PD-ABP-809

95680

RECEIVED 10/31/96

FILE COPY

PLAN INTERNATIONAL AUSTRO
Cuenca, Ecuador

REPORT OF THE

CHILD SURVIVAL X PROJECT

MID-TERM EVALUATION

Presented by:
Lynn Johnson, M.P.H.

July 1996

PREFACE

During the Mid-Term Evaluation of the Child Survival project sponsored by PLAN International Austro, the experiences we have shared have led us to conclude that:

The cooperation of PLAN International with our institutions, The Ministry of Health-Azuay Provincial Health Department and the Rural Social Security of Azuay, has benefited the development of maternal-infant health programs, which is a priority of Primary Health Care, with an emphasis on community participation.

We congratulate the PLAN International health team, the community health workers, and in particular the beneficiary communities in general.

DRA.CECILIA SALGADO
MSP-DPSA

DRA. SANDRA TOAPANTA
MSP-DPSA

LCDA.ANA PULLA
MSP-DPSA

LCDA.PIEDAD AVENDANO
SSC- AZUAY

B

ACKNOWLEDGEMENTS

I would like to thank Marco Freire and the staff of PLAN/Austro for their excellent hospitality and cooperation which made my work both enjoyable and productive. I also want to thank Luis Tam for his assistance in the preparation of the evaluation and help with the initial organizational meeting.

I would like to express my appreciation to Mery Coronel, Lucia Ortiz, Diana Barzallo, Maria Estrella and Melania Ordoñez for their invaluable assistance and insights during the field visits and final debriefings.

The presence of Cecilia Salgado, Sandra Toapanta, and Ana Pulla, from the Ministry of Health, and Piedad Avendaño, from the Rural Social Security office added depth and perspective to the community visits and the analysis sessions. I am most grateful to these dedicated health workers, who provided their full support to all of the evaluation activities.

Special thanks are in order to Joseph Valadez, Health Program Coordinator of PLAN International Headquarters, for his assistance will all aspects of the evaluation process. He provided the project staff with excellent guidance regarding the formulation of an action plan to address priority issues. His participation in the debriefings, and his contributions during the analysis of the findings was invaluable.

Many thanks to Ana Murillo for her efficiency and attention to details in the preparation of documents and overall support to the evaluators, and to Brian Johnson, who prepared an excellent report of the KPC Survey and a summary of the results for the evaluation team.

Lynn Johnson
Cuenca, Ecuador
31 July 1996

ABBREVIATIONS AND ACRONYMS

USAID	U.S. Agency for International Development
BCG	Bacille Calmette-Guerin (tuberculosis vaccine)
CHW	Community Health Worker
CDD	Control of Diarrheal Diseases
DIP	Detailed Implementation Plan
DPT	Diphtheria-pertussis-tetanus Vaccine
EPI	Expanded Program on Immunization
KPC	Knowledge, Practice and Coverage
MOH	Ministry of Health
MTE	Mid-Term Evaluation
NGO	Non-governmental Organization
OPV	Polio Vaccine
ORS	Oral Rehydration Salts
ORT	Oral Rehydration Therapy
PVO	Private Voluntary Organization
TT	Tetanus Toxoid
TTV	Tetanus Toxoid Vaccine
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization

PLAN INTERNATIONAL AUSTRO
CUENCA, ECUADOR

CHILD SURVIVAL X PROJECT MID-TERM EVALUATION

TABLE OF CONTENTS

Acknowledgements		i
Abbreviations and Acronyms		ii
Table of Contents		iii
1	EXECUTIVE SUMMARY	1
2	INTRODUCTION	4
3	INTERVENTIONS	8
4	IMPLEMENTATION ISSUES	25
5	MANAGEMENT ISSUES	32
6	SUSTAINABILITY	36
7	SUMMARY OF RECOMMENDATIONS	39
8	LESSONS LEARNED	43

ANNEXES

A	Evaluation Team
B	USAID Mid-Term Evaluation Guidelines
C	Methodology Outline and Data Collection Instruments
D	List of Contacts
E	List of Documents Reviewed
F	Comparison of Baseline and Mid-Term KPC Survey Results
G	KPC Survey Report
H	Training Summary
I	Financial Pipeline Analysis
J	Four Phase Implementation and Sustainability Plan
K	Action Points
L	Process Indicators

Debriefing Session

Site visits

Interviews with Mothers

Growth Monitoring Flag with dolls showing children's place on the growth chart

Interview with Community Leaders

Community Weighing Session

1
EXECUTIVE SUMMARY

The primary purpose of this Mid-Term Evaluation is to assess progress achieved to date and to identify necessary corrective actions in order to enhance the effectiveness of the implementation strategy and the potential sustainability of the PLAN/Austro Child Survival Project.

Members of the evaluation team included: Lynn Johnson, external evaluator; Luis Tam, PLAN Regional Health Programs Coordinator (present on the first day); Joseph Valadez, PLAN/HQ Health Programs Coordinator; Marco Freire, Child Survival Coordinator; PLAN Nurse Coordinators Mery Coronel, Lucia Ortiz, Diana Barzallo, Maria Estrella, Melania Ordoñez; MOH personnel Cecilia Salgado, Sandra Toapanta, Ana Pulla; and Piedad Avendaño, a representative from Rural Social Security. Support was provided to the evaluation team by Ana Murillo, PLAN Administrative Assistant and Brian Johnson, Knowledge, Practice and Coverage (KPC) Survey Consultant.

The evaluation took place in the city of Cuenca, Ecuador, from July 23 to August 1, 1996. Site visits were made to 8 project communities, representing seven Health Sub-Centers, and two provinces where the project is being implemented. The evaluation took place during the 22nd month of project implementation. The evaluation methodology included a KPC survey, which provided quantitative data on mothers' knowledge and practice, and coverage information, in addition to qualitative data collected during the site visits. Results of the findings were analyzed by the evaluation team with input from Ministry of Health (MOH) representatives and PLAN staff.

PLAN has developed a network of community health workers (CHWs) who provide education and basic health services to mothers. The CHWs receive close supervision from PLAN's four Nurse Coordinators and technical and administrative assistance from the Child Survival Coordinator, a Health Educator and an Administrative Assistant. The project assists the MOH in the implementation of four interventions: growth monitoring and promotion and nutrition (GM/P), control of diarrheal disease (CDD), pneumonia control; and an expanded program of immunizations (EPI).

Specific accomplishments of PLAN's Child Survival Project include: vaccination coverage for DPT3 increased from 58% to 68%, and coverage for OPV3 has increased by 11%, from 50% in 1994 to 61% in 1996; 52% of reported diarrhea cases are treated with oral rehydration therapy, an increase of 30% since 1994; 47% of mothers of children age 0-23 months

recognize dehydration as a danger sign for diarrhea cases, an improvement of over 30%; 60% of children age 0-23 months were weighed during the last four months, as compared to 22% two years ago; 74% of children are breastfed within 8 hours of birth, as opposed to 54% at the beginning of the project; 93% of children age 0-3 months receive exclusive breastfeeding, an increase of 33% since 1994; 54% continue breastfeeding until two years of age, as compared to 25% as reported in the baseline; and 59% of mothers of children age 0-23 months recognize rapid breathing as a danger sign for pneumonia, as opposed to 35% in 1994.

Project interventions have been applicable to the needs of the project impact area and are being implemented according to MOH norms. The original project design was very ambitious, which called for the implementation of four Child Survival interventions in 147 dispersed rural communities. The GM/P intervention is well implemented and functioning in 111 communities. Both the CDD and pneumonia control interventions have been implemented in a smaller number of communities, and need to be expanded and consolidated throughout the project impact area. PLAN supports the MOH EPI program, and will continue this support to increase vaccination coverage.

Although coverage rates for GM/P and nutrition have surpassed project goals, the scope and quality of the remaining interventions needs to be strengthened. The evaluation team recommends the following: 1) EPI activities need to be strengthened regarding tetanus toxoid vaccination for women of child bearing age, and completion of the immunization schedule for children age 0-23 months. The problem of shortages of both supplies and vaccines should be addressed with participating MOH Health Areas. 2) Concentrate efforts to reduce the use of antibiotics for treatment of diarrhea cases, increase the community distribution of ORS packets to mothers, and strengthen education to mothers regarding correct home management during diarrhea episodes. 3) Emphasize prompt referral of pneumonia cases by mothers and CHWs, use of community based services by mothers, reinforce education regarding recognition of danger signs to families and all levels of health workers, and training for MOH staff on correct treatment procedures. 4) Continue to support community weighing meetings with the provision of supplies, supervision and attendance of MOH personnel. Emphasize actions to be taken by mothers and CHWs for children who do not gain weight and prompt referral. (5) Develop a health information system for day to day decision making. At the current stage of the project one has not been put into operation.

The main problem the project is facing at this juncture is the attempt to be in too many communities at the same time. During the second half of this project, efforts should be directed toward developing Child Survival interventions in four phases: 1) intensive intervention; 2) follow-up and maintenance activities; and 3)increasing involvement of the MOH in implementation, supervision and decision making; and 4) community empowerment.

To ensure coverage of the four Child Survival interventions and the implementation of management systems throughout the project impact area, it is recommended that communities be systematically targeted to participate in the four phase implementation strategy mentioned above. During the entire process the MOH should be increasingly involved with the vision of eventually transferring key project responsibilities to the Health Sub-Centers. In addition it is recommended that three-month action plans be developed and strictly adhered to, which will enhance the effective use of both human and material resources.

2
INTRODUCTION

2.1 Background

PLAN Cañar, located in southern Ecuador, has been active in the provinces of Cañar and Azuay since 1986. The original Field Office was located in the town of Azogues, but has since been moved to the city of Cuenca. The Cuenca office has combined the former field offices of Cañar and Loja into a new office titled PLAN Austro. Therefore, the implementing institution of the Child Survival Project will be referred to as PLAN Austro in this document, rather than PLAN Cañar.

PLAN's initial focus was directed toward infrastructure projects including: housing; building and remodeling of schools, health posts and community centers; water and sanitation; access roads; and electricity. In 1992, PLAN underwent a philosophical change which called for increased involvement of communities in project planning, administration and evaluation. As a result of these changes, PLAN's program shifted from a direct assistance approach to one based on community participation and responsibility for development activities. This new approach emphasizes quality at all levels through creating unity of purpose, a participative management culture and continuous improvement through education and training. PLAN/Austro fosters empowerment through shared decision making and responsibility at both the Field Office and community level.

PLAN SARO (South American Regional Office), launched a Regional Health Strategy in October 1995 to provide guidelines for Field Offices on the design, implementation, monitoring and evaluation of health programs. PLAN's regional vision is: Children growing up healthy emotionally, physically, socially and mentally in a family and community environment. PLAN's mandate is to support the target population, especially children and women of childbearing age, in the implementation of community based primary health care programs. PLAN will seek the integration of public, private and community resources.[1]

PLAN's goal in the health sector is to provide Child Survival programs worldwide that are consistent with UNICEF GOBI standards and comprehensive primary health care services. Elements include growth-monitoring, oral rehydration therapy, breastfeeding, and immunization coverage. The "Growing Up Healthy" domain, as articulated by PLAN SARO, seeks to ensure the survival, protection and healthy development of children, and reproductive health for adolescents and adults, especially women of childbearing age.

[1] Regional Strategy for Health Programs, PLAN International Regional Office, October 1995.

PLAN Austro selected an evaluation team with experience in USAID funded Child Survival projects in Central and South America. The team leader was Lynn Johnson, a public health consultant currently residing in Bolivia. The evaluation team was comprised of three MOH representatives, one representative from the Rural Social Security Office, and the PLAN Child Survival Project staff. The PLAN staff consisted of the project Coordinator, four Nurse Coordinators, and the Education Specialist. In addition to the above, the initial planning session was attended by Luis Tam, the PLAN Regional Health Coordinator. Both the field visits and analysis sessions were enhanced by the presence of Joseph Valadez, the Health Program Coordinator for PLAN International Headquarters. (See **ANNEX A** for a list of the evaluation team members.)

Beginning in October 1994, PLAN was awarded a three-year Child Survival grant (CS-X) with a total estimated budget of $409,698. Field costs account for 85% of the total. 75% of the budget is provided by USAID and the remainder is provided by PLAN.

A baseline survey was carried out in September 1994, however, the results have since been revised due to errors in the first analysis, which were detected after the data set had already been processed, and the final baseline survey report written. Therefore the baseline data presented in this document differ from that found in the DIP. (See **ANNEX F** for a list of indicators with the revised data.)

The present Mid-Term Evaluation (MTE) takes place during the 22nd month of project implementation. The purpose of the evaluation is to review current progress and constraints of the implementation strategy and to identify possible modifications in project design in order to enhance the effectiveness and potential sustainability of the project interventions.

2.2 Project Description

The Child Survival Project is located in the rural areas of the Ecuadorian Andes, in the provinces of Azuay and Cañar. The project target area encompasses 147 communities located in the cantons of Azogues, Biblián, Cañar, El Tambo, Paute and Sigsig. The principal economic activities are farming and craftsmanship, both subject to fluctuating markets and commercialization through intermediaries, resulting in inadequate income and increasing rates of rural-urban migration. In addition to economic constraints, these rural communities lack adequate infrastructure: 28% lack electricity, 70% have no sewage systems, and only 40% of the communities have access to potable water systems. (Ecuadorian National Census 1992).

The target area population is mestizo from Spanish/Quichua origin. Most are Spanish speaking or bi-lingual. According to a study undertaken by PLAN in 1990, 31.5% of mothers are illiterate. The project site was selected due to the high levels of infant mortality (53 per 1,000 live births) in the sierra region of Ecuador, and the ineffectiveness of Ministry of Health services to reach the most needy groups.

PLAN has identified a target population consisting of 27,500 direct beneficiaries: children 0-11 months = 1,850; 12-23 months = 1,788; 24-59 months = 5,364; and women 15-44 years = 14,798, new births = 3,700 (Ecuadorian National Census 1992).

The project design seeks to strengthen local health systems, with emphasis on community participation in health decision making. Project efforts are focused primarily on three interventions: control of diarrheal disease, pneumonia control, and growth monitoring and nutrition. The project supports the expanded program of immunizations sponsored by the MOH, by providing supplies, transport and equipment.

The project design includes four complementary strategies to achieve Child Survival objectives: 1) strengthening the capacity of the MOH to provide effective services using additional resources and enhanced management systems; 2) community outreach through a cadre of trained community health workers; 3) development of the communities' technical and managerial capacity to analyze data, and to plan, implement and evaluate activities; 4) development of programmatic links between MOH facilities and communities to foster joint responsibility for Child Survival activities.

Local communities play an active role in the provision of basic preventive and curative services, through the selection of CHWs, who in turn offer education and first-line services in the four interventions: CDD, pneumonia control and GM/P. Each community has a community health post which provides oral rehydration therapy (ORT), first aid, and provision of select essential medicines at cost. Community representatives participate in meetings at the MOH Sub-Center, where Child Survival activities are jointly planned, implemented and evaluated.

The project design calls for close coordination with the MOH to develop standardized systems for supervision, training, referral and logistics. The CS Project staff works directly with MOH Sub-Centers and communities to provide technical and managerial support. PLAN also provides equipment and supplies to improve the quality of health services at the Health Area and Sub-Center levels.

2.3 Evaluation Methodology

The evaluation responds to the USAID "1996 Mid Term Evaluation Guidelines" (**ANNEX B**). Based on these requirements, the evaluation team prepared an evaluation schedule and data collection forms (**ANNEX C**).

A Knowledge, Practice and Coverage (KPC) Survey was carried out in July 1996, which provided the evaluation team with quantitative data. (See **ANNEX G** for the KPC Survey Report.) Qualitative information was provided through focus group discussions and structured interviews. Instruments developed for the collection and analysis of data are included in

ANNEX C. The majority of these were used during the visits to project communities and referral health facilities. Field visits and observations were made to 8 communities, and 7 MOH Health Sub-centers in the two provinces where the project is implemented. The communities were selected at random by the evaluator.

Two teams were formed to conduct the community visits. Structured interviews were held with community leaders (**FORM 1**), health volunteers (**FORM 2**), MOH hospitals and Sub-centers (**FORMS 3A,3B**), and mothers (**FORM 4**). The teams interviewed a total of 20 CHWs, 20 community leaders, 20 MOH staff, and 144 mothers. Individual interviews were held with MOH staff, and group interviews with CHWs and mothers. (See **ANNEX D** for the list of contacts.)

The evaluation team held structured meetings to study implementation, management and sustainability issues (**FORMS 5-6**). Finally a meeting was held to summarize the results and conclusions and to document key recommendations (**FORM 7**). A plan of action was prepared to address the activities required to fulfill the project objectives over the next 14 months. A list of documents reviewed is provided in **ANNEX E**.

3
PROJECT INTERVENTIONS

3.1 IMMUNIZATIONS (EPI)

Problem Statement

According to Ecuador's Demographic and Health Survey (ENDEMAIN 1989), the proportion of childhood deaths due to vaccine-preventable diseases appears relatively low, especially when compared with deaths associated with maternal health, acute respiratory infections and diarrheal disease (as stated in the original proposal). The latter two account for 65.2% of the deaths for infants age 1-11 months, and 58% for children age 1-4 years. The Ecuadorian National Census (INEC 1990) reports maternal mortality at 175 per 100,000 live births for the provinces of Cañar and Azuay.

PLAN's baseline survey (1994) reported 53% of children age 12-23 months vaccinated with the DPT3 antigen, 50.4% received OPV3, 55.9% received the measles vaccine and 58.4% received the BCG. The drop-out rates for DPT3-DPT1 and OPV3-OPV1 were 11.2% and 13.7% respectively. Vaccination cards were presented for 62.7% of children surveyed. Baseline data were not collected regarding tetanus toxoid immunizations. PLAN staff mentioned the following reasons for low coverage rates among children: lack of knowledge regarding childhood illnesses and vaccinations, and lack of interest regarding the completion of the schedule. (DIP 1995)

Proposed Objectives and Strategy

The Detailed Implementation Plan (DIP) established objectives in terms of coverage targets for children 12-23 months with the completed series of vaccinations, (i.e., BCG, DPT3, OPV3 and measles). In addition, projected coverage of women age 15-49 years was based on at least 2 doses of tetanus toxoid. The project's vaccination objectives are as follows:

1. 60% of children age 12-23 months will receive the complete vaccination schedule (BCG, DPT3, OPV3 and Measles).

2. 40% of mothers age 15 to 49 years will receive at least 2 doses of tetanus toxoid.

This intervention is sponsored by PLAN funds. The emphasis will be to support the MOH's expanded immunization program. PLAN will assist the MOH to develop improved management systems (e.g., information, training, logistics). Immunizations will be given at

fixed locations and during four annual campaigns. PLAN will assist the MOH with cold chain equipment, transportation during campaigns, and supplies (mainly syringes). PLAN supports the training program offered by the MOH for their expanded program of immunizations. In addition, CHWs will educate mothers regarding the importance of timely vaccination.

Findings

The following chart shows comparisons between the 1994 and 1996 KPC Surveys for children age 12-23 months and women age 15-49 years. (See **ANNEX F** for a summary of the KPC survey results, and **ANNEX G** for the full report.)

Children Age 12-23 Months

INDICATOR	BASELINE 1994	KPC JULY 1996
DPT1	59.7	68.3
DPT3	53.0	61.9
OPV1	58.4	68.3
OPV3	50.4	61.2
MEASLES	55.9	55.4
DPT3-DPT1	11.2	9.5
OPV3-OPV1	13.7	10.5
COMPLETE	N/A	53.5
HAVE VACCINATION CARD	62.7	74.8

Women Age 15-49 Years

INDICATOR	BASELINE 1994	KPC JULY 1996
TTV1	N/A	4.5

Achievements:

1) Data collected during the 1996 KPC Survey, show a trend toward increasing coverage for DPT1-3 and OPV1-3, and a decrease in the dropout rate, although all measures (with the exception of OPV3) are within the 10% confidence interval (which suggest no statistically significant change).
2) The number of mothers with vaccination cards for their children increased from 62.7% to 74.8%.

3) Interviews with community health volunteers indicate that approximately 70% showed accurate knowledge regarding the key EPI messages, and could correctly repeat the vaccination schedule.

Concerns:

1) Coverage for Measles remains the same, and only 53.5% of children age 12-23 months have received the complete vaccination schedule.
2) The percentage of mothers immunized with at least one dose of TT is low (4.5%). During the KPC Survey many women claimed to have received the vaccine (49%), however, only 4.5% could show their maternal health card. One reason for the low coverage, according to the MOH, is poor registration and reporting procedures, and a lack of vaccines, supplies and maternal health cards at MOH Sub-Centers.
3) Information gleaned from the interviews also indicated that tracking of drop-outs and no-shows is not practiced on a regular basis by CHWs. Many CHWs were not clear regarding their responsibilities regarding follow-up through home visits.

Discussion and Conclusions

Effectiveness

This is a minor intervention, since PLAN's role is to promote vaccination coverage, while the MOH is responsible for service delivery. PLAN has provided the supplies and logistical support to the MOH, however, the expected results have not been forthcoming. Childhood vaccination rates have not improved significantly during the life of the project, as regards the percentage of children who have received all 4 antigens. However, the fact that DPT coverage has increased by almost 10%, shows that project activities are starting to demonstrate results. One reason for the low coverage rates is that only 74.8% of children age 12-23 months presented vaccination cards during the KPC survey. Interviews with MOH staff indicate that there have been shortages of vaccines and periodic shortages of gasoline for transport to the communities. Due to the shortage of vaccines, MOH fixed immunization sites only offer vaccines one day a week. If a mother does not visit the Health Sub-Center on that day, her child cannot be vaccinated.

According to WHO norms, data from vaccination cards are used to assess coverage, as opposed to verbal reports. Based on the data provided by cards, the MOH has not been effective in increasing TT coverage. Problems include a lack of maternal health cards and their utilization, plus a lack of vaccination supplies. Since the CS Project strategy is to support the MOH, not implement this intervention, suggestions will be made in the recommendations section below, to improve documentation and coverage rates.

Relevance

If the regular EPI activities of the MOH and the educational and tracking activities of CHWs are maintained and strengthened, these disease rates will likely remain under control, with continued support from PLAN and the MOH. Interviews with mothers and community leaders indicate that childhood vaccinations are valued by families, however, no one mentioned the importance of TT vaccination for women. Educational efforts can increase the demand for immunization services, which will enhance the continued prevention of vaccine preventable illnesses.

Recommendations

* Since the project has already reached a complete vaccination coverage of 53.5%, the project goal of 60% complete immunization coverage for children age 12-23 months should be increased to 70%. Since DPT3 coverage is already at 61.9%, this goal should be feasible if education and logistical support is strengthened during the next year.

* The project's strategy to support the MOH through education, promotion, tracking activities, transport and vaccination supplies, needs to be strengthened as follows:

    * Include specific training about vaccinations for CHWs, and clarify their role as regards follow-up of no-shows and drop-outs. Vaccination cards are kept at the community health post and CHWs could identify children due for vaccinations.

    * PLAN should continue to work closely with the MOH to provide the needed assistance to ensure greater vaccination coverage. Bi-monthly community visits could be planned with MOH staff, so they can organize vaccination activities and take advantage of the PLAN vehicle. PLAN can also facilitate communication between the Provincial Health Departments and international organizations, which may be in a position to donate vaccines.

    * The project goal of 40% of women age 15-49 years with at least 2 doses of TT, is far from being fulfilled, given current coverage of 4.5%. Immediate actions should be taken if this goal is to be reached by the end of the project. Following are some specific recommendations for improving TT coverage:

    * Assist the MOH with printing and provision of maternal health cards to all Sub-Centers in the project area, and promote their possession by mothers.

    * The CHWs should keep a register of all women in the community age 15-49 and target them for educational activities and follow-up. The Community Register developed by PLAN could be used for this purpose.

* PLAN and MOH staff should utilize the bi-monthly weighing session to vaccinate women as well as children.

* Hold focus group discussions to determine cultural barriers to TT vaccinations, and based on the results, design educational methodologies.

* Provide education and training regarding the importance of TT coverage, and use of the maternal health card, to MOH personnel, CHWs, and mothers. The Child-to-Child program should be used to promote vaccinations, and IEC messages need to be developed and broadcasted.

* Educate mothers regarding the importance of TT for protection from cuts and wounds and the fact that the antigen protects children as well as women.

3.2 CONTROL OF DIARRHEAL DISEASES (CDD)

Problem Statement

PLAN's baseline survey (1994) reported diarrhea prevalence in children age 0-23 months at 42%. It is estimated that each child will have an average of 8 episodes per year. Each episode lasts between two and four days.

Regarding mothers knowledge and practice, the DIP indicates that during diarrhea episodes, mothers give the child herbal teas, but often reduce the quantity of solid foods. It is commonly believed that diarrhea can be caused if a child passes by a cemetery ("mal viento"), if someone gives him/her the evil eye ("mal ojo"), or if he/she has been frightened. Mothers often consult traditional healers if the cause is thought to be one of the above. The relationship between sanitation and hygiene and illness has not been well understood.

Proposed Objectives and Strategy

The project's objectives for diarrheal disease control are as follows:

1. 85% of children age 0-23 months who had an episode of diarrhea without dehydration during the past two weeks, will receive the following treatment: 1) administration of available home fluids in sufficient quantity to replace body fluids lost during the episode, and 2) continuation of the normal diet, breastfeeding, and catch-up feeding during convalescence.

2. 50% of mothers will recognize danger signs for referral of diarrhea cases, as follows: more than 6 liquid stools per day; repeated vomiting; signs of illness (lack of appetite, difficulty to awaken, convulsions); blood in the feces; fever; dehydration (intense thirst, sunken eyes, dry mouth).

The MOH will administer the CDD component, with technical and logistical support from PLAN for strengthening referral, training, supervision, logistics and information systems. The project will emphasize the importance of dietary management of diarrheal illness, including the early initiation of fluids, preparation and administration of ORS, increased the amounts of solid food, liquids and breastfeeding during and after the episode. Appropriate management of diarrheal disease will be fostered at three levels: household, community (ORT Unit) and MOH services. Cases of prolonged diarrhea and dysentery will be referred to the MOH Sub-Center, where the case will be evaluated and treated, including referral to the Area Hospital if warranted.

Findings

The following chart shows comparison data for the CDD indicators.

Children Age 0-23 Months

INDICATOR	BASELINE 1994	KPC JULY 1996
% of children who received ORT during the last episode of diarrhea (ORS packets or home mix)	20.7	51.7
% of children who received antibiotics during the last episode of diarrhea	23.3	46.5
% of children who received equal or increased amounts of breast milk during the last episode of diarrhea	81.2	79.2
% of children who received home mix during the last episode of diarrhea	2.7	10.5
% of children who received the same or increased amounts of food during the last episode of diarrhea	51.9	79.4
% of children age 0-23 months with diarrhea, who were referred to:		
* Health personnel (physician, nurse, auxiliary nurse)	69.2	72.8
* CHW	14.5	12.3
* Friends or family members	20.9	5.3
* Traditional healer	6.4	4.4
* Pharmacy	3.2	0.9
% of mother with children age 0-23 months who could state the following danger signs for diarrhea:		
* Dehydration	10.1	47.3
* Vomiting	14.9	13.0
* Loss of appetite	18.3	40.1
* Blood in feces	0.7	4.1

Achievements:

1) The 1996 KPC Survey shows a 31% increase for children age 0-23 months who receive ORT during cases of diarrhea.
2) The percentage of mothers who recognize dehydration as a danger sign has increased by 37.2%.
3) All the CHWs interviewed could explain how to prepare and administer ORS. They were able to recite the danger signs for diarrhea, state key educational messages for mothers, and indicate correct referral procedures. Interviews with mothers indicated that 86% have used ORS packets which they obtained from the following sources: community health post, MOH Sub-Center, Rural Social Security, pharmacy.

4) The CHWs indicated that they all received supervision from the PLAN Nurse Coordinator who visits the volunteer approximately every 2 months. In addition, 63% of the CHWs had received supervision visits from MOH personnel. The CHWs said that they received training during the visits, and felt the visits were beneficial.
5) All of the mothers (144) who were interviewed stated that a CHW lived in their community, and 75% had been visited by the CHW.
6) Regarding mothers knowledge of the work of the CHW, the following activities were observed: see and weigh children, provide first aid, give ORS packets, give injections and vaccinations. Over half of the mothers (52%) had participated in educational sessions on diarrheal disease and a third (31%) indicated learning how to prepare ORS. The mothers reported that their training was provided by the MOH, PLAN and/or the CHW.

Concerns:

1) Only two of the 144 mothers had ORS packets in the home. When CHWs were questioned regarding distribution of the packets, they had distributed an average of 9 packets each during the past 6 months. Therefore, although ORS is now being widely used, the most accessible source for it is under utilized.
2) CHWs did not mention receiving assistance regarding procedures for home visits or use of the information system.

Discussion and Conclusions

Effectiveness

Data from the KPC Survey indicate that targeted high risk groups are being reached effectively, as the use of ORS has increased since baseline data were gathered in 1994. The strategies implemented by the project are beginning to show results regarding ORT use by mothers. Results of the KPC Survey indicate that 51.7% of diarrhea cases which occurred within the last two weeks received ORT, a 30% increase since 1994. However, the percentage of mothers who administered antibiotics for diarrhea episodes has increased from 23.3% to 46.5%, indicating that the project needs to address this issue.

KPC Survey results indicate that educational strategies have been effective, as a majority of children (71.1%) age 0-23 months now receive the same or increased amounts of liquid during diarrhea episodes. However, the number of children who receive the same or additional breastfeeding has not increased significantly. Only 36% of children receive increased amounts of food, the remainder stating that they give less or no food during the diarrhea episode.

Relevance

The major causes of illness and death due to dehydration in the project service area include: lack of potable water, poor or non-existent sewage systems, lack of hygiene in and around the home, and inadequate management of diarrhea cases by mothers. CDD activities emphasize education of mothers regarding proper home management of diarrhea and training of CHWs to provide adequate diagnosis, treatment and referral procedures, both of which have proven effective in diarrheal disease control at the community level.

Recommendations

* Training of CHWs and mothers in ORT and the distribution system for ORS packets at the community level needs to be expanded throughout the project area.

* A referral form for diarrhea cases is currently being tested in several communities. If it proves to be effective, the use of the form should be expanded to all project communities.

* Promote the use of the community health post by increasing contact with mothers. For example, CHWs could provide each mother with 2 ORS packets, and follow-up on their use during home visits. Refresher training on ORS preparation could be provided to mothers prior to receiving the packets. Mothers need to be encouraged to obtain ORS packets at the community health post. Currently they are going to health centers.

* Education for health personnel, CHWs and mothers should emphasize that antibiotics should not be used to treat diarrhea, except for cases of cholera or dysentery.

* The percentage of mothers who can recognize the following danger signs is close to the DIP goal of 50%: dehydration (47%), prolonged diarrhea (55%) and lack of appetite (40%). The project should raise the goal for recognition of these symptoms to 60%, and strengthen educational efforts to increase knowledge of the other symptoms: vomiting, bloody stools and fever.

* A focus group of mothers in communities should be carried out to identify why they obtain ORS from health centers rather than CHWs in their own community.

3.3 NUTRITIONAL IMPROVEMENT

Problem Statement

Although malnutrition does not appear as a direct cause of childhood death in the Demographic and Health Survey (1989), it is a common denominator in the downward spiral of infection, illness and death brought on by other diseases. Data from the MOH Nutritional Surveillance System for Area #1 (first semester 1994) indicate the following for children age 0-11 months based on weight for age (N=5,057): 73% weighed more than -2 SD but less than -1 SD; 13% weighed more than -3 SD but less than -2 SD; and 14% were below -3SD. The MOH does not have data on sex differences for malnutrition. (SD = standard deviation based on NCHS standards.)

The PLAN 1994 Baseline Survey did not establish prevalence, but concentrated on knowledge and practices of mothers with children under two years of age. Only 25% of women with children under two continued to breastfeed their children until two years of age, and 54.3% began to breastfeed within the first eight hours after birth. Sixty percent of mothers with children less than four months of age reported exclusive breastfeeding.

Regarding complementary feeding, the Baseline Survey indicates 75% of 6-9 month olds receive semi-solid or solid foods. During diarrhea episodes 81.2% of mothers continue as normal or increase breastfeeding. The most common weaning food is mashed potatoes and a small portion of a carbohydrate based soup. The largest portion of food is given to the father plus any meat (if available), while children receive smaller amounts without meat. Fruit and vegetables are not consumed on a regular basis.

Regarding growth monitoring, the 1994 Baseline Survey reports that 68% of children age 0-23 months have child health cards. However, only 22% were weighed at least once during the four months prior to the survey.

Proposed Objectives and Strategy

Nutritional Improvement:

1. 40% of children age 5 to 9 months will receive complementary feeding.

2. 65% of children under 2 years of age will have initiated breastfeeding within 8 hours of birth.

3. 22% of children age 0-23 months will weigh less than -2 standard deviations according to NCHS standards, based on weight for age.

Growth Monitoring:

1. 50% of children age 0-23 months will participate in growth monitoring every two months.

2. 40% of children age 0-23 months who show no weight gain over a two month period will be referred to the MOH Sub-Center for evaluation and treatment.

The project will emphasize three strategies in support of the MOH growth monitoring and control program, as follows: 1) Increase the capability of MOH Area Health Center/Hospitals and Sub-Centers to provide appropriate treatment and follow-up to undernourished children. 2) Bi-monthly growth monitoring sessions will be implemented in each community, prioritizing children age 0-23 months; 3) An educational program will be designed for mothers including classes on nutritional food preparation, use of high caloric and high protein traditional foods and provision of recipes; management of childhood diseases; and improved feeding and weaning practices. Family gardens, solar green houses and small livestock production will also be fostered to improve nutrition and increase family income. This strategy will be implemented by PLAN/Austro as part of its agricultural production component.

Findings

Following is a summary of the results of the 1996 KPC Survey indicators for nutrition and growth monitoring.

INDICATOR	Baseline 1994	KPC 1996
% of children age 0-3 months exclusively breastfed	60.6	93.5
% of children age 0-23 months who initiated breastfeeding within 8 hours after birth	54.3	74.3
% of children age 6-9 months who are eating solid foods	75.0	100.0
% of children age 20-23 months who continue breastfeeding	25.0	54.8
% of children age 12-23 months who weigh less than -2 standard deviations	N/A	22.0*
% of children age 0-23 months who have a growth card	69.2	72.9
% of children age 0-23 months who have been weighed during the past 4 months	21.4	84.0

* Data from growth monitoring survey for children registered in red on the growth chart.

Achievements:

1) The nutrition and growth monitoring intervention was the first to be implemented by the project and therefore shows significant results for all the indicators. Interviews with CHWs indicate that all of them know the correct nutrition messages to give to mothers, including information regarding breastfeeding, nutritious food combinations, and use of the growth chart. Seventy percent of CHWs interviewed could state the correct actions for a child who does not gain weight, and the appropriate advice for mothers. Community leaders mentioned malnutrition as a local health problem, and many showed interest in having mothers learn new recipes.
2) The percentage of children participating in growth monitoring has improved significantly, as have the rates for exclusive breastfeeding, early initiation of breastfeeding, and continuing breastfeeding up to two years of age.

Discussion and Conclusions

Effectiveness

The results of the KPC Survey indicate that project activities have been effective in increasing breastfeeding and feeding practices, and coverage rates for growth monitoring sessions. Of the 147 communities, 111 are implementing bi-montlhy growth monitoring. The MOH is involved in this activity, and often sends a physician or a nurse to supervise the session, provide education, and vaccinate children. Since the project staff has only four Nurse Coordinators to cover all the communities, it is essential that the MOH gradually assume more responsibility for the bi-monthly community meetings. The entire community attends the meeting and considers this a major community event. This enthusiastic response provides an excellent opportunity for PLAN and the MOH to reinforce educational messages for families and leaders, as well as mothers.

Relevance

Growth monitoring and nutrition education are appropriate interventions, especially when combined with specific actions to improve nutritional status and timely referral of malnourished children. However, factors such as education, income, food availability, and community sanitation also have an impact on the degree to which project interventions can impact nutritional status.

Recommendations

* The project has surpassed its goals regarding the percentage of children who receive complementary feeding and those who initiate breastfeeding within 8 hours after birth by 20 and 30 percent respectively. Project effort should be directed toward improving nutritional status and increasing coverage for bi-monthly growth monitoring.

* The objective to reduce malnutrition was added in October 1995, in response to USAID's recommendations in the DIP review. The objective was based on secondary data from the MOH. The project needs to do an anthropometric study to obtain accurate nutritional status baseline information. Based on the results, the objective for reducing malnutrition should be adjusted.

* Brian Johnson will be returning to PLAN Austro later this month to help improve the information system. It is recommended that he teach the project staff how to clean the raw data and enter the information from the anthropometric survey on Epi-Info. This would enable the staff to process their own anthropometric data in the future. During the next study, PLAN should collect data for different levels of malnourishment (e.g., -2 and -3 standard deviations), to provide project managers with more data for decision making.

* The growth monitoring goal should be changed from 50% to 80% of children age 0-23 months who are weighed every 2 months, as the original goal has been surpassed by 10%.

* There are no data for the number of children referred to the MOH Sub-Center age 0-23 months who show no weight gain over a two month period. The project should collect information on this indicator as part of its information system.

* The project has developed supervision forms and standardized procedures to ensure the quality of the home visits, which have been field tested in 20 communities. Their use should be expanded to the remaining communities and MOH Sub-Centers.

* A community register form has been designed and introduced in 20 communities, for the purpose of tracking malnourished children. The use of this register should be expanded to include all project communities.

* The community map should be placed on the wall of the community health post and be updated on a regular basis. Each house should be numbered with the same number to be used on the community resister. This way it will be easy to locate the children who need to be visited.

3.4 PNEUMONIA CONTROL

Problem Statement

According to PLAN's 1994 Baseline Survey, 32% of children suffered from a case of cough and rapid breathing during the two weeks prior to the survey. It is estimated that each child will have an average of 6 episodes of acute respiratory infections per year. The 1989 DHS study indicates that in Ecuador, respiratory diseases cause 22.5% of deaths among children age 0-4 years. MOH statistics for the Province of Cañar (first semester 1995) indicate that 66% of children under five years of age treated for respiratory infections did not have pneumonia, 24% had a moderate case, and 10% a severe case.

Regarding recognition of the symptoms of pneumonia by mothers, 35% of mothers mentioned difficult breathing, 1.5% mentioned chest in-drawing, 18.6% mentioned fever and 17.9% lack of appetite. With regard to health services used by mothers, 44% visited a health professional and 10.6% consulted with the CHW. (Baseline Survey 1994)

Proposed Objectives and Strategy

1. 80% of children age 0-23 months who suffered an episode of cough and/or nasal secretion, without rapid breathing during the past 2 weeks, will receive administration of liquids, continuation of feeding (including breastfeeding) and catch-up feeding. Acetaminophen can be administered for fever.

2. 70% of children age 0-23 months who suffered an episode of cough with rapid breathing during the past two weeks, will be referred to the CHW or a health center.

The MOH will administer the pneumonia control program with support from the project to strengthen existing referral, logistics, information, training and supervision systems. A cadre of CHWs will be trained in management of pneumonia cases, diagnosis of case severity and referral procedures. CHWs will provide education to mothers and community members regarding home management and signs for referral of pneumonia cases. MOH staff will be trained regarding clinical procedures for pneumonia case management and Sub-Centers will be equipped to provide referral treatment. Consultations and antibiotic treatment will be offered to all children under five years of age free of charge by MOH services. Antibiotics will be provided at the community level only where geographic conditions warrant it. In such cases, the CHWs will receive extensive training and practice in case diagnosis and administration of antibiotics.

The USAID Technical Review of the DIP recommended not using limited project resources and effort to focus on continued liquid and feeding for upper respiratory infections (see objective #1, above). The reviewers suggest that prompt parental recognition of danger signs

of pneumonia and prompt care seeking from health professionals who offer quality standard case management is much more important to Child Survival. Reviewers were also concerned with the administration of IV fluids to pneumonia patients, which should be avoided when a child is not in shock so as to prevent pulmonary edema. A final concern of the USAID Technical Review is how CHWs will educate parents about pneumonia.

Findings

Following is a summary of the results of the 1996 KPC Survey indicators for pneumonia control.

INDICATOR	Baseline 1994	KPC 1996
% of children age 0-23 months with cough and rapid breathing who were referred to:		
* Health personnel (physician, registered nurse or auxiliary nurse)	44.7	62.4
* CHW	10.6	5.5
% of mothers of children age 0-23 months, who can state the danger signs for children with cough:		
* Rapid breathing	35.0	59.2
* Chest in-drawing	1.5	2.1
* Drowsiness	18.6	27.1
* Lack of appetite	17.9	38.7

Achievements:

1) Results of the 1996 KPC Survey indicate that 59% of mothers recognize rapid breathing as a danger sign, an increase of 24% since 1994.
2) Rates for recognition of danger signs have improved overall since baseline data were collected in 1994.
3) The percentage of mothers who seek treatment from health professionals has also improved significantly.
4) The project has trained 45 health personnel in pneumonia control (96 hours), and 26 individuals participated in another 96 hour training sponsored by PLAN, the MOH, PAHO, and the Proyecto Belga-Ecuatoriano (APS). (See Training Summary in ANNEX H)

Concerns:

1) Regarding recognition of danger signs, only 2% of mothers recognize chest in-drawing as a danger sign for severe pneumonia.
2) Interviews with CHWs showed that approximately half did not mention chest in-drawing as a danger sign, nor did they know what advice to give to mothers. They did not mention the importance of prompt referral of cases. One of the reasons for the difficulty of

recognizing chest in-drawing is that mothers do not want to undress the child due to the cold weather, so the chest is not readily visible.

3) Meetings with MOH personnel indicated that many do not have updated pneumonia control procedures manuals. Standard case management posters were not visible in any of the health centers visited during the evaluation. Some MOH staff interviewed were not aware of all the danger signs nor were they able to explain the correct treatment procedures.

Discussion and Conclusions

Effectiveness

Initial project activities have been effective in increasing the number of children with cough and rapid breathing referred to health personnel. More mothers are aware of three danger signs: rapid breathing, drowsiness and lack of appetite, indicating that educational activities are bearing fruit. However, CHWs and MOH staff need additional training if they are to provide the quality of care required to make this intervention more effective. PAHO is carrying out such training in the project area which should eventually involve all or most MOH staff.

Relevance

Although education activities have been effective in raising levels of knowledge regarding the danger signs for pneumonia, knowledge alone is not sufficient to change mothers' behavior. Even though mothers seek treatment for cases of probable pneumonia, there are cases which arrive at health facilities too late to save the child's life. The MOH indicates that pneumonia continues to be a serious health problem in the project impact area, mainly due to late referrals.

Even though more parents recognize cough and rapid breathing as danger signs and take their child to a health professional, we do not know how many make a correct assessment of the child's condition and refer, and how many do not. If a child becomes sick at night or on weekends, the only options are the Area Health Center or Provincial Hospital. Transport is difficult at night, limiting access to treatment centers. No community based treatment programs are operative, as only trained health personnel are authorized to administer antibiotics.

Recommendations

* The following strategies, which the project is implementing in 20 communities, should be expanded to all the project communities:

1) CHWs will work under the supervision of the Sub-Center and report back regarding cases seen and referred, and educational activities undertaken.

2) CHWs will be supervised monthly during the health committee meeting at the MOH Sub-Center. Community visits will be scheduled for those with specific needs or difficulties.

* The project should expand education of CHWs and mothers regarding early diagnosis and referral of potential pneumonia cases to all project communities. Diverse communication media should be used and educational methods explored by the project for use with both the mothers and CHWs including: radio, participatory learning techniques, and demonstrations (for example: lung functioning using a balloon).

* Training events should be expanded to include all MOH personnel. As PAHO is already providing training in pneumonia control in the project area, training activities could be coordinated jointly. It is important that MOH personnel have access to current procedures manuals, and copies should be kept at each Sub-Center.

* Pilot the use of antibiotics at remote community health posts, with the permission of the MOH. Children could be given an initial dose until they can be transferred to a referral center. Some MOH staff indicated a willingness to experiment with CHW treatment in remote areas if competent CHWs are identified. Since transport and distance are problems in some communities, it would be helpful for the community to have an evacuation plan for severe cases.

4
IMPLEMENTATION ISSUES

4.1 Community Education and Social Promotion

The primary focus of PLAN's Child Survival activities is health education and promotion. Training of MOH personnel and CHWs is geared to improving the quality of services provided to mothers. Services directly promoted by the CS project are those offered at the community level, including bi-monthly weighing sessions, distribution of ORS packets, assistance with vaccination campaigns, and identification and referral of children with pneumonia, dehydration or malnutrition.

Educational activities carried out by the project include: broadcasting of health messages on local radio stations; short courses for CHWs on project interventions and management systems; meetings of CHWs with the community and mothers; meetings at the MOH Sub-Center to analyze health data and make decisions; classes for school children on CS topics; home visits; and use of informational flyers and/or posters which are given to each family. School children are now beginning to promote Child Survival messages through PLAN's Child-to-Child program. A coordinator for this program was recently hired. Training has commenced in five schools to a total of 533 children. As this activity is just beginning, we are encouraged by the possible impact it may have.

The project has developed educational materials and also uses materials developed by the MOH, UNICEF and PAHO. The materials developed by PLAN include: puppets for use by CHWs, a training video for CHWs; baseline survey results presented visually; key messages for mothers and families for use during community meetings and home visits; nutritional education sheets; child health cards; posters about the rights of the child; and posters and puzzles for health empowerment. Each CHW is given the book "Where There Is No Doctor" and a manual prepared by PLAN titled "Guide for Our Health". PLAN has developed a system for reporting growth monitoring results back to the community using a flag with green, pink, and red colors to indicate the child's place on the growth chart. Each child is represented by a doll with a happy or sad face, according to the results of the weighing session. This visual aid helps parents monitor their child's growth, and provides a format for group discussions regarding necessary corrective actions.

In cases where PLAN developed the content of educational materials, the messages were tested and refined using focus groups and interviews. Educational messages are geared for the audience which will receive them, taking into consideration language and customs. PLAN

then field tests the materials and makes the necessary corrections before a final printing is done. The project assures that messages are consistent by working with the same protocol recommended by the MOH for each intervention. The CS project has developed users guides for each of the educational materials and check-lists for supervision of educational activities. PLAN staff, MOH personnel and CHWs are trained in the use of the educational materials prior to their use in the communities.

Educational materials developed by the MOH, UNICEF and PAHO have been re-printed and distributed including videos, flyers, and flip charts. These materials have already been tested and are appropriate for the level of the audience.

Participative methodologies are used in group training activities for MOH and PLAN staff and for training CHWs. Educational sessions with mothers are based on learning tasks which the mother can perform, such as weighing her child and preparing new recipes of nutritional foods. The project measures the level of learning through observation during community meetings, KPC surveys, and focus group discussions. To evaluate mothers' knowledge, PLAN has developed a "box of surprises" which consists of questions on papers placed in a box. Each participant chooses a paper and then answers the question. Once a participant can perform a task or answer questions correctly, she is encouraged to teach other mothers what she has learned.

4.2 Human Resources

Seven professional staff are working with the project including: PLAN CS Coordinator, Administrative Assistant, four Nurse Coordinators, and a health educator. In addition 268 CHWs dedicate one to two days a week to project activities. Due to the distance between project sites and the dispersion of rural communities, it is not possible for the four Nurse Coordinators to cover all 147 communities. The project is currently active in 111 communities, but plans to expand to the remainder during the coming year. Before PLAN can consider expansion, a realistic activity schedule should be developed to assess the number of communities the staff can cover and still do a good job. The project staff have prepared an action plan based on how many visits each community needs per month in order to effectively implement the interventions. (See **ANNEX J** for the four phase implementation strategy, and **ANNEX K** for 60 day action points.)

Due to the above, the number of individuals has been insufficient to implement all four intervention in the 147 target communities. The CS Coordinator has had to dedicate a large portion of his time to inter-institutional coordination, development of community based strategies, and the design of forms and guides for CHWs, leaving little time for overall project management.

The CHWs are responsible for visiting each family in their community every two months, or when a child has not gained weight, is ill, needs a vaccine or has missed a GM/P session. Each CHW is responsible for approximately 22 families. Duties of the CHW include: manage a community information system, monitor vaccination coverage, distribute ORS packets, provide education to the mother and her family, and refer cases of severe diarrhea and pneumonia to the MOH Sub-Center. The main responsibilities of the CHW are: bi-monthly weighing sessions, home visits, and community education. The workload is not too heavy if the CHW does not work outside the home. CHW drop out rates were high (24%) last October as indicated in the Annual Report. Reasons for high drop-out are migration, marriage, and the need for some women to work outside the community. PLAN trains three CHWs in each community to ensure the continuity of project activities. The best CHWs in each Sub-Center area are chosen to be Child Survival Facilitators. The CS Facilitator is responsible for visiting other CHWs and providing supervision and support. The best CS Facilitators are chosen, in turn, to serve as CS Tutor/Supervisors. Two Tutor/Supervisors will be working with the project to provide additional coverage to communities under the new four-phase strategy.

PLAN staff have received training in each of the project interventions. Additional topics include: management information systems, community census procedures, participative education methodologies, KPC surveys, and focus groups. MOH staff have been trained in the project interventions and have received some training in participative learning, motivation and organization, and quality control. CHW training has concentrated on basic messages for each of the interventions. Traditional healers and leaders have received training in health empowerment. (See training chart in **ANNEX H.**) The training methodology and duration for CDD and GM/P has been appropriate for each type of worker. The project has recently begun training for pneumonia control in conjunction with PAHO and the Belgian-Ecuadorian Project.

4.3 Supplies and Material Resources

Supplies for the interventions implemented by CHWs include ORS packets, basic medicines and first aid equipment, stoves and measuring cups for preparation of ORT, training materials and forms for the information system. All forms are provided to the CHW by PLAN staff. All of the CHWs visited had adequate stocks of ORS packets. The ORS packets are given to mothers who seek assistance from the CHW for diarrhea cases. The supplies provided to CHWs are appropriate for their assigned duties.

4.4 Quality Assurance

The project has identified the specific knowledge and skills essential for mothers, CHWs and MOH staff for the four interventions. Guides have been developed for weighing procedures, use of educational materials, necessary supplies, referral practices, supervision, home visits and the bi-monthly meeting at the MOH Sub-Center.

Evaluation of knowledge and practice of mothers was measured in the recent KPC Survey, showing a marked improvement in nutrition indicators, and some improvement in CDD and pneumonia control, since baseline data were collected in 1994. (See **ANNEX G** for comparative results.) Interviews with CHWs and MOH personnel indicated adequate knowledge regarding key health messages for both CDD and GM/P; and inadequate knowledge of pneumonia Standard Case Management.

4.5 Supervision and Monitoring

Supervision of CHWs is carried out during bi-monthly weighing meetings. Check-lists have been developed for the community weighing session, home visits, and supplies at the community health post. These lists are being tested in 20 project communities. PLAN Nurse Coordinators fill out the forms during their visit, and these are discussed at the MOH Sub-Center meeting. A supervision system for the CS project staff is not yet in place, therefore, performance cannot be evaluated nor corrective actions taken to enhance the efficiency of the project's human resources.

4.6 Referral Relationships

Referral sites include 18 MOH Sub-Centers for primary care, and 2 Area Health Centers and 4 Hospitals for higher levels of attention. The quality of services is good at all the referral centers, however, CS team access is a problem because Sub-Centers are closed at night and on weekends. In addition, many rural communities are quite far from hospitals which offer 24 hour service.

The project has done much to improve the relationship between communities and referral centers. CHWs help the Sub-Center during vaccination campaigns and community meetings. They also assist with certain activities at the Sub-Center itself. The bi-monthly meeting of CHWs and MOH staff at each Sub-Center has improved communication and mutual give-and-take between the MOH and community representatives. The CHWs use a uniform and an identification card, which help Health Center and Hospital staff to recognize them, thus establishing a basis for communication between the two.

The referral and counter referral system is not functioning perfectly between MOH Sub-Centers and Area Health Centers. However, CS Team the MOH is working to improve this, and is using a form to improve counter referrals. The Sub-Centers have been receptive to receiving referrals from CHWs, and PLAN has developed a form for both referrals and counter referrals which is being used by several Sub-Centers.

4.7 Recommendations

Community Health Workers

* Although the procedure for home visits has been defined and supervision forms have been developed, these procedures need to be implemented in all project communities.

* The project should continue its strategy to identify CHWs who are highly motivated and do excellent work, and name them as CS Facilitators or Tutor/Supervisors. Specific duties and incentives for these individuals need to be determined, and they will require additional training and supervision if they are to be effective.

Training

* Training is a major key to meeting project goals, particularly with the mandate to transfer responsibilities from PLAN to MOH Sub-Centers and communities for implementation of field activities. Training should not be limited to technical interventions but include managerial topics such as supervision, referral, information systems, use of data for decision making, and interpersonal communication.

* Provide all staff (PLAN, MOH and CHWs) with training and technical assistance in methods and techniques of adult, non-formal education, and interpersonal communication skills.

* Continue using participative educational techniques and apply pre and post tests to evaluate all training events. Improve the training in terms of content and methods, based on the results of the testing. Results of testing need to be documented and shared with participants.

* In conjunction with community leadership training activities, promote the regular reporting of health related activities and data by the CHWs and MOH field personnel to local leaders, and the use of these data for analysis and informed decision-making.

Staffing

* The addition of a nurse/manager to the project staff would make for more efficient project management. This person could assist the CS Coordinator in the numerous tasks required in the implementation of all the interventions and management systems.

* It is recommended that PLAN make the necessary changes in personnel during this last year to ensure the fulfillment of project goals. PLAN/Sucre has an excellent Child Survival project which has been functioning for the last four years without outside funding. The

project coordinator, Aurora Gutierrez, could help the PLAN/Austro health team to organize their management systems and to improve community implementation strategies. PLAN should explore the possibility of bringing Aurora Gutierrez to Cuenca for a 3 to 6 month period. In addition, a nurse manager should be hired to assist with project administration and management.

Supervision

* To improve joint supervision of community based activities, PLAN can assist the MOH to address the following: (1) Utilize the bi-monthly meeting of CHWs at the Sub-Center to reach consensus on the supervision strategy and use of the forms developed by PLAN, (2) identify problems and plan visits to CHWs in need of assistance; (3) Plan specific training activities for those who will do the supervision with an emphasis on leadership and motivation; and (4) Consider some non-financial incentives as a means to motivate MOH field staff.

* A supervision system for CS project staff needs to be developed. The Nurse Supervisors and the CS Coordinator need regular supervision and support. If a nurse/manager is hired, she could be responsible for the supervision of the field nurses. Dr. Joseph Valadez and Dr. Luis Tam could provide regular supervision to the CS Coordinator on a monthly basis via fax and telephone, based on the action plan developed as part of this evaluation. Project staff should do 3-month operational planning, based on the four phase plan presented in **ANNEX J**.

* Performance standards need to be developed and agreed upon for each member of the CS team. Regular contacts should provide performance evaluation, on-the-job education, administrative support and counseling. Following is a sample chart which could be used to determine supervisory duties and the proportion of time allotted to each task.

Supervision Tasks

Supervisor	Person Supervised	Contacts per month	Performance Evaluation	On-the-job Education	Administration	Counseling Support
CHW Facilitator	CHW	2	0%	45%	5%	50%
Nurse Supervisor	CS Facilitators	1	5%	45%	5%	45%
CS Coordinator or Nurse Manager	Nurse Supervisors	8	5%	45%	20%	30%
CS Coordinator or Nurse Manager	Administrative Assistant	8	5%	30%	50%	15%
PLAN Office Manager	Health Team	1	5%	20%	60%	15%
PLAN/HQ & Regional Health Program Coordinators	CS Coordinator	2	5%	25%	40%	30%

* Performance standards should be developed for improving time management. Project staff have had difficulties prioritizing the most important duties required to meet project objectives. The CS team needs to keep the project objectives and strategies in mind to provide an overall vision of where the project wants to go. Each CS project worker should determine how much time needs to be allotted to each activity, using the DIP and the 3-month action plan as a frame of reference. It is especially important for the CS Coordinator to delegate tasks which do not require his direct attention, and concentrate on the overall management of the project.

5
MANAGEMENT ISSUES

5.1 Project Design

Project interventions have been applicable to the needs of the project impact area and are being implemented according to MOH norms. The original project design was very ambitious, which called for the implementation of four Child Survival interventions in 147 dispersed rural communities. The main problem the project is facing at this juncture is the attempt to start interventions in too many communities at the same time. The project has changed its target area to include more indigenous remote communities and fewer communities close to urban populations, but continues to target the same number of beneficiaries as outlined in the DIP.

The GM/P intervention is well implemented and functioning in 111 communities. Both the CDD and pneumonia control interventions have been implemented in a number of communities, and need to be expanded and consolidated throughout the project impact area. PLAN supports the MOH's EPI program, and will continue this support to increase vaccination coverage. Management systems have been designed and procedures and forms have been field tested in 20 communities.

5.2 Management and Use of Data

The DIP indicates that each CHW is to maintain a community register to keep records of all children under two years of age. The information regarding the status of children in all four interventions should be presented to the MOH Sub-Center and to community leaders on a monthly basis. The Sub-Center would then consolidate the data from each community, which would be analyzed at the monthly health committee meeting, along with other pertinent information generated by the MOH. The original data should remain at each level, and also at the location where data are discussed and analyzed.

The project has designed instruments for the information system, which have been field tested in 20 communities. The system, however, is not yet functional in the rest of the project impact area. Interviews with CHWs and leaders show that very little information is currently being used for analysis and decisions at the community level. The evaluation team found no systematic reporting and analysis of priority health problems by community leaders. The routine health information system is managed by the MOH, however, data from CHWs are not

yet integrated into the system. Interviews with MOH Sub-Centers indicated that only a third participate in the health committee meeting where CHWs and MOH personnel analyze data and make informed health decisions. The information generated by the community needs to be integrated into the MOH system and actually used by the Sub-Center staff. Key indicators need to be agreed upon by both parties to avoid the collection of data which are not used to make decisions and take corrective actions. Lessons learned will be documented by PLAN through project evaluations, and shared with other PVOs and the MOH.

KPC surveys were conducted to obtain baseline data and information for the MTE. The results of the KPC surveys are shared with data collectors, project staff, counterparts and community members, and are being used to make programming decisions to ensure the fulfillment of objectives by the end of the project.

5.3 Budget Management

The cooperative agreement with USAID for the three-year Child Survival grant commits a total of $409,698 ($306,260 AID & $103,438 Match). USAID provides 75%, and PLAN has committed 25%. The rate of expenditures is appropriate given the project budget: 69% of central funding (AID + Match Field Portion) has been utilized during approximately 60% of the life of the project (through 6/30/96). In order to achieve its objectives, the budget needs to be spent carefully. PLAN/Austro reports match spending in terms of monies used for potable water systems. However, the project has a yearly health budget which provides sufficient funding to cover all project activities not funded by USAID. Central funding is allocated to technical personnel, in-country travel and per/diem, consultancies, and supplies for project interventions. All other expenses are covered by PLAN. (See **ANNEX I** for the Country Project Pipeline Analysis.)

PLAN/Austro prepares a yearly budget for its different programs and work with foster children. The CS Coordinator is responsible for the preparation and management of the budget for the health program.

5.4 Use of Technical Support

The project has required and received technical assistance in the following areas: total quality management, control of diarrheal disease, growth monitoring and nutrition, pneumonia control, educational methods and techniques, Child-to-Child programs, rapid assessment methodologies, community empowerment, use of EPI-Info, and information systems. Technical support needs during the next six months include: community based information systems, use of EPI-Info, supervision and monitoring, strategic and operational planning, administration, implementation of sustainability strategies, and financial management. The required technical support will be provided by PLAN's Regional and International Health Coordinators and through use of local consultants and/or trainers.

5.5 Regional and Headquarters Support

Administrative monitoring and technical support need to be increased to provide more direct assistance to the CS Project Coordinator. PLAN's Regional Health Coordinator, Dr. Luis Tam, visits the project every four months to provide technical backstopping. PLAN HQ has recently hired a Health Program Coordinator, Dr. Joseph Valadez, to oversee all grant supported projects. He will provide regular supervision and technical assistance to the CS Coordinator.

5.6 PVO/NGO Networking

An inter-agency committee has been established in Cuenca to promote effective networking among all institutions working in health. The PLAN CS Coordinator has been named the head of this committee. The committee is formed of representatives from international donor agencies, PVOs, NGOs and the MOH for the purpose of sharing information and coordinating activities. Decisions are made that will in turn be implemented by each of the participating institutions.

Interviews with representatives from the MOH and Rural Social Security show excellent collaboration among these agencies and PLAN. All PVOs and NGOs coordinate directly with the MOH. Local health systems are being developed in several MOH Health Areas, which has helped to strengthen inter-agency collaboration, as all health care providers work together to serve one geographic area. Both the World Bank (Project FASBASE) and the Belgian Government (Project APS) are contributing significant resources to improve decentralized health systems. The work of these two projects is strengthening MOH management and technical procedures, which in turn enhances the relationship between beneficiary communities and the formal health system. Other institutions which coordinate with the MOH and the CS project are: ORI (Operación de Rescate Infantil), INNFA (Instituto Nacional de Nino y la Familia), CREA (UNICEF funded), and DONUM (a European organization which works with CHWs and community gardens). Due to the leadership provided by the MOH, efforts are not duplicated and each institution provides complementary services to benefit the target population.

5.7 Recommendations

Project Design

* During the second half of the project, efforts should be directed toward developing Child Survival interventions in four phases: 1) intensive intervention; 2) follow-up and maintenance activities; and 3) increasing involvement of the MOH in implementation, supervision and decision making; and 4) community empowerment.

* The project should target beneficiary communities based on the four phases mentioned above with the goal of reaching a majority of communities with either intense activities, follow-up and/or transfer of responsibilities to the MOH. A plan developed by the project staff shortly after this evaluation calls for work in 130 communities with the support of four Nurse Coordinators and two Tutor/Supervisors. (See **ANNEX J** for the communities to be targeted through August 1997.)

* During the past two years PLAN has laid a solid foundation of inter-institutional coordination and relationships with community leaders. However, more time is needed to develop both Child Survival interventions and support systems. PLAN should consider presenting a second proposal to USAID for another 3-year project cycle. It is unlikely that the project will be ready to transfer responsibility for project activities to the MOH and collaborating NGOs during the next 14 months.

Management and Use of Data

* PLAN could assist the MOH by consolidating community data on EPI-INFO and presenting a monthly report. The project collects information on the number of persons trained, visits and educational meetings, active volunteers, amount of supplies distributed, cases of diarrhea and pneumonia, referrals and counter referrals. Qualitative data can be collected through focus group discussions with mothers, leaders and CHWs, and then documented and shared with counterparts. The process indicators shown in **ANNEX L** were developed during the MTE and can serve as basis for the system.

* In terms of long term sustainability, and not the life of the present project, the evaluation team offers the following recommendation:

  The MOH is planning to promote the use of a family register form which could be incorporated into the project to enhance the potential for sustainablity. CHWs could fill out the register form as part of their home visits, and information specific to the project could be included. Since each community operates a health post, the registers could be stored there and consulted by MOH and PLAN personnel when they visit the community.

Budget Management

* Basic training in financial management for the CS Coordinator and the project administrative assistant is needed, to improve their competence in this area. A computerized system should be designed to facilitate the financial monitoring of the project, which will facilitate financial analysis and decision making for project management.

6
SUSTAINABILITY

6.1 Sustainability Status

PLAN's goal is to develop effective interventions and foster close coordination and shared implementation of training, supervision and information systems with communities and health service providers to enhance both effectiveness and sustainability. With good strategic planning and wise inversion of both material and human resources PLAN can gradually transfer some project responsibilities for a number of communities to the MOH. PLAN will need to continue its work for another 2-3 years until all 147 communities can be successfully transferred. Even then PLAN can continue to support community health through the provision of technical assistance, educational materials, equipment and supplies.

Lessons learned during several years of USAID funded Child Survival projects in Africa and Central America (Bossert 1990) indicate the following as important elements of a sustainable program: 1) effectiveness in reaching clearly defined goals; 2) coordination with local counterparts and beneficiaries and fostering their participation in the decision making process; 3) training of community leaders, volunteers and local health staff; and 4) the integration of Child Survival activities into MOH systems.

The results of the MTE show that the project has well defined goals, however, organization and management of activities needs to be improved to increase both the effectiveness and quality of Child Survival interventions. Coordination with local counterparts has been excellent, however, both community leaders and MOH staff need to become more involved in the decision making process (e.g., analysis of health data generated by the information system and planning based on the results). Child Survival activities have been effective when implemented by PLAN staff, however, the CHW network has not been fully integrated into the MOH system. Income generation through the community health post provides an incentive for CHWs and has the potential to become self-sustaining, especially with continuing support from PLAN.

To ensure the maturation of Child Survival strategies and their subsequent transfer to the MOH, PLAN staff prepared an implementation and sustainability strategy, which details the specific activities to be implemented during a four phase process, as follows: maintenance, intensive intervention, follow-up and transfer; and empowerment. (See **ANNEX J** for the plan, and the following section for the sustainability strategy.)

6.2 Four Phase Sustainability Strategy

PHASE	STRATEGY	ACTIVITY	RESPONSIBLE	FREQUENCY
MAINTENANCE	Support the MOH, CS Facilitators and CHWs to continue with programmed CS activities	1) Workshop for CS facilitators 2) Coordination meetings with MOH Sub-Center staff 3) Meetings for data analysis and planning with CS Facilitators, CHWs and Sub-Center staff 4) Supervision of CS Facilitators and CHWs 5) Continuation of community based services: home visits, immunizations, ORS distribution, referrals, education	1) MOH Sub-Center staff 2) CS Facilitator 3) PLAN Nurse Coordinators	Every two months
INTENSIVE INTERVENTION	1) Identify all children under 2 and assess risk factors 2) Train mothers in CS interventions 3) Fully implement CS interventions 4) Implement management systems: information, supervision, training, logistics 5) Foster community decision making	1) Coordinate with MOH and CHWs 2) Train CHWs and MOH in interventions and management systems 3) Supervise CS Facilitators and CHWs 4) Initiate and closely monitor all activities	1) PLAN Nurse Coordinators in 30 communities for 3 month periods 2) CS Facilitators in additional communities	Once every two weeks
FOLLOW-UP & TRANSFER	1) Delegate to the MOH and communities the management of project activities 2) Support with planning and the provision of needed resources	1) Coordination meetings with MOH 2) Planned supervision to Sub-Centers and communities on an as-needed basis	1) PLAN Nurse Coordinators 2) MOH personnel	Monthly visits
EMPOWERMENT	1) Strengthen the development of Local Health Systems and empowerment at the community and Sub-Center level	1) Coordination meetings 2) Training in local management in coordination with FASBASE, APS, PAHO and the Cuenca University. 3) Participation in the Health Area Technical Team and the Province Health Executive Committee	1) PLAN Nurse Coordinators 2) CS Coordinator	Every two months

6.3 Recommendations

* The MOH is receiving significant financial and managerial support for the development of local health systems from FASBASE and the Belgian Government. PLAN should continue to support the development of these systems and participate in the implementation of cost recovery strategies, such as the financing of community health posts.

* The sustainability strategy outlined in the DIP indicates that a relationship will be developed between community leaders and MOH Sub-Centers. In order for this to happen, leaders need to receive orientation regarding health issues, and the Sub-Center needs to organize joint meetings, at least 2-3 times a year. PLAN should assist in the coordination of activities between Sub-Centers and leaders.

* The DIP refers to a monthly meeting for analysis and decision making between the Sub-Center and CHWs, which is called a CIS (Comite Interinstitucional de Salud). During the evaluation some Sub-Centers were not familiar with the meeting or the terminology. CS staff indicate that the meeting is now called a SICOS, and should take place every two months. Some of the MOH staff interviewed referred to this meeting as a "Nucleo de Gestión" (management nucleus). It is recommended that the project clarify the name of the meeting, its frequency, participants and purpose in order to standardize the functioning of this committee.

7
SUMMARY OF RECOMMENDATIONS

Following is a summary of the recommendations included in preceding chapters. The recommendations are based on an analysis of the findings of the MTE undertaken by the evaluation team, PLAN staff and MOH representatives during the final debriefing sessions. The decentralization of the Ecuadorian Health system and the development of local health systems, as well as the requirements of the Child Survival interventions served as a frame of reference for the formulation of the recommendations.

PLAN is striving to achieve benefits at the family and community level through a combination of direct health services and educational activities. The development and sustainability of these activities require the provision of training and technical assistance, on-going supervision and logistical support, and coordination among participating organizations.

The focus during the coming year will be on the expansion of the four project interventions, empowerment of communities and CHWs to plan and organize their own activities, and on the development of managerial skills of MOH staff to strengthen supervision, information, training, referral, and logistics systems to better support the network of community health volunteers which PLAN is in the process of developing. These activities will be developed according to the four phase plan, with the goal of systematically covering a majority of communities.

7.1 Project Interventions

Following is a summary of recommendations for the project interventions. Specific recommendations for each intervention are presented at the end of each section in Chapter 3.

* Although coverage rates for growth monitoring and nutrition have surpassed project goals, the scope of the EPI, CDD and pneumonia control interventions needs to be expanded. Project staff should maintain GM/P activities at their current level and concentrate efforts on areas not fully implemented to date, as follows:

  <u>EPI (10%)</u> EPI activities need to be strengthened in education regarding TT vaccination for women of child bearing age, completion of the immunization schedule for children age 0-23 months. The problem of shortages of both supplies and vaccines should be addressed with participating MOH Health Areas.

CDD (30%) Concentrate efforts to reduce the use of antibiotics for treatment of diarrhea cases, increase the distribution of ORS packets to mothers, and strengthen education to mothers regarding correct home management during diarrhea episodes.

ARI (40%) Emphasize prompt referral of pneumonia cases by mothers and CHWs, and provide education regarding recognition of danger signs to families and all levels of health workers, and training for MOH staff on correct treatment procedures.

GM/P (20%) Continue to support community weighing meetings with the provision of supplies, supervision and attendance of MOH personnel. Emphasize actions to be taken by mothers and CHWs for children who do not gain weight and prompt referral.

* The bi-monthly community weighing meeting can be used for education and training for the interventions not yet fully implemented. The new four phase strategy developed by PLAN and the MOH during this evaluation is based on intense work in a limited number of communities for 3 month periods. PLAN Nurse Supervisors will spend an entire day in the community twice a month. This visit should be utilized to accompany CHWs on home visits, offer community education and provide specific training to community volunteers.

7.2 Implementation Issues

Community Health Workers

* Although the procedure for home visits has been defined and supervision forms have been developed, these procedures need to be implemented in all project communities.

* The project should continue its strategy to identify CHWs who are highly motivated and do excellent work, and name them as CS Facilitators or Tutor/Supervisors. Specific duties and incentives for these individuals need to be determined, and they will require additional training and supervision if they are to be effective.

Staffing

* The addition of a nurse/manager to the project staff would make for more efficient project management. This person could assist the CS Coordinator in the numerous tasks required in the implementation of all the interventions and management systems.

* It is recommended that PLAN make the necessary changes in personnel during this last year to assure the fulfillment of project goals. PLAN/Sucre has an excellent Child Survival project which has been functioning for the last four years without outside funding. The project coordinator, Aurora Gutierrez, could help the PLAN/Austro health team to organize their management systems and to improve community implementation strategies. PLAN should explore the possibility of bringing Aurora Gutierrez to Cuenca for a 3 to 6 month period.

Supervision

* A supervision system for CS project staff needs to be developed. The Nurse Supervisors and the CS Coordinator need regular supervision and support. If a nurse/manager is hired, she could be responsible for the supervision of the field nurses. Dr. Joseph Valadez and Dr. Luis Tam could provide regular supervision to the CS Coordinator on a monthly basis via fax and telephone, based on the action plan developed as part of this evaluation. Project staff should do 3-month operational planning, based on the four phase plan presented in **ANNEX J**.

* Performance standards need to be developed and agreed upon for each member of the CS team. Regular contacts should provide performance evaluation, on-the-job education, administrative support and counseling.

7.3 Management Issues

Project Design

* In order to improve project planning and management during the second half of the project, efforts should be directed toward developing the four Child Survival interventions in four phases: 1) intensive intervention; 2) follow-up and maintenance activities; and 3)increasing involvement of the MOH in implementation, supervision and decision making; and 4) community empowerment. Three month action plans should be developed and strictly followed to ensure the success of above mentioned strategy.

* The project should target beneficiary communities based on the four phases mentioned above with the goal of reaching all the communities with either intensive activities, follow-up, and/or transfer of responsibilities to the MOH. A plan developed by the project staff shortly after this evaluation calls for work in 130 communities with the support of four Nurse Coordinators and two Tutor/Supervisors. (See **ANNEX J** for the communities to be targeted through August 1997.)

* During the past two years PLAN has laid a solid foundation of inter-institutional coordination and relationships with community leaders. However, more time is needed to

develop both Child Survival interventions and support systems. PLAN should consider presenting a second proposal to USAID for another 3-year project cycle. It is unlikely that the project will be ready to fully transfer responsibility for project activities to the MOH and collaborating NGOs during the next 14 months.

Management and Use of Data

* PLAN could assist the MOH by consolidating community data on EPI-INFO and presenting a monthly report. The project collects information on the number of persons trained, visits and educational meetings, active volunteers, amount of supplies distributed, cases of diarrhea and pneumonia, referrals and counter referrals. Qualitative data can be collected through focus group discussions with mothers, leaders and CHWs, and then documented and shared with counterparts. The process indicators shown in **ANNEX L** were developed during the MTE and can serve as basis for the system.

Budget Management

* Basic training in financial analysis and decision making for the CS Coordinator and the project administrative assistant is needed, to improve their competence in this area. A computerized system should be designed to facilitate the financial monitoring of the project, which will facilitate financial analysis and decision making for project management.

7.4 Sustainability

* The sustainability strategy outlined in the DIP indicates that a relationship will be developed between community leaders and MOH Sub-Centers. In order for this to happen, leaders need to receive orientation regarding health issues, and the Sub-Center needs to organize joint meetings, at least 2-3 times a year. PLAN should assist in the coordination of activities between Sub-Centers and leaders.

* The DIP refers to a monthly meeting for analysis and decision making between the Sub-Center and CHWs, which is called a CIS (Comite Interinstitucional de Salud). During the evaluation some Sub-Centers were not familiar with the meeting or the terminology. CS staff indicate that the meeting is now called a SICOS, and should take place every two months. Some of the MOH staff interviewed referred to this meeting as a "Nucleus de Gestión" (management nucleus). It is recommended that the project clarify the name of the meeting, its frequency, participants and purpose in order to standardize the functioning of this committee.

8
LESSONS LEARNED

* Through the process of a rigorous evaluation, the Child Survival team and counterparts have learned to assess the results of our work and measure the level of progress attained.

* Periodic evaluations with the participation of all members of the CS team is essential if we are to improve project activities, correct errors, and make decisions.

* Being well organized is vital to the success of project activities, be it with CHWs, communities, the MOH, or project staff.

* Never loose sight of our overall vision, as this will guide us to meet our goals and objectives.

* A detailed action plan will help us to reach targets and move ahead.

* The input of consultants is valuable, and we should consider their ideas and suggestions, but not be totally dependent on them. It's important to have confidence in ourselves and our ability to design and carry out key project tasks, rather than waiting for all the guidance to come from outside.

* Good interpersonal communication skills go a long way towards motivating everyone to support the project.

* Working together with other organizations, especially the Ministry of Health, is the most efficient way to meet our goals.

* Insights from the MOH and collaborating institutions are an invaluable part of any project evaluation.

* Communities have the ability to make a significant contribution to their own health. It is important to place our trust and confidence in them, which will in turn motivate their full participation.

* A simple information system utilized by all institutions will help us identify problem areas and make informed decisions.

ANNEX A

EVALUATION TEAM MEMBERS

EVALUATION TEAM MEMBERS

1. Luis Tam, Health Programs Coordinator, PLAN South America Regional Office
2. Jose Valadez, Health Programs Coordinator, PLAN International Headquarters
3. Lynn Johnson, External Evaluator
4. Marco Freire, Child Survival Coordinator, PLAN Austro.
5. Maria Estrella, PLAN Nurse Supervisor.
6. Melania Ordonez, PLAN Nurse Supervisor
7. Mery Coronel, PLAN Nurse Supervisor
8. Lucia Ortiz, PLAN Nurse Supervisor
9. Diana Barzallo, Health Educator
10. Ana Murillo, Administrative Assistant
11. Cecilia Salgado, MOH Sub-Center Director
12. Sandra Toapanta, MOH Sub-Center Director
13. Ana Pulla, MOH Sub-Center Nurse
14. Piedad Avendano, Social Research Coordinator, Rural Social Security
15. Brian Johnson, Consultant for data analysis and mid-term KPC survey report

ANNEX B

USAID MID-TERM EVALUATION GUIDELINES

USAID

U.S. AGENCY FOR
INTERNATIONAL
DEVELOPMENT

MAY - 3 1996

Re: Mid-term Evaluation Guidelines for CS-X Projects

Dear Colleague:

Enclosed are the guidelines for the mid-term evaluation of the three-year child survival projects which the Bureau for Humanitarian Response (BHR), Office of Private and Voluntary Cooperation (PVC) funded under the CS-X Child Survival Grants Program.

The main purpose of the mid-term evaluation is to review progress toward achieving the goals and objectives of the projects as stated in the approved DIP and the Program Description of the Cooperative Agreement. It can be used to identify what is working well with a project, identify problems, suggest areas which need further attention, and recommend useful actions to guide the staff through the last half of the project.

The mid-term evaluation team leader should be someone who is not employed by, or otherwise professionally associated with, your organization and must be approved by BHR/PVC. Other team members do not require approval. We do suggest, however, that at least one member of the project field staff and one headquarters representative be included on the mid-term evaluation team. Please discuss with your project officer the proposed composition of the team and the evaluation schedule.

A one-sided unbound original and one bound, double-sided copy of the report should reach BHR/PVC by October 31, 1996. An additional copy of the report should also be sent to JHU-CSSP.

If you need further clarification of these guidelines or if you need other related information, please do not hesitate to call (703-351-0226).

Sincerely,

Katherine Jones-Patron

Katherine Jones-Patron
Chief, Child Survival and Health
Office of Private and Voluntary Cooperation
Bureau for Humanitarian Response

Enclosures

320 TWENTY-FIRST STREET, N.W., WASHINGTON, D.C. 20523

41

1996 BHR/PVC CHILD SURVIVAL MID-TERM EVALUATION GUIDELINES
(For CS-X Three-Year Projects)

I. Accomplishments

A. How many months has the project been operating? What percentage of time elapsed. Restate original project objectives, outputs and planned inputs.

B. What are the measurable inputs (e.g. training sessions held, supplies provided) and outputs (e.g. persons trained, mothers educated, treatments provided) by intervention.

C. Describe specific outputs compared to objectives and/or expectation. Cite data sources.

II. Effectiveness

Has there been sufficient progress toward meeting stated objectives and yearly targets? Are targeted high-risk groups being reached effectively? If not, what are the constraints to meeting objectives and to reaching high-risk groups?

III. Relevance to Development

Describe the relationship of this project to other development efforts in the target area. These may include other activities of this PVO, community groups, NGOs, government and other PVOs.

IV. Design and Implementation

A. Design

Has the project changed its project area or size of impact population? Evaluation team should review documentation presented to USAID to justify such changes.

B. Management and Use of Data

What type of data is being collected by the project, both qualitative and quantitative? By whom, and how, is data being used for decision making? (Please give examples).

Describe the project's current functioning health information system. Who is managing and maintaining the health information system? How have results of the information collected been shared with data collectors, project staff, counterparts, and community members? What lessons have been learned as a result of the data collection? How is the PVO headquarters and/or field applying and institutionalizing lessons learned by documenting, incorporating and sharing?

C. Community Education and Social Promotion

What is the balance between health promotion/social mobilization and service provision in this project? What community information, education, or communication activities has the project carried out? How were the messages developed, tested and refined? How does the PVO ensure that messages to community members are consistent?

Describe the development, pretesting and distribution of any printed materials. How do members of the community regard these materials?

What is the project's approach to community education? How are non-traditional or participatory education activities being used? How has the project assessed the level of learning that has occurred with these methods?

D. Human Resources for Child Survival

Describe project personnel, paid and voluntary, by category. Comment on whether the numbers and types of personnel are adequate to meet the technical, managerial and operational needs of the project.

Describe the roles of community volunteers in this project. How many are in place, and for which interventions are they responsible? Comment on their workload and drop-out rates.

Describe the appropriateness of the duration and methodology of training for each type of worker and for each intervention or job. Describe the results of pre- and post-training assessments, any modifications of training program content or methodology, and the reasons for the changes. Please complete a table (example below) with the requested information.

Child Survival Training Program Summary (Example)

Type/# Dates	Training Topics	Topic Hours	Training Methods for Topic
CHW (8) 3/15-23	ALRI intro., symptoms, local terms and practices	2	listing by CHWs, discussion
CHW (9) 4/3-11 CHW (7) 4/17-25	ALRI assess./classif.	10	lecture, slides, video discussion, role plays, practice at clinic visit

49

E. Supplies and Materials for Local Staff

Which materials and supplies are essential for each type of worker and for each referral site, for each intervention? Have all workers and referral sites had adequate quantities of supplies for each intervention since initial training or the start of intervention activities (cite sources of information)?

F. Quality

Discuss how well the project has identified and documented the levels of specific knowledge and skills essential for mothers, health workers, and clinic staff to implement each intervention and meet project objectives. Discuss how the project has been evaluating their work in this area. Discuss the results of any evaluation of essential knowledge and skills of mothers, health workers and/or clinic staff conducted by the evaluators as part of the mid-term evaluation. Comment on the communication and counselling skills of health workers.

G. Supervision and Monitoring

What is the nature of supervision and monitoring carried out in this project? Describe the sites, frequency, and duration of supervisory contacts with all categories of project related staff and volunteers. What are the ratios of supervisors to those being supervised, at all levels, and are these ratios appropriate? From the viewpoint of the health worker, how much of the supervision is counseling/support, performance evaluation, on-the-job education, or administration? How do supervisors assess and improve the quality of services provided by those they are supervising? Discuss whether the supervision of each level of health worker has been adequate. What are the monitoring and supervision requirements for the remainder of the project? Describe specific supervision tools developed for this project, their effectiveness and recommendations for annual use.

H. Regional and Headquarters Support

Discuss the administrative monitoring and technical support from the PVO regional or central offices in relation to the number, timing and needs of field staff. What constraints, if any, does the project face in obtaining adequate monitoring and technical support from PVO regional or central offices? Discuss total number of project backstopped by headquarters staff.

I. PVO's Use of Technical Support

1. What type of technical support does the field staff want for the project? The Headquarters staff?

2. What are the types and sources of external technical assistance the project has received to date?

3. What does the staff feel may be the technical support needs of the project in the future?

4. Does the field staff see any constraints to obtaining the support?

J. Assessment of Counterpart Relationships

Who are the chief counterparts to this project? What collaborative activities have taken place to date? Are there any exchanges of money, materials, or human resources between the project and its counterparts? Describe the managerial and technical capacity of the counterpart staff to eventually take on the functions necessary to operate effective child survival activities. Describe communication between the PVO project and counterparts. What are the counterpart(s) relationships with the community?

K. Referral Relationships

Identify the referral care sites and comment on access and service quality. How has the project made use of these referral sites? What is the continuity of relationships between the referral site and the community project? What activities is the project taking to strengthen the services of the referral site or increase community access to the referral site?

L. PVO/NGO Networking

What evidence is there of effective networking with other PVOs and NGOs working in health and child survival? Are there any situations in-country or in the community which have had a positive or negative effect on networking? Discuss any duplication of effort/services in the project area which decrease efficiency or any resource sharing with other NGOs/PVOs which increase efficiency.

M. Budget Management

How does the rate of expenditures to date compare with the project budget? How does the PVO justify any minor budget shifts that may have occurred? Can the project achieve its objectives with the remaining funding? Is there a possibility that the budget will be underspent at the end of the project? If so, why?

Include an original and two copies of the Country Project Pipeline Analysis, using the categories indicated on the enclosed pipeline format.

V. Sustainability

What are the steps the project has undertaken to promote sustainability of child survival activities once project funds end? Please fill in a table (example below) with sustainability objectives and outcomes.

Sustainability Goals, Objectives, Mid-term Measures, and Steps Taken/Needed

Goal	End of project objectives	Steps taken to date	Mid-term measure	Steps needed
A) MOH will take on health promotive activities of CS project	1) MOH will supervise and provide refresher training for 50 CHVs 2) Health officer will meet monthly with community health committees	1) 2 MOH nurses trained in CHV supervisory methods 2) Health officer attended 3 health committee meetings	1) 10 CHVs being supervised by MOH nurses (20% of objective) 2) Health officer attended 3/10 meetings (30%)	1) Train 8 more MOH nurses 2) Introduce health officer to more community leaders
B)				

VI. Recommendations

What steps should be taken by PVO field staff and headquarters for the project to achieve its output and outcome objectives by the end of the project? Are there any steps the project and PVO headquarters can take to make the project activities more sustainable? Are there any steps the project and PVO headquarters should take to make the project activities more applicable, the staff more competent, or the services of higher quality? Are there any steps the project and PVO headquarters should take to make the lessons learned by this project more widely known by other child survival or development projects sponsored by USAID, or by the PVO? Finally, are there any issues or actions that USAID should consider as a result of this evaluation?

VII. Summary

Write a brief summary, no more than one page, of the highlights of the midterm evaluation covering: composition of the evaluation team; time spent; total costs; field visits; quantitative/qualitative methods; main project accomplishments and measurable outcomes; assessment of applicability and quality of child survival programming; relevance of lessons learned to other child survival and community development programs; key recommendations; planned or actual feedback of evaluation results; and author(s) of the midterm evaluation report.

52

PROJECT COUNTRY: _____

COOPERATIVE AGREEMENT NO.: _____

DATE BUDGET PREPARED: _____

DATE SUBMITTED TO USAID: _____

1996 PIPELINE ANALYSIS: PART A - HEADQUARTERS BUDGET

Check one: ORIGINAL BUDGET_____ REVISED BUDGET_____

		Total Agreement Budget (/ /) to (/ /)		Actual Expenditures to Date (/ /) to (/ /)		Projected Expenditures Against Remaining Obligated Funds (/ /) to (/ /)		Projected Unobligated Funds at End of Project (/ /) to (/ /)	
I. DIRECT COSTS		USAID	PVO	USAID	PVO	USAID	PVO	USAID	PVO
A. PERSONNEL (salaries, wages, fringes)	1. Headquarters - salaries/wages								
	2. Field, Technical Personnel-salaries/wages								
	3. Field, Other Personnel-salaries/wages								
	4. Fringes- Headquarters + Field								
	SUBTOTAL- PERSONNEL								
B. TRAVEL/PER DIEM	1. Headquarters-Domestic (USA)								
	2. Headquarters-International								
	3. Field- In country								
	4. Field- International								
	SUBTOTAL- TRAVEL / PER DIEM								
C. CONSULTANCIES	1. Evaluation Consultants- Fees								
	2. Other Consultants- Fees								
	3. Consultant travel / per diem								
	SUBTOTAL- CONSULTANCIES								
D. PROCUREMENT (provide justification/ explanation in narrative)	1. Supplies								
	a. Headquarters								
	b. Field - Pharmaceuticals (ORS, Vit. A, drugs, etc.)								
	c. Field - Other								
	2. Equipment								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	3. Training								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	SUBTOTAL- PROCUREMENT								
E. OTHER DIRECT COSTS (provide justification/ explanation in narrative)	1. Communications								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	2. Facilities								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	3. Other								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	SUBTOTAL- OTHER DIRECT								
TOTAL - DIRECT COSTS									
II. INDIRECT COSTS									
A. INDIRECT COSTS	1. Headquarters								
	2. Field (if applicable)								
TOTAL - INDIRECT COSTS									
GRAND TOTAL (DIRECT AND INDIRECT COSTS)									

A:\96PIPELN.wk4 (Pipeline A)

BEST AVAILABLE COPY

COUNTRY: _____
COOPERATIVE AGREEMENT NO.: _____

DATE BUDGET PREPARED: _____
DATE SUBMITTED TO USAID: _____

1996 PIPELINE ANALYSIS: PART B - COUNTRY BUDGET

Check one: ORIGINAL BUDGET_____ REVISED BUDGET_____

		Total Agreement Budget (/ /) to (/ /)		Actual Expenditures to Date (/ /) to (/ /)		Projected Expenditures Against Remaining Obligated Funds (/ /) to (/ /)		Projected Unobligated Funds at End of Project (/ /) to (/ /)	
I. DIRECT COSTS		USAID	PVO	USAID	PVO	USAID	PVO	USAID	PVO
A. PERSONNEL (salaries, wages, fringes)	1. Headquarters-salaries/wages								
	2. Field, Technical Personnel-salaries/wages								
	3. Field, Other Personnel-salaries/wages								
	4. Fringes- Headquarters + Field								
	SUBTOTAL- PERSONNEL								
B. TRAVEL/PER DIEM	1. Headquarters-Domestic (USA)								
	2. Headquarters-International								
	3. Field- In country								
	4. Field- International								
	SUBTOTAL- TRAVEL / PER DIEM								
C. CONSULTANCIES	1. Evaluation Consultants- Fees								
	2. Other Consultants- Fees								
	3. Consultant travel / per diem								
	SUBTOTAL- CONSULTANCIES								
D. PROCUREMENT (provide justification/ explanation in narrative)	1. Supplies								
	a. Headquarters								
	b. Field - Pharmaceuticals (ORS, Vit. A, drugs, etc.)								
	c. Field- Other								
	2. Equipment								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	3. Training								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	SUBTOTAL- PROCUREMENT								
E. OTHER DIRECT COSTS (provide justification/ explanation in narrative)	1. Communications								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	2. Facilities								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	3. Other								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	SUBTOTAL- OTHER DIRECT								
TOTAL - DIRECT COSTS									
II. INDIRECT COSTS									
A. INDIRECT COSTS	1. Headquarters								
	2. Field (if applicable)								
TOTAL - INDIRECT COSTS									
GRAND TOTAL (DIRECT AND INDIRECT COSTS)									

A:\96PIPELN.wk4 (Pipeline S)

BEST AVAILABLE COPY

PROCOUNTRY: _____

COOPERATIVE AGREEMENT NO.: _____

DATE BUDGET PREPARED: _____

DATE SUBMITTED TO USAID: _____

1996 PIPELINE ANALYSIS: PART C - HEADQUARTERS/FIELD BUDGET

Check one: ORIGINAL BUDGET_____ REVISED BUDGET_____

		Total Agreement Budget (/ /) to (/ /)		Actual Expenditures to Date (/ /) to (/ /)		Project Expenditures Against Remaining Obligated Funds (/ /) to (/ /)		Projected Unobligated Funds at End of Project (/ /) to (/ /)	
I. DIRECT COSTS		USAID	PVO	USAID	PVO	USAID	PVO	USAID	PVO
A. PERSONNEL (salaries, wages, fringes)	1. Headquarters-salaries/wages								
	2. Field, Technical Personnel-salaries/wages								
	3. Field, Other Personnel-salaries/wages								
	4. Fringes- Headquarters + Field								
	SUBTOTAL- PERSONNEL								
B. TRAVEL/PER DIEM	1. Headquarters-Domestic (USA)								
	2. Headquarters-International								
	3. Field- in country								
	4. Field- International								
	SUBTOTAL- TRAVEL / PER DIEM								
C. CONSULTANCIES	1. Evaluation Consultants- Fees								
	2. Other Consultants- Fees								
	3. Consultant travel / per diem								
	SUBTOTAL- CONSULTANCIES								
D. PROCUREMENT (provide justification/ explanation in narrative)	1. Supplies								
	a. Headquarters								
	b. Field - Pharmaceuticals (ORS, Vit. A, drugs, etc.)								
	c. Field- Other								
	2. Equipment								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	3. Training								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	SUBTOTAL- PROCUREMENT								
E. OTHER DIRECT COSTS (provide justification/ explanation in narrative)	1. Communications								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	2. Facilities								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	3. Other								
	a. Headquarters								
	b. Field								
	SUBTOTAL- OTHER DIRECT								
TOTAL - DIRECT COSTS									
II. INDIRECT COSTS									
A. INDIRECT COSTS	1. Headquarters								
	2. Field (if applicable)								
TOTAL - INDIRECT COSTS									
GRAND TOTAL (DIRECT AND INDIRECT COSTS)									

A:\96PIPELN.wk4 (Pipeline C)

BEST AVAILABLE COPY

ANNEX C

METHODOLOGY OUTLINE AND DATA COLLECTION INSTRUMENTS

EVALUATION SCHEDULE

Sunday	Monday	Tuesday	Wednes-day	Thursday	Friday	Saturday
July 21	July 22	July 23	July 24 8:00-12:00 Orienta-tion Schedule of site visits 14:00-18:00 Design of evaluation forms	July 25 8:00-20:00 Data Collection	July 26 08:00-20:00 Data Collection	July 27 08:00-20:00 Data Collection
July 28 Report Prepara-tion	July 29 8:00-18:00 Analysis of findings	July 30 8:00-18:00 Discussion and con-clusions	July 31 8:00-18:00 Formula-tion of recom-menda-tions			

51

PLAN INTERNACIONAL AUSTRO
PROGRAMA DE SALUD
PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL
***

EVALUACIÓN A MEDIO TÉRMINO

AGENDA DE TRABAJO:

FECHA	HORA oficina	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Martes 23	8:00	Entrevista con Dr. Luis Tam	Dr. Tam y Dr. Valades
Miércoles 24	7:45	Recibimiento a participantes y traslado al Hotel Pinar del Lago	Dr. Marco Freire
	8:30	Presentación del Programa de Salud: Dr. Marco Freire	Dr. Marco Freire
	9:00	Presentación del Sistema de Capacitación y Material Educativo	Lcda. Mery Corone
	9:45	Resultados Preliminares de la Encuesta CPC	Dr. Luis Tam
	10:30	Planificación de la Evaluación	Dra. Lynn Johnson
	11:00	Refrigerio	
	11:15	Continuación de la planificación	Dra. Lynn Johnson
	13:15	Almuerzo	
	14:30	Elaboración de Formularios para visitas de campo	Participantes
	16:30	Refrigerio	
	16:45	Continuación	
	17:30	Conformación de grupos para visitas de campo	Dr. Marco Freire
	17:45	Organización Logística	Lcda. Ana Murillo
	18:00	Cierre de la jornada	
Jueves		Visita a Comunidades seleccionadas:	A seleccionar
	8:00	Grupo # 1: SCS Borrero: 8:30 SCS Javier Loyola: 11:00 Comunidad Pampavintimilla: 12h Comunidad El Cármen: 15:00	
	7:30	Grupo # 2: SCS Rivera: 10.00 Comunidad Zhudun: 12:00 Comunidad San Vicente: 15:00	

	7:15	Grupo # 3: Hospital Cañar: 8:30 SCS Ingapirca: 9:30 Comunidad El Saldado: 11:00 Comunidad Molobog V.: 14.00	
Viernes	8:00	Visita a comunidades Seleccionadas: Grupo # 1: SCS General Morales 9:30 Motilón: 14:30 Grupo # 2: Hospital Paute: 9.30 Comunidad Villaflor: 11:30 Grupo # 3: Comunidad Buena Vista: 10:00 SCS Ludo: 13:00	A seleccionar
Sábado	8:00	Visita a comunidades seleccionadas: Grupo # 1: SSC El Tambo: 9:30 Comunidad S.J. Romerillo: 11:30 Grupo # 2: SSC Jima: 10:00 Comunidad Tacadel: 11:30	A seleccionar
	16:00	Presentación del Sistema de Información en Salud y Desarrollo Personal Presentación sobre Procedimientos Estandarizados de Calidad Presentación sobre el Sistema de Supervisión en Salud.	Dr. Marco Freire Lcda. Melania Ordoñez Lcda. Maria Estrella
Domingo 28	9:00 9:30 10:00	Presentación sobre SILOS Presenación sobre Niño Promotores de Salud Análisis de Datos de la evaluación	Lcda. Mery Coronel Lcda. Diana Barzallo Dra. Lynn Jonhson
Lunes 29	8:00	Análisis de los datos	Dra. Lynn Jonhson
Martes 30	8:00	Análisis de los datos	Dra. Lynn Jonhson
Miércoles 31	am	Presentación y discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones de la evaluación.	Dra. Lynn Jonhson

AGENDA DE SALIDAS PARA LA EVALUACIÓN DE CAMPO			
FECHA	HORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Jueves		Visita a Comunidades seleccionadas:	
	8:00	Grupo # 1:	
		SCS Borrero: 8:30	Cecilia
		SCS Javier Loyola: 11:00	María Estrella
		Comunidad Pampavintimilla: 12h	Diana
		Comunidad El Cármen: 15:00	Lynn
		Grupo # 2:	
	7:30	Comunidad Buena Vista: 10:00	Mery
		SCS Ludo: 13:00	Piedad
		Comunidad Capizhapa: 15:00	Lucía
	7:15	Grupo # 3:	Melania
		Hospital Cañar: 8:30	Sandra
		SCS Ingapirca: 9:30	José
		Comunidad El Saldado: 11:00	Marco
		Comunidad Molobog V.: 14:00	
Viernes		Visita a comunidades Seleccionadas:	José M. Estrella
	7:30	Grupo # 1:	Piedad
		SCS General Morales 9:30	Marco
		Motión: 14:30	Melania
	8:00	Grupo # 2:	
		Hospital Paute: 9:30	Idem
		Comunidad Villaflor: 11:30	
	7:45	Grupo # 3:	
		Centro de Salud Biblián: 9:00	Lynn
		Comunidad Sisaloma: 10:30	Sandra Ana Cecilia Lucía
Sábado		Visita a comunidades seleccionadas:	Mery Diana
	8:00	Grupo # 1:	Melania
		SSC El Tambo: 9:30	Ana
		Comunidad S.J. Romerillo: 11:30	José
	8:00	Grupo # 2:	Cecilia
		SSC Jima: 10:00	Lucía
		Comunidad Tacadel: 11:30	Marco Lynn M. Estrella Piedad

FORMULARIO #1
LIDERES COMUNITARIOS

Comunidad:_____

Número de asistentes:_____

Número de Líderes Formales Número de Líderes Informales

Nombres de los miembros de la directiva centra

l de la Comunidad:

NOMBRE	CARGO

1. Cuáles son los principales problemas de salud en su comunidad?

_____

_____

2. Cuáles son las principales enfermedades de los niños en la comunidad?

_____

_____

3. Qué está haciendo la comunidad para solucionar estos problemas?

_____

_____

_____

_____

4. Quiénes les ayudan ha resolver estos problemas?

_____

_____

5. Y cómo les ayudan?

_____

_____

_____

_____

6. Conocen a los voluntarios de salud de esta comunidad? SI NO

6.1 Saben ustedes qué hacen?_____

_____

_____

_____

7. Qué necesitan los voluntarios para hacer un mejor trabajo?

_____

_____

_____

_____

8. Qué podrían hacer ustedes para apoyar al voluntario de salud?

_____

_____

_____

9. Qué beneficios ha obtenido la comunidad con el trabajo de los voluntarios de salud?

10. Cómo se enteran ustedes de estos beneficios?

11. Qué saben ustedes acerca de la diarrea?

12. Qué saben ustedes acerca de la pulmonía y bronquitis?

13. Qué saben ustedes acerca de la desnutrición?

14. Qué saben ustedes acerca de la vacunación?_____

_____

_____

15. Qué sugerencias tienen ustedes para mejorar el programa de salud en su comunidad?

_____

_____

_____

_____

_____

16. En el caso de que PLAN se vaya de la comunidad qué harían ustedes?

_____

_____

FORMULARIO #2
ENTREVISTA A VOLUNTARIOS DE SALUD

Comunidad:_____ Fecha:_____

Nombre de los Participantes	Tiempo de ser Vol. de Salud
a._____	_____ años/meses
b._____	_____ años/meses
c._____	_____ años/meses
d._____	_____ años/meses
e._____	_____ años/meses

1. Cuáles son sus funciones y responsabilidades principales? Participa usted en las reuniones de los SICOS? Explique las actividades que realiza el SICO.

2. Cuantas visitas domiciliarias hace cada semana?
(Indagar sobre la selección de madres a visitar. Tiene un cronograma de visitas para asegurar que todas reciban una visita, o solamente visita a las con niños enfermos?

3. CED
   a. Cómo prepara el suero oral y cómo se administra?

   b. Cuáles son las señales de peligro para la deshidratación?

   c. Qué consejos da usted a las madres cuando sus niños tienen diarrea?

65

d. Cómo sabe usted cuando hacer la referencia y a qué lugar referirlo?

3. IRA

a. Cuáles son las señales de peligro de neumonía?

Mencionó tos y respiración rápida? SI____ NO____

Mencionó hundimiento de las costillas al respirar? SI_____ NO_____

b. Qué consejos da usted a las madres sobre el cuidado del niño con IRA?

c. Cómo sabe usted cuando hacer a referencia y a qué lugar referirlo?

4. PAI

a. Qué mensajes da usted a las madres sobre las inmunizaciones?

b. Qué vacunas deben recibir los niños y a qué edad deben recibir cada una?

5. Nutrición

a. Qué mensajes da usted a las madres sobre la nutrición en general?

b. Cuáles son los consejos que da a las madres sobre lactancia materna?

c. Qué enseña a las madres sobre el consumo de alimentos nuevos?

d. Nos puede explicar como utiliza el carnet de crecimiento?

e. Qué significa los colores del carnet?

f. Que hace cuando un niño no gana peso?

g. Que consejos da a la madre?

h. Tiene usted un niño menor a 2 años? Si la respuesta es SI, pídale a la madre mostrarle el carnet y revíselo. Indicar si el carnet muestra un buen seguimiento de la vacunación y crecimiento del niño.

7. Recibe usted algún beneficio por su trabajo? (De PLAN, comunidad o MSP)

8. Cree usted que la comunidad valora y aprecia lo que usted hace?

9. SUPERVISION TECNICA Y ADMINISTRATIVA

a. Quién le visita para conversar sobre el avance de su trabajo?

b. Con qué frecuencia recibe las visitas?

c. Qué apoyo recibió durante las visitas?

d. Piensa que estas visitas (de supervisión) son beneficiosas (apropiadas)?

10. Cuántas veces participó usted en actividades de capacitación durante el último año? En qué temas recibió capacitación?

11. Entrega usted informes a PLAN o el MSP sobre sus actividades?

EQUIPO E INSUMOS

12. Qué material y equipo utiliza usted?

13. Le falta, o le falto alguna vez, los insumos necesarios para realizar su trabajo?

14. Cuantos sobres de SRO ha distribuido en los últimos 6 meses?

15. Cuántos quedan? _____ . Alguna vez le faltaron sobres?

16. Las madres siempre buscan a usted cuando su niño tiene diarrea para pedir sobres?

17. Cuáles son las mayores limitaciones o problemas que encuentra en realizar su trabajo?

18. Qué sugiere usted para mejorar su trabajo? Habrán algunas cosas que necesitan ser modificadas para que funcionen mejor sus actividades? Cuáles?

NOTA: Visite el puesto de salud comunitaria y verifique la existencia y estado del paquete básico de insumos y equipo.

FORMULARIO #3A
ENTREVISTA CON PROVEEDORES DE SALUD

Nombre de la Institución:

Persona(s) Entrevistadas:

1. Por favor describa las actividades que realiza conjuntamente con PLAN en las siguientes áreas:
a) Planificación de actividades:

b) Capacitación a Voluntarios de Salud:

c) Capacitación al personal de su institución:

d) Supervisión a los Voluntarios:

e) Educación para la salud:

f) Ejecución de otras actividades de campo:

g) Monitoreo y evaluación de actividades (sistema de información):

2. Que ventajas ve Ud. en esta colaboración?

3. Que recomendaciones daría Ud. a su propia institución y a PLAN para que esta cooperación mejore?

4. ¿Qué sugerencias tiene para sostener las actividades de PLAN, una vez que su financiamiento termine?

FORMULARIO #4
ENTREVISTA A MADRES

Madres

1. Existen Voluntarios de Salud en su comunidad?

   ( ) SI ( ) NO

2. La visitan? ( ) SI ( ) NO

3. Si su respuesta a la pregunta No. 2 es SI, con qué frecuencia la visitan? Qué hace la Voluntaria?

4. Participó usted en reuniones educativas sobre temas de salud?

   ( ) SI ( ) No

5. Qué aprendió y que nuevos comportamientos esta practicando?

6. Quien le dio la capacitación?

7. Ha utilizado usted los sobres de SRO? ( ) SI ( ) NO

8. Si su respuesta a la pregunta No. 6 es SI, dónde lo ha obtenido?

9. Tiene usted sobres en la casa, en caso de emergencia?

71

FORMULARIO #3B
ENTREVISTA A ENFERMERAS Y MEDICOS DEL MSP

Nombre:

Cargo:

1. Desde cuándo trabaja este Sub-Centro _____ años/meses

2. Cuáles son sus funciones y responsabilidades principales?

3. Tiene usted (o el Sub-Centro) los manuales de procedimientos sobre CED, IRA, PAI, y Nutrición?

3. CED
   a. Cómo prepara el suero oral y cómo se administra?

   b. Cuáles son las señales de peligro para la deshidratación?

   c. Qué consejos da usted a las madres cuando sus niños tienen diarrea?

   d. Cómo sabe usted cuando hacer la referencia y a qué lugar referirlo?

   e. Qué medicamentos prescibe usted y en que casos?

4. IRA

a. Cuáles son las señales de peligro de neumonía?

Mencionó tiraje? SI _____ NO _____

Mencionó frecuencia respiratoria según edad? SI _____ NO _____

b. Qué consejos da usted a las madres sobre el cuidado del niño con IRA?

c. Cómo sabe usted cuando hacer a referencia y a qué lugar referirlo?

d. Qué medicamentos prescribe para la IRA moderada y la IRA severa?

5. PAI

a. Qué mensajes da usted a las madres sobre las inmunizaciones?

b. Qué vacunas deben recibir los niños y a qué edad deben recibir cada una?

c. Hace usted seguimiento a las madres que necesitan el toxoide tetánico? Cómo?

d. Han tenido insumos y biológicos en forma continua durante todo el año?

6. Nutrición

a. Qué mensajes da usted a las madres sobre la nutrición en general?

b. Participa en los pesajes realizadas en las comunidades?

c. Cuando está hablando con la paciente, la educa sobre la utilización del carnet infantil?

7. En que forma funciona la referencia y la contra-referencia?

8. Ha realizado educación para la salud en la comunidad en los últimos 6 meses.

9. Se realiza reuniones de SICOS? Explique como funcionan estas reuniones y quienes participan. (Indagar sobre la participación de los voluntarios de salud y líderes comunitarios.)

FORMULARIO #5
ENTREVISTA AL PERSONAL DE PLAN

IMPLEMENTACION DEL PROYECTO

Educación Comunitaria:

1. ¿Cuanto esfuerzo está dedicado a educación y promoción comunitaria en relación al esfuerzo dedicado a la prestación de servicios?

2. ¿Qué activadas de IEC se han realizado?

3. ¿Han utilizado información de los estudios CAP o de grupos focales o entrevistas para desarrollar los mensajes educativos?

4. ¿Los mensajes fueron probados y refinados?

5. ¿Cómo saben que los mensajes son uniformes en cada actividad educativo?

6. ¿Distribuyen material impreso?

7. ¿Fueron probados antes de imprimirlos?

8. ¿Son sencillos y útiles según el punto de vista de los comunarios?

9. ¿Cuál es el enfoque del Proyecto hacia la educación comunitaria?

10. ¿Han utilizado métodos no-tradicionales o actividades participativas?

11. ¿Cómo han medido el nivel de aprendizaje utilizando estos métodos?

Recursos Humanos

PERSONAL

1. ¿Cuántas personas están trabajando con el Proyecto, y en que categoría?

2. ¿Está adecuado el numero y mezcla de personas para las necesidades del proyecto (técnicas, gerenciales, y operacionales)

3. ¿Es eficiente este conjunto de personal? ¿Hay duplicación de esfuerzo de parte de las diferentes categorías de trabajadores (incluyendo los que no están involucrados en el proyecto)?

VOLUNTARIOS DE SALUD

4. ¿Cuál es el rol de voluntarios comunitarios en el Proyecto?

5. ¿Cuantos están trabajando actualmente, y en que intervenciones están trabajando?

6. ¿Cuantas horas por semana dedican al trabajo los VS y cuál es la tasa de deserción?

CAPACITACION

7. ¿La capacitación y la metodología son adecuados para cada intervención y cada nivel de trabajador?

8. ¿Hay resultados de pre y post tests? ¿Han hecho modificaciones según estos resultados?

9. Llenar la tabla sobre capacitación. Ver Formulario #5-B.

Suministros y Materiales para el Personal Local

1. ¿Qué materiales y suministros son esenciales o importante para cada tipo de trabajador, para cada centro de referencia y para cada intervención?

2. ¿Todos (trabajadores y centros de referencia) han tenido cantidades adecuadas de estos suministros para cada intervención (indicar fuente de información)?

3. ¿Qué porcentaje de cada tipo de trabajador visitado por el evaluador tuvo suministros adecuados y cuales estaban desabastecidos?

4. ¿Cómo es están utilizando estos suministros? ¿Son apropiados para el trabajado de cada tipo de trabajador?

Calidad

1. ¿El proyecto ha identificado y documentado los conocimientos y destrezas especificas, necesarias para madres, trabajadores y personal de salud para implementar cada intervención y lograr los objetivos?

2. ¿El proyecto ha evaluado los niveles de conocimientos y destrezas necesarias? Resuma los resultados.

3. ¿Qué tal son las destrezas de comunicación y consejeria de los trabajadores de salud?

Supervisión y Monitoreo:

1. ¿Qué tipo de supervisión y monitoreo se realiza en el proyecto?

2. Describa los sitios, frecuencia y duración de los contactos de supervisión con todos los tipos de personal y voluntarios:

3. ¿Cuál es la relación entre supervisores y supervisados en cada nivel? ¿Son apropiados?

4. ¿Qué porcentaje de la supervisión es consejeria/apoyo, evaluación de desempeño, capacitación en el puesto, y administración?

5. ¿Cómo evalúan y mejoran los supervisores la calidad de servicios? ¿Es adecuada la supervisión?

6. ¿Cuáles son los requerimientos de supervisión y monitoreo para la duración del proyecto?

Relaciones de Referencia

1. Indentifique los servicios de referencia y comente sobre acceso y calidad de servicios:

2. ¿Han utilizado los servicios de referencia en forma apropiadas?

3. ¿Cuál es la continuidad de relaciones entre los servicios de referencia y la comunidad?

4. ¿Es el dialogo entre comunidad y servicio de referencia adecuada?

5. ¿Están tomando alguna acción para mejorar/fortalecer los servicios de referencia o incrementar el acceso a los servicios?

80

FORMULARIO #6
ENTREVISTA AL PERSONAL DE PLAN

ADMINISTRACION DEL PROYECTO

Diseño del Proyecto

1. ¿Ha cambiado la zona objeto y tamaño de la población beneficiaria?

2. ¿Si el proyecto tuvo que cambiar sus estrategias, estuvo dispuesto la administración en hacer los cambios necesarios/apropiados? ¿Puede justificar los cambios?

Manejo y Utilización de Información

1. ¿Qué tipo de información está recolectada por el proyecto, tanto cualitativa como cuantitativa?

2. ¿Está funcionando el sistema de información?

3. ¿Quien esta manejando el sistema de información?

4. ¿Han compartido los resultados con los que han colectado los datos, con el personal del proyecto, contrapartes y comunarios?

5. ¿Qué lecciones han aprendido como resultado de la recolección de datos?

6. ¿Están institucionalizando las lecciones aprendidas al documentar, incorporar o compartir?

81

Manejo del Presupuesto

1. ¿Cómo se compara el ritmo de gastos con el presupuesto?

2. ¿Cómo justifica cambios presupuestarios que hayan ocurrido?

3. ¿Puede el proyecto lograr sus objetivos con el financiamiento restante?

4. ¿Es posible que no gastarán el presupuesto al terminar el proyecto? ¿Por qué?

Utilización de Apoyo Técnico

1. ¿Qué son los tipos de asistencia técnica que el proyecto ha necesitado hasta la fecha, y que asistencia han obtenido?

2. ¿Cuáles son las necesidades técnicas del proyecto durante los próximos 6 meses? ¿Hay alguna barrera en lograr este apoyo?

Relaciones con otras ONGs

1. ¿Qué evidencia hay de relaciones efectivas (redes) con otras PVOs y ONGs trabajando en salud y supervivencia infantil?

2. ¿Hay algunas situaciones en el país o en la comunidad que han afectado estas relaciones en forma positiva o negativa?

3. ¿Existe duplicación de esfuerzo/servicios o comparten recursos para mejorar la eficiencia?

Apoyo de la Oficina Central

1. ¿El apoyo administrativo de la sede son apropiados en cuanto a tiempo, frecuencia y las necesidades del personal de campo?

2. ¿Cuáles son las barreras para obtener monitoreo adecuado y apoyo técnico de la sede?

Relaciones con Contrapartes

1. ¿Cuales son las contrapartes principales?

2. ¿Qué actividades colaborativas se han realizado?

3. ¿Han habido intercambios de dinero, materiales o recursos humanos?

4. ¿El personal contraparte tienen la capacidad técnica y administrativa para asumir las responsabilidades para las actividades de CS?

5. ¿Hay un dialogo abierto entre PLAN y las contrapartes?

6. ¿Cuál es la relación de contraparte con la comunidad?

ANNEX D

LIST OF CONTACTS

PERSONS INTERVIEWED

HEALTH PERSONNEL

1. SUB-CENTRO DE SALUD BORRERO
   Dra. Irma Carrión

2. SUB-CENTRO DE SALUD JAVIER LOYOLA
   Dr. Luis Abad
   Dr. Dario Narvaez
   Lic. Betty Fernandez

3. SUB-CENTRO DE SALUD GENERAL MORALES
   Dr. Edwin Avila
   Lic. Narcisa Lozano

4. SUB-CENTRO DE SALUD TAMBO
   Dr. William Montalvo

5. SUB-CENTRO DE SALUD LUDO
   Dr. Mauricio Ochoa

6. SUB-CENTRO DE SALUD JIMA
   Dr. Diego Correa

7. HOSPITAL DE PAUTE
   Dr. Carlos Eduardo Caceres
   Aux. Enfermería Enrique Rivera
   Lic. Marlene Galindo

8. SUB-CENTRO DE SALUD INGAPIRCA
   Dra. Ligia Bunay
   Lic. Rosa Vasquez

COMMUNITY HEALTH WORKERS

1. Rosario Angamarca
2. María Lazo
3. Petrona Pilla
4. Ramona Quishpe
5. Blanca Carpio
6. Celia Mayancela
7. María Eugenia Calle
8. Rosa Altamirano
9. María Gloria Crespo
10. María Elena Saca
11. Nancy Fernándes
12. Mariana Orellana
13. María Brito
14. Rosa Quito
15. Mercy Maya
16. Mariana Zhuno
17. María Naranjo
18. Rosa Elvira Huerta
19. María Revelo
20. Teresa Cuzco

COMMUNITY LEADERS

1. EL CARMEN
   Cesar Rabambari

2. MOTILON
   Juan Mayancela
   Manuel Acosta

3. EL CISNE (SALADO)

   María Huerta
   Antonio Huerta
   Manuel Chuqui
   Antonio Tenesaca

4. MOLOBOG (VENTANAS)
   José Sanango
   Juan Sanango

5. BUENA VISTA
   Antonio Calle
   Olga Jiménez

6. CAPISHAPA
   Luis Alfonso Tenemasa
   César Quituisaca
   José Mayaguari

7. SAN JOSE DE ROMERILLO
   Roberto Lazo
   Miguel Quishpe

8. TACADEL
   Seferino Malla
   Elvia Lituma

9. VILLAFLOR
   José Orellana
   Jose Alejandro Orellana

MOTHERS

Durng the site visits 144 mothers were interviewed in 9 communities. However, all of their names were not recorded during the interviews. Following are the names of some of the mothers.

Pampavintimilla

1. Rosa Chuya
2. Elba Gonzalez
3. Gerardina Campoverde
4. Martha Siguencia
5. Angelita Apuango
6. Margarita Chicaiza
7. Laura Hervas
8. Alejandrina Rivera
9. Maria Chicaiza

El Carmen

1. Rosa Arevalo
2. Jaquelina Marin
3. Susana Rivas
4. Eliana Pinos
5. Marina LLiguisaco
6. Rosa LLiguisaco
7. Crisitna Rojas
8. Soila Choca
9. Olga Coraysaca
10. Ruth Panega

Villaflor

1. Maria Buestan
2. Mercedes Berneo
3. Luz Saramiento
4. Julia Leon
5. Laua Alvarado
6. Merceds Buestan
7. Blanca Orellana
8. Rosa Orellana
9. Rocio Berneo
10. Zorle Orellana
11. Aida Orellana
12. Carmen Orellana
13. Alicia Buertan
14. Alicia Orellana

Tacadel

1. Manuel Tenesma
2. Remi Zhuris
3. Manuel Ortega
4. Zoila Matailo
5. Julia Zhuris
6. Marcia Jacaquiri
7. Elisa Morocho
8. Juanita Morocho
9. Rosalia Malla

ANNEX E

LIST OF DOCUMENTS REVIEWED

DOCUMENTS REVIEWED

1. Annual Report of the Child Survival X Project, PLAN International Austro, Cuenca Ecuador, October 1990.

2. A Child Survival X Country Proposal, Childreach USA, PLAN International, December 1993.

3. Bossert, Thomas J., Sustainability and Child Survival: Are They Compatible, APHA Presentation, September 1990.

4. Bossert, Thomas J., Can They Get Along Without Us? Sustainability of Donor Supported Health Projects in Central America and Africa, Social Science Medicine, Vol.30, No. 9, Great Britain, 1990.

5. Detailed Implementation Plan, Child Survival X Project, Childreach, PLAN International, submitted to US Agency for International Development, Washington, D.C., March 1995.

6. Mid-term Evaluation Guidelines, US Agency for International Development, Washington, D.C., May, 1996.

7. Tam, Luis, Resumen de Resultados: Encuestas de Linea de Base en Salud Materno-Infantil, PLAN International, Ecuador, 1995.

8. Technical Review of the DIP: PLAN/Ecuador, US Agency for International Development, Washington, D.C., September 1995.

ANNEX F

COMPARISON OF BASELINE AND MID-TERM KPC RESULTS

PLAN INTERNACIONAL AUSTRO
INDICADORES DE PRINCIPALES INTERVENCIONES DE SALUD

I. LACTANCIA, NUTRICION INFANTIL,
CONTROL Y PROMOCION DE CRECIMIENTO

INDICADOR	META (DIP)	LINEA DE BASE	MEDIO TERMINO
% de niños de 0-23 meses de edad con carnet de crecimiento	---	69.2%	72.9%
% de niños de 0-23 meses de edad que se han pesado en los últimos 4 meses (1)	50.0%	21.7%	60.6%
% de niños de 12-23 meses de edad que pesan menos de -2 desviaciones estándar	22.0%	---	---
% de niños que iniciaron su lactancia materna en las primeras 8 horas del parto	65.0%	54.3%	74.3%
% de niños de 0-3 meses de edad que están recibiendo lactancia materna exclusiva	---	60.6%	93.5%
% de niños de 6-9 meses de edad que están recibiendo alimentación sólida (2)	40.0%	75.0%	100.0%
% de niños de 20-23 meses de edad que siguen lactando	---	25.0%	54.8%

1. Meta original (DIP): Número de niños de 0-23 meses que participan en CPC cada dos meses.

2. Meta original (DIP): Se tomó en cuenta a los niños de 5-9 meses; el dato impreciso es de 26.0% recibiendo alimentación sólida.

93

II. VACUNACIONES

INDICADOR	META (DIP)	LINEA DE BASE	MEDIO TERMINO
% de niños de 12-23 meses de edad con carnet de vacunación	---	62.7%	74.8%
% de niños de 12-23 meses de edad, con la vacuna DPT1	---	59.7%	68.3%
% de niños de 12-23 meses de edad, con la vacuna DPT3 (3)	60.0%	53.0%	61.9%
% de niños de 12-23 meses de edad, con antisarampionosa	---	55.9%	55.4%
% de niños de 12-23 meses de edad, con la vacunación completa	---	---	52.5%
Tasa de deserción de DPT1/DPT3	---	11.2%	9.5%
% de madres con por lo menos una vacuna del toxoide tetánico (4)	40.0%	---	4.5%

3. Meta original (DIP): Número de niños de 12-23 meses de edad, que reciben la dosis completa de inmunizaciones (BCG, OPV3, DPT3, antisarampionosa). La vacuna DPT3 está tomada como una medida estándar.

4. Meta original (DIP): 40 % de mujeres en edad fértil (15-49), con por lo menos dos vacunas TT.

94

III. CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

INDICADOR	META (DIP)	LINEA DE BASE	MEDIO TERMINO
% de niños de 0-23 meses de edad con diarrea, que continuaron su alimentación	---	44.8%	36.1%
% de niños de 0-23 meses de edad con diarrea, que continuaron lactancia materna	---	81.2%	79.2%
% de niños de 0-23 meses de edad con diarrea, que recibieron suero oral (5)	85.0%	18.0%	41.2%
% de niños de 0-23 meses de edad con diarrea, que recibieron suero casero (6)	85.0%	2.7%	10.5%
% de niños de 0-23 meses de edad con diarrea, que recibieron farmacéuticos	---	23.3%	46.5%
% de niños de 0-23 meses de edad con diarrea, y que fueron referidos a:			
• personal de salud (médico, enfermera, auxiliar de enfermeria)	---	69.2%	72.8%
• curandero	---	6.4%	4.4%
• voluntario de salud	---	14.5%	12.3%
• farmacia/botica	---	3.2%	0.9%
• amigos/familiares	---	20.9%	5.3%
% de madres con niños de 0-23 meses de edad, que conocen los siguientes signos de peligro durante la diarrea:			
• deshidratación (7)	50.0%	10.1%	47.3%
• vómitos	"	14.9%	13.0%
• sangre en las heces	"	0.7%	4.1%
• niño no come ni lacta	"	18.3%	40.1%

5. Meta original (DIP): Aumentar el número de casos de EDAs tratados con la terapia de rehidratación oral (TRO). Ambos el suero oral y el suero casero están considerados en su conjunto como TRO.

6. Idem.

7. Meta original (DIP): Aumentar el número de madres que reconocen los signos de peligro en EDAs. La deshidratación está tomada como una medida estándar.

IV. CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

INDICADOR	META (DIP)	LINEA DE BASE	MEDIO TERMINO
% de niños de 0-23 meses de edad con tos y respiración rápida, y que fueron referidos a:			
● personal de salud (médico, enfermera, auxiliar de enfermería) (8)	70.0%	44.7%	62.4%
● voluntario de salud (9)	"	10.6%	5.5%
% de madres con niños de 0-23 meses de edad, que conocen los siguientes signos de peligro en niños con tos:			
● respiracion rápida o agitada	---	35.0%	59.2%
● retracciones intercostales	---	1.5%	2.1%
● somnolencia	---	18.6%	27.1%
● niño no come ni lacta	---	17.9%	.38.7%

8. Meta original: Ambos los servicios de salud y los voluntarios de salud están considerados conjuntamente.

9. Idem.

ab

ANNEX G

KPC SURVEY REPORT

VI. INTRODUCCION

La Encuesta de Conocimientos, Prácticas y Coberturas, tiene como objetivo analizar la situación de salud de la población de los ámbitos donde PLAN Internacional Austro trabaja, con la finalidad de realizar los aspectos cuantitativos de la Evaluación de Medio Término de 1996. Con los resultados de la Encuesta, se podrá medir el progreso del programa, desde la primera encuesta de la Línea de Base de 1994. Estos resultados se tratan de indicadores de la Superviveencia Infantil; en adición, se ha sacado datos de la Salud Materna y Reproductiva, con el fin de tener información de base para nuevos componentes del programa.

La Encuesta sobre Conocimientos, Prácticas y Coberturas en Supervivencia Infantil y Salud Materna, tiene como su objetivo principal la recolección de indicadores y datos específicos de la salud, referentes a la población que atienden los programas de PLAN Internacional Austro. Estos indicadores son relativos a las tasas y estadísticas vitales, que comprenden un aspecto importante en la planificación, seguimiento y evaluación del programa de salud que se realiza PLAN Austro en las provincias de Azuay y Cañar.

La Encuesta, un estudio de naturaleza cuantitativa, debe proveer una fuente de datos sobre indicadores específicos, y también conocimientos y prácticas de salud, entre la población meta: las madres y sus niños menores de dos años de edad en las zonas del trabajo. Los resultados obtenidos por la Encuesta son principalmente para establecer información para los indicadores de Supervivencia Infantil y Salud Materna y sus intervenciones respectivas, y para observar la tendencia de estos durante la vida del programa. Deben servir para la planificación de las actividades de salud, la toma de decisiones y, con un seguimiento adecuado, para medir y evaluar mejor los progresos y/o retrasos y actividades del programa durante su transcurso. También, los datos de conocimientos y creencias pueden servir para el establecimiento de objetivos más directos y realistas; para comparar con los resultados de evaluaciones futuras y periódicas del programa; y para orientar el enfoque del diseño de materiales y mensajes educativos.

Así, los objetivos principales de la Encuesta sirven para proveer información relevante de la salud de la población meta, de la siguiente manera:

1. Evaluar los indicadores y estrategias de salud basados en:

    1.1. Los conocimientos y opiniones que las madres de los niños menores de dos años tienen respecto a, primero, las mayores amenazas a la salud de sus niños y, segundo, las formas de prevenir las enfermedades, o por lo menos mitigar las consecuencias. Estos conocimientos y

98

opiniones se tratan de varios aspectos de la supervivencia infantil, o sean: la cobertura de inmunizaciones; los tratamientos apropiados para las enfermedades diarréica agudas (EDAs) y las infecciones respiratorias agudas (IRAs); el control de crecimiento; y la lactancia materna, alimentación, nutrición y destete de los niños.

1.2. Las prácticas actuales de las madres respecto a los aspectos mencionados arriba.

1.3. Tasas de cobertura en inmunizaciones para los niños menores de dos años.

1.4. Estimación de la prevalencia de enfermedades diarréicas, y síntomas compatibles con las infecciones respiratorias agudas, en las dos semanas previas al estudio.

1.5. El control prenatal, atención de partos y estimación del porcentaje de madres usando algún método de planificación familiar.

1.6. Conocimientos de algunos temas de las enfermedades sexualmente transmitidas, principalmente el SIDA, y el cuidado del cáncer de la mujer.

2. Identificar grupos claves de la comunidad, para enfocar y dirigir mensajes educativos y sus acciones respectivas.

II. METODOLOGIA

A. Métodos de investigación

El cuestionario utilizado en la Encuesta sobre Conocimientos, Prácticas y Coberturas en Supervivencia Infantil y Salud Materna, para el levantamiento de datos cuantitativos --o sea, su instrumento principal de investigación-- fue diseñado para recolectar información relevante para las intervenciones actuales y propuestas del programa de salud de PLAN Internacional Austro.

Las preguntas del cuestionario de la Encuesta se basan en varios indicadores de la salud materno-infantil, los cuales tienen que ver con los indicadores propuestos por PLAN Austro. El cuestionario mismo (ver Anexo B), consiste de preguntas dirigidas a las madres de niños menores de dos años de edad. Los temas del cuestionario, tal como las mismas preguntas, se basan en un modelo desarrollado anteriormente por la Universidad Johns Hopkins (Baltimore, Estados Unidos de Norteamérica); este modelo ya sirve como un tipo estandarizado para los programas de supervivencia infantil y salud materna, a través de experiencias en varios países con tales instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la

Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la United States Agency for International Development (USAID). El modelo fue adaptado según las necesidades respectivas de PLAN Austro, en consulta con el personal de la institución.

Las secciones del cuestionario son agrupadas de la siguiente manera:

Pregunta	Tema
G1-G7	Datos generales de la madre
L1-L11	Lactancia materna, alimentación del niño y control de crecimiento
V1-V12	Inmunizaciones (PAI)
D1-D7	Enfermedades diarréicas agudas (EDAs)
R1-R5	Infecciones respiratorias agudas (IRAs)

El cuestionario está compuesto mayormente por una serie de preguntas cerradas, de tipo nominal, ordinal y contingencia. La secuencia empieza con las preguntas más sencillas y fáciles, y sigue a las más complejas y delicadas.

B. Determinación de la muestra

En relación a la muestra escogida para la Encuesta, la fórmula básica usada para el cálculo el tamaño de ésta, es la siguiente:

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

Donde n = el tamaño de la muestra; z = la certeza estadística escogida; p = la tasa estimada de la intervención o prevalencia; q = 1 - p; y d = la precisión deseada.

La certeza estadística escogida, "z", es de 95% del límite de confidencia, o 1.96. Los demás requerimientos para el tamaño de la muestra utilizado en la encuesta, toman en cuenta múltiples intervenciones y prevalencias de supervivencia infantil y salud materna. Por lo tanto, el tamaño de la muestra fue seleccionado dentro de los requerimientos de la intervención hipotética que necesita la muestra, o la frecuencia, más grande para asegurar confianza en los resultados: el valor "p" fue definido como esta intervención. En el caso específico de la zona de trabajo de PLAN Austro, se tomó como la intervención de referencia los parámetros estándar de la prevalencia estimada de ser la tasa más grande, la de 50%, o .5. El valor "d", la precisión deseada, o el margen de error aceptado, depende del propósito de la encuesta. En este caso, con el objetivo de encontrar y evaluar tasas epidemiológicas estadísticamente confiables para un estudio con fines de planificación, seguimiento y evaluación, se tomó la precisión de 10%, o .1. Así que:

180

$$n = (1.96^2)(.5^2)/(.1^2)$$

$$n = (3.84)(.25)/(.01)$$

$$n = 96$$

Esta es la cantidad establecida como estándar para un muestreo aleatorio simple. El modelo original elaborado por la OMS, para las encuestas como parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones, era de 210 cuestionarios, tomando en cuenta los posibles sesgos por los efectos de un muestreo por conglomerados (tal como detallado abajo): se dobló el muestreo simple, con el aumento de otros individuos para llegar a una cantidad divisible por 30 (conglomerados). Un total de 300 cuestionarios en la muestra era designado después, para compensar por los otros indicadores e intervenciones añadidos en una encuesta de conocimientos, prácticas y coberturas.

Los límites de confidencia estimados se calcularon usando la siguiente fórmula:

$$\text{95\% límite de confidencia} = p \pm z \sqrt{(pq/n)}$$

Donde p = la proporción en la población; z = el valor constante de acuerdo a la curva normal estadística (1.96); q = 1 - p; y donde n = el tamaño determinado de la muestra. Aquí también se toma en cuenta el efecto de la muestra por conglomerados, como detallado abajo. Así que:

$$p = .5 \pm 1.96 \sqrt{(.5 \times .5/300)}$$

$$p = .5 \pm .06$$

$$p = .44 \leq p \leq .56$$

C. Selección de la muestra

La técnica establecida por la OPS/OMS para la muestra en encuestas epidemiológicas de programación y evaluación, es la de un conjunto de grupos supuestamente homogéneos, dentro de la población meta, que se designan "conglomerados". La muestra está en dos etapas con probabilidades iguales; es decir que cada niño menor de dos años y sus madres tuvieron una probabilidad idéntica y conocida de ser seleccionados a la muestra. La cantidad mínima recomendada para obtener resultados estadísticamente confiables en una muestra por conglomerados, como detallado arriba, es de 300 encuestas, repartidas entre 30 conglomerados; o sean, en este caso, encuestas con 10 madres con niños menores de dos años en cada conglomerado. Un muestreo de esta forma es igual de confiable como otro al azar, pero aunque se requiere un tamaño de encuestas más amplio en

compensación por escoger a los individuos dentro de grupos, y no cada uno al azar, el proceso del estudio resulta ser menos costoso en tiempo y recursos económicos: no existe la necesidad de repetir la selección aleatoria de los individuos, un total de 96 veces. También, la muestra provee datos basados en la misma población, y sin la necesidad de tener un padrón de los individuos. Sin embargo, hay que reconocer que el propósito de una encuesta de esta naturaleza es para los fines de planificación, evaluación y aplicación inmediata, y no para que sea una investigación científicamente formal. Se puede señalar sus desventajas como la posibilidad de sobreestimar algunas prevalencias; reducidos límites de confidencia en las sub-muestras; y su debilidad al hacer comparaciones entre los conglomerados: los resultados son más bien globales.

Las unidades primarias de las dos etapas de la muestra --las 30 comunidades de la región incluidas en la muestra-- fueron seleccionadas por un muestreo sistemático, incluyendo al total de las 111 comunidades donde trabajo PLAN Austro. Este proceso se realizó en base a la población respectiva de cada comunidad, y utilizando el programa de computación COSAS v.4 en su módulo COSTAT, que sigue la misma técnica que usa la OMS: ordenar todas las comunidades incluidas en la zona de trabajo, y contar por un intervalo de muestreo calculado por el número total de habitantes sobre el número de conglomerados a incluir, comenzando con un número aleatorio.

D. Conducción de los métodos de investigación

El levantamiento de datos de la Encuesta se realizó en cuatro días consecutivos, del 11 al 14 de julio de 1996. Se logró conseguir un total de 292 cuestionarios válidos para procesar, de todas las comunidades; ocho menos de la cantidad meta. Existían errores menores en algunos cuestionarios, por descuido del encuestador o digitador; sin embargo, ninguno de ellos era tan grave que fue necesario la anulación del cuestionario respectivo, después de las revisiones y la limpieza de datos.

E. Procesamiento y análisis de los datos

Los datos recopilados por la encuesta, fueron entrados y analizados en el paquete de computación Epi Info v.5.01b. Se procesó la distribución de frecuencias para cada pregunta de la encuesta. En unos casos se hicieron tablas cruzadas, para conseguir indicadores de segundo orden. También se elaboraron unos gráficos relevantes, utilizando el programa Harvard Graphics.

III. RESULTADOS

Las respuestas y datos que siguen corresponden a las preguntas principales de la Encuesta sobre Conocimientos, Prácticas y Coberturas en Supervivencia Infantil y Salud Materna. Algunas de las preguntas no fueron contestadas por todas las madres encuestadas, mayormente porque no eran apropiadas (debido a un "salto"; por ejemplo, una pregunta referente a las diarreas, si el niño no había tenido ningún caso de diarrea últimamente); así se crearon algunas sub-muestras, con sus consecuentes variaciones en los límites de confidencia.

Los resultados de los 292 cuestionarios procesados están a continuación. La estructura del análisis sigue el orden de los temas principales de la encuesta.

1. Datos generales

Los siguientes datos, de carácter socio-económico, proporcionan un marco general de las madres, en cuanto a tales factores como sus edades, sus niveles educativos, y otras personas quienes cuidan del niño.

1.1. Edad de la madre. La edad promedio de las madres encuestadas es de 27.6 años cumplidos, con una desviación estándar de 7.35. En los límites de la muestra, habían dos madres de 15 años y una de 49 años: ellas se coinciden con los también límites de la llamada edad fértil (15-49 años), y sobrepasan a los parámetros de los dos grupos de más alto riesgo por edad, en cuanto a la salud materna: las menores de 18 años y las mayores de 35 años. Específicamente, dentro de este grupo de alto riesgo había un total de 74 mujeres (25.3%) en la muestra: 19 mujeres de 18 años o menos, y 55 de 35 años de edad o más.

La tabla de los resultados está a continuación:

Cuadro 1. Edad de la madre	Frec.	Porc.	Acum.
15	2	0.7%	0.7%
16	2	0.7%	1.4%
17	6	2.1%	3.4%
18	9	3.1%	6.5%
19	11	3.8%	10.3%
20	16	5.5%	15.8%
21	13	4.5%	20.2%
22	16	5.5%	25.7%
23	27	9.2%	34.9%
24	15	5.1%	40.1%
25	18	6.2%	46.2%
26	18	6.2%	52.4%
27	22	7.5%	59.9%
28	12	4.1%	64.0%
29	13	4.5%	68.5%
30	11	3.8%	72.3%
31	5	1.7%	74.0%
32	9	3.1%	77.1%
33	5	1.7%	78.8%
34	7	2.4%	81.2%
35	6	2.1%	83.2%
36	6	2.1%	85.3%
37	4	1.4%	86.6%
38	5	1.7%	88.4%
39	6	2.1%	90.4%
40	2	0.7%	91.1%
41	7	2.4%	93.5%
42	7	2.4%	95.9%
43	4	1.4%	97.3%
44	1	0.3%	97.6%
45	3	1.0%	98.6%
46	2	0.7%	99.3%
48	1	0.3%	99.7%
49	1	0.3%	100.0%
Total	292	100.0%	

1.2. Nivel de educación alcanzado. Efectivamente, más de la mitad de las madres encuestadas, 151 mujeres (51.7%), reportaron que no habían tenido ningún nivel de educación formal, o que no habían terminado con la escuela primaria (ver Gráfica 1). Tomando en cuenta que ellas en muchos casos pueden ser analfabetas funcionales, se podría postular que existen niveles de analfabetismo femenino elevados. Sin embargo, una mayoría de 242

mujeres, o 82.9%, sí pudieron leer una escritura sencilla, mostrada para ellas durante la entrevista. La categoría de "primaria" era definida como todos los cursos hasta sexto básico.
La tabla de los resultados está a continuación:

Cuadro 2. Nivel de educación	Frec.	Porc.	Acum.
Ninguno	38	13.0%	13.0%
Primaria incompleta	113	38.7%	51.7%
Primaria completa	110	37.7%	89.4%
Secundaria incompleta	22	7.5%	96.9%
Secundaria completa o más	9	3.1%	100.0%
Total	292	100.0%	

1.3. Edad del niño. La edad promedio de los niños en la encuesta es de 11.3 meses cumplidos, con una desviación estándar de 6.38. La edad "0" indica que el niño tiene menos de un mes cumplido.

La tabla de los resultados está a continuación:

125

1.4. Cuidado del niño. Menos de la mitad de las madres (43.5%) llevan sus hijos con ellas, cuando salen de sus casas. Otras personas quienes cuidan del niño incluyen mayormente a los hermanos mayores y otros parientes; sin embargo, muy pocos esposos o compañeros se encargan del cuidado de sus hijos (1.4%).

Cuadro 5. Persona que cuida del niño	Frec.	Porc.
Niño va con la madre	127	43.5%
Esposo/compañero	4	1.4%
Hermanos mayores	85	29.1%
Abuelos/Parientes	63	21.6%
Amigos/Vecinos	3	1.0%
Guardería	8	2.7%
Nadie (se queda solo)	2	0.7%
Total	292	100.0%

2. Lactancia materna, alimentación, y control de crecimiento

Se les preguntó a las madres en la encuesta de sus prácticas dominantes, en cuanto a la lactancia materna y la alimentación complementaria con sus niños:

2.1. Lactancia actual. Un total de 241 madres (82.5%), reportaron en esta pregunta de la encuesta que estaban dando seno a sus niños actualmente. 51 madres (17.5%) ya no estaban dando de mamar, o nunca lo habían iniciado.

2.2. Destete. Tomando en cuenta solamente a las 51 madres que ya no estaban dando pecho a sus hijos, el promedio del destete es de 10.9 meses.

Los resultados de la encuesta en referencia a los meses del destete, son los siguientes:

tenían un peso dentro de lo normal; 52 (29.4%) estaban registrados con un peso debajo de lo normal; y 6 niños (3.4%) estaban registrados con un peso por encima de lo normal.

El límite de confidencia para esta pregunta de los niños pesados, es de $.43 \leq p \leq .57$.

3. Inmunizaciones

Las coberturas de inmunizaciones analizadas son de acuerdo a los carnets de salud infantil, para los 213 niños (madres) que lo tenían para presentar en la encuesta. Entre los niños de 0 a 11 meses de edad, un total de 109 (71.2%) de ellos tenían carnets; y de los niños entre 12 a 23 meses, un total de 104 (74.8%). Se analiza por vacuna y por rangos de un año de edad, tomando en cuenta al total de niños vacunados (con carnet) sobre el total de niños (madres) encuestados.

3.1. BCG. 191 del total de 292 niños de la encuesta (65.4%), podían presentar un carnet de inmunizaciones con la vacuna BCG, contra la tuberculosis, registrada. 68.3% de los niños entre 12 a 23 meses tenia la vacuna BCG.

Cuadro 9.

BCG	Dosis Unica	%	Total niños
0 a 11 meses	96	62.7	153
12 a 23 meses	95	68.3	139
Total	191	65.4	292

3.2. OPV. 119 del total de niños (40.8%) tenían carnets con la serie completa (tres dosis) de la vacuna OPV, contra la poliomielitis, registrada. 61.2% de los niños entre 12 a 23 meses tenia la dosis completa de la vacuna OPV. La tasa de abandono entre los niños de 12-23 meses, de la primera a la tercera dosis de la vacuna OPV, es de 10.5%.

La tabla está a continuación:

Cuadro 10.

Antipolio	1ra	%	3ra	%	Total niños
0 a 11 meses	88	57.5	34	22.2	153
12 a 23 meses	95	68.3	85	61.2	139
Total	183	62.7	119	40.8	292

3.3. DPT. 115 del total de niños (39.4%) tenían carnets con la serie completa (tres dosis) de la vacuna DPT (difteria, pertussis, tétanos) registrada. 61.9% de los niños entre 12 a 23 meses tenia la dosis completa de la vacuna DPT. La tasa de abandono entre los niños de 12-23 meses, de la primera a la tercera dosis de la vacuna DPT, es de 9.5%.

Cuadro 11.

DPT	1ra	%	3ra	%	Total niños
0 a 11 meses	85	55.6	29	19.0	153
12 a 23 meses	95	68.3	86	61.9	139
Total	180	61.6	115	39.4	292

3.4. Sarampión. 89 del total de 292 niños de la encuesta (30.5%), podían presentar un carnet de inmunizaciones con la vacuna contra el sarampión registrada. 55.4% de los niños entre 12 a 23 meses tenia la vacuna antisarampionosa.

Cuadro 12.

Antisarampionosa	Dosis Unica	%	Total niños
0 a 11 meses	12	7.8	153
12 a 23 meses	77	55.4	139
Total	89	30.5	292

3.5. Dosis completa. En referencia solamente a los niños de 12-23 meses de edad, un total de 73 (52.5%) tienen la inmunización completa, de las cuatro vacunas. La tasa de abandono global para los niños de 12-23 meses de edad, es de 18.9% (calculada como la diferencia entre las coberturas de las vacunas BCG y antisarampionosa).

4. Enfermedades diarréicas agudas

4.1. Prevalencia de EDAs. Un total de 114 de las madres encuestadas, o 39.0%-- reportó que sus niños estaban enfermos con diarreas actualmente, o durante las últimas dos semanas previas a la encuesta. 54 niños de este total eran menores de 12 meses de edad; o sea, 47.4% de todos los niños con EDAs reportadas, y 35.3% de todos los niños de ese grupo etario. Diarrea está definida aquí según el criterio de la Organización Mundial de Salud, como más de cuatro evacuaciones líquidas por día, o durante tres días seguidos.

El límite de confidencia global para las preguntas de las EDAs, es de $.41 \leq p \leq .59$.

4.2. Lactancia durante episodios. Tomando en cuenta a las 114 madres quienes reportaron que sus hijos estaban con diarrea, un total de 18 ya no lactaban nunca a los niños. Las 96 madres quienes siguieron lactando informaron de la siguiente forma, referente a la lactancia materna y la cantidad de leche dada al niño durante su episodio de diarrea. 76 madres (79.2%) continuaron lactando de alguna forma durante el episodio, dándole al niño la misma cantidad de leche o más, en relación a lo dado antes. (Ver Gráfica 5, para esta y las siguientes dos preguntas).

Cuadro 13. Cantidad de leche dada durante EDA	Frec.	Porc.
Más que cuando sano	29	30.2%
Menos/le quitó	20	20.8%
Igual que cuando sano	47	49.0%
Total	96	100.0%

4.3. Consumo de otros líquidos. Las madres de los niños con diarrea reportaron de la siguiente forma, referente a la cantidad de líquidos dada al niño durante su diarrea. Esto incluye solamente a las madres que ya estaban dando otros líquidos como costumbre al niño, habiendo suspendido la leche materna exclusiva;

el total de estas madres en este caso era 97. 28 madres (28.9%) dieron menos líquidos de lo normal, a pesar de la diarrea; 69 madres, o 71.1%, dieron la misma cantidad o más.

Cuadro 14. Cantidad de líquidos dada durante EDA	Frec.	Porc.
Más que cuando sano	45	46.4%
Menos/le quitó	28	28.9%
Igual que cuando sano	24	24.7%
Total	97	100.0%

4.4. Consumo de comidas. Las madres de los niños con diarrea reportaron de la siguiente forma, referente a la alimentación del niño con comidas sólidas, durante el episodio de diarrea. También incluye solamente a las 97 madres que ya estaban dando otras comidas de costumbre, habiendo suspendido la leche materna exclusiva. 62 madres (63.9%) dieron menos comida de lo normal, a pesar de la diarrea; y 35 madres (36.1%) dieron igual o más de cantidad.

Cuadro 15. Cantidad de comidas dada durante EDA	Frec.	Porc.
Más que cuando sano	10	10.3%
Menos/Le quitó	62	63.9%
Igual que cuando sano	25	25.8%
Total	97	100.0%

4.5. Tratamientos. Cuando se les preguntó si le habían dado tratamiento alguno al niño con diarrea, un mínimo de seis madres (5.3%) de las 114 respondieron que no le habían dado nada. Las respuestas de ellas y las otras 108 madres (94.7%) que sí afirmaron haber dado algún tratamiento, fueron las siguientes (pudieron señalar más de solamente un tratamiento); 51.8% habían usado alguna forma del tratamiento de rehidratación oral (TRO), aunque no siempre era los sobres de rehidratación oral (ver Gráfica 6).

La tabla está a continuación:

Cuadro 16. Tratamientos para EDAs	Frec.	Porc.
Ningún tratamiento dado	6	5.3%
Sobres de suero oral	47	41.2%
Suero casero	12	10.5%
Farmacéuticos (jarabes, pastillas, etc.)	53	46.5%
Medicina tradicional (yerbas, etc.)	66	57.9%

4.6. Fuentes de auxilio. Entre las personas o instituciones disponibles a la gente de las comunidades, las siguientes fueron las opciones señaladas por las 114 madres encuestadas, para ayuda exterior cuando su niño estaba con diarrea. 20 madres (17.5%) no fueron a ningún lugar con su hijo cuando tuvo diarrea, pero 94 (82.5%) acudieron a por lo menos un lugar (pudieron indicar más de una sóla fuente de auxilio). Un total de 72.8% de las madres acudió a algún servicio (público o privado) y algún personal de salud moderno (médico, enfermera, auxiliar de enfermeria), para tratar la diarrea de su hijo.

La tabla de los resultados está a continuación:

Cuadro 17. Fuentes de auxilio para EDAs	Frec.	Porc.
Ninguna fuente de auxilio	20	17.5%
Hospital	14	12.3%
Centro, sub-Centro, puesto de salud	43	37.7%
Voluntario de salud	14	12.3%
Médico, clínica particular	26	22.8%
Curandero	5	4.4%
Farmacia, botica	1	0.9%
Parientes, amigos, vecinos	6	5.3%

4.7. Reconocimiento de signos y síntomas de gravedad. A todas las madres (con o sin un niño con diarrea), se les preguntó qué signos o síntomas de gravedad de la diarrea, les harían pensar que el niño pudiera estar en peligro, y así con la necesidad de buscar alguna ayuda externa (ver Gráfica 7). La respuesta más común como causa de preocupación, era la misma duración de la diarrea (55.1%); ésta fue seguida por algún signo de deshidratación (47.3%); y después la pérdida de apetito (40.1%) y alguna condición de debilidad en el niño (39.7%). En la categoría de "otros", se incluyen tos tales respuestas como "molestoso" y "llora mucho", y también referencias a la palidez y que "se pone amarillo", esto evidentemente debido a los mensajes en cuanto al cólera.

Las condiciones identificadas por las madres, fueron las siguientes (era posible señalar más de una sóla opción):

Cuadro 18. Signos y síntomas de EDAs	Frec.	Porc.
Vómitos	38	13.0%
Signos de deshidratación	138	47.3%
Diarrea prolongada	161	55.1%
Sangre en las heces	12	4.1%
No come ni lacta	117	40.1%
Débil, desganado	116	39.7%
Fiebre	67	22.9%
Otros	18	6.2%

5. Infecciones respiratorias agudas

5.1. Prevalencia de IRAs. Casi la mitad, 145 de las madres encuestadas (49.7%), reportaron que actualmente sus niños estaban con alguna clase de tos, o que la habían tenido durante las dos últimas semanas previas a la encuesta. Tomando en cuenta solamente a estas 145 madres, un total de 109 (75.2%) de ellas afirmaron que su niño también había sufrido de problemas como la respiración rápida o el ahogo, unos signos de posible gravedad. En referencia al total de 292 niños, el porcentaje es de 37.3% reportando esta condición.

El límite de confidencia para las siguientes preguntas en referencia a las IRAs, es de $.41 \leq p \leq .59$.

5.2. Fuentes de auxilio. Entre las posibles personas o instituciones, las siguientes fueron las opciones de ayuda señaladas por las 109 madres que tenían un niño con tos y otros problemas respiratorios. 29 madres (26.6%) no fueron a ningún lugar con su hijo cuando tuvo el problema respiratorio, pero 80 (73.4%) acudieron a por lo menos un lugar (las madres pudieron indicar más de una sóla fuente de auxilio).
Un total de 62.4% de las madres acudió a algún servicio (público o privado) y algún personal de salud moderno (médico, enfermera, auxiliar de enfermeria), para ayuda con el problema respiratorio de su hijo.

La tabla está a continuación:

Cuadro 19. Fuentes de auxilio para IRAs	Frec.	Porc.
Ninguna fuente de auxilio	29	26.6%
Hospital	13	11.9%
Centro, sub-Centro, puesto de salud	33	30.3%
Voluntario de salud	6	5.5%
Médico, clínica particular	22	20.2%
Curandero	4	3.7%
Farmacia, botica	3	2.8%
Parientes, amigos, vecinos	6	5.5%

5.3. Tratamientos. Las respuestas de las 109 madres con un niño con tos y problemas respiratorios, que sí afirmaron haber dado algún tratamiento --a pesar de la recomendación, que hay que llevar a cualquier caso de IRA al servicio de salud inmediatamente-- fueron las siguientes. La más frecuente, con 90 respuestas (82.6%), eran los remedios caseros, o la medicina tradicional. Era posible señalar más de un sólo tratamiento.

Cuadro 20. Tratamientos para IRAs	Frec.	Porc.
Farmacéuticos (jarabes, pastillas, etc.)	58	53.2%
Medicina tradicional (yerbas, etc.)	90	82.6%
Lactancia continua	35	32.1%
Alimentación continua	36	33.0%

5.4. Reconocimiento de signos y síntomas de gravedad. A todas las madres (con o sin un niño con tos u otras problemas respiratorios), se les preguntó qué signos o síntomas de gravedad de las infecciones respiratorias, les harían pensar que el niño pudiera estar en peligro, y así la necesidad de buscar alguna ayuda externa (ver Gráfica 8).

Las condiciones de alarma identificadas por las madres, fueron las siguientes. Las más comunes eran un aumento en sus dificultades respiratorias (59.2%), fiebre (42.8%), una pérdida de apetito (38.7%), y la somnolencia (27.1%). En adición, entre la categoría de "otros", se incluyen mayormente a algún cambio del ánimo en el niño ("llora" o "molestoso"), y después vómitos y "mucha sed". En esta pregunta era posible nombrar más de una sóla opción.

La tabla está a continuación:

Cuadro 21. Signos y síntomas de IRAs	Frec.	Porc.
Respiración rápida o agitada	173	59.2%
Retracciones inter-costales	6	2.1%
Somnolencia	79	27.1%
No come ni lacta	113	38.7%
Convulsiones, ataques	8	2.7%
Sibilancias, ronquidos	27	9.2%
Fiebre	125	42.8%
Otros	45	15.4%

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

Al analizar los resultados de la Encuesta de Conocimientos, Prácticas y Coberturas para la Evaluación de Medio Término, se puede identificar varias tendencias de salud, en las cuales PLAN Internacional Austro puede enfocar su trabajo para la continuación del proyecto. Existen muchos avances desde 1994, como se ha visto, pero todavía falta mucho que hacer. También, hay que reconocer la posibilidad de un algún efecto sobre los resultados, para los fines de comparar entre la Línea de Base y la Evaluación de Medio Término, debido a la incorporación de nuevas comunidades en el programa de PLAN Austro (en particular, una mayor cantidad de comunidades indígenas).

1. Lactancia materna, alimentación, y control de crecimiento

En el aspecto importante de la lactancia materna, la población femenina de la zona muestra unas tendencias conformes con las normas fijadas internacionalmente, pero también existen conflictos. Si bien el total de 241 madres (82.5%) todavía lactando a sus hijos antes de que ellos cumplan dos años es alto, no es lo óptimo: *todos* los niños menores de dos años --o sea, la muestra de la encuesta-- deben estar todavía lactando, según los actuales criterios internacionales. La edad promedio del destete, a los 10.9 meses, es un punto de enfoque para la educación en la nutrición y salud infantil. Sin embargo, también hay que destacar el incremento desde 25.0% en la Línea de Base (1994), a 54.8% en 1996, en referencia a los niños mayores de 20 meses, que siguen lactando.

La práctica dominante de la mayoría de las madres, de introducir otras comidas al niño por primera vez empezando a partir de aproximadamente los cuatro meses (promedio 4.6 meses), es adecuado; pero el hecho de que 68.4% de las madres indican que introducen las

comidas complementarias antes de los seis meses, puede ser demasiado temprano. Se debe considerar la necesidad de enfocar más educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, y que no es siempre lo aconsejable introducir otras comidas y/o líquidos antes.

La tendencia de iniciar la lactancia materna dentro de las primeras ocho horas después del nacimiento, es un aspecto fuerte que se percibe entre las madres, aunque todavía 25.7% de ellas esperan demasiado tiempo. Sin embargo, según los datos de 1994, se ha logrado un mejoramiento en cuanto a este indicador, desde un 54.3% de las madres, y hasta que aparentamente supera la meta original (del DIP), de 65.0%.

Un aspecto positivo es la cantidad de carnets de salud infantil entre las encuestadas, aunque todavía más de una cuarta parte de los niños faltaba este documento. También, los datos indican que el programa de control de crecimiento y desarrollo del niño en la región es más o menos adecuado. Sin embargo, y no importa cual sea la razón, el personal de salud responsable --los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería-- deben poner más énfasis en este componente vital de la supervivencia infantil, al tomar en cuenta que se puede calificarlo como el "carnet de identidad" del niño.

2. Inmunizaciones

Tomando en cuenta las coberturas de inmunizaciones examinadas, estratificadas por los rangos de edad, se puede señalar niveles más o menos regulares, para todas las vacunas; sin embargo, no hay cambios sustanciales en la cobertura (desde 1994), y alcanza el nivel de la meta original de 60.0% de cobertura en la tercera dosis de OPV3 o DPT3: quizás habría que pensar en la modificación de las metas originales, para arriba. Sin embargo, se puede considerar que aún más importante es la posesión del mismo carnet de salud (como señalado arriba), para poder verificar y así contar las inmunizaciones administradas.

La antisarampionosa en particular es baja entre los niños mayores, de solamente 55.4%. En esta cuestión de las coberturas, también es necesario considerar tales factores como las distancias para recorrer, los modos de transporte disponibles y la concientización de la población en la necesidad de acudir para las vacunas, y volver después para completar las dosis. En referencia a lo último, es posible destacar que las tasas de abandono individuales son mínimas, indicando un adecuado seguimiento de los niños ya vacunados, aunque la tasa de abandono global es más elevada (18.9%, entre los niños de 12-23 meses).

115

3. EDAs e IRAs

En cuanto a las enfermedades diarréicas agudas, la cantidad de leche materna y líquidos dada al niño con diarrea es generalmente suficiente --con la excepción de los alimentos sólidos dados, algo bajo en 36.1%. Sin embargo, no se percibe mucho cambio en estas tasa, desde 1994. Aunque algunos aspectos claves de las EDAs son reconocidos, es también aparente que no existe una conciencia completa de los factores de riesgo de las diarreas --los signos y síntomas-- entre las madres, así exponiéndole al niño enfermo al riesgo de un trastorno peor. Se puede destacar la acudiencia a los centros de salud en casos de diarrea, pero no tanto el uso regular de los métodos de la rehidratación oral; esto se ha aumentado en algo desde 1994, pero todavía falta mucho.

La falta de reconocer o poder nombrar más de los signos de riesgo en ambas las EDAs y las IRAs --mayormente los signos de la deshidratación o problemas serios de la respiración-- así puede ser crítico. Si bien existe un conocimiento y uso de los remedios caseros que muchas veces pueden ser de provecho, también hay que educar en la necesidad para otras formas de tratamiento y atención adecuadas. Es imprescindible reconocer que, a pesar de la aparente acudencia a los servicios de salud para ambas enfermedades, como señalado arriba, con frecuencia ésta no se realiza en su debido tiempo; esto se ve con más urgencia en el caso de las IRAs. Como resultado, siguen los índices demasiado elevados de morbimortalidad de las EDAs e IRAs, porque la madre espera demasiado antes de buscar atención externa.

Paradójicamente, aquí también se puede notar la posible sobre-dependencia en algunos casos en los medicamentos farmacéuticos. Muchas personas ya tienen en sus casas un mini "stock" de medicamentos, siendo estos uno de los tratamientos más frecuentes para ambas EDAs e IRAs, y también se les utilizan para toda una gama de enfermedades, sin las indicaciones o seguimientos correctos. Habrá que investigar más a fondo la prevalencia del autodiagnóstico y el uso de medicamentos quizás no recetados, y con frecuencia indebidos.

PLAN Internacional Austro

Evaluación de Medio Término

Encuesta de Conocimientos, Prácticas y Coberturas

Cuenca, Julio 1996

117

TABLA DE CONTENIDOS

I. Introducción.....1

II. Metodología

A. Métodos de investigación.....2
B. Determinación de la muestra.....3
C. Selección de la muestra.....4
D. Conducción de los métodos de investigación.....5
E. Procesamiento y análisis de los datos.....5

III. Resultados.....6

IV. Conclusiones y Recomendaciones

A. Conclusiones.....27
B. Recomendaciones.....31

Gráficas

Anexos

A. Lista de indicadores
B. Cuestionario de la Encuesta
C. Comunidades de la muestra y poblaciones totales
D. Plan de Conocimientos de la Encuesta
E. Tabla de principales indicadores de salud

I. INTRODUCCION

La Encuesta de Conocimientos, Prácticas y Coberturas, tiene como objetivo analizar la situación de salud de la población de los ámbitos donde PLAN Internacional Austro trabaja, con la finalidad de realizar los aspectos cuantitativos de la Evaluación de Medio Término de 1996. Con los resultados de la Encuesta, se podrá medir el progreso del programa, desde la primera encuesta de la Línea de Base de 1994. Estos resultados se tratan de indicadores de la Superviveencia Infantil; en adición, se ha sacado datos de la Salud Materna y Reproductiva, con el fin de tener información de base para nuevos componentes del programa.

La Encuesta sobre Conocimientos, Prácticas y Coberturas en Supervivencia Infantil y Salud Materna, tiene como su objetivo principal la recolección de indicadores y datos específicos de la salud, referentes a la población que atienden los programas de PLAN Internacional Austro. Estos indicadores son relativos a las tasas y estadísticas vitales, que comprenden un aspecto importante en la planificación, seguimiento y evaluación del programa de salud que se realiza PLAN Austro en las provincias de Azuay y Cañar.

La Encuesta, un estudio de naturaleza cuantitativa, debe proveer una fuente de datos sobre indicadores específicos, y también conocimientos y prácticas de salud, entre la población meta: las madres y sus niños menores de dos años de edad en las zonas del trabajo. Los resultados obtenidos por la Encuesta son principalmente para establecer información para los indicadores de Supervivencia Infantil y Salud Materna y sus intervenciones respectivas, y para observar la tendencia de estos durante la vida del programa. Deben servir para la planificación de las actividades de salud, la toma de decisiones y, con un seguimiento adecuado, para medir y evaluar mejor los progresos y/o retrasos y actividades del programa durante su transcurso. También, los datos de conocimientos y creencias pueden servir para el establecimiento de objetivos más directos y realistas; para comparar con los resultados de evaluaciones futuras y periódicas del programa; y para orientar el enfoque del diseño de materiales y mensajes educativos.

Así, los objetivos principales de la Encuesta sirven para proveer información relevante de la salud de la población meta, de la siguiente manera:

1. Evaluar los indicadores y estrategias de salud basados en:

   1.1. Los conocimientos y opiniones que las madres de los niños menores de dos años tienen respecto a, primero, las mayores amenazas a la salud de sus niños y, segundo, las formas de prevenir las enfermedades, o por lo menos mitigar las consecuencias. Estos conocimientos y

119

opiniones se tratan de varios aspectos de la supervivencia infantil, o sean: la cobertura de inmunizaciones; los tratamientos apropiados para las enfermedades diarréica agudas (EDAs) y las infecciones respiratorias agudas (IRAs); el control de crecimiento; y la lactancia materna, alimentación, nutrición y destete de los niños.

1.2. Las prácticas actuales de las madres respecto a los aspectos mencionados arriba.

1.3. Tasas de cobertura en inmunizaciones para los niños menores de dos años.

1.4. Estimación de la prevalencia de enfermedades diarréicas, y síntomas compatibles con las infecciones respiratorias agudas, en las dos semanas previas al estudio.

1.5. El control prenatal, atención de partos y estimación del porcentaje de madres usando algún método de planificación familiar.

1.6. Conocimientos de algunos temas de las enfermedades sexualmente transmitidas, principalmente el SIDA, y el cuidado del cáncer de la mujer.

2. Identificar grupos claves de la comunidad, para enfocar y dirigir mensajes educativos y sus acciones respectivas.

II. METODOLOGIA

A. Métodos de investigación

El cuestionario utilizado en la Encuesta sobre Conocimientos, Prácticas y Coberturas en Supervivencia Infantil y Salud Materna, para el levantamiento de datos cuantitativos --o sea, su instrumento principal de investigación-- fue diseñado para recolectar información relevante para las intervenciones actuales y propuestas del programa de salud de PLAN Internacional Austro.

Las preguntas del cuestionario de la Encuesta se basan en varios indicadores de la salud materno-infantil, los cuales tienen que ver con los indicadores propuestos por PLAN Austro (ver Anexo A). El cuestionario mismo (ver Anexo B), consiste de preguntas dirigidas a las madres de niños menores de dos años de edad. Los temas del cuestionario, tal como las mismas preguntas, se basan en un modelo desarrollado anteriormente por la Universidad Johns Hopkins (Baltimore, Estados Unidos de Norteamérica); este modelo ya sirve como un tipo estandarizado para los programas de supervivencia infantil y salud materna, a través de experiencias en varios países con tales instituciones como la Organización Mundial de la Salud

BEST AVAILABLE COPY

120

(OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la United States Agency for International Development (USAID). El modelo fue adaptado según las necesidades respectivas de PLAN Austro, en consulta con el personal de la institución.

Las secciones del cuestionario son agrupadas de la siguiente manera:

Pregunta	Tema
G1-G7	Datos generales de la madre
L1-L11	Lactancia materna, alimentación del niño y control de crecimiento
V1-V12	Inmunizaciones (PAI)
D1-D7	Enfermedades diarréicas agudas (EDAs)
R1-R5	Infecciones respiratorias agudas (IRAs)
M1-M9	Salud materna
E1-E8	Espaciamiento de embarazos
S1-S6	SIDA y cáncer en la mujer

El cuestionario está compuesto mayormente por una serie de preguntas cerradas, de tipo nominal, ordinal y contingencia. La secuencia empieza con las preguntas más sencillas y fáciles, y sigue a las más complejas y delicadas.

B. Determinación de la muestra

En relación a la muestra escogida para la Encuesta, la fórmula básica usada para el cálculo el tamaño de ésta, es la siguiente:

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

Donde n = el tamaño de la muestra; z = la certeza estadística escogida; p = la tasa estimada de la intervención o prevalencia; q = 1 - p; y d = la precisión deseada.

La certeza estadística escogida, "z", es de 95% del límite de confidencia, o 1.96. Los demás requerimientos para el tamaño de la muestra utilizado en la encuesta, toman en cuenta múltiples intervenciones y prevalencias de supervivencia infantil y salud materna. Por lo tanto, el tamaño de la muestra fue seleccionado dentro de los requerimientos de la intervención hipotética que necesita la muestra, o la frecuencia, más grande para asegurar confianza en los resultados: el valor "p" fue definido como esta intervención. En el caso específico de la zona de trabajo de PLAN Austro, se tomó como la intervención de referencia los parámetros estándar de la prevalencia estimada de ser la tasa más grande, la de 50%, o .5. El valor "d", la precisión deseada, o el margen de error aceptado, depende del propósito de la encuesta. En este caso, con el objetivo de encontrar y evaluar tasas epidemiológicas estadísticamente confiables para un estudio con fines de

121

planificación, seguimiento y evaluación, se tomó la precisión de 10%, o .1. Así que:

$$n = (1.96^2)(.5^2)/(.1^2)$$

$$n = (3.84)(.25)/(.01)$$

$$n = 96$$

Esta es la cantidad establecida como estándar para un muestreo aleatorio simple. El modelo original elaborado por la OMS, para las encuestas como parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones, era de 210 cuestionarios, tomando en cuenta los posibles sesgos por los efectos de un muestreo por conglomerados (tal como detallado abajo): se dobló el muestreo simple, con el aumento de otros individuos para llegar a una cantidad divisible por 30 (conglomerados). Un total de 300 cuestionarios en la muestra era designado después, para compensar por los otros indicadores o intervenciones añadidos en una encuesta de conocimientos, prácticas y coberturas.

Los límites de confidencia estimados se calcularon usando la siguiente fórmula:

$$\text{95\% límite de confidencia} = p \pm z \sqrt{(pq/n)}$$

Donde p = la proporción en la población; z = el valor constante de acuerdo a la curva normal estadística (1.96); q = 1 - p; y donde n = el tamaño determinado de la muestra. Aquí también se toma en cuenta el efecto de la muestra por conglomerados, como detallado abajo. Así que:

$$p = .5 \pm 1.96 \sqrt{(.5 \times .5/300)}$$

$$p = .5 \pm .06$$

$$p = .44 \leq p \leq .56$$

C. Selección de la muestra

La técnica establecida por la OPS/OMS para la muestra en encuestas epidemiológicas de programación y evaluación, es la de un conjunto de grupos supuestamente homogéneos, dentro de la población meta, que se designan "conglomerados". La muestra está en dos etapas con probabilidades iguales; es decir que cada niño menor de dos años y sus madres tuvieron una probabilidad idéntica y conocida de ser seleccionados a la muestra. La cantidad mínima recomendada para obtener resultados estadísticamente confiables en una muestra por conglomerados, como detallado arriba, es de 300 encuestas; repartidas entre 30 conglomerados; o sean, en este caso, encuestas

122

con 10 madres con niños menores de dos años en cada conglomerado. Un muestreo de esta forma es igual de confiable como otro al azar, pero aunque se requiere un tamaño de encuestas más amplio en compensación por escoger a los individuos dentro de grupos, y no cada uno al azar, el proceso del estudio resulta ser menos costoso en tiempo y recursos económicos: no existe la necesidad de repetir la selección aleatoria de los individuos, un total de 96 veces. También, la muestra provee datos basados en la misma población, y sin la necesidad de tener un padrón de los individuos. Sin embargo, hay que reconocer que el propósito de una encuesta de esta naturaleza es para los fines de planificación, evaluación y aplicación inmediata, y no para que sea una investigación científicamente formal. Se puede señalar sus desventajas como la posibilidad de sobreestimar algunas prevalencias; reducidos límites de confidencia en las sub-muestras; y su debilidad al hacer comparaciones entre los conglomerados: los resultados son más bien globales.

Las unidades primarias de las dos etapas de la muestra --las 30 comunidades de la región incluidas en la muestra-- fueron seleccionadas por un muestreo sistemático, incluyendo al total de las 111 comunidades donde trabajo PLAN Austro (ver Anexo C). Este proceso se realizó en base a la población respectiva de cada comunidad, y utilizando el programa de computación COSAS v.4 en su módulo COSTAT, que sigue la misma técnica que usa la OMS: ordenar todas las comunidades incluidas en la zona de trabajo, y contar por un intervalo de muestreo calculado por el número total de habitantes sobre el número de conglomerados a incluir, comenzando con un número aleatorio.

D. Conducción de los métodos de investigación

El levantamiento de datos de la Encuesta se realizó en cuatro días consecutivos, del 11 al 14 de julio de 1996. (Para el proceso completo de la capacitación y realización de la Encuesta, favor de ver el Anexo D.) Se logró conseguir un total de 292 cuestionarios válidos para procesar, de todas las comunidades; ocho menos de la cantidad meta. Existían errores menores en algunos cuestionarios, por descuido del encuestador o digitador; sin embargo, ninguno de ellos era tan grave que fue necesario la anulación del cuestionario respectivo, después de las revisiones y la limpieza de datos.

E. Procesamiento y análisis de los datos

Los datos recopilados por la encuesta, fueron entrados y analizados en el paquete de computación Epi Info v.5.01b. Se procesó la distribución de frecuencias para cada pregunta de la encuesta. En unos casos se hicieron tablas cruzadas, para conseguir indicadores de segundo orden. También se elaboraron unos gráficos relevantes, utilizando el programa Harvard Graphics.

III. RESULTADOS

Las respuestas y datos que siguen corresponden a las preguntas principales de la Encuesta sobre Conocimientos, Prácticas y Coberturas en Supervivencia Infantil y Salud Materna. Algunas de las preguntas no fueron contestadas por todas las madres encuestadas, mayormente porque no eran apropiadas (debido a un "salto"; por ejemplo, una pregunta referente a las diarreas, si el niño no había tenido ningún caso de diarrea últimamente); así se crearon algunas sub-muestras, con sus consecuentes variaciones en los límites de confidencia.

Los resultados de los 292 cuestionarios procesados están a continuación. La estructura del análisis sigue el orden de los temas principales de la encuesta.

1. Datos generales

Los siguientes datos, de carácter socio-económico, proporcionan un marco general de las madres, en cuanto a tales factores como sus edades, sus niveles educativos, y otras personas quienes cuidan del niño.

1.1. Edad de la madre. La edad promedio de las madres encuestadas es de 27.6 años cumplidos, con una desviación estándar de 7.35. En los límites de la muestra, habían dos madres de 15 años y una de 49 años: ellas se coinciden con los también límites de la llamada edad fértil (15-49 años), y sobrepasan a los parámetros de los dos grupos de más alto riesgo por edad, en cuanto a la salud materna: las menores de 18 años y las mayores de 35 años. Específicamente, dentro de este grupo de alto riesgo había un total de 74 mujeres (25.3%) en la muestra: 19 mujeres de 18 años o menos, y 55 de 35 años de edad o más.

La tabla de los resultados está a continuación:

Cuadro 1. Edad de la madre	Frec.	Porc.	Acum.
15	2	0.7%	0.7%
16	2	0.7%	1.4%
17	6	2.1%	3.4%
18	9	3.1%	6.5%
19	11	3.8%	10.3%
20	16	5.5%	15.8%
21	13	4.5%	20.2%
22	16	5.5%	25.7%
23	27	9.2%	34.9%
24	15	5.1%	40.1%
25	18	6.2%	46.2%
26	18	6.2%	52.4%
27	22	7.5%	59.9%
28	12	4.1%	64.0%
29	13	4.5%	68.5%
30	11	3.8%	72.3%
31	5	1.7%	74.0%
32	9	3.1%	77.1%
33	5	1.7%	78.8%
34	7	2.4%	81.2%
35	6	2.1%	83.2%
36	6	2.1%	85.3%
37	4	1.4%	86.6%
38	5	1.7%	88.4%
39	6	2.1%	90.4%
40	2	0.7%	91.1%
41	7	2.4%	93.5%
42	7	2.4%	95.9%
43	4	1.4%	97.3%
44	1	0.3%	97.6%
45	3	1.0%	98.6%
46	2	0.7%	99.3%
48	1	0.3%	99.7%
49	1	0.3%	100.0%
Total	292	100.0%	

1.2. Nivel de educación alcanzado. Efectivamente, más de la mitad de las madres encuestadas, 151 mujeres (51.7%), reportaron que no habían tenido ningún nivel de educación formal, o que no habían terminado con la escuela primaria (ver Gráfica 1). Tomando en cuenta que ellas en muchos casos pueden ser analfabetas funcionales, se podría postular que existen niveles de analfabetismo femenino elevados. Sin embargo, una mayoría de 242

125

mujeres, o 82.9%, sí pudieron leer una escritura sencilla, mostrada para ellas durante la entrevista. La categoría de "primaria" era definida como todos los cursos hasta sexto básico.
La tabla de los resultados está a continuación:

Cuadro 2. Nivel de educación	Freq.	Porc.	Acum.
Ninguno	38	13.0%	13.0%
Primaria incompleta	113	38.7%	51.7%
Primaria completa	110	37.7%	89.4%
Secundaria incompleta	22	7.5%	96.9%
Secundaria completa o más	9	3.1%	100.0%
Total	292	100.0%	

1.3. Edad del niño. La edad promedio de los niños en la encuesta es de 11.3 meses cumplidos, con una desviación estándar de 6.38. La edad "0" indica que el niño tiene menos de un mes cumplido.

La tabla de los resultados está a continuación:

126

Cuadro 3. Edad del niño	Frec.	Porc.	Acum.
0	5	1.7%	1.7%
1	10	3.4%	5.1%
2	14	4.8%	9.9%
3	3	1.0%	11.0%
4	19	6.5%	17.5%
5	19	6.5%	24.0%
6	13	4.5%	28.4%
7	15	5.1%	33.6%
8	13	4.5%	38.0%
9	15	5.1%	43.2%
10	10	3.4%	46.6%
11	17	5.8%	52.4%
12	6	2.1%	54.5%
13	18	6.2%	60.6%
14	12	4.1%	64.7%
15	15	5.1%	69.9%
16	7	2.4%	72.3%
17	16	5.5%	77.7%
18	19	6.5%	84.2%
19	15	5.1%	89.4%
20	6	2.1%	91.4%
21	8	2.7%	94.2%
22	9	3.1%	97.3%
23	8	2.7%	100.0%
Total	292	100.0%	

Un total de 153 de los niños en la muestra (52.4%) tienen menos de un año de edad, un grupo de más alto riesgo. Los niños en su totalidad, por sus rangos de edad:

Cuadro 4. Rangos de edad (meses)	Frec.	Porc.	Acum.
0 a 3	32	11.0%	11.0%
4 a 6	51	17.4%	28.4%
7 a 11	70	24.0%	52.4%
12 a 23	139	47.6%	100.0%
Total	292	100.0%	

1.4. Cuidado del niño. Menos de la mitad de las madres (43.5%) llevan sus hijos con ellas, cuando salen de sus casas. Otras personas quienes cuidan del niño incluyen mayormente a los hermanos mayores y otros parientes; sin embargo, muy pocos esposos o compañeros se encargan del cuidado de sus hijos (1.4%).

Cuadro 5. Persona que cuida del niño	Frec.	Porc.
Niño va con la madre	127	43.5%
Esposo/compañero	4	1.4%
Hermanos mayores	85	29.1%
Abuelos/Parientes	63	21.6%
Amigos/Vecinos	3	1.0%
Guardería	8	2.7%
Nadie (se queda solo)	2	0.7%
Total	292	100.0%

2. Lactancia materna, alimentación, y control de crecimiento

Se les preguntó a las madres en la encuesta de sus prácticas dominantes, en cuanto a la lactancia materna y la alimentación complementaria con sus niños:

2.1. Lactancia actual. Un total de 241 madres (82.5%), reportaron en esta pregunta de la encuesta que estaban dando seno a sus niños actualmente. 51 madres (17.5%) ya no estaban dando de mamar, o nunca lo habían iniciado.

2.2. Destete. Tomando en cuenta solamente a las 51 madres que ya no estaban dando pecho a sus hijos, el promedio del destete es de 10.9 meses.

Los resultados de la encuesta en referencia a los meses del destete, son los siguientes:

Cuadro 6. Destete (en meses)	Frec.	Porc.	Acum.
Nunca lactado	1	0.3%	0.3%
1	5	1.7%	2.1%
2	1	0.3%	2.4%
3	2	0.7%	3.1%
4	3	1.0%	4.1%
6	3	1.0%	5.1%
7	1	0.3%	5.5%
8	1	0.3%	5.8%
10	5	1.7%	7.5%
11	1	0.3%	7.9%
12	5	1.7%	9.6%
13	1	0.3%	9.9%
14	5	1.7%	11.6%
15	4	1.4%	13.0%
16	1	0.3%	13.4%
17	4	1.4%	14.7%
18	4	1.4%	16.1%
19	2	0.7%	16.8%
20	2	0.7%	17.5%
Lactando actualmente	241	82.5%	100.0%
Total	292	100.0%	

2.3. Inicio de lactancia. Una minoría de las mujeres encuestadas (71, o 24.3%) no dio seno a sus hijos hasta más de 8 horas después del parto; sin embargo, muchas de ellas habían esperado hasta el siguiente dia o más. La gran mayoría de las madres, casi tres cuartos (74.3%), inició la lactancia dentro de las primeras ocho horas después del parto (ver Gráfica 2).

Cuadro 7. Inicio de lactancia	Frec.	Porc.	Acum.
Primera hora después del parto	134	45.9%	45.9%
De 1 a 8 horas después del parto	83	28.4%	74.3%
Más de 8 horas después del parto	71	24.3%	98.6%
Nunca ha lactado	1	0.3	99.0%
Madre no se acuerda	3	1.0%	100.0%
Total	292	100.0%	

2.4. Introducción de comidas sólidas. Un total de 237 madres (81.2%) de la encuesta, reportaron que actualmente ya habían introducido otras comidas y/u otros líquidos a la dieta de sus hijos; 55 madres (18.8%) actualmente estaban dando solamente seno (lactancia exclusiva). El promedio del inicio de comidas sólidas y/u otros líquidos era de 4.6 meses. 22.8% de las madres habían empezado antes de los cuatro meses, y 68.4% antes de los seis meses. El inicio específico dado más frecuentemente (77 madres, 32.5%) era justo a los cuatro meses (ver Gráfica 3).

La tabla de los resultados está a continuación. "0" meses indica que el niño tomaba otros alimentos aparte de la leche materna, antes de cumplir un mes de edad.

Cuadro 8. Inicio de comida sólida (en meses)	Frec.	Porc.	Acum.
0	1	0.4%	0.4%
1	14	5.9%	6.3%
2	4	1.7%	8.0%
3	35	14.8%	22.8%
4	77	32.5%	55.3%
5	31	13.1%	68.4%
6	53	22.4%	90.7%
7	7	3.0%	93.7%
8	9	3.8%	97.5%
9	4	1.7%	99.2%
10	1	0.4%	99.6%
12	1	0.4%	100.0%
Total	237	100.0%	

Entre los niños de solamente 0 a 3 meses de edad, un total de 29 (93.5%) estaban recibiendo lactancia materna exclusiva; entre los niños de 0 a 6 meses, era un total de 52 (62.7%). Tomando en cuenta solamente a los niños mayores, de 20 a 23 meses, unos 17 de ellos (54.8%) estaban todavía lactando, además de recibir otros alimentos sólidos o semisólidos.

2.5. Carnet de salud infantil y vigilancia de crecimiento. Una mayoría de las madres encuestadas, 213 del total, o 72.9%, pudieron presentar un carnet de salud infantil para su niño; según estos carnets, una mayoría de 177 niños (83.1%) fueron pesados en los últimos cuatro meses previos a la encuesta (ver Gráfica 4). Este total baja a 60.6%, si se toma en cuenta a todos los 292 niños de la muestra. Del total de los 177 niños pesados, 119 (67.2%)

tenían un peso dentro de lo normal; 52 (29.4%) estaban registrados con un peso debajo de lo normal; y 6 niños (3.4%) estaban registrados con un peso por encima de lo normal.

El límite de confidencia para esta pregunta de los niños pesados, es de $.43 \leq p \leq .57$.

3. Inmunizaciones

Las coberturas de inmunizaciones analizadas son de acuerdo a los carnets de salud infantil, para los 213 niños (madres) que lo tenían para presentar en la encuesta. Entre los niños de 0 a 11 meses de edad, un total de 109 (71.2%) de ellos tenían carnets; y de los niños entre 12 a 23 meses, un total de 104 (74.8%). Se analiza por vacuna y por rangos de un año de edad, tomando en cuenta al total de niños vacunados (con carnet) sobre el total de niños (madres) encuestados.

3.1. BCG. 191 del total de 292 niños de la encuesta (65.4%), podían presentar un carnet de inmunizaciones con la vacuna BCG, contra la tuberculosis, registrada. 68.3% de los niños entre 12 a 23 meses tenia la vacuna BCG.

Cuadro 9.

BCG	Dosis Unica	%	Total niños
0 a 11 meses	96	62.7	153
12 a 23 meses	95	68.3	139
Total	191	65.4	292

3.2. OPV. 119 del total de niños (40.8%) tenían carnets con la serie completa (tres dosis) de la vacuna OPV, contra la poliomielitis, registrada. 61.2% de los niños entre 12 a 23 meses tenia la dosis completa de la vacuna OPV. La tasa de abandono entre los niños de 12-23 meses, de la primera a la tercera dosis de la vacuna OPV, es de 10.5%.

La tabla está a continuación:

Cuadro 10.

Antipolio	1ra	%	3ra	%	Total niños
0 a 11 meses	88	57.5	34	22.2	153
12 a 23 meses	95	68.3	85	61.2	139
Total	183	62.7	119	40.8	292

3.3. DPT. 115 del total de niños (39.4%) tenían carnets con la serie completa (tres dosis) de la vacuna DPT (difteria, pertussis, tétanos) registrada. 61.9% de los niños entre 12 a 23 meses tenia la dosis completa de la vacuna DPT. La tasa de abandono entre los niños de 12-23 meses, de la primera a la tercera dosis de la vacuna DPT, es de 9.5%.

Cuadro 11.

DPT	1ra	%	3ra	%	Total niños
0 a 11 meses	85	55.6	29	19.0	153
12 a 23 meses	95	68.3	86	61.9	139
Total	180	61.6	115	39.4	292

3.4. Sarampión. 89 del total de 292 niños de la encuesta (30.5%), podían presentar un carnet de inmunizaciones con la vacuna contra el sarampión registrada. 55.4% de los niños entre 12 a 23 meses tenia la vacuna antisarampionosa.

Cuadro 12.

Antisarampionosa	Dosis Unica	%	Total niños
0 a 11 meses	12	7.8	153
12 a 23 meses	77	55.4	139
Total	89	30.5	292

132

3.5. Dosis completa. En referencia solamente a los niños de 12-23 meses de edad, un total de 73 (52.5%) tienen la inmunización completa, de las cuatro vacunas. La tasa de abandono global para los niños de 12-23 meses de edad, es de 18.9% (calculada como la diferencia entre las coberturas de las vacunas BCG y antisarampionosa).

Para comparar algunos de los resultados de la Línea de Base con la Evaluación de Medio Término, además de las metas originales del proyecto, favor de ver el Anexo E.

4. Enfermedades diarréicas agudas

4.1. Prevalencia de EDAs. Un total de 114 de las madres encuestadas, o 39.0%-- reportó que sus niños estaban enfermos con diarreas actualmente, o durante las últimas dos semanas previas a la encuesta. 54 niños de este total eran menores de 12 meses de edad; o sea, 47.4% de todos los niños con EDAs reportadas, y 35.3% de todos los niños de ese grupo etario. Diarrea está definida aquí según el criterio de la Organización Mundial de Salud, como más de cuatro evacuaciones líquidas por día, o durante tres días seguidos.

El límite de confidencia global para las preguntas de las EDAs, es de $.41 \leq p \leq .59$.

4.2. Lactancia durante episodios. Tomando en cuenta a las 114 madres quienes reportaron que sus hijos estaban con diarrea, un total de 18 ya no lactaban nunca a los niños. Las 96 madres quienes siguieron lactando informaron de la siguiente forma, referente a la lactancia materna y la cantidad de leche dada al niño durante su episodio de diarrea. 76 madres (79.2%) continuaron lactando de alguna forma durante el episodio, dándole al niño la misma cantidad de leche o más, en relación a lo dado antes. (Ver Gráfica 5, para esta y las siguientes dos preguntas).

Cuadro 13. Cantidad de leche dada durante EDA	Frec.	Porc.
Más que cuando sano	29	30.2%
Menos/le quitó	20	20.8%
Igual que cuando sano	47	49.0%
Total	96	100.0%

133

4.3. Consumo de otros líquidos. Las madres de los niños con diarrea reportaron de la siguiente forma, referente a la cantidad de líquidos dada al niño durante su diarrea. Esto incluye solamente a las madres que ya estaban dando otros líquidos como costumbre al niño, habiendo suspendido la leche materna exclusiva; el total de estas madres en este caso era 97. 28 madres (28.9%) dieron menos líquidos de lo normal, a pesar de la diarrea; 69 madres, o 71.1%, dieron la misma cantidad o más.

Cuadro 14. Cantidad de líquidos dada durante EDA	Frec.	Porc.
Más que cuando sano	45	46.4%
Menos/le quitó	28	28.9%
Igual que cuando sano	24	24.7%
Total	97	100.0%

4.4. Consumo de comidas. Las madres de los niños con diarrea reportaron de la siguiente forma, referente a la alimentación del niño con comidas sólidas, durante el episodio de diarrea. También incluye solamente a las 97 madres que ya estaban dando otras comidas de costumbre, habiendo suspendido la leche materna exclusiva. 62 madres (63.9%) dieron menos comida de lo normal, a pesar de la diarrea; y 35 madres (36.1%) dieron igual o más de cantidad.

Cuadro 15. Cantidad de comidas dada durante EDA	Frec.	Porc.
Más que cuando sano	10	10.3%
Menos/Le quitó	62	63.9%
Igual que cuando sano	25	25.8%
Total	97	100.0%

4.5. Tratamientos. Cuando se les preguntó si le habían dado tratamiento alguno al niño con diarrea, un mínimo de seis madres (5.3%) de las 114 respondieron que no le habían dado nada. Las respuestas de ellas y las otras 108 madres (94.7%) que sí afirmaron haber dado algún tratamiento, fueron las siguientes (pudieron señalar más de solamente un tratamiento); 51.8% habían usado alguna forma del tratamiento de rehidratación oral (TRO), aunque no siempre era los sobres de rehidratación oral (ver Gráfica 6).

Cuadro 16. Tratamientos para EDAs	Frec.	Porc.
Ningún tratamiento dado	6	5.3%
Sobres de suero oral	47	41.2%
Suero casero	12	10.5%
Farmacéuticos (jarabes, pastillas, etc.)	53	46.5%
Medicina tradicional (yerbas, etc.)	66	57.9%

4.6. Fuentes de auxilio. Entre las personas o instituciones disponibles a la gente de las comunidades, las siguientes fueron las opciones señaladas por las 114 madres encuestadas, para ayuda exterior cuando su niño estaba con diarrea. 20 madres (17.5%) no fueron a ningún lugar con su hijo cuando tuvo diarrea, pero 94 (82.5%) acudieron a por lo menos un lugar (pudieron indicar más de una sóla fuente de auxilio). Un total de 72.8% de las madres acudió a algún servicio (público o privado) y algún personal de salud moderno (médico, enfermera, auxiliar de enfermeria), para tratar la diarrea de su hijo.

La tabla de los resultados está a continuación:

Cuadro 17. Fuentes de auxilio para EDAs	Frec.	Porc.
Ninguna fuente de auxilio	20	17.5%
Hospital	14	12.3%
Centro, sub-Centro, puesto de salud	43	37.7%
Voluntario de salud	14	12.3%
Médico, clínica particular	26	22.8%
Curandero	5	4.4%
Farmacia, botica	1	0.9%
Parientes, amigos, vecinos	6	5.3%

4.7. Reconocimiento de signos y síntomas de gravedad. A todas las madres (con o sin un niño con diarrea), se les preguntó qué signos o síntomas de gravedad de la diarrea, les harían pensar que el niño pudiera estar en peligro, y así con la necesidad de buscar alguna ayuda externa (ver Gráfica 7): La respuesta más común como causa de preocupación, era la misma duración de la diarrea (55.1%); ésta fue seguida por algún signo de deshidratación (47.3%); y después la pérdida de apetito (40.1%) y alguna condición de debilidad en el niño (39.7%). En la categoría de "otros", se incluyen tos tales respuestas como "molestoso" y "llora mucho", y también referencias a la palidez y que "se pone amarillo", esto evidentemente debido a los mensajes en cuanto al cólera.

135

Las condiciones identificadas por las madres, fueron las siguientes (era posible señalar más de una sóla opción):

Cuadro 18. Signos y síntomas de EDAs	Frec.	Porc.
Vómitos	38	13.0%
Signos de deshidratación	138	47.3%
Diarrea prolongada	161	55.1%
Sangre en las heces	12	4.1%
No come ni lacta	117	40.1%
Débil, desganado	116	39.7%
Fiebre	67	22.9%
Otros	18	6.2%

5. Infecciones respiratorias agudas

5.1. Prevalencia de IRAs. Casi la mitad, 145 de las madres encuestadas (49.7%), reportaron que actualmente sus niños estaban con alguna clase de tos, o que la habían tenido durante las dos últimas semanas previas a la encuesta. Tomando en cuenta solamente a estas 145 madres, un total de 109 (75.2%) de ellas afirmaron que su niño también había sufrido de problemas como la respiración rápida o el ahogo, unos signos de posible gravedad. En referencia al total de 292 niños, el porcentaje es de 37.3% reportando esta condición.

El límite de confidencia para las siguientes preguntas en referencia a las IRAs, es de $.41 \leq p \leq .59$.

5.2. Fuentes de auxilio. Entre las posibles personas o instituciones, las siguientes fueron las opciones de ayuda señaladas por las 109 madres que tenían un niño con tos y otros problemas respiratorios. 29 madres (26.6%) no fueron a ningún lugar con su hijo cuando tuvo el problema respiratorio, pero 80 (73.4%) acudieron a por lo menos un lugar (las madres pudieron indicar más de una sóla fuente de auxilio).
Un total de 62.4% de las madres acudió a algún servicio (público o privado) y algún personal de salud moderno (médico, enfermera, auxiliar de enfermeria), para ayuda con el problema respiratorio de su hijo.

La tabla está a continuación:

Cuadro 19. Fuentes de auxilio para IRAs	Frec.	Porc.
Ninguna fuente de auxilio	29	26.6%
Hospital	13	11.9%
Centro, sub-Centro, puesto de salud	33	30.3%
Voluntario de salud	6	5.5%
Médico, clínica particular	22	20.2%
Curandero	4	3.7%
Farmacia, botica	3	2.8%
Parientes, amigos, vecinos	6	5.5%

5.3. Tratamientos. Las respuestas de las 109 madres con un niño con tos y problemas respiratorios, que sí afirmaron haber dado algún tratamiento a pesar de la recomendación, que hay que llevar a cualquier caso de IRA al servicio de salud inmediatamente-- fueron las siguientes. La más frecuente, con 90 respuestas (82.6%), eran los remedios caseros, o la medicina tradicional. . Era posible señalar más de un sólo tratamiento.

Cuadro 20. Tratamientos para IRAs	Frec.	Porc.
Farmacéuticos (jarabes, pastillas, etc.)	58	53.2%
Medicina tradicional (yerbas, etc.)	90	82.6%
Lactancia continua	35	32.1%
Alimentación continua	36	33.0%

5.4. Reconocimiento de signos y síntomas de gravedad. A todas las madres (con o sin un niño con tos u otras problemas respiratorios), se les preguntó qué signos o síntomas de gravedad de las infecciones respiratorias, les harían pensar que el niño pudiera estar en peligro, y así la necesidad de buscar alguna ayuda externa (ver Gráfica 8).

Las condiciones de alarma identificadas por las madres, fueron las siguientes. Las más comunes eran un aumento en sus dificultades respiratorias (59.2%), fiebre (42.8%), una pérdida de apetito (38.7%), y la somnolencia (27.1%). En adición, entre la categoría de "otros", se incluyen mayormente a algún cambio del ánimo en el niño ("llora" o "molestoso"), y después vómitos y "mucha sed". En esta pregunta era posible nombrar más de una sóla opción.

La tabla está a continuación:

131

Cuadro 21. Signos y síntomas de IRAs	Frec.	Porc.
Respiración rápida o agitada	173	59.2%
Retracciones inter-costales	6	2.1%
Somnolencia	79	27.1%
No come ni lacta	113	38.7%
Convulsiones, ataques	8	2.7%
Sibilancias, ronquidos	27	9.2%
Fiebre	125	42.8%
Otros	45	15.4%

6. Salud materna

6.1. Fuentes de control prenatal. Durante el embarazo de cada madre con el niño de la encuesta, si es que consultó con alguien en cuanto a su embarazo, las siguientes eran las personas citadas. La más frecuente, con 64.4%, era algún personal biomédico de alto nivel (médico, enfermera, obstetriz).

Era posible nombrar a más de una sóla fuente de control:

Cuadro 22. Fuente de control prenatal	Frec.	Porc.
Médico, enfermera, obstetriz	188	64.4%
Auxiliar de enfermería	118	40.4%
Partera empírica	159	54.5%

6.2. Alimentación durante embarazo. Un total de 229 de las madres encuestadas (78.4%), respondieron que comían igual o menos de lo normal durante sus embarazos (ver Gráfica 9). La tabla está a continuación:

Cuadro 23. Alimentación durante embarazo	Frec.	Porc.
Más que antes del embarazo	63	21.6%
Menos que antes del embarazo	120	41.1%
Igual que antes del embarazo	109	37.3%
Total	292	100.0%

6.3. Hierro. Un total de 134 mujeres (45.9%) reportaron que habían tomado alguna clase de "vitamina" o "tónico" --el cual era supuestamente una u otra sustancia con un contenido del hierro o sulfato ferroso-- durante el transcurso de su embarazo.

6.4. Cobertura del toxoide tetánico. Un total de 143 mujeres (49.0%), afirmaron que alguna vez (sea antes o durante del último embarazo), habían recibido por lo menos una vacuna del toxoide tetánico. Sin embargo, una suma minoría solamente 13 (4.5%) del total de las madres pudieron presentar un carnet de salud materna con las vacunas registradas. Las cantidad de dosis de vacunas TT registradas en los 13 carnets, varían entre una y tres dosis. El promedio es de casi dos dosis.

139

ANNEX H

TRAINING SUMMARY

PLAN INTERNACIONAL AUSTRO
PROGRAMA DE SALUD
PROYECTO: SUPERVIVENCIA INFANTIL

EVALUACION DE MEDIO TERMINO

CUADRO RESUMEN DE CAPACITACION:

PERSONAL CAPACITADO	Nro.	TEMAS	Duración	Metodología	Responsable
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA					
MEDICOS	25	EDA, IRA, CPC-EN*	96 HORAS	- Sociodramas, Proyección de Videos -Trabajo en Grupo, Estudio de Casos, Grupos Focales, Prácticas de campo .	PLAN y MSP
ENFERMERAS	11				
AUXILIARES	9				
Médicos Jefe Area Enfermeras " "	15 11	EDA, IRA , CPC-EN	96 HORAS	**IDEM**	**PLAN, MSP, OPS, APS**
VOLUNTARIAS (OS) DE SALUD DE PLAN					
VOLUNTARIAS	274	EDA, CPC-EN, Primeros Auxilios	80 HORAS	- Conferencias, - Demostración de Recetas, Proyección de Videos, Sociodramas, Trabajos grupales, Plenaria.	**COORDINADORAS DE SICOS (PLAN) y M.S.P**
FACILITADORES	27	EDA, CPC-EN, TITERES	96 HORAS	IDEM	**EQUIPO DE SALUD (PLAN)**
PERSONAL DOCENTE DE ESCUELAS					
MAESTROS	32	METODO NIÑO A NIÑO	60 HORAS	- Conferencias Proyección de Videos, Sociodramas, Trabajos grupales, Plenaria. - Trabajo práctico.	**EQUIPO DE SALUD CONSULTORA INGLESA (PLAN)**
HABILES Y LIDERES COMUNALES					
HABILES	44	EMBARAZO/ PARTO	50 HORAS	TEORICO-PRACTICO	**M.S.P**
LIDERES	84	AUTOGESTION EN SALUD	24 HORAS	- Trabajos grupales, - Plenaria - Sociodramas.	**EQUIPO DE SALUD DE PLAN**
EQUIPO DE SALUD DE PLAN					
ENFERMERAS COORDINADORAS	4	EDA, IRA, CPC-EN, - Relaciones Humanas - Métodos y Técnicas en Educación Popular. - Autogestión en Salud	96 HORAS 40 HORAS 16 HORAS 40 HORAS	Conferencias Proyección de Videos, Sociodramas, Trabajos grupales, Plenaria. - Trabajo práctico.	**COORDINADOR DE SALUD Y CONSULTORES**
Educadora en Salud	1	- IRA, Titeres, Monitoreo Proyectos	130 HORAS	- Teórico- práctico	**Coordinador Salud PLAN**

141

PERSONAL CAPACITADO	Nro.	TEMAS	Duración	Metodología	Responsable
COORDINADOR DE SALUD	1	EDA, IRA, CPC-EN.	90 Horas	IDEM	CONSULTORES
		GERENCIA	160 Horas	IDEM	INSTITUTO/INCAE (Costa Rica)
		PLANIFICACION/ EVALUACION	40 Horas	IDEM	ASESOR REGIONA DE PLAN.
		SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD	24 Horas	IDEM	ASESOR REGIONA DE PLAN

* CPC-EN: CONTROL DE PROMOCION DE CRECIMIENTO Y EDUCACION NUTRICIONAL.

ASISTENCIA TECNICA RECIBIDA

FECHA	ASITENCIA TECNICA	CONSULTOR
Septiembre/1994.	ESTUDIO DE LINEA DE BASE	Dra. Carmen Marín
Febrero/ 1995.	PREPARACION DEL PDI	Dra. Lynn Johnson.
Junio/ 1995.	SISTEMAS DE INFORMACION	Lcda. Mary Reinoso.
Julio/ 1995.	CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS, MANEJO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS.	Dr. Marcelo Castrillo.
Julio/ 1995.	IEC: INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION.	Lcdo. Eduardo Salazar
Sep.- Nov./ 1995.	MONITOREO DE CRECIMIENTO Y NUTRICION	Dra. Yolanda Grijalva.
Octubre/ 1995.	INFORME ANUAL	Dra. Lynn Johnson.
Octubre/ 1995,	PLANIFICACION, EVALUACION, SIS.	Dr. Luis Tam.
Abril/ 1996.	PRUEBA DE CAMPO: Evaluación rápida del Programa para el Manejo Estandarizado de la Neumonía.	Dr. Bill Weiss y Dr. Marcelo Castrillo.
Abril/ 1996.	METODO NINO A NINO	Dra. Grazyna Bonati.
Junio/ 1996.	ENFOQUE EN LA ATENCION INTEGRADA DEL NINO. COORDINACION ENTRE PLAN, MSP Y ONGs.	Dr. Benguigui
Julio/1996.	EVALUACION A MEDIO TERMINO	Dra. Lynn Johnson, Dr. José Valadez, Dr. Luis Tam, Dr. Bryan Johnson.

ANNEX I

FINANCIAL PIPELINE ANALYSIS

PVO/COUNTRY: Plan International USA, Inc. d/b/a Childreach/Ecuador
COOP. AGREEMENT #FAO-0500-A-00-4044-00

DATE PIPELINE PREPARED: October 21, 1996
DATE SUBMITTED TO USAID: by October 31, 1996

1996 PIPELINE ANALYSIS: PART A - HEADQUARTERS BUDGET

(original grant budget was not changed in DIP)

		Total Agreement Budget (09/15/94 - 09/14/97)			Actual Expenditures to Date (09/15/94 - 08/31/96)			Projected Expenditures Against Remaining Obligated Funds (09/01/96 - 09/14/97)			Projected Unobligated Funds at End of Project		
I. DIRECT COSTS		USAID	PVO	TOTAL	USAID	PVO	TOTAL	USAID	PVO	TOTAL	USAID	PVO	TOTAL
A. PERSONNEL	1. Headquarters - salaries/wages	39,097		39,097	22,222		22,222	16,875	0	16,875			0
	2. Field, Technical Personnel - salaries/wages			0			0	0	0	0			0
	3. Field, Other Personnel - salaries/wages			0			0	0	0	0			0
	4. Fringes - Headquarters & Field		10,800	10,800			0	0	10,800	10,800			0
	SUBTOTAL - PERSONNEL	39,097	10,800	49,897	22,222	0	22,222	16,875	10,800	27,675	0	0	0
B. TRAVEL/PER DIEM	1. Headquarters - Domestic (USA)			0			0	0	0	0			0
	2. Headquarters - International		2,232	2,232		7,741	7,741	0	(5,509)	(5,509)			0
	3. Field - In country			0			0	0	0	0			0
	4. Field - International			0			0	0	0	0			0
	SUBTOTAL - TRAVEL/PER DIEM	0	2,232	2,232	0	7,741	7,741	0	(5,509)	(5,509)	0	0	0
C. CONSULTANCIES	1. Evaluation Consultants - Fees			0			0	0	0	0			0
	2. Other Consultants - Fees			0			0	0	0	0			0
	3. Consultant travel/per diem			0			0	0	0	0			0
	SUBTOTAL - CONSULTANCIES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D. PROCUREMENT	1. Supplies												
	a. Headquarters			0		683	683	0	(683)	(683)			0
	b. Field - Pharmaceuticals			0			0	0	0	0			0
	c. Field - Other			0			0	0	0	0			0
	2. Equipment												
	a. Headquarters			0			0	0	0	0			0
	b. Field			0			0	0	0	0			0
	3. Training												
	a. Headquarters			0			0	0	0	0			0
	b. Field			0			0	0	0	0			0
	SUBTOTAL - PROCUREMENT	0	0	0	0	683	683	0	(683)	(683)	0	0	0
E. OTHER DIRECT COSTS	1. Communications												
	a. Headquarters			0		482	482	0	(482)	(482)			0
	b. Field			0			0	0	0	0			0
	2. Facilities												
	a. Headquarters			0			0	0	0	0			0
	b. Field			0			0	0	0	0			0
	3. Other												
	a. Headquarters			0		553	553	0	(553)	(553)			0
	b. Field			0			0	0	0	0			0
	SUBTOTAL - OTHER DIRECT	0	0	0	0	1,035	1,035	0	(1,035)	(1,035)	0	0	0
TOTAL - DIRECT COSTS		39,097	13,032	52,129	22,222	9,459	31,681	16,875	3,573	20,448	0	0	0
II. INDIRECT COSTS	1. Headquarters	6,842	2,281	9,123	3,933	1,674	5,607	2,909	607	3,516			0
	2. Field			0			0	0	0	0			0
TOTAL - INDIRECT COSTS		6,842	2,281	9,123	3,933	1,674	5,607	2,909	607	3,516	0	0	0
Note: Indirect Costs in original budget at 17.5%, NICRA subsequently revised to 17.7%													
GRAND TOTAL (DIRECT AND INDIRECT COSTS)		45,939	15,313	61,252	26,155	11,133	37,288	19,784	4,180	23,964	0	0	0

145

PVO/COUNTRY: Plan International USA, Inc. d/b/a Childreach/Ecuador
COOP. AGREEMENT #FAO-0500-A-00-4044-00

DATE PIPELINE PREPARED: October 21, 1996
DATE SUBMITTED TO USAID: by October 31, 1996

1996 PIPELINE ANALYSIS: PART B - COUNTRY BUDGET

(follows DIP budget allocations/grand total unchanged from cooperative agreement)

		Total Agreement Budget (09/15/94 - 09/14/97)			Actual Expenditures to Date (09/15/94 - 08/31/96)			Projected Expenditures Against Remaining Obligated Funds (09/01/96 - 09/14/97)			Projected Unobligated Funds at End of Project		
I. DIRECT COSTS		USAID	PVO	TOTAL	USAID	PVO	TOTAL	USAID	PVO	TOTAL	USAID	PVO	TOTAL
A. PERSONNEL	1. Headquarters - salaries/wages			0			0	0	0	0			0
	2. Field, Technical Personnel - salaries/wages	63,760		63,760	47,501		47,501	16,259	0	16,259			0
	3. Field, Other Personnel - salaries/wages			0			0	0	0	0			0
	4. Fringes - Headquarters & Field	10,150		10,150	4,619		4,619	5,531	0	5,531			0
	SUBTOTAL - PERSONNEL	73,910	0	73,910	52,120	0	52,120	21,790	0	21,790	0	0	0
B. TRAVEL/PER DIEM	1. Headquarters - Domestic (USA)			0			0	0	0	0			0
	2. Headquarters - International			0			0	0	0	0			0
	3. Field - In country	33,000		33,000	11,600		11,600	21,400	0	21,400			0
	4. Field - International			0			0	0	0	0			0
	SUBTOTAL - TRAVEL/PER DIEM	33,000	0	33,000	11,600	0	11,600	21,400	0	21,400	0	0	0
C. CONSULTANCIES	1. Evaluation Consultants - Fees	20,300		20,300	8,708		8,708	11,592	0	11,592			0
	2. Other Consultants - Fees	13,000		13,000	12,906		12,906	94	0	94			0
	3. Consultant travel/per diem	10,700		10,700	8,041	535	8,576	2,659	(535)	2,124			0
	SUBTOTAL - CONSULTANCIES	44,000	0	44,000	29,655	535	30,190	14,345	(535)	13,810	0	0	0
D. PROCUREMENT	1. Supplies												
	a. Headquarters			0			0	0	0	0			0
	b. Field - Pharmaceuticals			0			0	0	0	0			0
	c. Field - Other	70,640		70,640	31,825		31,825	38,815	0	38,815			0
	2. Equipment												
	a. Headquarters			0			0	0	0	0			0
	b. Field			0			0	0	0	0			0
	3. Training												
	a. Headquarters			0			0	0	0	0			0
	b. Field			0			0	0	0	0			0
	SUBTOTAL - PROCUREMENT	70,640	0	70,640	31,825	0	31,825	38,815	0	38,815	0	0	0
E. OTHER DIRECT COSTS	1. Communications												
	a. Headquarters			0			0	0	0	0			0
	b. Field			0			0	0	0	0			0
	2. Facilities												
	a. Headquarters			0			0	0	0	0			0
	b. Field			0			0	0	0	0			0
	3. Other												
	a. Headquarters			0			0	0	0	0			0
	b. Field		75,000	75,000		87,173	87,173	0	(12,173)	(12,173)			0
	SUBTOTAL - OTHER DIRECT	0	75,000	75,000	0	87,173	87,173	0	(12,173)	(12,173)	0	0	0
TOTAL - DIRECT COSTS		221,550	75,000	296,550	125,200	87,708	212,908	96,350	(12,708)	83,642	0	0	0
II. INDIRECT COSTS:	1. Headquarters			0			0	0	0	0			0
	2. Field	38,771	13,125	51,896	22,160	15,524	37,684	16,611	(2,399)	14,212			0
TOTAL - INDIRECT COSTS		38,771	13,125	51,896	22,160	15,524	37,684	16,611	(2,399)	14,212	0	0	0
Note: Indirect Costs in original budget at 17.5%, NICRA subsequently revised to 17.7%													
GRAND TOTAL (DIRECT AND INDIRECT COSTS)		260,321	88,125	348,446	147,360	103,232	250,592	112,961	(15,107)	97,854	0	0	0

146

PVO/COUNTRY: Plan International USA, Inc. d/b/a Childreach/Ecuador
COOP. AGREEMENT #FAO-0500-A-00-4044-00

DATE PIPELINE PREPARED: October 21, 1996
DATE SUBMITTED TO USAID: by October 31, 1996

1996 PIPELINE ANALYSIS: PART C - HEADQUARTERS/FIELD BUDGET

(follows DIP budget allocations for Field portion/grand total unchanged from cooperative agreement)

		Total Agreement Budget (09/15/94 - 09/14/97)			Actual Expenditures to Date (09/15/94 - 08/31/96)			Projected Expenditures Against Remaining Obligated Funds (09/01/96 - 09/14/97)			Projected Unobligated Funds at End of Project		
I. DIRECT COSTS		USAID	PVO	TOTAL	USAID	PVO	TOTAL	USAID	PVO	TOTAL	USAID	PVO	TOTAL
A. PERSONNEL	1. Headquarters - salaries/wages	39,097		39,097	22,222		22,222	16,875	0	16,875			0
	2. Field, Technical Personnel - salaries/wages	63,760		63,760	47,501		47,501	16,259	0	16,259			0
	3. Field, Other Personnel - salaries/wages			0			0	0	0	0			0
	4. Fringes - Headquarters & Field	10,150	10,800	20,950	4,619		4,619	5,531	10,800	16,331			0
	SUBTOTAL - PERSONNEL	113,007	10,800	123,807	74,342	0	74,342	38,665	10,800	49,465	0	0	0
B. TRAVEL/PER DIEM	1. Headquarters - Domestic (USA)			0			0	0	0	0			0
	2. Headquarters - International		2,232	2,232		7,741	7,741	0	(5,509)	(5,509)			0
	3. Field - In country	33,000		33,000	11,600		11,600	21,400	0	21,400			0
	4. Field - International			0			0	0	0	0			0
	SUBTOTAL - TRAVEL/PER DIEM	33,000	2,232	35,232	11,600	7,741	19,341	21,400	(5,509)	15,891	0	0	0
C. CONSULTANCIES	1. Evaluation Consultants - Fees	20,300		20,300	8,708		8,708	11,592	0	11,592			0
	2. Other Consultants - Fees	13,000		13,000	12,906		12,906	94	0	94			0
	3. Consultant travel/per diem	10,700		10,700	8,041	535	8,576	2,659	(535)	2,124			0
	SUBTOTAL - CONSULTANCIES	44,000	0	44,000	29,655	535	30,190	14,345	(535)	13,810	0	0	0
D. PROCUREMENT	1. Supplies												
	a. Headquarters			0		683	683	0	(683)	(683)			0
	b. Field - Pharmaceuticals			0			0	0	0	0			0
	c. Field - Other	70,640		70,640	31,825		31,825	38,815	0	38,815			0
	2. Equipment												
	a. Headquarters			0			0	0	0	0			0
	b. Field			0			0	0	0	0			0
	3. Training												
	a. Headquarters			0			0	0	0	0			0
	b. Field			0			0	0	0	0			0
	SUBTOTAL - PROCUREMENT	70,640	0	70,640	31,825	683	32,508	38,815	(683)	38,132	0	0	0
E. OTHER DIRECT COSTS	1. Communications												
	a. Headquarters			0		482	482	0	(482)	(482)			0
	b. Field			0			0	0	0	0			0
	2. Facilities												
	a. Headquarters			0			0	0	0	0			0
	b. Field			0			0	0	0	0			0
	3. Other												
	a. Headquarters			0		553	553	0	(553)	(553)			0
	b. Field		75,000	75,000		87,173	87,173	0	(12,173)	(12,173)			0
	SUBTOTAL - OTHER DIRECT	0	75,000	75,000	0	88,208	88,208	0	(13,208)	(13,208)	0	0	0
TOTAL - DIRECT COSTS		260,647	88,032	348,679	147,422	97,167	244,589	113,225	(9,135)	104,090	0	0	0
II. INDIRECT COSTS:	1. Headquarters	6,842	2,281	9,123	3,933	1,674	5,607	2,909	607	3,516			0
	2. Field	38,771	13,125	51,896	22,160	15,524	37,684	16,611	(2,399)	14,212			0
TOTAL - INDIRECT COSTS		45,613	15,406	61,019	26,093	17,198	43,291	19,520	(1,792)	17,728	0	0	0
Note: Indirect Costs in original budget at 17.5%, NICRA subsequently revised to 17.7%													
GRAND TOTAL (DIRECT AND INDIRECT COSTS)		306,260	103,438	409,698	173,515	114,365	287,880	132,745	(10,927)	121,818	0	0	0

ANNEX J

FOUR PHASE IMPLEMENTATION AND SUSTAINABILITY PLAN

ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD
FASES DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

TIEMPO	FASE 1 MANTENIMIENTO	# Comunidades	FASE 2 INTENSIVA	# Comunidades	FASE 3 SEGUIMIENTO	# Comunidades	FASE 4 EMPODERAMIENTO	# Comunidades
Septiembre Octubre Noviembre	Ventura	4	Tambo	6	Javier Loyola	7		
	Ingapirca	5	General Morales	7	Paute	8		
	Ludo	13	Chorocopte	7				
	San José de Raranga	10	Rivera	8				
	Honorato Vásquez	8	Gualaceo	7				
	Guapán	3	Sisid	6				
	Jima	4						
	Biblián	6						
	Borrero	6						
	Pindilig	6						
	Cojitambo	6						
	Turupamba	3						
130	12	74	6	41	2	15		
Diciembre Enero Febrero	San José de Raranga	10	Ventura	4	Javier Loyola	7		
	Guapán	3	Ingapirca	5	Paute	8		
	Biblián	6	Ludo	13	Tambo	6		
	Honorato Vásquez	8	Borrero	6	General Morales	7		
	Pindilig	6	Jima	4	Chorocopte	7		
	Cojitambo	6			Rivera	8		
	Turupamba	3			Gualaceo	7		
					Sisid	6		
130	7	42	5	32	8	56		

TIEMPO	FASE 1 MANTENIMIENTO	# Comunidades	FASE 2 INTENSIVA	# Comunidades	FASE 3 SEGUIMIENTO	# Comunidades	FASE 4 EMPODERAMIENTO	# Comunidades
	Cojitambo	6	San José de Raranga	10	Tambo	6	Javier Loyola	7
	Turupamba	3	Guapán	3	General Morales	7	Paute	8
			Biblián	6	Chorocopte	7		
Marzo			Honorato Vásquez	8	Rivera	8		
Abril			Pindilig	6	Gualaceo	7		
Mayo					Sisid	6		
					Ventura	4		
					Ingapirca	5		
					Ludo	13		
					Borrero	6		
					Jima	4		
130	2	9	5	33	11	73	2	15
			Cojitambo	6	Tambo	6	Javier Loyola	7
			Turupamba	3	General Morales	7	Paute	8
					Chorocopte	7		
					Rivera	8		
					Gualaceo	7		
Junio					Sisid	6		
Julio					Ventura	4		
Agosto					Ingapirca	5		
					Ludo	13		
					Honorato Vásquez	8		
					Jima	4		
					San José de Raranga	10		
					Guapán	3		
					Biblián	6		
					Borrero	6		
					Pindilig	6		
130			2	9	16	106	2	15

SICOS Y COMUNIDADES DE RESPONSABILIDAD POR SUPERVISOR/TUTOR

SUPERVISORA	OCTUB/DICIEMBR	fase	Com	Tt/Ss	ENERO/MARZO	Fase	Com	Tt/Ss	ABRIL/JUNIO	Fase	Com	Tt/Ss	JULIO/SEPTIEMB	Fase	Com	
LUCIA ORTIZ	**RIVERA**	**2**	**8**		**LUDO**	**2**	**13**		**BIBLIAN**	**2**	**6**		***Guapán***	***3***	***3***	
	S. J. de Raranga	1	10	E	***Rivera***	***3***	***8***		***Rivera***	***3***	***8***		***Ventura***	***3***	***4***	
	Ludo	1	13	E	Jima	1	4	B	***Ludo***	***3***	***13***		***Paute***	***4***	8	
	Jima	1	4	B	S.J. de Raranga	1	10	E				B	***Javier Loyola***	***4***	7	
Total: comunidades			35				35				27				22	119

SUPERVISORA	OCTUB/DICIEMBR	fase	Com		ENERO/MARZO	Fase	Com		ABRIL/JUNIO	Fase	Com	Tt/Ss	JULIO/SEPTIEMB	Fase	Com	
MELANIA ORDOÑEZ	**CHOROCOPTE**	**2**	**7**		**INGAPIRCA**	**2**	**5**		**S.J. DE RARANGA**	**2**	**10**		***Pindilig***	***3***	***6***	
	Sisid	2*	6	D	***Chorocopte***	***3***	***7***		***Ingapirca***	***3***	***5***		***Borrero***	***3***	***6***	
	Honorato Vásquez	1	8	B	Sisid	2*	6	D	***Sisid***	***3***	***6***		***Tambo***	***3***	***6***	
	Ingapirca	1	5	A	Honorato Vásquez	1	8	B	***Chorocopte***	***3***	***7***		***General Morales***	***3***	***7***	
Total: comunidades			26				26				28				25	105

SUPERVISORA	OCTUB/DICIEMBR				ENERO/MARZO	Fase	Com		ABRIL/JUNIO	Fase	Com	Tt/Ss	JULIO/SEPTIEMB	Fase	Com	
MARÍA ESTRELLA	**GENERAL MORALES**	**2**	**7**		**VENTURA**	**2**	**4**		**GUAPAN**	**2**	**3**		***S.J. de Raranga***	***3***	***10***	
	Paute	***3***	***8***		***Paute***	***3***	***8***		***Ventura***	***3***	***4***		***Ingapirca***	***3***	***5***	
	Javier Loyola	3	7		***General Morales***	***3***	***7***		***Paute***	***4***	8		***Sisid***	***3***	***6***	
	Ventura	1	4	C	***Javier Loyola***	***3***	***7***		***Javier Loyola***	***4***	7		***Chorocopte***	***3***	***7***	
Total: comunidades			26				26				22				28	102

SUPERVISORA	OCTUB/DICIEMBR				ENERO/MARZO		Com		ABRIL/JUNIO	Fase	Com	Tt/Ss	JULIO/SEPTIEMB	Fase	Com	
MERY CORONEL	**TAMBO**	**2**	**6**		**BORRERO**	**2**	**6**		**PINDILIG**	**2**	**6**		***Biblián***	***3***	***6***	
	Pindilig	1	6	B	***Tambo***	***3***	***6***		***Borrero***	***3***	***6***		***Rivera***	***3***	***8***	
	Borrero	1	6	B	Pindilig	1	6	B	***Tambo***	***3***	***6***		***Ludo***	***3***	***13***	
	Guapán	1	3	B	Guapán	1	3	B	***General Morales***	***3***	***7***		***Jima***	***1***	***4***	
Total: comunidades			21				21				25				31	98

TUTORA	OCTUB/DICIEMBR				ENERO/MARZO		Com		ABRIL/JUNIO	Fase	Com	Tt/Ss	JULIO/SEPTIEMB	Fase	Com	
MARÍA E. CALLE	Cojitambo	1	6	A	Cojitambo	1	6	A	**H. VÁSQUEZ**	**2**	**8**		GUALACEO*	2*	7	
	Biblián	1	6	A	Biblián	1	6	A	Turupamba	1	3	A	***H. Vásquez***	***2***	***8***	
	Turupamba	1	3	A	Turupamba	1	3	A	Gualaceo	1	7	A				
	Gualaceo	1	7	A	Gualaceo	1	7	A	Cojitambo	1	6	A				
Total: comunidades			22				22				24				15	83

TUTORA	OCTUB/DICIEMBR				ENERO/MARZO				ABRIL/JUNIO	Fase	Com	Tt/Ss	JULIO/SEPTIEMB	Fase	Com	
CARMITA JARA									**JIMA**	**2**	**4**	B	TURUPAMBA*	2*	3	
													COJITAMBO*	2*	6	
Total: comunidades			0				0				0				9	9

TOTALES	130	130	130	130

FASES: 1 (Mantenimiento), 2 (Intensiva), 2* (Medio intensiva o una visita mensual) 3 (Seguimiento), 4 (Empoderamiento).

Tt/Ss = Tutor/Supervisor: A (María E. Calle), B (Carmita Jara), C (Armando ....), D (Cármen...), E (Chica de Ludo).

ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD

FASES	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	RESPONSABLES	FECHA
MANTENIMIENTO	Dar apoyo al MSP, facilitadores y Voluntariado de Salud para que continúen con las actividades de supervivencia infantil programadas.	Taller de capacitación a Facilitadores. Reuniones de coordinación con el personal del Subcentro de Salud. Reuniones de Análisis de Información en el Subcentro, entre voluntarios, facilitadores y personal del Subcentro. Supervisión de las actividades de facilitadores y voluntarios. Realización de actividades comunitarias del proyecto: Visitas Domiciliarias, Reuniones Comunitarias de Salud, vacunación, pesaje, educación nutricional, Atención en el Puesto Comunitario de Salud.	Médico, enfermera y auxiliar de cada subcentro de salud. Facilitador del SICOS. Enfermera coordinadora de PLAN.	Actividades bimensuales.
INTENSIVA	Identificar a todos los niños menores de 2 años, su situación de riesgo (desnutridos, no vacunados). Capacitar a las madres en lactancia materna y alimentación complementaria, referencia/contrareferencia. Vacunar a todos los niños según su edad. Mejorar los conocimientos y destrezas en el manejo de casos de diarrea e infección respiratoria aguda. Funcionamiento adecuado de la referencia/contrareferencia, el análisis de la información y toma de decisiones con la participación comunitaria, el mejoramiento en la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios.	Coordinar con el MSP, voluntariado Capacitación al voluntariado, facilitadores y personal del MSP, en el uso de material educativo y registros. Reuniones de Análisis de información. Capacitar y supervisar al voluntariado y facilitadores en Visitas Domiciliarias, pesajes, educación nutricional, señales de referencia, uso del suero oral.	Enfermeras Coordinadoras de PLAN en 30 comunidades cada 3 meses. Para el resto de comunidades de esta fase se utilizarán facilitadores.	Dos visitas cada mes en cada comunidad.

ESTRATEGIA DE SOSTEBILIDAD

FASES	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	RESPONSABLES	FECHA
SEGUIMIENTO	Delegar al MSP y comunidades el manejo y logro de los objetivos del proyecto. Apoyar en la gestión de recursos y en la programación de actividades orientadas a mejorar las coberturas.	Reuniones de coordinación. Supervisión programada según puntos problema identificados y en comunidades o subcentros críticos.	Enfermeras coordinadoras de PLAN. Personal de salud del MSP.	Reuniones y Visitas mensuales.
EMPODERAMIENTO	Fortalecer el desarrollo de SILOS, y la capacidad de gestión a nivel comunitario y de unidades de salud del MSP.	Reuniones de coordinación. Capacitación en gestión, en coordinación con el Proyecto Atención Primaria de Salud del convenio Ecuatoriano-Belga, FASBASE, Universidad de Cuenca, OPS. Participación en el Equipo Técnico del Area, el Comité Ejecutivo Provincial de Salud.	Enfermeras coordinadoras de PLAN. Coordinador del Proyecto.	Reuniones mensuales o bimensuales, según cada SILOS.

ANNEX K

ACTION POINTS

PUNTOS DE ACCIÓN PARA 60 DÍAS

PUNTOS DE ACCIÓN	MESES		RESPONSABLES
	AGOS	SEPT.	
1. Plan detallado de trabajo para los próximos 4 meses	x		Equipo
2. Ejecución de las actividades planteadas en el Plan de Acción		x	Equipo
3. Reuniones gerenciales cada 2 semanas para reportar actividades al respecto del Plan de trabajo.	x		Coordinador del proyecto, asistente administrativo, Gerente de PLAN.
4. Contratación de Enfermera Gerencial/supervisora y Asesoría.	x		Coordinador del proyecto, Gerente.
5. Distribución de Material educativo sobre EDA, IRA a Subcentros de Salud y Hospitales.	x		Asistente Administrativo, Equipo, MSP.
6. Clasificación de comunidades que: a) Necesitan 2 visitas mensuales de enfermera b) Necesitan 1 visita mensual de enfermera c) Necesitan 1 visita mensual de Facilitador c) Esperan para el grupo segundo y tercero	x		Equipo
7. Contrato con Asesor Brian Johnson para Sistema de Informacion.	x	x	Asistente administrativo, coordinador del proyecto
8. Formular acuerdos con el SCS para autogestión con antibióticos contra neumonía.	x		Equipo
9. Identificar un mínimo de 4 comunidades para autogestión con antibióticos.	x		Equipo
10. Plan de Acción de IEC	x		Coordinador del proyecto, Coordinadora de capacitación, equipo
11. Exhibición de Cartulinas en la oficina de salud de PLAN, en cada Suboficina, Subcentro de Salud: • Comunidades y Sicos, colocados según cada fase: 1,2,3 • Población beneficiaria (niño de 0-23 meses, 24 a 59 meses y mujeres en edad fértil (15 a 49 años) por comunidad, SICOS (Núcleo de Gestión) y AREA (SILOS). • Metas del proyecto con avances mensuales.	x		Equipo
12. Actualizar registro de datos del proyecto		x	Asistente administrativo

155

13. Implementación de Fichas Familiares		x	Coordinadora de Paute, coordinador del proyecto.
14. Cartulina Comunitaria para medir mensualmente la distribución y tendencia de desnutrición por cada mes.		x	Equipo, Asistente Administrativo
15. Aplicación de la nueva estrategia de acción en los Núcleo de Gestión, por fases 1 (Mantenimiento), 2 (Intensiva), 3 (Seguimiento) y 4 (Traslado o empoderamiento).		x	Equipo
16. Taller de actualización en IRA a médicos, enfermeras y voluntarios de salud.	x	xxxx	MSP y Equipo
17. Reuniones comunitarias de salud y visitas domiciliarias para reforzar temas de salud según prioridades recomendadas en la evalución de medio término.		xxxx	Equipo, MSP, voluntariado y facilitadores.
18. Reunión de coordinación interinstitucional para tratar puntos de acción respectos a recomendaciones de la evaluación de medio término.	x	x	Equipo, MSP, PLAN, facilitadores.

ANNEX L

PROCESS INDICATORS

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

INTERVENCIÓN	INDICADOR	HERRAMIENTAS /METODO	FRECUENCIA DEL REPORTE	RECOLECTADO POR
Pesaje de los niños cada 2 meses	% de ni ños pesados cada 2 meses	Registro de Atención Integrada (Niño Protegido)	bimensual	Voluntario
Entrega de SRO	% de S.R.O. distribuidos a madres de niños < de 2 años	Registro del Niño Enfermo	bimensual	Voluntario
Vacunación con TT2 a mujeres en edad fértil	% de madres de menores de 2 años con TT2	Registro de Atención Integrada	bimensual	Voluntario
Esquema completo de vacunación a niños de 1-2 años de edad	% de niños de 1 a 2 años con esquema completo de vacunación	Registro de Atención Integrada	bimensual	Voluntario
Referencia y Contrareferencia entre el Puesto Comunitario de Salud y un Subcentro de Salud u otro servicio de salud calificad	% de niños que fueron referidos y volvieron con contrareferencia al Puesto Comunitario de Salud (PCS).	Registro del Niño Enfermo. Registro de Referencias en Desnutrición	bimensual	Voluntario
Visitas domiciliarias	% de visitas domiciliarias realizadas a madres de niños < de 2 años	Registro de Atención Integrada	bimensual	Voluntario
Reuniones Comunitarias de Salud bimensuales.	% de Reuniones Comunitarias de Salud realizadas	Consolidado Comunitario	bimensual	Voluntario
Reuniones de Análisis de Información	% de Reuniones de análisis de información (RAI) en los Subcentros de Salud.	Reporte	mensual	Enfermeras supervisoras
Paquete básico de insumos para comunidades	% de comunidades con Paquete básico de insumos completo	Consolidado Comunitario	bimensual	Voluntario
Paquete básico de insumos para Subcentros de Salud (SCS)	% de S.C.S. con Paquete Básico de Insumos completo	Reporte	mensual	Enfermera Gerencial
Eventos de capacitación a personal del Ministerio de Salud, Seguro Social Campesino y ONGs	% Subcentros de Salud con personal capacitado en Atención Integrada	Reporte	Mensual	Enfermeras supervisoras
Capacitación a voluntarios de salud en Atención Integrada	% de Voluntarios de Salud capacitados en Atención Integrada.	Reporte	Mensual	Enfermeras supervisoras
Capacitación a Facilitadores en Atención Integrada	% de Facilitadores capacitados en Atención Integrada	Reporte	Mensual	Enfermeras supervisoras
Capacitación en manejo de antibióticos para Neumonia, a Voluntarios de comunidades lejanas	% de comunidades lejanas con voluntarios de salud capacitados en uso de antibióticos de emergencia para Neumonia.	Reporte	mensual	Enfermera Gerencial
Capacitación en Atención Integrada a Dirigentes comunitarios	% de comunidades con dirigentes capacitados en Atención Integrada	Reporte	bimensual	Enfermera supervisora
Difusión radial de mensajes educativos	% de comunidades escuchando mensajes de salud infantil en una emisora local	Consolidado Comunitario	bimensual	Voluntario