población dispuesta a pagar
	Procentaje de población con capacidad de pagar
APOLO	Número de proyectos iniciados por trimestre
	Número de proyectos apoyados por APS, DO y FS
	Número de proyectos de acuerdo a los objetivos proyectados
	Preparación de paquetes de capacitación por APS, DO y FS
	Número de eventos de capacitación anuales
	Número de proyectos que recuperan costos
	Número de convenios con MSP
	Número de convenios con Comunidades
	Número de reuniones de CEP
	Número de reuniones de CEC
	Informes semestrales presentados
	Evaluación anual realizada
	Reuniones mensuales de Planificación
	Reuniones semanales de Coordinación y Monitoreo
	Plan y presupuesto anual presentado y aprobado
	Boletines preparados y tiraje diseminado (lista de distribución)
	Boletines evaluados
	Número de informes mensuales de ONG esperados y recibidos a tiempo
	Número de reuniones de feedback con comunidad
	Número de comunidades con aceptable nivel de satisfacción
	Número de comunidades que han aumentado su acceso a los servicios de salud
	Número de proyectos que implementan mejoramiento continuo de la calidad
	Número de proyectos que alcanzaron sus metas de lucro
	Número de mecanismos finacieros identificados y definidos
	Ordenamiento de modelos de APS/SI según su costo-efectividad
	Ordenamiento de modelos de APS/SI según su productividad
	Número de proyectos que monitorean sus insumos
	Número de visitas de supervisión anuales
	Porcentaje de visitas satisfactorias
	Días/Persona de Asistencia técnica e APOLO
	Días/Persona de Asistencia Técnica de otras fuentes
	Percepción de la Asistencia Técnica brindada

ANEXO G

Matrix de Indicadores

						Prioridad
APS						
MINE	Mortalidad neonatal	Número de muertes neonatales (28 días)/total de nacimientos	im	Impacto		2
	Mortalidad perinatal	Número de muertes desde 22 sem más muertes neonatales/ total de nacimientos	im	I		2
	Mortalidad 1-5 específica por causa	Número de muertes 1-4 por causa/ total pob 1-4	ia	I		2
	Bajo peso al nacer	Número de lactantes con peso menor de 2500 gr/total de nacimientos	im	I		1
	Tetanos neonatal	Número casos de tétanos neonatal/total de nacimientos	im	I		2
	Porcentaje de IRA leve/IRA moderada-severa	Número de casos IRA LEVE/casos de IRA MOD más IRA SEVERA	Informe mensual	Proceso		2
	Porcentaje de Diarrea sin deshid/con deshid	Número de casos de diarrea sin deshidratación/casos de diarrea con deshidratación, inlcluye cólera	IM	P		2
	Cobertura tercera dosis triple bacteriana	Número de lactantes con 3ra dosis/total de nacimientos	IM	P		3
	Cobertura tercera Polio	Número de lactantes con 3ra dosis/total de nacimientos	IM	P		3
	Cobertura BCG al nacer	Número de lactantes con BCG al nacer/total de nacimientos	IM	P		2
	Cobertura de BCG 1er año escolar	Número de escolares vacunados/total enrolado				
	Porcentaje niños <1 con malnutrición severa	Número de lactantes con malnutrición severa/total de nacimientos	IM	I		2
	Porcentaje niños 1-4 con malnutrición severa	Número de niños1-4 con malnutrición severa/total de niños1-4	IM	I		2
	Propoción de lactantes con 4 visitas CDen el 1er año	Número de lactantes con 4 visitas de CD/total de lactantes atendidos(total nacimientos)	IM	P		3
	Porcentaje de niños bajo lactancia exclusiva por 6 meses	Número de lactantes bajo lactancia exclusiva a los 3 meses/total nacimientos	IM	P		2
	Porcentaje de Anemia en niños 1-4	Número de niños 1-4 con anemia/total de niños 1-4 (atendidos)	IM	I		2
	Porcentaje de indicadores de calidad de atención satisfactorios en visita de supervisión	Número de indicadores de calidad satisfactorios/total de indicadores	Supervisión	P		2
	total 17					
MISM	Número de muertes maternas	Número de muertes durante embarazo o 42 días después de terminación de embarazo	IM	I		2
	Proporción de muertes maternas	Número de muertes maternas/total de nacimientos	IM	I		1
	Proporción de madres con una visita antenatal	Número de madres con una visita/total de nacimientos	IM	P		2
	Número de madres enroladas en atención prenatal					
	Proporción de partos institucionales	Número de partos institucionales/ total de nacimientos	IM	P		3
	Disponibilidad de servicios obstétricos esenciales	Existencia de servicios obstétricos esenciales	S	P		2
	Porcentaje de población a 30 minutos del centro	Número de personas a 30 minutos del centro/total de personas servidas	0	P		2
	Proporción de complicaciones postparto	Número de complicaciones(HPP,IPP)/total de nacimientos	I	P		3
	Proporción de cesárea de urgencia y de coordinación	Número de cesárea/Total de nacimientos	I	P		2
	Número de grupos de auto-ayuda	Número de grupos de auto-ayuda funcionantes	I/S	P		2
	total 11					2

Plan. Familiar	Promedio de intervalo interpartos	Suma de meses desde el último nacimiento/total de nacimientos	I	I		3
	Prevalencia de métodos anticonceptivos	Número de mujeres usando cualquier método anticonceptivo/total mujeres 15-44	I	I		2
	Número de nuevos aceptores	Número de parejas (mujeres) que aceptaron método anticon. en el año	I	P		3
	Tasa de continuación	Número de aceptores del año anterior que continuan al final del año siguiente	I	P		2
	Tasa de nacimientos	Número de nacimientos/ total de población	I	P		2
	Tasa de fertilidad epecífica por edad	Número de nacimientos en mujeres de cada grupo etario/total de mujeres en ese grupo	I	I		2
	Promedio de niños nacidos en los últimos 3 años	Número de nacimientos en los últimos 3 años/ total mujeres 15-44	0	I		
	Edad promedio a primer nacimiento	Suma de edad al primer nacimiento/total de mujeres 15-44	I	P		2
	Porcentaje de indicadores de calidad de atención satisfactorios en visita de supervisión	Número de indicadores de calidad satisfactorios/total de indicadores	S	P		3
	total 10					
IEC	Número de eventos con evaluación satisfactoria	Eventos satisfactorios /total eventos	IA	P		3
	Número de programas	Número de programas funcionando	IA	P		2
	Porcentaje de población enrolada en programas	Población enrolada/total de población elegible	IA	P		2
	Número de materiales de información con evaluación satisfactoria	Número de materiales satisfactorios/total producidos	IA	P		2
	Porcentaje de encuentros en los que se educa al usuario	Encuentros con educación al paciente/total encuentros observados	S	P		2
	Porcentaje de usuarios que recuerdan 3 mensajes de un programa	Recuerdan 3 mensajes/total entrevistados	0	P		3
	Conocimiento de SRO					
	Conocimiento de signos de IRA					
	total 8					
Medicamentos esenciales	Promedio de medicamentos por encuentro curativo	total de medicamentos/total de encuentros(historias o recetas)	0	P		2
	Porcentaje de iencuentros curativos que reciben inyectables	total de encuentros con inyectables/total de encuentros (historias o recetas)				2
	Porcentaje de encuentros con antibióticos	total de encuentros con antibióticos/total de encuentros (historias o recetas)				2
	Porcentaje de tratamientos según estandar	total de encuentros con tratamiento estandar/total de encuentros (historias o recetas)				2
	Porcentaje de personal dedicado a la atención que conoce el costo de un episodio de IRA leve y de diarrea	personal que conoce/total de personal				2
	Porcentaje que tiene el manual de tratamiento estandarizado					2
	Porcentaje de personal que conoce 3 ventajas de los medicamento genéricos					2
	Conocimiento de las Políticas Nacionales de Medicamentos	Director es capaz de discutir la política de medicamentos				2

	Promedio de Precios por debajo del promedio de compra de las otras ONG para una lista de trazadores	precios obtenidos para una lista de medicamentos				2
	ONG tiene una lista de medicamentos esenciales para sus compras de medicamentos	Presencia de lista y mecanismo para su actualización				2
	Inventario de medicamentos al día	Número de registros sin discrepancia/Número de registros *examinados x 100*	S			2
	Presencia de SRO, antibióticos de IRA, etc. en stock					
	Total 12					
DO	Se realizó estudio de mercadeo y se encuentra el informe en la ONG	si / no				2
	Se recuerdan 3 conclusiones fundamentales del estudio					2
	El proyecto cuenta con un Líder reconocido	Precencia de liderazgo				2
	Sistema de Capacitación funcionando	Selección de necesidades de capacitación, plan de capacitación, evaluación de capacitación brindada, registros en archivo de personal				2
	Tasa de rotación de personal dedicado a la salud/administrativo					3
	Ausentismo promedio mensual					3
	Existencia de un sistema de información del mercado	Instrumentos para la recolección de información de mercado probados, recolección regular, análisis y discusión de la información, interpretación				1
	Proporción de personal no-técnico sobre total					2
	Porcentaje de personal que se percibe motivado					3
	Porcentaje de personal que se percibe que participa en la toma de decisiones					2
	Existencia de un Plan Operativo					2
	Porcentaje de Personal que conoce los objetivos del plan operativo					2
	Número de eventos de capacitación					2
	Porcentaje de personal que concluyó satisfactoriamente la capacitación					3
	Porcentaje de usuarios que perciben mejoramiento en servicio					
	Calidad de los servicios adicionales para satisfacer el usuario					2
	Porcentaje de indicadores de calidad mejorados en el año					2
	Número de Proyectos con misión escrita					2
	Porcentaje del personal que conoce la misión					3
	Eficacia de intervenciones					3
	Existencia de mecanismo de comunicación con usuarios					2

	Incremento en satisfacción del usuario: tiempo de espera, costo, eficacia					2
	Frecuencia de retroalimentación de Dirección					2
	Redes de apoyo creadas					2
	Sistema de rendición de cuentas					2
	Participación del personal en el control de procesos y resultados					2
	Percepción de responsabilidad y autoridad					2
	Satisfacción del personal					3
	total 28					
FS	Porcentaje de pacientes que pagan					3
	Presencia de criterio para exoneraciones					2
	Unidades de producción mensual					3
	Sistema de costos funcionando					3
	Número de unidades de producción por unidad de personal técnico y total					2
	Porcentaje de recuperación de costos mensual					3
	Sistema para cobor en funcionamento					3
	Reconciliación de recaudación en día de superivisión					3
	Procentaje de población dispuesta a pagar					1
	Procentaje de población con capacidad de pagar					1
	costo por servicio o centro de costos					
	total 11					
APOLO	Número de proyectos iniciados por trimestre					2
	Número de proyectos apoyados por APS, DO y FS					2
	Número de proyectos de acuerdo a los objetivos proyectados					2
	Preparación de paquetes de capacitación por APS, DO y FS					2
	Número de eventos de capacitación anuales					2
	Número de proyectos que recuperan costos					2
	Número de convenios con MSP					2
	Número de convenios con Comunidades					2
	Número de reuniones de CEP					2
	Número de reuniones de CEC					2
	Informes semestrales presentados					2
	Evaluación anual realizada					2
	Reuniones mensuales de Planificación					3

	Reuniones semanales de Coordinación y Monitoreo					3
	Plan y presupuesto anual presentado y aprobado					3
	Boletines preparados y tiraje diseminado (lista de distribución)					3
	Boletines evaluados					2
	Número de informes mensuales de ONG esperados y recibidos a tiempo					2
	Número de reuniones de feedback con comunidad					3
	Número de comunidades con aceptable nivel de satisfacción					2
	Número de comunidades que han aumentado su acceso a los servicios de salud					2
	Número de proyectos que implementan mejoramiento continuo de la calidad					3
	Número de proyectos que alcanzaron sus metas de lucro					2
	Número de mecanismos finacieros identificados y definidos					2
	Ordenamiento de modelos de APS/SI según su costo-efectividad					2
	Ordenamiento de modelos de APS/SI según su productividad					2
	Número de proyectos que monitorean sus insumos					2
	Número de visitas de supervisión anuales					2
	Porcentaje de visitas satisfactorias					2
	Días/Persona de Asistencia técnica e APOLO					2
	Días/Persona de Asistencia Técnica de otras fuentes					2
	Percepción de la Asistencia Técnica brindada					2
	Número de proyectos que monitorean su plan					2
	Horas de capacitación en DO, APS, FS por proyecto					2
	total 35					
	Prioridad 1= no frecuente (anual) 2=uso regular (semestral) 3=esencial (mensual)					

ANEXO H

Planilla de Planificación y Monitoreo

BEST AVAILABLE COPY

PROYECTO APOLO

Fecha: __/__/9_ Prespuesto para la actividad: Saldo: Responsable: Página _ de _

Año Fiscal 199_

Código	Tareas	Proyecto beneficiario	Cuando 1 2 3 4	Presupuesto	Indicador	Resultado	Problemas

Objetivo 01. Incrementar la cobertura del sector privado

Objetivo 02. Incrementar la calidad

Objetivo 03. Incrementar la sostenibilidad

Objetivo 04. Fortalecer la capacidad institucional

Objetivo 05. Desarrollar mecanismos efectivos para la entrega de servicios de SI/APS

Objetivo 06. Documentar y diseminar un paquete de servicios eficientes de SI/APS

Otros:

ANEXO I

Informe de Monitoreo Integrado (IMI)

PROYECTO APOLO

Recibido:

INFORME MENSUAL INTEGRADO DE MONITOREO

NUEVOS ENROLADOS:

PROYECTO: | DEPTO: | MES/AÑO:

Responsable: | Fecha: | Firma:

Pacientes externos		Pacientes referidos	
		NEONATOS	
IRA LEVE 0-11m		IRA	
IRA MODERADA/SEVERA 0-11		EDA	
IRA LEVE 1-4		ANEMIA	
IRA MODERADA/SEVERA 1-4		MALNUTRICION	
EDA SIN DESHIDRATACION		PARTOS INSTITUCIONALES	
EDA CON DESHIDRATACION		PARTOS EN DOMICILIO	
TOTAL CREC. Y DESARROLLO		CESAREA DE URGENCIA	
MALNUTRICION SEVERA 0-11		CESAREA DE COORDINACION	
MALNUTRICION SEVERA 1-4		NACIMIENTOS TOTAL	
ANEMIA 1-4		NACIMIENTOS BAJO PESO	
TOTAL CONSULTAS 0-4		TOTAL ADMISIONES 0-4	
TOTAL CONSULTAS MUJERES 15-44		TOTAL ADMISIONES COMPLICACIONES	
TOTAL PACIENTES EXTERNOS		MUERTES 0-7	
LACTANCIA 6 MESES O +		MUERTES 7-28 DIAS	
MADRES CON 4 VISITAS O MAS		MUERTES 1-11	
COLERA		MUERTES 1-4	

SALUD MATERNA		PAI	
HPP		3a. Triple bacteriana	
IPP		Sarampión 11 meses	
ETS		3a. Polio	
MUERTE EMBARAZO-42 DIAS		2a. Tétanos embarazadas	
MADRES ENROLADAS		BCG al nacer	
MADRES CON PARTO <2 Años		BCG 1er. año escolar	
HIV/SIDA		Lactantes totalmente inmunizados	

PLANIFICACION FAMILIAR	Anticonceptivos orales	INYECCION	T DE COBRE	CONDON
NUEVA ACEPTACION DE PLAN.FAM.				
CONTINUACION				

FINANCIAMIENTO		COSTOS POR SERVICIO	COSTO	UNIDAD
INGRESOS MSP		Niño SANO		
INGRESOS PAGOS		Niño ENFERMO		
INGRESOS MUNICIPIO		PRENATAL		
OTROS INGRESOS		PARTO		
No. EXONERADOS 0-4		POST PARTO		
No. EXONERADAS 15-44		PLANIFICACION FAMILIAR		
COSTOS FIJOS DEL MES		CONSULTA EXTERNA		
COSTOS VARIABLES DEL MES		OTROS		
TOTAL COSTOS		TOTAL		
% RECUPERACION				

OTRAS ACTIVIDADES		PROBLEMAS DE CALIDAD:
PERSONAL CAPACITADO		
PERSONAL SATISFECHOS		
REUNIONES DE PERSONAL No.		
no. DIAS AUSENTISMO EN EL MES		PROBLEMAS DE RECURSOS
REUNION DEL COMITE DE SALUD		
REUNIONES CON LA COMUNIDAD		
CAMBIOS DE PERSONAL		
EVENTOS EDUCATIVOS		TERMINOS CONVENIO

BEST AVAILABLE COPY

ANEXO J

Formularios de atención, partes diarios y mensuales

PROYECTO APOLO

PARTE de ATENCION DIARIO

Responsable | Fecha: | Proyecto

Número	Historia clinica	edad			Nuevos	Antenatal	Planificación Familiar			ETS		Complicaciones de embarazo y parto					Otros	Referencia
		5-14	15-44	>45			Anticonceptivos	T de cobre	Condon	Chancro	Exudado	HPP	IPP	Aborto	Riesgo	Parto <2 año		
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
TOTAL																		
INSTRUCCIONES																		

PROYECTO APOLO

PARTE de ATENCION MENSUAL

Responsable | Fecha: | Provedo

Dia	Historia clínica		edad		Nuevos	Antenatal	Planificación Familiar			ETS		Complicaciones de embarazo y parto					Otros	Referenci
		5-14	15-44	>45			Anticonceptivos	T de cobre	Condon	Chancro	Exudado	HPP	IPP	Aborto	Riesgo	Parto <2 año		
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
TOTAL																		

INSTRUCCIONES

PROYECTO APOLO

PARTE DIARIO DE MINE | Responsable | Firma | MES | Proyecto

Número	Historia Clínica	edad		SEXO	Nuevos	Lactancia mes 6	Bajo peso al nacer	BCG	Familia de riesgo	PAI PEDIENTES	EDA/S	EDA/C	Nutrición			IRA LEVE	IRA MOD	IRA SEV	Comentarios	Referencia
		0-11	1-4										<60	60-80	>80					
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
TOTAL																				
INSTRUCCIONES																				

PROYECTO APOLO II				ATENCION PRENATAL		PARTE de ATENCION			Responsable		Fecha			Proyecto										
Número	Historia clinica	Fecha de nacimiento	edad	Nombre	PARIDAD	RIESGO	TT	ETS	HB	PRESENTACION	Altura uterina	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Resultado
1																								Perdida al seguimien
2																								Parto en Hospital
3																								Muerte materna
4																								Obito fetal
5																								Muerte materna y de
6																								parto en domicilio
7																								parto normal en cen
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								
26																								
27																								
28																								
29																								
30																								
31																								
TOTAL																								

INSTRUCCIONES

Responsable: Nombre del médico o partera a quien se asignan las pacientes en la planilla por cuyo seguimiento es responsable

Historia clinica: Número en el registro de pacientes/usuarios

Edad: a la primera consulta

Paridad: número de embarazos previos

Riesgo: puntaje en la escala de factores de riesgo

TT: chequear cuendo la madre recibe un refuerzo o completa la inmunización de tétanos toxoide O= no es necesario

ETS: 0=se realizó prueba sanguinea y es negativa 1= es positiva 2= se trato 3=se trató al conygue

HB: 0=se realizó hemoglobinemia o hematocrito y el valor es normal 1= anemia 2= se medicó y corrigió

Presentación en mes 8= c=cefálica P=Podálica

Altura uterina: 0=de acuerdo a edad gestacional en cada visita, 1= mayor que edad gestacional 2= menor que edad gestacional

En el mes que corresponda indicar: FUM=fecha de última menstruación, FEP=fecha estimada de parto, LFP=latidos fetales presentes, MFP=movimientos fetales presentes

Esta planilla no sustituye la historia perinatal simplificada que se incertará en la historia familiar en cada gesta.

26

PROYECTO APOLO

PARTE MENSUAL DE ATENCION DE NIÑO SANO | Responsable | MES: | Proyecto

Día	edad		Nuevos	Lactancia mes 6	Bajo peso al nacer	BCG	TB 1 2 3	Polio 1 2 3	Sarampión	Nutrición	Desarrollo	Comentarios	Referencia
	0-11	1-4											
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
TOTAL													
INSTRUCCIONES													

PROYECTO APOLO

PARTE de ATENCION NIÑO SANO

Responsable

Firma

Fecha:

Proyecto

Número	Historia clínica	Fecha de nacimiento	edad		Nombre	Nuevos	BCG	TB 1 2 3	Polio 1 2 3	Sarampión	Nutrición y Crecimiento	Comentarios	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Resultado
			0-11	1-4																					
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
21																									
22																									
23																									
24																									
25																									
26																									
27																									
28																									
29																									
30																									
31																									
TOTAL																									
INSTRUCCIONES																									

ANEXO K

Historia Perinatal Simplificada

BEST AVAILABLE COPY

Este color significa ALERTA

CLAP-OPS-/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA Establecimient

HISTORIA CLINICA

APELLIDOS Y NOMBRES

DOMICILIO

LOCALIDAD

EDAD Años — Menor 15 — mayor 35

Alfabeta Si No

ESTUDIOS Ning. Sec. Prim Uni. AÑOS APROBAD.

ESTADO CIVIL Casad. U.E. Solt. Otro

FUMA No Si Cuántos

ANTECEDENTES

FAMILIARES No Si
Diabetes
TBC pulm.
Hidatidosis
Gemelares
Otros

PERSONALES No Si
TBC
Diabetes
Hipertens. crónica
Cirug. pélvico-uterina
Infertilid.
Otros

OBSTETRICOS
Anotar el número de
Gestas
Partos
Abortos
Vaginales
Cesáreas
Ninguno o más de 3 partos
nac. vivo
nac. muer
viven
mueren 1o. sem.
mueren después 1o. sem.

Algún RN peso menor de 2.500 g NO SI

Nacimiento con mayor peso g

FECHA TERMINACION ANTERIOR EMBARAZO Mes Año

EMBARAZO ACT.
Peso anter. Kg
Talla (cm)
FUM
FPP
Día Mes Año
Dudas Si No
Antitetánica Previa Si No
Actual 1o. 2o/R
Mes Gesta
Grupo
Rh + −
Sensibil No Si
Hospitalización Embarazo No Si
Días
Traslado No Si
Lugar
Día Mes Año

Ex-CLINC. NORMAL	Ex.MAMAS NORMAL	Ex.ODONT. NORMAL	PELVIS NORMAL	PAP. NORMAL	COLPOSCOPIA NORMAL	CERVIX NORMAL	VDRL − + Día Mes	Día Mes	Hb Día Mes
SI NO	S. N.	S N.	S. N.	S N.	SI NO	SI NO			

CONSULTA No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FECHA										
Semana de Amenorrea										
Peso (kg.)										
Tensión Arterial Max/Min (mm Hg)										
Alt. Uter / Present. Pub fond. / Cef.Pl.Tr	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
FCF (lat/min) / mov. fetal	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

PARTO/ABORT.
Origen
Edad Gesta
Menor 37
mayor 42
Tamaño fetal acorde Si No
Inicio Esp. Ind.
Membranas Int. Rot
Fecha ruptur Hora Día Mes
Cef. Pelv. Tran.

TRABAJO DE PARTO

HORA							
F. C. Mat. (lat/min)							
Tensión Arterial Máx/min (mm Hg)							
Contractilidad Frec. en 10 m/ Dur en Sg.	/	/	/	/	/	/	/
Altura / Var posic.	/	/	/	/	/	/	/
F. C. F. (lat/min)							
Dilat. cerv. (Orif. int. cm) / Meconio	/	/	/	/	/	/	/

PATOLOGIA EMBARAZO PARTO PUERPERIO

- Embarazo múltiple
- Hipertensión previa
- Preeclampsia
- Eclampsia
- Cardiopatía
- Diabetes
- Infección urinaria
- Otras infecciones
- Parasitosis
- Amenaza parto premat.
- Desproporc. cef. pelv.
- Hemorragia 1er. trim.
- Hemorragia 2do. trim.
- Hemorragia 3er. trim.
- Anemia crónica
- Ruptura preinat. memb.
- Infección puerperal
- Hemorragia puerperal
- Otra
- Ninguna

Terminación Esp Ces For Otr
Hora Min. Día Mes Año

Nivel de atenc. 3o. 2o. 1o. Dom. Otro

Atendió Médico Enf./Part. Aux. Est./Em. Otro

Parto

Neonato

No. HIST. CLIN RN

Nombre RN

Nombre

Nombre

EPISIOTOMIA No Si
Desgarros No Si

ALUMB. ESP. Si No
Placenta comp. si No

MUERTE FETAL No Si Emb.
Si Parto Si ignora momento

MEDICACION FN PARTO Anest. loc. Anest. Reg Anst. Gen Analges. Tranquil. Ocitoc Antibiot Otra Ninguna

RECIEN NACIDO

Sexo F M
vdrl − +
APGAR min. 1° 5° 6 ó men.
Reanimación Si No
Peso al nacer g Menor 2500 g
Edad por Ex. Físico Sem Men. de 37
Peso/EG Adec Peq Gr
Ex-Físico Inmediato Normal Anormal

Talla cm
Per Cef cm
Ex-Físico Prealta Normal Anorm.
Ex-Neurol. Normal Anorm. Dudoso
Patologías
M.mal. S. asp.
Otros SDR Apneas Hemorrag.
Hiperb. Infecc. Neurol
A. cong. Otra Ninguna

PUERPERIO

HS o días post parto o aborto			
Temperatura			
Pulso (lat/min)			
Tensión arterial Max/Min (mm Hg)			
Involt. Uterina			
Características de loquios			

RN con la madre Si No

Egreso RN Sano Trasiad. Con Pat Fallece

Edad: Alta/traslado Ds. Hs.

Edad al fallecer Ds. Hs.

Alimento Pech. Mixt. Artif.

Egres. matern. Sana Traslad Con Pat

Muerte mater. en Embarazo Parto Puerperio

Método AC Ningun. Condón Liq. trom. QUI. Ritmo Oral Otro

Doc. Int. CLAP 27.87

ANEXO L

Formularios del MSP

Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo

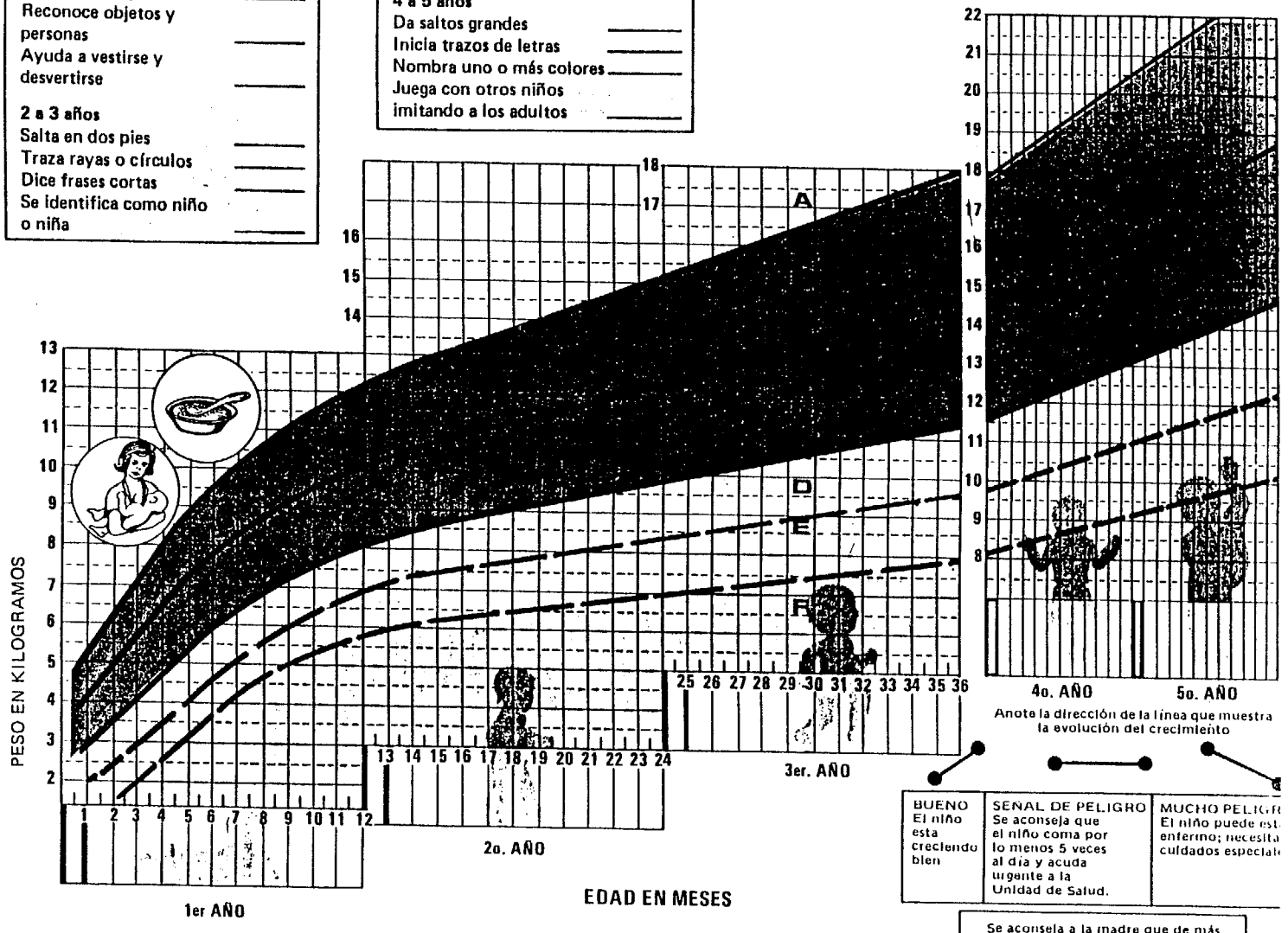
Es importante que usted haga controlar periódicamente a su hijo. Asegúrele una buena salud.

0 a 3 MESES	EDAD
Sostiene la cabeza	
Intenta coger objetos	
Sonríe a la mamá	
Reacciona al chinesco	
3 a 6 MESES	
Se voltea solo	
Coge un objeto en cada mano	
Trata de imitar sonidos	
Reconoce personas	
6 a 9 MESES	
Se sienta solo	
Pasa objetos de las manos	
Dice Pa - Pa - Ma - Ma	
Hace palmoteos	
9 a 12 MESES	
Se sostiene con apoyo	
Agarra con dos dedos	
Pronuncia claro Papá Mamá	
Introduce y saca objetos de una caja	

1 a 2 años	EDAD
Camina y corre	
Abre y cierra puertas	
Reconoce objetos y personas	
Ayuda a vestirse y desvertirse	
2 a 3 años	
Salta en dos pies	
Traza rayas o círculos	
Dice frases cortas	
Se identifica como niño o niña	

3 a 4 años	EDAD
Salta en un solo pie	
Dibuja una persona	
Pide lo que desea	
Sabe su nombre	
4 a 5 años	
Da saltos grandes	
Inicia trazos de letras	
Nombra uno o más colores	
Juega con otros niños imitando a los adultos	

Niña



Anote la dirección de la línea que muestra la evolución del crecimiento

BUENO	SEÑAL DE PELIGRO	MUCHO PELIGRO
El niño esta creciendo bien	Se aconseja que el niño coma por lo menos 5 veces al dia y acuda urgente a la Unidad de Salud.	El niño puede est enfermo; necesita cuidados especiale

Se aconseja a la madre que de más alimentos más veces al dia para ayudar al niño a crecer.

Razones de cuidados especiales

- Peso al nacer inferior a 2,5 kg ☐
- Quinto niño o más ☐
- Hermanos o hermanas desnutridos ☐
- Gemelos ☐
- Nacimiento menos de dos años después del último ☐
- Han muerto 3 o más niños de la familia ☐
- Padre solo o madre sola ☐

BEST AVAILABLE COPY

MSP

CARPETA FAMILIAR

SELECCION POR LA COMUNIDAD	☐
NINOS DESNUTRIDOS	☐
NINOS A VACUNAR	☐
MUJERES EMBARAZADAS	☐
ENFERMEDAD CRONICA O REPETITIVA	☐

1. PROVINCIA _____ 2. AREA DE SALUD _____ 3. UNIDAD DE SALUD _____

4. LOCALIDAD O BARRIO _____ 5. SECTOR ☐ 6. MANZANA ☐☐ 7. VIVIENDA ☐☐☐ 8. FAMILIA ☐

9. DIRECCION _____ 10. FECHA DE APERTURA DE LA F.F. ____ ____ ____ (DIA MES ANO)

FAMILIA : _____ _____

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

MIEMBROS DE LA FAMILIA

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	RELACION FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NUMERO DE H. CLINICA
1		JEFE DEL HOGAR			
2					
3					
4					
5					
6					
7					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

BEST AVAILABLE COPY

LA ATENCION DEL NIÑO ES GRATUITA

VACUNAS

B.C.G.		D.P.T.				Antipoliomielítica				Antisaram-pionosa	OTRAS
	R	1a.	2a.	3a.	R	1a.	2a.	3a.	R		

vacunas se reciben en segundos y protegen toda la

Cuidado !... Una simple gripe o un resfriado fácil-
e pueden complicarse, busque atención oportuna y
la muerte de su hijo.

CITAS DE CONTROL PROGRAMADAS

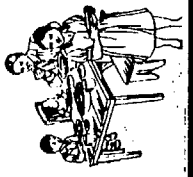
ÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA

ndo su niño tenga diarrea

- DELE MAYOR CANTIDAD DE LIQUIDOS DE LO QUE LE OFRECE NORMALMENTE
- CONTINUE DANDOLE LACTANCIA MATERNA Y DELE SU COMIDA CON MAYOR FRECUENCIA
- SI NO MEJORA LLEVELE AL CENTRO DE SALUD Y DELE SUERO ORAL. (Mezcle en un litro de agua todo el contenido de un sobre, y dele al niño en taza y con cuchara).

CONVENIO MSP AID

La Alimentación del Niño
base del buen crecimiento y desarrollo



	0 - 4 Meses	4 - 6 Meses	6 - 8 Meses	7 - 9 Meses	7 - 12 Meses	12-18 Meses
	SOLO LECHE MATERNA	SIGA CON LECHE MATERNA	SIGA CON LECHE MATERNA	SIGA CON LECHE MATERNA	SIGA CON LECHE MATERNA	
		* Cereales cocinados: maicena, avena, quinoa, arroz, harinas.	* Siga con cereales, granos cocinados y harinas. * Frutas crudas y peladas en papillas o puré. * Granos cocinados y aplastados: lenteja, arveja, haba, garbanzo, fréjol. * Verduras cocinadas: zapallo, tomate riñón, zapallo, oca, zanahoria.	* Siga con cereales, granos, verduras cocinadas y frutas. * Carnes molidas y cocinadas: hígado, pollo, res, pescado. * Yema de huevo duro. * Ponga a las comidas mantequilla, manteca, aceite.	* Siga con cereales, granos, verduras, carnes cocinadas, yema de huevo duro y frutas. * Queso fresco. * Empiece a darle la comida de la familia. * Comience a darle los alimentos en pedacitos. * NO dé alimentos fritos, enlatados, embutidos, colas, caramelos, gelatinas.	* Huevo duro entero. * Leche de vaca. * Su hijo debe comer todo lo que consume la familia. * No dé alimentos fritos, enlatados, embutidos, colas, caramelos, gelatinas.

INTRODUZCA UN ALIMENTO DIFERENTE CADA VEZ

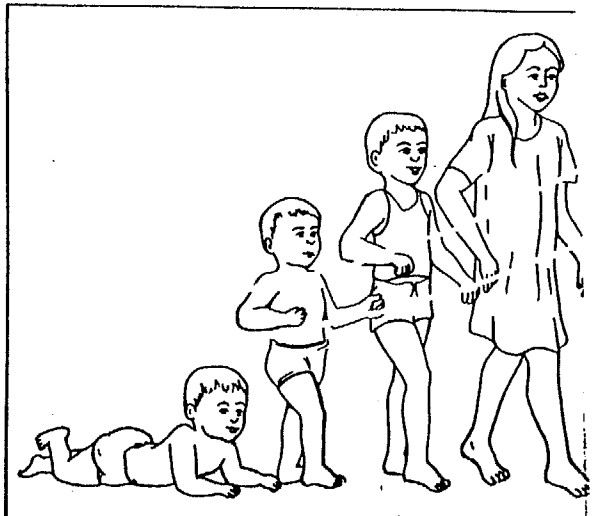
LE ESPERAMOS EN EL CENTRO DE SALUD PARA DARLE MAS CONSEJOS DE ALIMENTACION Y SALUD

NO USE MAMADERA
Alimente a su niño con taza y cucharita
No ponga azucar ni sal en las comidas durante el primer año de vida.

REPUBLICA DEL ECUADOR

MINISTERIO DE SALUD PUBLIC/

Carnet de Salud Infant



IDENTIFICACION

APELLIDOS NOMBRES

	Año	Mes	Día
Fecha de Nacimiento	☐☐	☐☐	☐☐
Fecha de 1ª Consulta	☐☐	☐☐	☐☐

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ANTROPOMETRIA A NACIMIENTO
PROVINCIA _____	Peso..... gr.
CANTON _____	Talla..... cm
PARROQUIA _____	Perímetro Cefálico..... cm
HISTORIA CLINICA Nº ☐☐☐☐☐☐	APGAR 1º — 5º —

ORIENTACION GENERAL DEL PLAN DE ACCION PARA ENFRENTAR CONJUNTAMENTE LOS PROBLEMAS FAMILIARES

Para promover condiciones de salud y enfrentar la enfermedad, lo primero es resolver con oportunidad y eficacia, los problemas más frecuentes y comunes de salud.

COMPROMISOS GENERALES

DE LA FAMILIA	DEL EQUIPO DE SALUD
* Actitud positiva para suprimir hábitos nocivos y fomentar hábitos saludables en: higiene, alimentación, etc * Participación activa con la comunidad en acciones para mejorar y conservar el medio ambiente, las condiciones de la vivienda, y los ambientes de recreación y trabajo, * Participación activa en otras acciones del Comité Local de Salud y apoyo al Voluntariado Comunitario de Salud. * Cumplimiento de citas a la unidad de salud en los días y horarios fijados.	* Información clara y reiteración en todos los ámbitos de trabajo (domicilio, unidad de salud, comunidad) sobre las causas, riesgos y consecuencias de la enfermedad o problema, detectado. * Participación y apoyo a las acciones comunitarias en salud y mejoramiento de condiciones de vida. * Explicación detallada del manejo terapeútico integral que corresponde a cada caso. * Garantía de fácil acceso a los medicamentos y prescripción responsable.

COMPROMISOS ESPECIFICOS

PROBLEMAS MAS FRECUENTES	DE LA FAMILIA	DEL EQUIPO
1 Desnutrición, anemia o deficiencia de otros micronutrientes	- Alimentación y cuidado especiales - Cumplimiento de indicaciones - Mejoramiento de abastecimiento familiar y comunitario de alimentos.	- Control periódico. - Estudio epidemiológico - Facilitación de complementos nutricionales - Apoyo para mejorar abastecimiento alimentario.
2 Enfermedad Diarreica aguda (incluye cólera)	- Administrar suero oral o líquidos apenas comience la diarrea. - Concurrir de inmediato al Subcentro, o consultar a la Aux. de Salud Comunitaria - Apoyar unidad de rehidratación oral comunitaria (UROC) - Seguir indicaciones preventivas y profilácticas.	- Diagnóstico clínico - Estudio epidemiológico (si amerita) - Indicación oportuna de medidas terapeúticas preventivas y profilácticas
3 Enfermedad respiratoria aguda	- Consultar de inmediato - Seguir indicaciones - Mejoramiento de vivienda, y nutrición - Evitar resfrío	- Valoración diagnóstica y de riesgos. - Manejo terapeútico integral según normas.
4 Parasitosis intestinal	- Vigilar y cumplir indicaciones terapeúticas. - Consultar con regularidad. - Proteger los alimentos, higiene de manos, uso de sandalias o zapatos.	- Estudio epidemiológico - Vigilancia y desparasitación periódica
5 Paludismo	- Acudir de inmediato a consulta. - Usar toldos y solicitar rociamiento domiciliario - Actuar con comunidad eliminando criaderos de vectores	Toma inmediata de muestra y tratamiento presuntivo. - Confirmación diagnóstica por laboratorio. Tratamiento radical. - Estudio epidemiológico
6 Enfermedades crónicas: Hipertensión Diabetes Tuberculosis,etc	- Cumplir medidas de prevención, profilaxis y tratamiento. - Acudir a controles.	- Diagnóstico precoz - Detección activa - Promoción de grupos homogéneos según afección
7 Disfunciones emocionales, sociales o familiares (alcoholismo, drogadicción, depresión, maltrato familiar, maltrato	- Reconocer el problema, identificar sus causas, consecuencias y alternativas - Cumplir acciones para el cambio del clima emocional, social, familiar o escolar (según lo recomendado) - Apoyar acciones comunitarias para mejorar condiciones de vida,	- Acompañamiento a la familia y la comunidad en la identificación del problema, sus causas y consecuencias; y en la búsqueda de alternativas de solución.

SOLUCION A PROBLEMAS FAMILIARES Y ENFERMEDADES CRONICAS O ENDEMICAS

ANO	PROBLEMAS DE LA FAMILIA	MEDIDAS A SEGUIRSE		FECHA
		POR EL EQUIPO	POR LA FAMILIA	RESOL.
1				
9				
9				
1				
9				
9				

- REGISTRAR CADA PROBLEMA DE CARACTER BIOLOGICO, SOCIAL O SICOLOGICO QUE INFLUYE EN EL BIENESTAR O FUNCION DEL INDIVIDUO Y/O LA FAMILIA.
- SI EL PROBLEMA ES DEL INDIVIDUO, INCLUYA EL NOMBRE DEL INDIVIDUO.
- CADA PROBLEMA DEBE INCLUIR UNAS MEDIDAS DE INTERVENCION A SEGUIR POR EL EQUIPO Y POR LA FAMILIA.
- CUANDO SE RESEULEVE UN PROBLEMA, INDICAR LA FECHA (APROXIMADA) DE RESOLUCION.

ANALISIS DEL RIESGO FAMILIAR

MORTALIDAD FAMILIAR (ULTIMOS DOS ANOS)					
FECHA	EDAD	CAUSA/SIGNOS-SINTOMAS	FECHA	EDAD	CAUSA/SIGNOS-SINTOMAS

PROBLEMAS DE EVALUACION	RESULTADOS				OBSERVACIONES
	FECHA 1	FECHA 2	FECHA 3	FECHA 4	
A) FACTORES DE RIESGO BIOLOGICO :					
NINOS DESNUTRIDOS					
NINOS CON ESQUEMA INCOMPLETO DE VACUNAS					
EMBARAZADAS CON PROBLEMAS					
ENFERMEDADES CRONICAS O REPETITIVAS					
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL					
OTROS					
TOTAL					
B) FACTORES SANITARIOS - AMBIENTALES :					
AGUA NO TRATADA					
DISPOSICION INADECUADA DE EXCRETAS					
DISPOSICION DE BASURA DEFICIENTE					
VECTORES/CONTAMINANTES/ANIMALES DOMICILIO					
OTROS					
TOTAL					
C) FACTORES SOCIO - ECONOMICOS :					
JEFE DEL HOGAR EN DESOCUPACION					
PADRE Y/O MADRE ANALFABETOS					
FAMILIA DESESTRUCTURADA					
HACINAMIENTO * /POBREZA EXTREMA					
OTROS					
TOTAL					

* Cuociente miembros de familia/dormitorios, mayor de tres.

DIAGNOSTICO Y PROGRAMACION FAMILIAR

1. VACUNACIONES (MENORES DE 1 ANO, NINOS DE 1-4 ANOS, EMBARAZADAS)

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	B.C.G.	D.P.T.				ANTIPOLIOMIELITICA				ANTI SARAM-PIONOSA	TOXOIDE TETANICO	
			1ra.	1ra.	2da.	3ra.	Ref.	1ra.	2da.	3ra.	Ref.		1ra.	2da.

2. CONTROL Y ENTREGA DE COMPLEMENTO ALIMENTARIO
(MENORES DE 1 ANO, NINOS DE 1-4 ANOS, EMBARAZADAS, MADRES LACTANTES)

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO NUTRICIONAL	CONTROL Y ENTREGA DE COMPLEMENTO											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

3. ATENCION MATERNA (EMBARAZADAS)

NOMBRE	EDAD	TIEMPO EMBAR.	F.P.P.	ANTECEDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS	CONTROL PRENATAL									PARTO	PUER-PERIO
					1	2	3	4	5	6	7	8	9		

4. REGULACION DE LA FECUNDIDAD Y TOXOIDE TETANICO (*) (MUJERES ENTRE 15 - 49 ANOS)

NOMBRE	EDAD	TOXOIDE TETANICO		REG. FEC. METODO	CONTROLES											
		1ra.	2da.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

* = CANTONES DE RIESGO EPIDEMIOLOGICO

5. DETECCION OPORTUNA DEL CANCER CERVICO - UTERINO (MUJERES ENTRE 30 - 64 ANOS)

NOMBRE	EDAD	PAPANICOLAOU		PAPANICOLAOU		PAPANICOLAOU		PAPANICOLAOU	
		FECHA	CLASE	FECHA	CLASE	FECHA	CLASE	FECHA	CLASE

6. SALUD ORAL (EMBARAZADAS)

NOMBRE	EDAD	PATOLOGIA	CONTROLES					
			1	2	3	4	5	6

7. ENFERMEDADES CRONICAS O AGUDAS A REPETICION

NOMBRE	EDAD	ENFERMEDAD	CONTROLES											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

ANEXO M

Actualidad Política Nacional

BEST AVAILABLE COPY

OPINION

Crisis y suspenso

La renuncia del vicepresidente de la República, Alberto Dahik, y la orden de prision en su contra, dictada por el presidente de la Corte Suprema de Justicia, representan mas interrogantes que soluciones a la crisis institucional y politica.

La separacion de Alberto Dahik de su alto cargo elevia la tension, porque el juicio penal debera tramitarse contra un ciudadano comun y no contra un magistrado investido de poder.

Sin embargo, poco ayudara a la normalizacion de la situacion, si el ejecutivo se empeña en interferir la administracion de la justicia, tanto en el cumplimiento de diligencias judiciales como en el acatamiento de las disposiciones del juez en relacion a las ordenes de prision.

La legalidad y la independencia judicial siguen en entredicho despues de los acontecimientos de la noche de ayer. Y existen otros problemas que estan pendientes de solucion.

El regimen quedo partido en dos tras el pedido de renuncia de Duran Ballen al vicepresidente Dahik antes de la interpelacion. Ahora debera poner en marcha un proceso de recomposicion interna del Gobierno, que comenzara con la eleccion del nuevo vicepresidente, para lo cual los procedimientos legales no son del todo claros, por una reforma constitucional no publicada en el Registro Oficial.

Quiza para atenuar el dramatismo de lo que esta ocurriendo habria que recordar que el pais vive un periodo que deberia considerarse como de transicion a la eleccion de nuevas autoridades, por lo cual las solucion final quiza este en las urnas.

Hasta tanto el presidente Duran Ballen deberia asegurar al pais el mantenimiento de la institucionalidad democratica y la estabilidad economica.

Dahik renunció a la Vicepresidencia luego de conocer orden del juez

Prisión y renuncia

Un diputado, emisario de Dahik, entregó anoche la escueta renuncia manuscrita, dirigida al presidente del Congreso

El presidente de la Corte Suprema de Justicia, Carlos Solorzano, dicto ayer orden de prision en contra de Alberto Dahik, vicepresidente de la República, dentro del juicio penal que se sigue contra él y otros.

La providencia, que fue dictada a las 15h00 de ayer miercoles, fue notificada a la prensa pasadas las 18h00.

El documento precisa que de los datos procesales existentes se establece que se han utilizado 66,1 millones de sucres para pagar al periodista Gonzalo Rosero, para fines que no son de interes del Estado.

Los dineros utilizados corresponden a giros efectuados de las cuentas corrientes particulares Nº 259836-1 y 259837-7 del Banco del Pacifico, cuyos titulares Juan Mario Crespo y Gladys Merchan, respectivamente, autorizados por Dahik.

El juez señala que hay indicios de responsabilidad y que se dan por cumplidos los requisitos puntualizados en el Art. 177 del Código Procedimiento Penal para dictar la prision preventiva.

El juez ordenó que se prohiba la salida del pais y se proceda a la inmediata aprehension de Dahik. Ademas se ordena la prohibicion de enajenacion de bienes del sindicado.

La renuncia

La escueta renuncia manuscrita por Dahik en tinta negra, dirigida al presidente del Congreso, dice en su parte sustancial:

"La presente tiene por objeto poner en conocimiento del H. Congreso Nacional mi decision de renunciar a mi cargo de vicepresidente constitucional de la Republica".

El documento fue leido en la sesion del Plenario de las Comisiones legislativas del Congreso Nacional. El legislador Freddy Bravo fue el encargado de hacerlo llegar el documento.

Más en la 2-A y 5-A

Los generales de Policía Gustavo Gallegos, René Bustos y Miguel Vásquez (que dirigió el operativo) buscaron sin éxito al ex vicepresidente Alberto Dahik en su domicilio de Quito

Pavel Calahorrano

EN SINTESIS

- Segun la Constitucion, el Congreso debera designar al nuevo vicepresidente.
- "Para mantener la unidad del pais, se podria pedir una terna de nombres al presidente Duran Ballen", dijo el presidente del Congreso, Fabian Alarcon.
- Anoche se efectuo un operativo policial en el domicilio del ex vicepresidente en Quito, con la intencion de capturarlo. Fue esteril.
- En la noche del martes y madrugada de ayer, se reunio el Pleno de la Corte Suprema de Justicia, para analizar las circunstancias del juicio penal que se sigue al ex vicepresidente, por peculado, concusion, uso indebido de fondos publicos, entre otras causas.
- La reunion culmino con un apoyo de la Corte a su presidente, Carlos Solorzano.
- Por otro lado, el presidente de la Republica, Sixto Duran Ballen, decidio no viajar a Bariloche (Argentina), adonde debia concurrir a la Cumbre Presidencial Iberoamericana el 16 y 17 de octubre.
- Tampoco iria a Cartagena de Indias (Colombia), a la Cumbre de los Paises No Alienados (19 y 20 de octubre).

Sixto Durán Ballen

Presidente versus presidente

Las Funciones Ejecutiva y Judicial, a traves de sus maximas figuras, se hallan en abierta confrontacion.

La interferencia del Ejecutivo en una diligencia del presidente de la Corte Suprema, Carlos Solorzano, es una franca obstruccion a la justicia, aun cuando la Presidencia de la Republica pretenda darle toques de constitucionalidad.

La situacion profundiza la crisis politica, cuyo telon de fondo es la presunta corrupcion en la cupula gubernamental. Una realidad que quiza encuentre una salida con la renuncia de Dahik.

Carlos Solorzano Constantine

BEST AVAILABLE COPY